

**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 7 juin 2022
Par Mme MAUPETIT--KHALI Nora**

**ÉTAT DES LIEUX DU BON USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES AUX CENTRES
PÉNITENTIAIRES DE SEQUEDIN ET D'ANNOEULLIN**

Membres du jury :

Président :

Professeur Bertrand DECAUDIN, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Directeur, conseiller de thèse :

Docteur Elodie CUVELIER, Assistant Hospitalo-Universitaire, CHU, Lille

Membre extérieur :

Docteur Thomas FOVET, Psychiatre, CHU, Lille

**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 7 juin 2022
Par Mme MAUPETIT--KHALI Nora**

**ÉTAT DES LIEUX DU BON USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES AUX CENTRES
PÉNITENTIAIRES DE SEQUEDIN ET D'ANNOEULLIN**

Membres du jury :

Président :

Professeur Bertrand DECAUDIN, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Directeur, conseiller de thèse :

Docteur Elodie CUVELIER, Assistant Hospitalo-Universitaire, CHU, Lille

Membre extérieur :

Docteur Thomas FOVET, Psychiatre, CHU, Lille

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille 03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services
SAVINA

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Christel BEAUCOURT
Olivier COLOT
Kathleen O'CONNOR
Jérôme FONCEL
Marie-Dominique

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen
Vice-Doyen Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoires-Partenariats
MORGENROTH
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen International et Communication
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Guillaume PENEL
Éric BOULANGER
Damien CUNY
Sébastien D'HARANCY
Hervé HUBERT
Caroline LANIER
Thomas

Claire PINÇON
Vincent SOBANSKI
Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
Assesseur aux Ressources et Personnels
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté
Responsable des Services
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
Benjamin BERTIN
Stéphanie DELBAERE
Anne GARAT
Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER		Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85

Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87

M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87

Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85

Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85

Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87

M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

À Madame le Docteur Elodie CUVELIER, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour votre suivi, votre implication et vos précieux conseils. Cette thèse n'aurait pas été la même sans vous.

À Monsieur le Docteur Thomas FOVET, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, merci pour votre aide précieuse, vos conseils et pour les connaissances que vous m'avez apportées concernant la pratique psychiatrique en milieu carcéral.

À Madame le Docteur Annie D'HAVELOOSE, merci de m'avoir accueilli dans votre service, de m'avoir permis de réaliser mon étude et de m'avoir offert l'opportunité de visiter le centre pénitentiaire de Lille-Sequedin.

À la Pharmacie de l'Hôtel de Ville et à Madame le Docteur Cécile SANTERNE, merci de m'avoir si bien accueilli au sein de votre officine et de m'avoir appris ce magnifique métier qu'est le nôtre pendant toutes ces années. Merci à mes collègues Elisabeth, Mélanie, Mylène, Laurine et Agathe pour leur gentillesse, leur patience et leur bienveillance.

À mes parents, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, merci pour vos sacrifices, merci pour votre support émotionnel pendant toutes mes années d'études, merci d'avoir cru en moi, merci pour votre amour.

À mes sœurs, Chaïma et Monia, merci d'être qui vous êtes, merci d'avoir été à mes côtés durant toutes ces années d'études, particulièrement les deux premières qui n'ont pas été évidentes.

À tous mes grands-parents, merci pour votre soutien et votre amour. Il ne se passe pas une seule journée sans que je ne pense à vous.

A Lucas, les mots ne suffisent pas pour te remercier pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton soutien, merci d'être là pour moi quand j'en ai besoin.

À mes futures Docteur en Pharmacie préférées : Céline MERCHEZ, Clotilde TERRIER, Leïla MOUM et Charlotte QUAEYBEUR. Merci pour toutes nos sorties ensoleillées à la citadelle, nos dimanche à Wazemmes, nos parties de UNO mouvementées, nos excursions à la plage, nos tentatives de révisions, nos soirées, nos concerts. Merci de m'avoir offert les plus beaux moments de mes années d'études.

À mes amis, Théophile CABARET-RICHARD, Clément OUSTELAND, Clara DEVISMES, Alexandre GOOSSEN, Anne CHUFFART et Fiona LEBRE. Merci pour votre amitié et pour tous les moments exceptionnels qu'on a passés ensemble.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	14
TABLE DES MATIÈRES	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	18
LISTE DES TABLEAUX	19
LISTE DES FIGURES	20
INTRODUCTION	21
Les antipsychotiques	21
Mode d'action pharmacologique des antipsychotiques	22
Antipsychotiques de première génération	22
Antipsychotiques atypiques	22
Effets indésirables des antipsychotiques	23
Effets indésirables liés au système dopaminergique	23
Effets indésirables liés à l'antagonisme muscarinique	25
Effets indésirables d'ordre cardiovasculaire	25
Le syndrome malin des neuroleptiques	25
Prévention des effets indésirables	25
Antipsychotiques et observance thérapeutique	26
Les antipsychotiques injectable à action prolongée	27
Les recommandations de prescription des antipsychotiques	29
En première intention	29
En cas de rechute	29
En cas d'agitation	30
Les formes à libération prolongée	30
Spécificité de la prise en charge psychiatrique en milieu pénitencier	31
Les structures carcérales	31
L'offre de soins	31
Les antipsychotiques en milieu carcéral	33
Les adaptations de la prise en charge	34
i. Choix d'une forme retard	34
ii. Choix d'un psychotrope à demi-vie longue	35
iii. Choix d'un psychotrope à action sédatrice	35
iiii. Education thérapeutique du patient	35
Les problèmes rencontrés lors de la prescription d'un antipsychotique en milieu carcéral	36
i. La polymédication	36
ii. Le surdosage	36
iii. La durée de prescription	37
OBJECTIF	39

MATERIEL ET METHODES	41
Description des établissements pénitentiaires	41
Centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin	41
Maison d'arrêt de Lille-Sequedin	41
Circuit du médicament	42
Analyse des prescriptions des antipsychotiques	42
Méthodologie	42
Facteurs d'inclusion	43
Facteurs d'exclusion	43
Questionnaire de bon usage des antipsychotiques	43
Analyse statistique	44
Analyse descriptive	44
Analyse comparative	44
RÉSULTATS	45
Analyse de prescriptions des antipsychotiques	45
Proportion de détenus sous antipsychotiques	45
Les voies d'administration prescrites	46
Les molécules les plus prescrites	46
La poly prescription d'antipsychotiques	49
Questionnaire de bon usage des antipsychotiques	50
Indication et prescription d'antipsychotiques	50
La poly prescription d'antipsychotiques	52
Usage des NAP et des APAP	53
L'éducation thérapeutique du patient	53
DISCUSSION	55
CONCLUSION	61
ANNEXE 1 : Questionnaire sur le bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral	62
BIBLIOGRAPHIE	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AP : Antipsychotique

APG : Antipsychotique de première génération

APA : Antipsychotique atypiques

NAP : Neuroleptiques injectables à action prolongée

APAP : Antipsychotiques atypique injectables à action prolongée

IM : Intramusculaire

AMM : Autorisation de mise sur le marché

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

SMPR : Service médico psychologique régionaux

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unités pour malades difficiles

MA : Maison d'arrêt

CD : Centre de détention

CSL : Centre de semi liberté

CP : Centre pénitentiaire

PUI : Pharmacie à usage intérieur

CHU : Centre hospitalier universitaire

ETP : Education thérapeutique du patient

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bilan pré-thérapeutique et suivi des facteurs de risques sous antipsychotiques .

Tableau 2 : Les différentes voies d'administration disponibles selon les antipsychotiques ayant une autorisation de mise sur le marché en France.

Tableau 3 : Indications des neuroleptiques à action prolongée et antipsychotiques à action prolongée.

Tableau 4 : Comparaison de la prescription d'antipsychotiques en milieu pénitentiaire et en milieu libre.

Tableau 5 : Antipsychotiques disponibles au livret du centre hospitalier universitaire de Lille.

Tableau 6 : Répartition de la prescription d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annoeullin sur une période de 6 mois en fonction de la molécule et de la voie d'administration.

Tableau 7 : Associations d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires d'Annoeullin et de Sequedin sur une période de 6 mois.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Effet des antipsychotiques de première et seconde génération sur le système dopaminergique.

Figure 2 : Organisation de l'offre de soins en milieu carcéral.

Figure 3 : Comparaison des prescriptions des antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annœullin sur une période de 6 mois par rapport à la population générale.

Figure 4 : Répartition de la prescription d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annoeullin sur une période de 6 mois en fonction de la voie d'administration.

Figure 5 : Principales indications de prescription d'antipsychotiques selon les psychiatres interrogés.

Figure 6 : Fréquence de prescription des différents antipsychotiques selon les psychiatres interrogés.

I. INTRODUCTION

A. Les antipsychotiques

Les antipsychotiques sont des médicaments indiqués dans la prise en charge des troubles psychotiques aiguës et chroniques (1) notamment dans la schizophrénie. Cette classe thérapeutique a également d'autres indications telles que la prévention des rechutes dépressives, l'excitation et l'agressivité (1;2).

La symptomatologie des troubles psychotiques est caractérisée par des symptômes productifs et des symptômes déficitaires (2;3).

Les symptômes productifs, également appelés positifs ou psychotiques, correspondent à des hallucinations, des délires, une distorsion de la réalité et des troubles de la pensée (3;4).

Les symptômes déficitaires ou négatifs, quant à eux, correspondent à un repli sur soi, un retrait social, des troubles cognitifs, un apragrammatisme et une anhédonie (3) (4).

Ainsi les principaux effets de ces antipsychotiques seront anti productifs, anti déficitaires et sédatifs (5).

L'effet sédatif est recherché face à l'agitation et l'excitation psychomotrice que les troubles psychotiques peuvent engendrer (5). L'effet anti productif permet de réduire les éventuels délires et hallucinations et autres symptômes productifs de ces pathologies (5). A l'inverse, l'effet anti déficitaire cible les symptômes négatifs tels que l'anxiété et le repli sur soi, cependant cet effet n'est retrouvé que chez les antipsychotiques de seconde génération (5).

Il existe, en effet, deux générations d'antipsychotiques, la première est connue sous le nom d'antipsychotiques de première génération (APG) et la deuxième comme les antipsychotiques atypiques (APA) (1;5).

Cette distinction repose sur plusieurs critères notamment un mécanisme d'action plus sélectif de la part des APA entraînant une meilleure tolérance par rapport aux APG (5).

1. Mode d'action pharmacologique des antipsychotiques

Ces molécules ont une action dominante antagoniste des récepteurs dopaminergiques post synaptiques D2 (1; 2). Elles permettent ainsi une réduction des symptômes dit positifs des troubles psychotiques puisque ces derniers sont causés par une hyperactivité dopaminergique sous corticale (2;5).

a. Antipsychotiques de première génération

Le système dopaminergique est composé de quatre voies différentes : la voie mésolimbique, la voie mésocorticale, la voie nigro-striée et la voie tubéro-infundibulaire (5). C'est le blocage des récepteurs dopaminergique D2 de la voie mésolimbique qui entraîne l'action recherchée par les AP (5;6).

Cependant l'antagonisme des APG n'est pas sélectif des récepteurs mésolimbiques et agit aussi sur les trois autres voies du système dopaminergique. Ainsi cette absence de spécificité est à l'origine d'effets indésirables extrapyramidaux, cognitifs et neuro endocriniens (5;6).

Ces molécules exercent également un effet antagoniste sur le système cholinergique, adrénergique, histaminergique et GABAergique entraînant un certain nombre d'effets indésirables (5) qui seront détaillés par la suite.

b. Antipsychotiques atypiques

Chaque APA présente des mécanismes d'actions différents à l'origine de leurs caractères atypiques. Ils présentent une activité dopaminergique et sérotoninergique (5;6), ils ont ainsi une action antagoniste des récepteurs 5-HT2A en plus des récepteurs D2 (5).

Le blocage de ces récepteurs 5-HT_{2A} entraîne une libération de dopamine au niveau des voies mésocorticale, nigro striée et tubéro-infundibulaire. Ce qui va permettre de pallier au blocage des récepteurs D₂ dans les voies dopaminergiques concernées (5). Ainsi cet effet sérotoninergique confère aux APA un effet anti déficitaire en limitant le déficit dopaminergique (7).

L'antagonisme des récepteurs dopaminergiques D₂ présente une sélectivité plus importante pour la voie mésolimbique que pour les autres voies (5;7). Ce double mécanisme réduit donc l'incidence d'apparitions d'effets indésirables observés plus fréquemment chez les APG (5).

Selon les molécules une action sur les voies cholinergiques, adrénergiques, histaminergiques et GABAergiques peuvent être observés, responsable des effets indésirables (5).

2. Effets indésirables des antipsychotiques

Comme mentionné précédemment ces traitements peuvent provoquer un certain nombre d'effets indésirables. Néanmoins, ceux-ci seront plus fréquents chez les APG que chez les APA.

a. Effets indésirables liés au système dopaminergique

Tout d'abord des effets neurologiques d'ordres extrapyramidaux comme des dyskinésies aiguës et chroniques ainsi qu'un syndrome parkinsonien peuvent être observés par action sur les récepteurs dopaminergiques D₂ et D₃ de la voie nigro-striée (5;6). Les dyskinésies sont caractérisées par des contractions musculaires faciales involontaires (5).

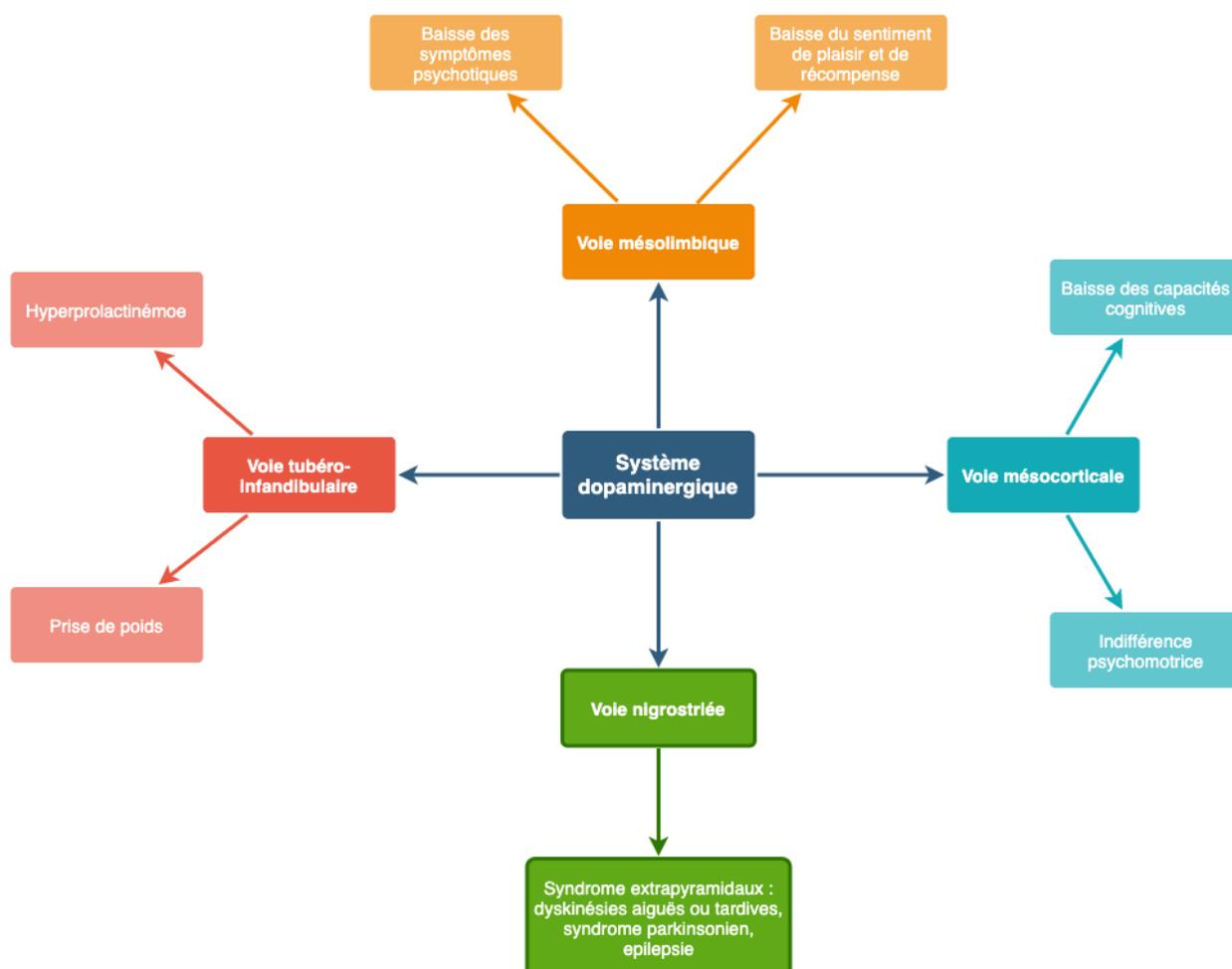
Il existe aussi des effets indésirables d'ordre psychiques par l'action sur la voie mésocorticale tels qu'un syndrome dépressif, un syndrome d'indifférence

psychomotrice, une réactivation de troubles anxieux, une somnolence ainsi que des effets cognitifs comme des troubles mnésiques (5;6).

Ces molécules entraînent également des perturbations métaboliques telles qu'une prise de poids, l'apparition d'un diabète mais aussi des dyslipidémies par une action sur la voie tubéro-infundibulaire (6).

De plus, des désordres endocriniens tels qu'une hyperprolactinémie sont fréquemment observés (6). Les conséquences de cette hyperprolactinémie sont une diminution des taux de progestérone et d'oestrogène chez les femmes, entraînant des troubles du cycle menstruel et une diminution des taux de testostérone chez les hommes, à l'origine de troubles érectiles (6).

Figure 1 : Effet des antipsychotiques de première et seconde génération sur le système dopaminergique.



b. Effets indésirables liés à l'antagonisme muscarinique

L'effet antagoniste des récepteurs cholinergiques est responsable de l'apparition des signes cliniques anticholinergiques suivants : Trouble de l'accommodation, rétention urinaire, confusions, des troubles de l'attention, de la sécheresse buccale, des troubles mictionnels et de la constipation (5;6). Ces effets sont principalement retrouvés chez les APG, de par une affinité pour les récepteurs muscariniques plus importants que les APA. La clozapine et l'olanzapine faisant exception puisqu'elles présentes d'importantes propriétés anticholinergiques (5).

c. Effets indésirables d'ordre cardiovasculaire

Des troubles cardiaques peuvent apparaître. En effet, de nombreux antipsychotiques comme l'halopéridol, la cyamémazine et la loxapine, par exemple, favorisent l'apparition de torsade de pointe en allongeant l'espace QT (5;6). La clozapine, quant à elle, peut entraîner des myocardites (5).

d. Le syndrome malin des neuroleptiques

Un effet indésirable rare mais non négligeable par sa sévérité est le syndrome malin des neuroleptiques (5;8). Ce syndrome se manifeste surtout en début de traitement mais également en situation de surdosage (7). Son incidence concerne entre 0,02 % et 3,23 % des patients sous antipsychotiques (5). En l'absence de traitement 20% des personnes concernées décèdent (5;6).

Ce syndrome est caractérisé par une hyperthermie, une déshydratation, une hyperpnée, une rigidité musculaire, des troubles de la conscience et des délires, une tachycardie et une hausse de la tension artérielle (5;6;8).

e. Prévention des effets indésirables

Afin de pallier à l'apparition d'effets indésirables sous antipsychotiques oraux, il est recommandé de réaliser un bilan thérapeutique en amont de la prescription (2).

Ainsi les facteurs de risques cardio vasculaires et métaboliques seront recherchés avant la prescription. Notamment le poids, l'indice de masse corporelle du patient,

son périmètre ombilical, un bilan lipidique, une glycémie à jeun et un électrocardiogramme (1;2;16).

Ces facteurs doivent également être surveillés après l'instauration du traitement antipsychotique, en plus de la surveillance des signes cliniques cardiovasculaires (5).

Tableau 1 : Bilan pré-thérapeutique et suivi des facteurs de risques sous antipsychotiques (2;9).

	Bilan lipidique	Glycémie à jeun	Poids et IMC	Pression artérielle	ECG	Périmètre ombilical
Bilan pré-thérapeutique	X	X	X	X	X	X
1 mois			X		X	
3 mois	X	X	X	X		
Trimestriel			X			X
Annuel	X	X		X	X	

Il est primordial d'informer le patient de l'apparition éventuelle d'effets indésirables avant l'instauration du traitement, et des conduites à tenir par l'intermédiaire de l'éducation thérapeutique. Et ce afin de favoriser une bonne alliance thérapeutique et par conséquent d'éviter les problèmes d'observance (4).

3. Antipsychotiques et observance thérapeutique

Ainsi les antipsychotiques sont des molécules efficaces dans la prise en charge des troubles psychotiques, il existe cependant une barrière à cette efficacité. En effet, la bonne observance thérapeutique est difficile pour les patients sous antipsychotiques oraux (9;10) : plus de la moitié des patients sous antipsychotiques ne sont plus observants après un an sous traitement (12). Il est estimé que deux tiers des patients présentant un trouble psychotique ont une mauvaise observance de leur AP (2).

Les causes de l'arrêt sont multiples notamment les effets indésirables, la gravité des troubles psychotiques et les conduites addictives (5).

La non observance étant un des facteurs de risque principal de rechute dans la schizophrénie (10), il s'agit donc d'un enjeu majeur dans la prise en charge de ces patients. Ainsi la mauvaise prise des antipsychotiques provoque des conséquences à long terme telles l'aggravation des symptômes, la diminution de période de rémission, la perte d'autonomie et des hospitalisations à répétition (9;10).

4. Les antipsychotiques injectable à action prolongée

Afin de pallier ces problèmes d'observance et aux conséquences néfastes qu'ils engendrent, les antipsychotiques injectables à action prolongée ont été développés (10;11).

Les APG à action prolongée, également appelés neuroleptiques injectables à action prolongée (NAP), furent les premiers à être développés notamment avec la fluphénazine mise sur le marché en 1967 (9;13). Puis ce fut le tour des antipsychotiques atypiques injectables à action prolongée (APAP) introduit en 2003 avec la rispéridone à action prolongée (13).

Ces formes requièrent une injection intramusculaire toutes les 2 à 4 semaines, en fonction de la molécule, évitant au patient une prise quotidienne et donc diminuant le risque d'oubli (10). Ces formes permettent également l'assurance de la prise du traitement et une surveillance clinique plus régulière, l'injection ne pouvant être réalisée que par un professionnel de santé (9;11). Par exemple le Zypadhera©, qui est de l'olanzapine injectable en libération prolongée, nécessite une surveillance étroite pendant les 3 heures suivant l'injection afin d'identifier d'éventuels signes de surdosage ou d'effets indésirables (tachycardie, agitation, symptômes extrapyramidaux ou sédation) (14).

L'apparition de ces formes à action prolongée ont permis d'observer une diminution des taux de rechutes et d'hospitalisation (15).

Le tableau 2 présente tous les antipsychotiques sur le marché et les voies d'administration disponibles.

Tableau 2 : Les différentes voies d'administration disponibles selon les antipsychotiques ayant une autorisation de mise sur le marché en France. APA : Antipsychotiques atypique ; APG : Antipsychotiques de première génération ; VO : Voie orale ; IM : Intramusculaire

	Structure chimique	Dénomination Commune Internationale	Voies disponibles			Fréquence d'administration des formes retard
			VO	IM	IM retard	
APA	Dibenzo-oxazépines	Loxapine	X	X		
		Olanzapine	X		X	toute les 2 à 4 semaines
	Dibenzo-diazépines	Clozapine	X			
		Quétiapine	X			
	Benzisoxazoles	Risperidone	X		X	toute les 2 semaines
		Paliperidone			X	toute les 4 semaines
	Quinolone	Aripiprazole	X		X	toute les 4 semaines
Benzamide	Amisulpride	X				
APG	Phénothiazine aliphatiques	Chlorpromazine	X	X		
		Cyamémazine	X	X		
		Levomepromazine	X	X		
	Phénothiazine piperazinées	Fluphénazine	X		X	toute les 3 semaines
	Phénothiazine piperidinées	Pipotiazine	X		X	toute les 2 à 4 semaines
	Butyrophénone	Halopéridol	X	X	X	toute les 4 semaines
		Pipampérone	X			
		Dropéridol		X		
	Thio-xanthènes	Flupentixol	X		X	toute les 2 semaines
		Zuclopenthixol	X		X	toute les 2 semaines
	Benzamide	Sulpiride	X			
Amisulpride		X				

B. Les recommandations de prescription des antipsychotiques

1. En première intention

Dans le cadre d'un trouble psychotique aigu ou chronique les APA sont recommandés en 1ère intention, afin de réduire les symptômes positifs et d'éviter les risques de passage à l'acte auto agressif (2). Leur place en première intention se justifie par leur meilleure tolérance par rapport aux neuroleptiques classiques (2) comme mentionné précédemment.

La clozapine est cependant une exception par le risque d'agranulocytose potentielle que ce traitement peut entraîner. Elle est indiquée en deuxième intention en cas de trouble psychotique résistant, c'est-à-dire après échecs de deux traitements antipsychotiques bien conduits dont au moins un APA.

Ces traitements doivent être poursuivis après un épisode psychotique aigu afin d'éviter une rechute. Ils seront prolongés jusqu'à deux ans après la première crise et jusqu'à cinq ans en cas de récurrence (1;2). Ils peuvent cependant être prescrits à vie dans les troubles psychotiques chroniques (2).

2. En cas de rechute

Le changement vers un autre antipsychotique de 1ère ou de 2ème génération ne peut être envisagé qu'après 4 à 8 semaines de traitement sans réponse thérapeutique suffisante malgré une bonne observance (2). En effet la réponse thérapeutique n'est pas immédiate et s'observe en moyenne dans les 6 semaines suivant l'instauration du traitement (16).

La rispéridone, l'olanzapine et l'aripiprazole sont indiqués dans le traitement et la prévention des rechutes d'épisodes maniaques dans les troubles bipolaires, seul ou en association avec des sels de lithium ou de l'acide valproïque (2). Concernant les épisodes dépressifs des troubles bipolaires, la quétiapine est le seul antipsychotique à avoir l'autorisation de mise sur le marché (AMM) (2).

3. En cas d'agitation

Face à un état agressif au cours d'un état psychotique, les APG à propriétés sédatives, comme la chlorpromazine et la cyamémazine, sous forme injectable à libération immédiate, sont indiqués en traitement de crise (1;2).

4. Les formes à libération prolongée

Les APAP peuvent être introduits à n'importe quel stade de la maladie.

Tableau 3 : Indications des neuroleptiques à action prolongée et antipsychotiques à action prolongée. NAP : Neuroleptiques à action prolongée ; APAP : Antipsychotiques à action prolongée. Tableau réalisé d'après la référence (17).

	1ère intention	2ème intention
NAP	Aucune	Schizophrénie Trouble délirant Trouble schizoaffectif Trouble de personnalité
APAP	Schizophrénie Trouble délirant Trouble schizoaffectif	Trouble bipolaire Trouble de personnalité

Ainsi les NAP et APAP sont utilisés en relai de la forme orale de l'antipsychotique correspondant après avoir vérifié que le traitement est bien toléré par le patient (17) et après avoir atteint une posologie minimale efficace sous la forme orale (15;17;18) .

Le relai entre deux antipsychotiques injectable à action prolongée est possible également mais uniquement après avoir administré oralement la nouvelle molécule au patient pour s'assurer de sa bonne tolérance (17) . L'intervalle entre l'AP en cours et le nouvel AP doit correspondre à l'intervalle entre deux injections, idéalement à équivalence posologique (15;17;18).

C. Spécificité de la prise en charge psychiatrique en milieu pénitencier

1. Les structures carcérales

Différents types d'établissements pénitentiaires existent et se distinguent par des régimes d'incarcération qui leur est propre.

- Les maisons d'arrêt (MA) sont les établissements où sont incarcérés les détenus condamnés à de courtes peines ou en attente de leur jugement (19;20) .
- Les centres de détention (CD) accueillent les personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans (19;21) .
- Les centres de semi-liberté (CSL) ont la particularité de détenir les condamnés sous le régime de semi-liberté également appelé placement extérieur (19;22). Ainsi dans ces établissements le détenu peut s'absenter pendant la journée (19;22).
- Les centres pénitentiaires (CP) sont des établissements accueillant au moins deux régimes d'incarcération différents comme ceux mentionnés ci-dessus par exemple (19;23).

2. L'offre de soins

De par la prévalence importante des troubles psychiatriques en milieu carcéral, la prison est considérée comme le lieu de prise en charge de ces pathologies, ainsi

pour répondre à la demande de soins, des structures de prises en charge existent et s'organisent sur trois niveaux (24).

Le premier niveau correspond aux soins psychiatriques ambulatoires, il s'agit de consultations et de séances d'éducation thérapeutique se déroulant dans le lieu d'incarcération. Ces structures s'appellent des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) (19). Elles sont composées de psychiatres mais également de psychologues, infirmiers, aide-soignants ce qui en fait une équipe pluridisciplinaire (24). Ces USMP sont présents dans chaque prison française (25).

Le second niveau consiste en des hospitalisations de jour librement consenties dans les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) (19;24), ces structures permettent de faciliter l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques.

Leur rôle est de diagnostiquer, prévenir et traiter les pathologies psychologiques et psychiatriques que peuvent présenter les détenus (26) . Il en existe actuellement 28 en France dont 12 en centre pénitentiaire et 16 localisés en maison d'arrêt (25;27).

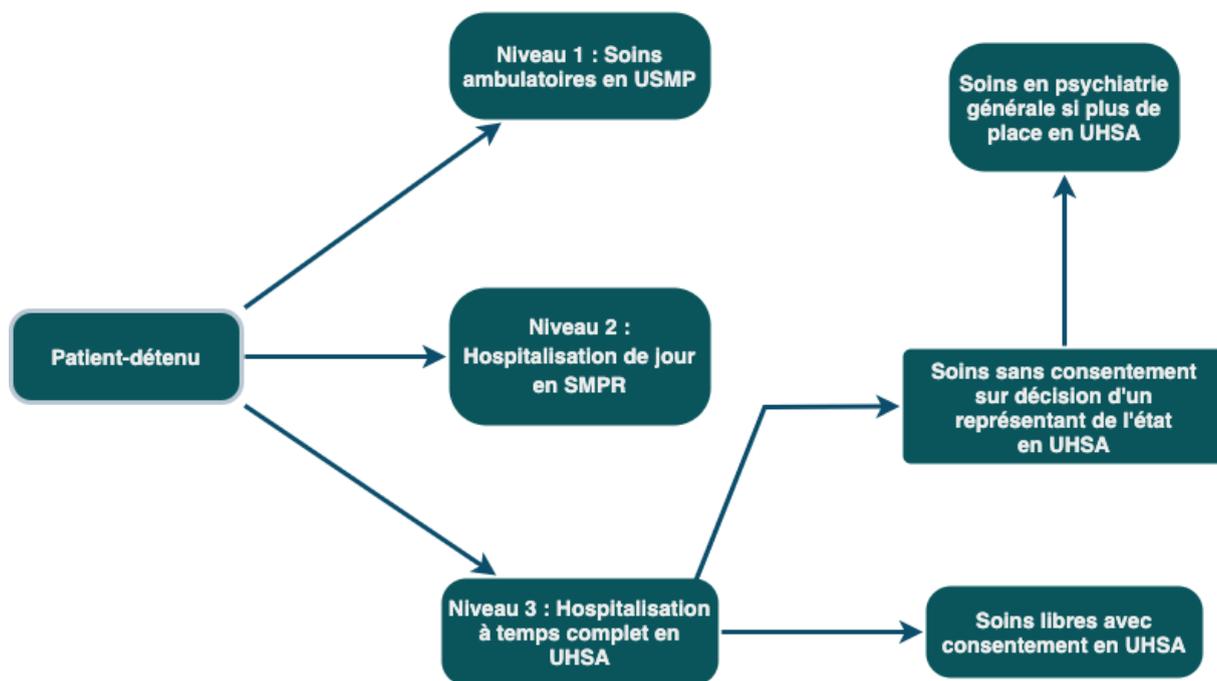
Il est cependant important de mentionner que le contrôleur général des lieux de privation a remarqué une inégalité d'accès aux soins en SMPR en fonction du lieu d'implantation de ces structures, ainsi les détenus des centres pénitentiaires et maisons d'arrêt ne disposant pas de SMPR ont plus de difficultés à obtenir une place et une prise en charge (19;28) .

Enfin, le troisième niveau est une hospitalisation à temps complet :

- Soit librement consentie par le patient en Unité Hospitalière Spécialement Aménagé (UHSA) (19).
- Soit sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) dans un établissement de secteur psychiatrique selon l'article D398 du code pénal (25), dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) ou dans une UHSA (19).

Ces structures de soins de niveau trois sont les seules à pouvoir mettre en place des soins sans consentement, 55% des admissions en UHSA sont sans consentement (29). Il existe 9 UHSA réparties sur le territoire français (30), toutes implantées dans un secteur hospitalier.

Figure 2 : Organisation de l'offre de soins en milieu carcéral. USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire ; SMPR : Services médico-psychologiques régionaux ; UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée.



3. Les antipsychotiques en milieu carcéral

La prescription d'antipsychotiques est plus importante en milieu carcéral par rapport au milieu libre de par la prévalence des pathologies psychiatriques plus élevée, mais aussi par le caractère anxiogène de l'incarcération (31). De nombreuses études épidémiologiques permettent de confirmer cela, notamment la méta-analyse de Fazel et al. qui met en évidence une fréquence de troubles psychiatriques 4 à 10 fois plus importante en milieu carcéral par rapport au milieu libre, soit 1 détenu sur 7 est atteint de troubles mentaux (32).

Pour illustrer cela, le tableau 4 reprend les prescriptions d'antipsychotiques de la maison d'arrêt de Paris-la-santé et de celle de Lille-sequedin (33).

Tableau 4 : Comparaison de la prescription d'antipsychotiques en milieu pénitentiaire et en milieu libre. D'après les résultats obtenus de la référence (33).

	Lille - Sequedin 2006 (34)	Paris-La santé 2008 (35)	Population générale 2005 (36)	Population générale Nord-pas-de- calais 2011 (31)
Effectif total	582	1337	590	3 370 000
Antipsychoti- ques	10.7%	12.2%	0.8%	1.7%

Les recommandations et les règles de prescription sont identiques pour les patients incarcérés ou non (37). Ainsi la pratique doit être la même qu'en milieu libre cependant le contexte d'incarcération entraîne inévitablement des adaptations de prise en charge (37).

a. Les adaptations de la prise en charge

Ces adaptations visent principalement à améliorer l'observance par des choix d'ordre galénique mais également par la mise en place d'éducation thérapeutique (33). La mauvaise observance des traitements antipsychotiques étant un des rares facteurs de risques modifiables des comportements violents dans les populations atteintes de maladies psychotiques (38). Les autres facteurs de risques difficilement modifiables en milieu carcéral étant : des symptômes antisociaux, des symptômes délirants, des conduites addictives et un statut socio-économique défavorisé (24).

i. Choix d'une forme retard

Les APAP sont une alternative aux antipsychotiques administrés par voie orale afin d'optimiser l'observance médicamenteuse et la qualité de vie des patients par diminution de la fréquence d'administration du traitement (24). Ces formes retard montrent des bénéfices cliniques pour les patients agressifs et diminuent efficacement le nombre d'incidents violents et leur sévérité (38).

Cette voie permet d'éviter une certaine stigmatisation des pathologies psychiatriques par les autres détenus et par l'administration pénitentiaire. Cette crainte de la stigmatisation représente un obstacle à la bonne observance du patient et entraîne des oppositions à la prise des traitements (31).

Cette voie intramusculaire permet également une assurance supplémentaire de la prise du traitement. C'est donc une solution adaptée aux patients moins observants, réticents à la voie orale mais aussi pour les patients hétéro-agressifs (38). Le choix de la zone d'injection est aussi primordial, ainsi le muscle deltoïde sera préféré au muscle grand fessier car jugé moins stigmatisant (31).

ii. Choix d'un psychotrope à demi-vie longue

Le choix des molécules se base également sur la demi-vie de celle-ci. En effet, les psychotropes à demi-vie courte entraînent un effet psychoactif rapide qui peut être recherché par des patients étant sujets aux addictions. Ainsi afin d'éviter un potentiel mésusage des psychotropes les molécules à demi-vie longue seront privilégiées (33).

iii. Choix d'un psychotrope à action sédatrice

L'incarcération, les événements judiciaires, les nuits longues, la promiscuité, l'hygiène de vie précaire sont des facteurs de stress non négligeables qui altèrent la qualité de vie et de sommeil des détenus. L'anxiété et l'insomnie sont par conséquent des objets de consultations fréquents (33). Compte tenu de ce contexte, les propriétés sédatrices d'une molécule, comme la chlorpromazine et la cyamémazine, sont à prendre en compte lors de la prescription (31;33).

iiii. Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) consiste à transmettre aux patients atteints de pathologies chroniques les connaissances et les compétences nécessaires pour vivre avec leur maladie (39;40). Ainsi, l'ETP est un outil primordial

de prise en charge des malades chroniques et s'inscrit dans le code de santé publique depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (41).

Le contexte d'incarcération et les conditions de vie ébranlent les repères des détenus et ne contribuent pas à l'évolution positive de leur état de santé (28;33). L'ETP est donc essentiel pour une prise en charge globale de ces patients. L'objectif de l'ETP dans la prise en charge des troubles psychotiques sont les suivants (33;42) :

- Prévention de rechutes et de crises
- Optimisation de l'observance médicamenteuses
- Connaissance des traitements et prévention du mésusage
- Conscience de la pathologie
- Connaissance des règles hygiéno diététiques
- Informations liés au risques de conduites addictives associés

b. Les problèmes rencontrés lors de la prescription d'un antipsychotique en milieu carcéral

Une étude australienne a mis en évidence certains problèmes de prescriptions récurrents concernant les antipsychotiques en milieu carcéral (43).

i. La polymédication

L'utilisation de plusieurs antipsychotiques à la fois est déconseillée puisqu'elle entraîne un risque iatrogène (43). Cependant la co-prescription d'antipsychotiques est fréquente en prison (43) lié à une inefficacité de plusieurs monothérapies, le défaut d'alliance thérapeutique.

En effet l'alliance thérapeutique est bien souvent compromise en milieu carcéral. Le refus par le médecin de prescrire un traitement psychotrope demandé par le patient peut entraîner une rupture de prise en charge (31). Dans ce contexte particulier les soignants doivent évaluer la balance bénéfice risque d'un refus de prescription (31).

ii. Le surdosage

Une surprescription d'antipsychotiques à dosage élevé a été observée en milieu carcéral (43). Cependant l'usage de doses plus importantes que celles recommandés apporte un avantage thérapeutique faible mais aussi un risque iatrogénique supplémentaire (16;43).

iii. La durée de prescription

La durée des prescriptions d'antipsychotiques en milieu carcéral est également controversée. Il a été observé que la durée recommandée afin de conclure sur l'efficacité d'une monothérapie n'était pas atteinte (43), entraînant un relai précipité vers d'autres molécules voir vers de la polymédication.

II. OBJECTIF

Les antipsychotiques sont des molécules complexes qui nécessitent un suivi clinique et biologique après instauration. De plus, les effets indésirables multiples qu'ils peuvent entraîner sont à l'origine de problèmes d'observances fréquents.

Ainsi ces informations peuvent laisser penser que cette classe thérapeutique n'est pas compatible avec l'incarcération, or de par la prévalence de pathologies psychotiques en prison, elles sont néanmoins indispensables à la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire.

Suite aux pratiques relevées dans la littérature concernant le bon usage des antipsychotiques en milieu carcéral, l'objectif de ce travail est d'étudier la prescription de cette classe thérapeutique au sein de la maison d'arrêt de Lille-Sequedin et du centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin.

Afin de bien comprendre et interpréter les résultats de cette étude, une enquête s'intéressant aux pratiques de prescription des antipsychotiques a été réalisée auprès des psychiatres et internes en psychiatrie exerçant aux USMP de Sequedin et d'Annoeullin.

III. MATERIEL ET METHODES

A. Description des établissements pénitentiaires

1. Centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin

Le centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin est composé d'une maison d'arrêt pour homme ainsi que d'un centre de détention pour homme (44).

Au 1er janvier 2021 la maison d'arrêt pour homme comptait 494 détenus pour une capacité opérationnelle de 477 places (44).

Concernant le centre de détention pour homme, il accueillait au 1er janvier 2021, 178 détenus pour une capacité opérationnelle de 209 places (44).

2. Maison d'arrêt de Lille-Sequedin

La maison d'arrêt de Lille-Sequedin est composé d'une maison d'arrêt pour homme, d'une maison d'arrêt pour femme, d'un quartier de semi-liberté pour homme ainsi que d'un quartier de semi-liberté pour femmes (45).

Au 1er janvier 2021 la maison d'arrêt pour homme comptait 673 détenus pour une capacité opérationnelle de 435 places (45).

La maison d'arrêt pour femmes accueillait 95 détenues au 1er janvier 2021 pour une capacité opérationnelle de 149 places (45).

Le quartier de semi-liberté pour homme comptait, au 1er janvier 2021, 25 détenus pour une capacité opérationnelle de 49 places (45).

A cette même date le quartier de semi-liberté pour femmes ne comptait aucune détenues pour une capacité opérationnelle de 11 places (45).

3. Circuit du médicament

Toutes les données de prescriptions sont transmises à la pharmacie à usage intérieur (PUI) du centre hospitalier universitaire (CHU) par le logiciel Otalía®. Ce dernier est l'outil permettant au service USMP de la PUI de dispenser les traitements destinés aux détenus.

Les ordonnances urgentes sont préparées et envoyées par une navette d'urgence le jour de leur prescription. Les autres traitements répertoriés comme non urgents sont envoyés une fois par semaine dans des armoires sécurisées. La préparation est réalisée dans des piluliers à la semaine. Ils sont distribués une fois par jour aux détenus par les infirmiers diplômés d'État (IDE) des USMP. Ce sont ainsi les détenus qui gèrent l'administration de leurs traitements tout au long de la journée.

B. Analyse des prescriptions des antipsychotiques

1. Méthodologie

La réalisation de cette étude observationnelle transversale se base sur la prescription des antipsychotiques au centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin et à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin sur une période de 6 mois, du 13 février 2021 au 13 août 2021.

Les données de prescription du service USMP de la PUI du CHU de Lille sont utilisées.

Otalía® génère automatiquement un listing de chaque ligne de traitement dans un tableur Excel®.

Afin de réaliser cette étude, la période d'intérêt en nombre de jours a été renseignée (180 jours : la requête a été lancée le 13 août 2021). Une fois la requête lancée, les médicaments d'intérêt (antipsychotiques) peuvent être sélectionnés ; la liste des détenus d'Annoeullin et de Sequedin sous antipsychotiques est obtenue.

2. Facteurs d'inclusion

Tous les détenus sous antipsychotiques lors de cette période ont été inclus dans l'étude.

La prescription de médicaments dépend des spécialités disponibles au livret du CHU, ainsi seul les antipsychotiques suivant seront représentés dans cette étude :

Tableau 5 : Antipsychotiques disponibles au livret du CHU de Lille

APA	APG
Loxapine	Chlorpromazine
Olanzapine	Cyamémazine
Clozapine	Levomepromazine
Quétiapine	Halopéridol
Risperidone	Zuclopenthixol
Palipéridone	
Aripiprazole	
Amisulpride	

3. Facteurs d'exclusion

Une étape primordiale est de supprimer les doublons éventuels, souvent liés à un changement de cellule du détenu, ce qui permet d'obtenir le nombre exact de patients sous un antipsychotique donné à Sequedin ou à Annoeullin.

C. Questionnaire de bon usage des antipsychotiques

Le questionnaire a été réalisé avec la plateforme Google Form© et transmis par email aux psychiatres et internes en psychiatrie exerçant dans les USMP d'intérêt. Cela représente 4 psychiatres et 1 interne en psychiatrie à l'USMP d'Annoeullin et 4 psychiatres et 2 internes en psychiatrie à l'USMP de Sequedin.

Le questionnaire est structuré de la manière suivante :

- Les trois premières questions ont pour objectif d'obtenir des informations sur les répondants tels que leur lieux d'activité, leur statut professionnel ainsi que leur nombre d'années d'expériences dans le milieu carcéral.
- Les questions 4, 5 et 6 s'intéressent à la proportion de patients sous antipsychotiques oraux et sous antipsychotiques IM retard, ainsi qu'aux principales indications de leurs prescriptions.
- La question suivante porte sur les molécules les plus prescrites parmi toutes celles présentes au livret pharmaceutique du CHU.
- Les questions 8, 9 et 10 portent sur la place des antipsychotiques à libération prolongée dans la prise en charge des détenus.
- Les questions 11, 12 et 13 s'intéressent à la polyprescription d'antipsychotiques pour un même patient et les raisons derrière cela.
- Les questions 14 à 20 s'intéressent à l'éducation thérapeutique des patients (ETP) incarcérés sous antipsychotiques.

D. Analyse statistique

1. Analyse descriptive

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage.

2. Analyse comparative

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi-2 d'indépendance. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Le logiciel utilisé pour réaliser ces tests est le logiciel Jamovi (46) (47).

IV. RÉSULTATS

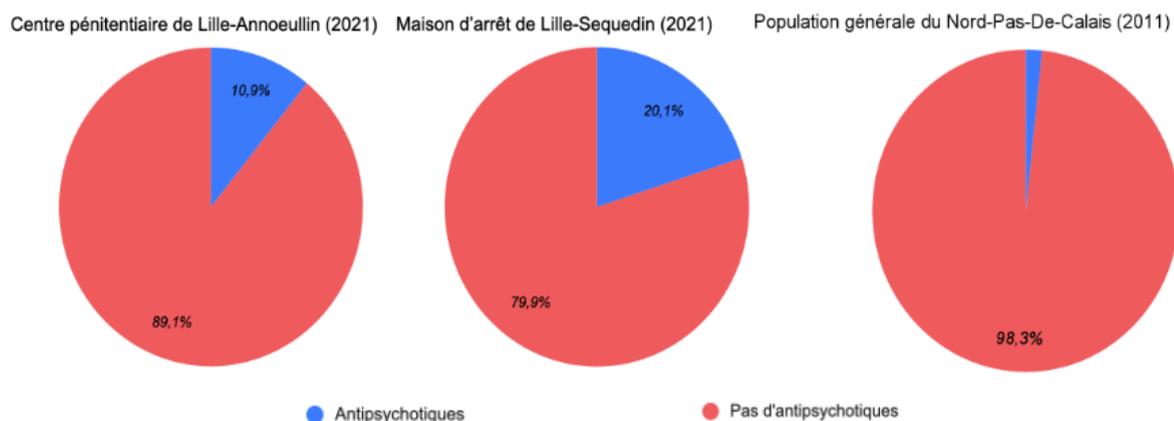
A. Analyse de prescriptions des antipsychotiques

1. Proportion de détenus sous antipsychotiques

Les taux de prescription d'antipsychotiques au centre pénitentiaire d'Annoeullin et de Sequedin sont respectivement de 10.87% (114 détenus sous AP sur 1049 détenus) et de 20.05% (240 sous AP / 1197). Ainsi la proportion de détenus sous antipsychotiques est significativement plus élevée à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin par rapport au centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin ($p < 0.001$).

Ces traitements sont donc en moyenne 10 fois plus prescrits que dans la population générale du Nord-Pas-De-Calais (31).

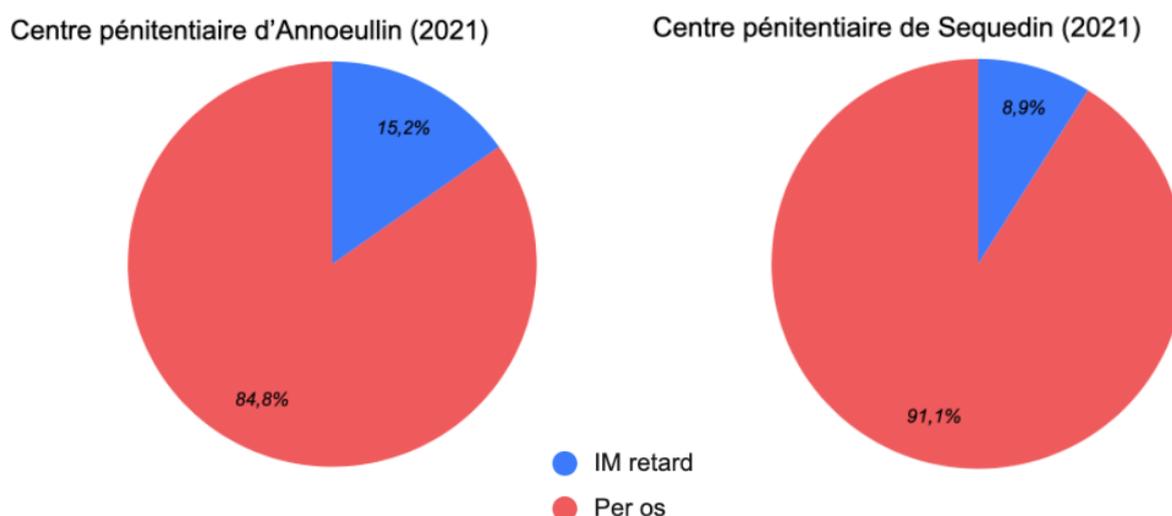
Figure 3 : Comparaison des prescriptions des antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annœullin sur une période de 6 mois par rapport à la population générale :



2. Les voies d'administration prescrites

La figure 4 permet d'observer la prescription de la voie orale et de la voie IM retard. Avec 84.14% (123 Per Os / 145 AP) des antipsychotiques prescrits par voie orale pour le centre pénitentiaire d'Annoeullin et 88.13% (245 Per Os / 278 AP) pour celui de Sequedin, une prescription majoritaire de la voie orale par rapport à la voie IM retard est observée dans les deux centres de détention étudiés. Il est également observé que la voie d'administration prescrite est indépendante du centre de détention ($p = 0.054$).

Figure 4 : Répartition de la prescription d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annoeullin sur une période de 6 mois en fonction de la voie d'administration :



3. Les molécules les plus prescrites

Le tableau 6 présente les taux de prescription de chaque antipsychotique dans les centres pénitenciers étudiés.

La molécule la plus prescrite est donc la cyamémazine qui représente 27.59% (40 / 145 AP) des prescriptions d'antipsychotiques à Annoeullin et 28.06% (70 / 278 AP) à Sequedin.

Il s'agit d'un neuroleptique classique par voie orale indiquée pour l'agitation pendant un état psychotique, l'anxiété et les épisodes dépressifs majeurs.

Le deuxième traitement le plus prescrit est la rispéridone qui est un antipsychotique atypique. Il est indiqué pour les épisodes maniaques des épisodes bipolaires et en 1ère intention dans la prise en charge de la schizophrénie.

La forme orale représente 15.17% (22 / 145 AP) des prescriptions d'antipsychotiques à Annoeullin et 13.31% (37 / 278 AP) à Sequedin contre respectivement 6.90% (10 / 145 AP) et 5.04% (14/ 278 AP) pour les formes d'action prolongée.

La clozapine est l'antipsychotique le moins prescrit à Sequedin, elle représente 0.72% (2 / 278 AP) des prescriptions d'antipsychotiques. Cette molécule n'est pas prescrite à Annoeullin.

Tableau 6 : Répartition de la prescription d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annoeullin sur une période de 6 mois en fonction de la molécule et de la voie d'administration :

Rang de prescription	Dénomination commune internationale	Voie d'administration	Centre pénitentiaire d'Annoeullin (2021)	Centre pénitentiaire de Sequedin (2021)
1	Cyamémazine	per os	27.59%	24,82%
		IM	0.00%	3.24%
2	Risperidone	per os	15.17%	13.31%
		IM retard	6.90%	5.04%
3	Loxapine	per os	13.79%	14.75%
4	Aripiprazole	per os	10.34%	9.71%
		IM retard	2.76%	2.16%
5	Olanzapine	per os	6.90%	5.40%
		IM retard	2.76%	0.00%
6	Levomepromazine	per os	4.83%	7.19%
7	Quétiapine	per os	0.69%	6.83%
8	Amisulpride	per os	2.07%	3.96%
9	Halopéridol	IM retard	1.38%	1.80%
10	Chlorpromazine	per os	2.76%	0.36%
11	Zuclopenthixol	per os	0.69%	0.72%
		IM retard	1.38%	0.00%
12	Clozapine	per os	0.00%	0.72%

4. La poly prescription d'antipsychotiques

La poly prescription d'AP ne concerne que 30% des détenus dans les deux établissements étudiés (tableau 7). Il n'y a donc pas de différence significative en termes de poly prescription entre les deux USMP

Tableau 7 : Associations d'antipsychotiques aux centres pénitentiaires d'Annoeullin et de Sequedin sur une période de 6 mois.

	Centre pénitentiaire d'Annoeullin (2021)	Centre pénitentiaire de Sequedin (2021)
1 Antipsychotique	73,21%	71,30%
2 Antipsychotiques	21,43%	20,87%
3 Antipsychotiques	4,46%	4,35%
4 Antipsychotiques	0,89%	3,04%
5 Antipsychotiques	0,00%	0,43%

B. Questionnaire de bon usage des antipsychotiques

Suite à l'envoi du questionnaire à 11 praticiens des USMP du CHU de Lille, 7 réponses ont été obtenues : 3 exerçant à l'USMP de Lille-Annoeullin et 4 à l'USMP de Lille-Sequedin.

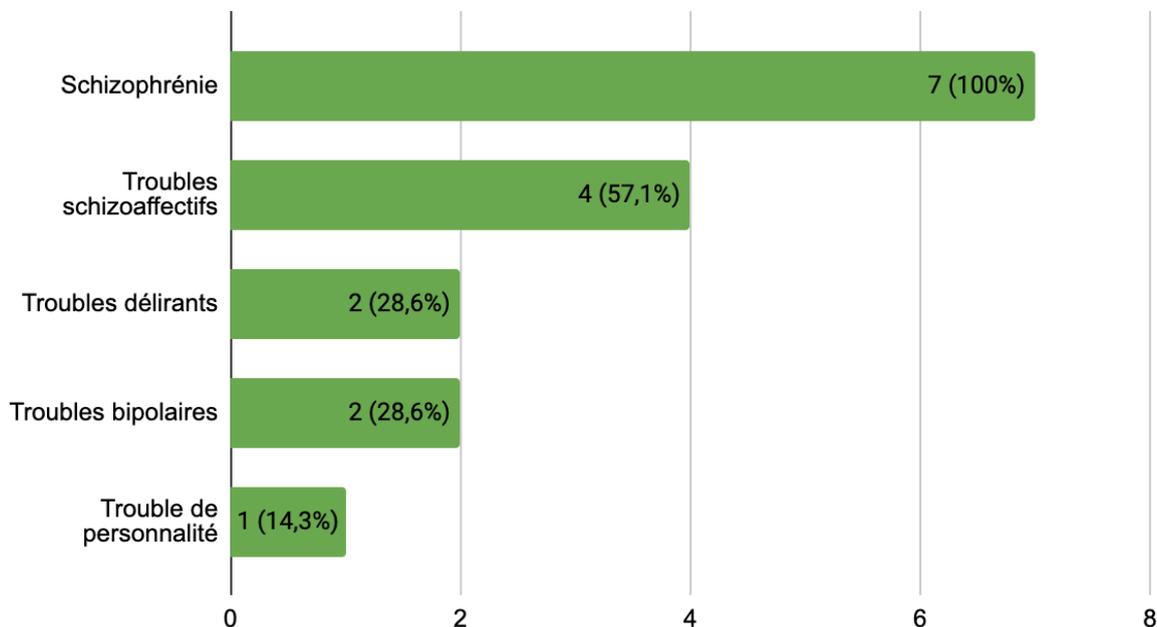
Parmi les répondants, 71,4 % sont praticiens hospitaliers et 28,6 % sont internes. Parmi eux la majorité ont une expérience psychiatrique en milieu carcéral de moins de 5 ans, 28,6 % une pratique entre 5 et 10 ans et 14,3 % une pratique de plus de 10 ans.

1. Indication et prescription d'antipsychotiques

Dans la majorité des cas (57,1%), les psychiatres estiment leur proportion de patients suivis en consultation et bénéficiant d'antipsychotiques à moins de 25%. Les deux principales indications de prescription d'AP décrites par les psychiatres sont la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs (figure 5).

Figure 5 : Principales indications de prescription d'AP selon les psychiatres interrogés.

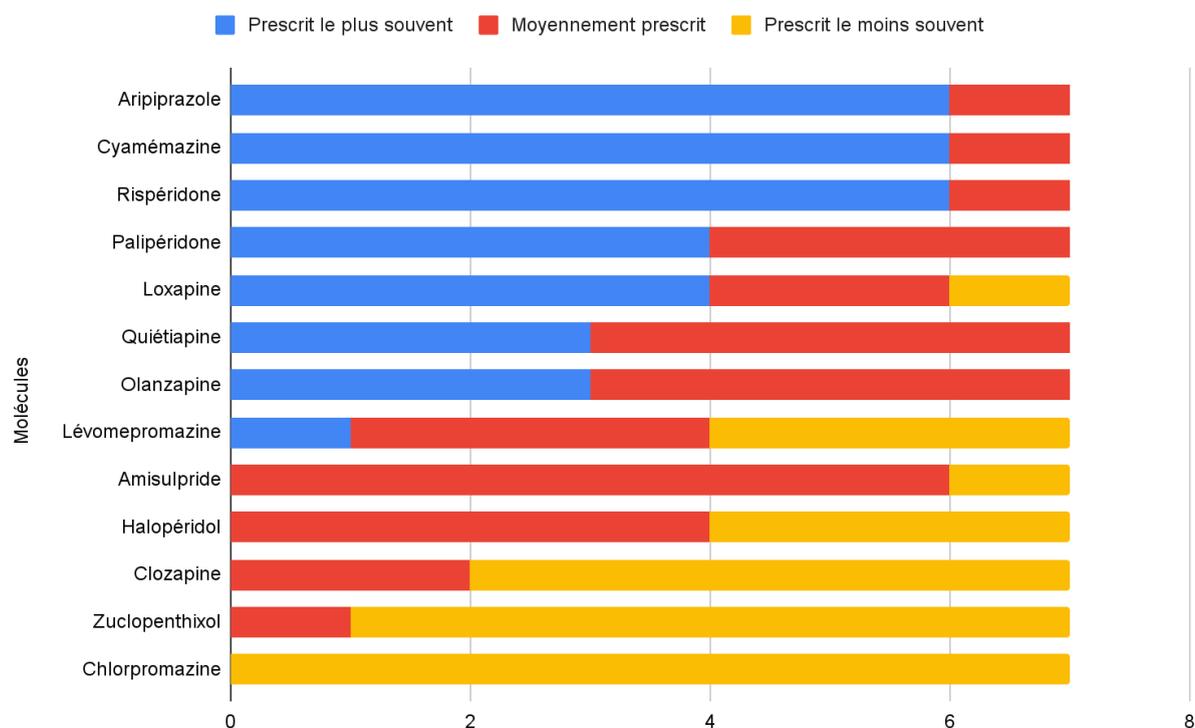
Principales indications de prescriptions d'AP



Les principales molécules utilisées aux USMP de Sequedin et d'Annoeullin sont l'aripiprazole, la cyamémazine et la rispéridone (figure 6). En effet pour chacune de ces trois molécules 85,7 % des répondants l'ont indiqué comme prescrit le plus souvent.

Figure 6 : Fréquence de prescription des différents antipsychotiques selon les psychiatres interrogés

Fréquence de prescription des différents antipsychotiques selon les psychiatres



2. La poly prescription d'antipsychotiques

La majorité des prescripteurs (85,7 %) affirment qu'ils prescrivent plusieurs AP à un même patient pour les raisons suivantes :

- l'association d'un AP à visée anti productive à un AP à visée sédatrice et anxiolytique pour une prise en charge plus complète des symptômes.
- la recherche d'un effet adjuvant lorsqu'ils sont face à une résistance pharmacologique ou à un manque d'efficacité de plusieurs monothérapie.

Dans ces cas les associations d'antipsychotiques les plus fréquentes sont les suivantes :

- Cyamémazine et Olanzapine
- Cyamémazine et Aripiprazole
- Cyamémazine et Rispéridone

- Amisulpride et Risperidone
- Olanzapine et Aripiprazole

3. Usage des NAP et des APAP

Tous les médecins interrogés indiquent que moins d'un quart de leurs patients sous AP bénéficie d'un NAP ou d'un APAP.

Alors que plus de la moitié estiment que les formes retardes sont à privilégier (57,1%), 28,1% estiment que le choix se décide au cas par cas. Néanmoins, 1 seul praticien (14,3 %) ne privilégie pas ces formes à libération prolongée pour deux raisons, à savoir les difficultés organisationnelles en secteur pénitencier pour surveiller indésirables et le délai de réévaluation des traitements trop long, et par la difficulté d'obtention du consentement par le patient.

Les intérêts à privilégier les NAP sont les suivants :

- l'amélioration de l'observance (100% des prescripteurs)
- la limitation du mésusage (50% des prescripteurs)
- la limitation de la stigmatisation liée à la prise de comprimés. (33%)
- l'amélioration de l'adhésion au traitement (33%)

4. L'éducation thérapeutique du patient

La majorité des prescripteurs (85,7%) sont en faveur de l'éducation thérapeutique des détenus sous antipsychotiques. Cependant un praticien (14,3 %) estime que l'éducation thérapeutique est intéressante mais qu'elle n'est pas réalisable actuellement pour deux raisons. D'une part à cause des conditions non adaptées à l'ETP tel que le manque de temps en consultation et un manque de locaux dédiés et d'autre part à cause des difficultés d'accès aux soins auxquels font face les détenus, l'absentéisme et les délais longs de consultations.

Les arguments en faveur de l'ETP sont :

- La prévention de la mauvaise observance et donc d'une décompensation psychotique. D'autant que les détenus ont des critères d'évolution défavorables.

- L'amélioration de la connaissance et de la compréhension de la pathologie par le patient.
- L'éducation du patient sur les règles hygiéno diététiques.
- La prévention du mésusage et par conséquent des risques de surdosage.

Concernant la faisabilité de l'ETP en détention plus de la moitié des psychiatres (57,1 %) estiment qu'elle est réalisable en pratique actuellement en expliquant que des séances d'ETP peuvent être mises en place en hôpital de jour, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), en centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais également en consultation. Cependant 42,9% des psychiatres ont répondu qu'elle est au contraire difficilement réalisable dans les conditions de détention actuelles déjà mentionnée précédemment.

Le temps accordé à l'information médicamenteuse lors d'une consultation est :

- entre 5 et 10 minutes (71,4 %)
- entre 10 et 15 minutes (28,6 %)

V. DISCUSSION

Après avoir fait état des recommandations de prescriptions, des propriétés et des risques de mésusage relatifs aux antipsychotiques, une analyse du bon usage de cette classe thérapeutique a été réalisée au sein de la maison d'arrêt de Lille-Sequedin et du centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin afin de comprendre comment sont prescrits ces traitements malgré les contraintes du milieu carcéral.

Cette étude permet donc d'observer une prescription plus importante d'antipsychotiques qu'en milieu libre. En effet, le taux de prescription d'AP dans les deux centres étudiés est en moyenne 10 fois plus élevé que dans la population générale. De plus, en s'intéressant à l'appréciation des psychiatres interrogés sur la proportion de détenus suivis en consultation sous antipsychotiques, la majorité estiment que ces traitements concernent moins de 25% de leurs patients.

Ce taux élevé de prescriptions est en accord avec la prévalence de pathologies psychiatriques en prison puisqu'elles sont 4 à 10 fois plus représentées que dans le reste de la population (48). De nombreuses études épidémiologiques permettent de confirmer cela notamment celle de Falissard et al dans laquelle 17% des détenus étudiés étaient atteints de troubles psychotiques dont 6.2% de schizophrénie (49).

Les deux principales indications de prescription de ces AP aux USMP de Sequedin et d'Annoeullin sont d'ailleurs la schizophrénie et les troubles schizo affectifs. Les autres indications moins fréquentes sont les troubles bipolaires et les troubles délirants.

Les troubles délirants étant beaucoup moins fréquents dans la population générale que les autres troubles psychotiques (50). Et les AP ne sont pas indiquées en première intention dans la prise en charge des troubles bipolaires, ainsi il est donc cohérent qu'ils soient moins prescrits pour cette indication (2) .

La surreprésentation des troubles psychiatriques en prison s'explique de plusieurs manières :

- D'une part par le stress engendré par l'incarcération. Notamment par les conditions de vie, la promiscuité, l'isolement, la perte de liens sociaux et familiaux qui sont des facteurs de risques non négligeables dans l'exacerbation d'une crise psychotique (24;28;37). Ainsi, de par la déréalisation entraînée par la détention, on retrouve l'aggravation de pathologies psychiatriques préexistantes non diagnostiquées en milieu libre. De plus, un dépistage de maladie psychiatriques est systématiquement réalisé à l'entrée des détenus dans le système carcéral (24;26).
- D'autre part, la baisse de capacités d'accueil en hôpitaux psychiatriques et la désinstitutionnalisation en France s'est accompagnée d'une hausse d'incarcération de patients atteints de troubles psychiatriques (51) .

La proportion de détenus sous antipsychotiques est significativement plus élevée à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin par rapport au centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin. Cette étude se portant sur deux centres de détention uniquement, il n'est pas possible de déduire une explication certaine de ce résultat. Il est cependant possible d'émettre l'hypothèse que le type de structure d'incarcération puisse avoir un impact sur la population carcérale et sur l'offre de soins (52) .

Comme expliqué précédemment une maison d'arrêt est un établissement d'accueil pour les détenus ayant de courtes peines ou encore étant en attente de leur jugement (19;20). Ainsi, de par ses caractéristiques d'accueil, les maisons d'arrêts sont plus facilement sujettes à la surpopulation carcérale (52), leur taux moyen d'occupation étant de 135,8 % en décembre 2021 (53). La maison d'arrêt de Lille-Sequedin avait un taux d'occupation de 138.7 % en décembre 2021 contre 117,75 % pour le centre pénitentiaire Lille-Annoeullin.

Cette étude met en évidence la fréquence importante de prescription de la cyamémazine à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin et également au centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin. Cette proportion s'explique en grande partie par les indications de cet APG : l'agitation pendant un état psychotique aigu, la prise en charge de l'anxiété et de certains épisodes dépressifs majeurs (54). Ainsi son utilisation ne se limite pas qu'aux troubles psychotiques rendant sa prescription plus étendue, les troubles anxieux et les épisodes dépressifs étant fréquents en milieu carcéral. L'étude de Falissard et al illustre cela puisque 29,4% des détenus étudiés

souffraient de troubles anxieux (49). De plus, les propriétés antihistaminiques de la cyamémazine provoquent une sédation souvent recherchée en clinique (55).

Le deuxième traitement le plus prescrit est la rispéridone. Étant un APA, il est indiqué en première intention pour traiter la schizophrénie et les épisodes maniaques des troubles bipolaires (56). Disponible par voie orale, c'est le premier APA à libération prolongée mis sur le marché en France (57) . L'avantage que présente cette molécule est la meilleure tolérance (les effets indésirables anticholinergiques, métaboliques et sédatifs sont moins fréquents par rapport aux autres APA (57;58)) sauf pour l'hyperprolactinémie qui est plus fréquente (57;58).

L'antipsychotique le moins prescrit des deux centres étudiés est la clozapine. Ce traitement n'est pas indiqué en première intention dans la prise en charge des troubles psychotiques (59). Notamment pour ses effets indésirables hématologiques et anticholinergiques déjà mentionnés précédemment (5;59).

Ainsi la majorité des antipsychotiques prescrits sont des APA, à l'exception de la cyamémazine qui est un APG mais dont les propriétés sédatives sont particulièrement intéressantes en clinique.

A l'inverse les molécules les moins prescrites sont des APG, à l'exception de la clozapine dont les effets indésirables et le suivi biologique et clinique requis n'est pas compatible avec la détention (59) .

Le choix de molécules prescrites est donc cohérent avec leur propriétés et les recommandations de prescriptions.

Dans les deux centres étudiés 30% des détenus sous AP sont en polythérapie. Selon la HAS l'association de plusieurs antipsychotiques peut être envisagée en cas d'échec ou de résistance à plusieurs monothérapies (56). Ce cas de figure a été observé dans cette étude avec notamment l'association de deux APA. Ici les répondants décrivent l'amisulpride en association avec la rispéridone, mais aussi l'association de l'olanzapine avec l'aripiprazole.

De plus, les psychiatres ont décrit un autre cas de figure, celui de l'association de deux AP d'actions complémentaires. Les différentes associations proposées par les répondants sont l'association de la cyamémazine, qui est un APG avec des APA. Ici il s'agit de la rispéridone, de l'olanzapine et de l'aripiprazole. Comme mentionné

précédemment la cyamémazine a une action sédatrice (55), c'est donc pour cette propriété qu'elle est souvent utilisée en association.

Cette étude s'est donc intéressée à la proportion de patients sous plusieurs AP mais les indications et les raisons de chaque association n'ont pas été recensées. Les réponses des psychiatres permettent donc de comprendre que la majorité des polyprescriptions seraient liées à l'association d'un traitement de fond à un traitement de crise.

La HAS recommande cependant une réévaluation régulière de la pertinence de l'association de plusieurs AP (56).

Cette étude s'est également intéressée à la prescription des formes à libération prolongée des AP. Comme mentionné précédemment les NAP et les APAP sont recommandés pour assurer une meilleure observance des traitements antipsychotiques. Ces formes sont peu prescrites aux centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annoeullin par rapport aux antipsychotiques oraux. Néanmoins leur utilisation est également peu répandue dans la population générale française et internationale (60). De plus, l'observance des détenus sous antipsychotiques n'a pas été évaluée dans cette étude.

Les praticiens des USMP sont conscients de l'intérêt et des bénéfices que peut apporter la prescription des AP injectables à libération prolongée mais deux obstacles s'opposent à cela.

D'une part, les contraintes pénitentiaires constituent le premier obstacle. En effet, il existe une différence indéniable de suivi médical entre le milieu libre et le milieu pénitentiaire, notamment en termes de psychiatrie. Cela a été constaté à plusieurs reprises par le Contrôleur général des lieux de privations de liberté (CGLPL) dont la mission est de permettre aux détenus de jouir de leurs droits fondamentaux (28). L'accès aux soins est donc entravé par la surpopulation carcérale ainsi qu'un manque de moyens et d'effectif (28). De plus, une inégalité de prise en charge en fonction du lieu d'incarcération a été observée, dans la mesure où l'établissement de détention est doté d'un SMPR ou non (19;28;31).

D'autre part la difficulté d'obtention du consentement des patients de par le manque d'attrait que l'idée d'une injection entraîne (17). Cela a été observé dans une étude allemande qui s'est intéressée à la perception des APAP, dans laquelle 47% des patients auxquels un APAP a été proposé ont refusé l'injection (61). Les raisons

derrière un refus face à une injection d'APAP par un patient sont diverses telles que la peur des aiguilles, la crainte d'effets indésirables, la volonté d'avoir le contrôle sur l'administration de ses traitements mais également l'impression que les bénéfices d'une injection seront négligeables (61).

Ainsi, en éduquant et en informant les patients réticents aux APAP sur les bénéfices et les propriétés de ceux-ci dans leur schéma thérapeutique, leur prise en charge serait optimisée, que ce soit en milieu libre ou en milieu carcéral.

Cependant la réalisation de séances d'ETP en milieu carcéral est, elle aussi, entravée par les contraintes pénitentiaire et la surpopulation carcérale. Bien que les consultations, l'hospitalisation de jour en SMPR et l'hospitalisation complète en UHSA sont présentées par certains psychiatres comme des moments privilégiés pour mettre en place une ETP. Ces ressources restent néanmoins restreintes. Ainsi, il est certes possible d'aborder des sujets d'éducation thérapeutique avec un patient en consultation, mais la durée de cette même consultation est limitée, et les délais pour revoir le patient sont très longs (28). Quant à l'hospitalisation, un déficit de place principalement lié à la surpopulation rend leur accès difficile pour les détenus (28).

Certains répondants ont également suggéré le recours aux CSAPA et aux CATTP afin de réaliser l'ETP. Bien que ces deux structures proposent effectivement des programmes d'ETP (62) , elles ne sont néanmoins pas disponibles en milieu carcéral. Il s'agit donc d'une option pour assurer la continuité des soins lors de la sortie du détenu uniquement.

VI. CONCLUSION

Les antipsychotiques sont indiqués pour les troubles psychotiques aigus et chroniques et nécessitent un suivi clinique et biologique strict afin d'optimiser la prise en charge et la qualité de vie du patient.

L'incarcération et ses contraintes ayant un impact sur l'offre de soins, l'objectif de ce travail était de comprendre comment les psychiatres exerçant en milieu carcéral prescrivent les antipsychotiques et si cette prescription est en accord avec les recommandations.

La proportion de patients sous antipsychotiques est plus importante qu'en milieu libre mais cela s'explique par une prévalence de pathologies psychiatriques plus élevée en prison. Le choix des molécules, le respect des indications et le choix d'une polyprescription respectent les AMM et les recommandations de prescription.

Cependant le suivi clinique et l'éducation thérapeutique des patients est restreint par les contraintes carcérales tel que le manque de temps en consultation et la surpopulation. Pour ces mêmes raisons, les antipsychotiques à libération prolongée sont peu prescrits, bien qu'ils soient bénéfiques pour la bonne observance des traitements.

Ainsi, afin d'améliorer le suivi des patients, il serait bénéfique d'avoir une activité pharmaceutique plus présente dans le milieu carcéral, avec un pharmacien pouvant réaliser des entretiens d'information médicamenteuse avec les détenus, en dehors des consultations médicales.

De plus, une sensibilisation de l'administration pénitentiaire au caractère primordial du suivi clinique et biologique de certains traitements pourrait permettre de faciliter et de fluidifier l'accès aux soins des détenus et serait favorable à une meilleure prise en charge.

ANNEXE 1 : Questionnaire sur le bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

Objectif : Identifier les pratiques de prescriptions des antipsychotiques dans le milieu carcéral

***Obligatoire**

1. Quelle est votre profession ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Praticien hospitalier
- Praticien hospitalo universitaire
- Interne en psychiatrie

2. Combien d'années d'expériences avez vous dans la pratique psychiatrique en milieu carcéral ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- plus de 10 ans

3. Quel est votre lieu d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Maison d'arrêt de Lille-Sequedin
- Centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

4. Dans le cadre de votre pratique psychiatrique en milieu carcéral quelle est la proportion de votre file active de patients suivis en consultation pour laquelle vous prescrivez un traitement antipsychotique ? *

Une seule réponse possible.

- < 25%
- 25 - 50%
- 50 - 75%
- > 75%

5. Dans le cadre de votre pratique psychiatrique en milieu carcéral quelle est la proportion de votre file active de patients suivis en consultation pour laquelle vous prescrivez un traitement antipsychotique IM retard ? *

Une seule réponse possible.

- < 25%
- 25 - 50%
- 50 - 75%
- > 75%

6. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention quelles sont les principales indications ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Schizophrénie
- Trouble schizoaffectif
- Trouble délirant
- Trouble bipolaire
- Trouble de personnalité

Autre : _____

7. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention quelles sont les principales molécules utilisées ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Prescrit le plus souvent	Moyennement prescrit	Prescrit le moins souvent
Amisulpride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aripiprazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlorpromazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clozapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyamémazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halopéridol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lévomepromazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loxapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olanzapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palipéridone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quiétiapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rispéridone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuclopendixol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Passer à la question 8

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

8. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention privilégiez-vous les formes à libération prolongée (LP), aussi appelés formes retard, aux formes à libération immédiate (LI) ? Exemple de forme retard : ABILIFY MAINTENA, HALDOL DECANOAS, ZYPADHERA. *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 9*
- Non *Passer à la question 10*
- Autre : _____

Si oui

9. Si oui, pour quelles raisons ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Amélioration de l'observance
- Amélioration de l'adhésion au traitement par le patient
- Eviter la stigmatisation liée à la prise de comprimés en milieu carcéral
- Limiter le mésusage

Autre : _____

Passer à la question 11

Si non

10. Si non, justifiez *

Passer à la question 11

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

11. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention, à quelle fréquence prescrivez-vous plusieurs antipsychotiques pour un même patient ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Fréquence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention pour quelles raisons prescrivez vous plusieurs antipsychotiques à un même patient ?

13. Quels sont les associations d'antipsychotiques les plus fréquemment prescrites ? *

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

14. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention, estimez vous que l'éducation thérapeutique est importante ? *

Une seule réponse possible.

- oui *Passer à la question 15*
- non *Passer à la question 16*
- Autre : _____

si oui

15. Si oui, justifiez *

16. Si non, justifiez *

Passer à la question 17

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

17. Concernant la prescription d'antipsychotiques en détention, estimez vous que l'éducation thérapeutique est réalisable en pratique actuellement ? *

Une seule réponse possible.

oui *Passer à la question 18*

non *Passer à la question 19*

Si oui

18. Si oui, justifiez *

Passer à la question 20

19. Si non, justifiez *

Passer à la question 20

Etat des lieux du bon usage des antipsychotiques dans le milieu carcéral en France

20. Dans le cadre de votre pratique en milieu carcéral, quel temps consacrez vous à l'information médicamenteuse et à la survenue d'effets indésirables lors d'un entretien avec un patient sous antipsychotiques ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 5 minutes
- entre 5 et 10 minutes
- entre 10 et 15 minutes
- plus de 15 minutes

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

BIBLIOGRAPHIE

1. Buxeraud J, Faure S. Les antipsychotiques. Actual Pharm. mars 2020;59(594):25-9.
2. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? Rev Médecine Interne. mai 2017;38(5):328-36.
3. FOURCARD Alexandra. Prise en charge du patient Schizophrène : la place du Pharmacien d'officine et de la PDA au travers d'exemples. Faculté de Pharmacie de Lille; 2020.
4. Lévy-Chavagnat D. Éducation thérapeutique et schizophrénie : quel contexte ? Actual Pharm. mars 2013;52(524):1-7.
5. Depommier Oriane. Troubles métaboliques du patient traité par antipsychotiques. Université de Lille; 2017.
6. LERICHE Sarah. Schizophrénie, physiopathologie et prise en charge. Université de Lille; 2018.
7. Frimat Bruno. Antipsychotiques et neuroleptiques. 2019 mai 5; Faculté de pharmacie de Lille.
8. Pillon F. Le syndrome malin des neuroleptiques. Actual Pharm. févr 2016;55(553):48-9.
9. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. sept 2009;35(4):330-9.
10. Eve Le bihan. Les psychiatres face aux antipsychotiques injectable à action prolongée : difficultés et enjeux. Université de Lille; 2012.
11. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. Patient Prefer Adherence. 13 nov 2013;7:1171-80.
12. Second-generation long-acting injectable antipsychotic agents: an overview. Drug Ther Bull. sept 2012;50(9):102-5.
13. Crocq MA. Histoire des traitements antipsychotiques à action prolongée dans la schizophrénie. L'Encéphale. févr 2015;41(1):84-92.
14. ZYPADHERA 210 mg pdre/solv p susp inj Lp - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur:
https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/zypadhera_210_mg_pdre_solv_p_susp_inj_lp-90707-posologie_et_mode_d_administration.html
15. Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) for maintenance treatment of bipolar and schizoaffective disorders: A systematic review - ScienceDirect [Internet]. [cité 10 oct 2021]. Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X19301609>
16. Schizophrénie - Prise en charge - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur:
https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/recos/details/1620/schizophrénie/prise_en_charge
17. Samalin L, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Llorca PM. Recommandations Formalisées d'Experts de l'AFPBN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. L'Encéphale. déc 2013;39:189-203.
18. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. BMC Psychiatry. 20 déc 2013;13:340.
19. Eck M, Plancke L, Thomas P, Fovet T. Soins psychiatriques et santé mentale en milieu pénitentiaire : état des lieux dans le Nord de la France. Fr J Psychiatry. déc 2019;1:S171-2.
20. Maison d'arrêt, définition - Maître ECK, Avocat usurpation d'identité [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur:
<https://mce-avocat.fr/lexique-dictionnaire-juridique/maison-arret-definition-juridique/>
21. Centre de détention, définition - Maître ECK, Avocat usurpation d'identité [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur:
<https://mce-avocat.fr/lexique-dictionnaire-juridique/centre-de-detention-definition-juridique/>

- e/
22. Centre de semi-liberté, définition [Internet]. Maître ECK, Avocat usurpation d'identité. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://mce-avocat.fr/lexique-dictionnaire-juridique/centre-de-semi-liberte-definition-juridique/>
 23. Centres pénitentiaires, définition [Internet]. Maître ECK, Avocat usurpation d'identité. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://mce-avocat.fr/lexique-dictionnaire-juridique/centres-penitentiaires-definition-juridique/>
 24. Être schizophrène en prison – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/etre-schizophrène-en-prison/>
 25. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv.* 8 avr 2020;71(8):824-8.
 26. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. 2004;7.
 27. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002;12.
 28. Oxfoz. Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2019 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cgpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenees-atteintes-de-troubles-mentaux/>
 29. Moncany AH, Dandelot D, Bouchard JP. Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2019;177(3):295-301.
 30. Oxfoz. Rapport de visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin (Nord) [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2017 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cgpl.fr/2017/rapport-de-visite-de-lunite-hospitaliere-specialement-amenagee-uhsa-de-seclin-nord/>
 31. Fovet T, Bertrand M, Amad A. Prescrire les psychotropes en milieu pénitentiaire. *Lett Pharmacol.* déc 2015;Vol. 29(n° 4):5.
 32. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* mai 2012;200(5):364-73.
 33. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Médicale.* mai 2014;43(5):520-8.
 34. Cougnenc Olivier. Les prescriptions de médicaments psychotropes à la maison d'arrêt de Loos / Olivier Cougnenc ; sous la direction de Catherine Adins. S.l: sn; 2007. 59 p.
 35. Harcouët L. L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral. *Ann Pharm Fr.* 1 sept 2010;68(5):286-90.
 36. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *L'Encéphale.* avr 2005;31(2):195-206.
 37. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2015;173(8):726-30.
 38. Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/epdf/10.1111/ijcp.12997>
 39. Organisation mondial de la Santé. Education thérapeutique du patient, Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la révention des maladies chroniques. Copenhague; 1998.
 40. Viard D, Netillard C, Cheraitia E, Barthod V, Choffel JM, Tartary D, et al. Éducation thérapeutique en psychiatrie : représentations des soignants, des patients et des

- familles. *L'Encéphale*. févr 2016;42(1):4-13.
41. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
 42. Cadiot F, Verdoux H. Pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie. Enquête auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine. *L'Encéphale*. juin 2013;39(3):205-11.
 43. Griffiths EV, Willis J, Spark MJ. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 mai 2012;46(5):407-21.
 44. Prisons OI des. Centre pénitentiaire de Lille-Annoëullin [Internet]. oip.org. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur:
<https://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-lille-annoëullin/>
 45. Prisons OI des. Centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin [Internet]. oip.org. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur:
<https://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-lille-loos-sequedin/>
 46. The jamovi project (2021). jamovi. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
 47. R Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).
 48. Amad A, Fovet T. Itinéraires de patients souffrant de troubles psychiatriques en prison : passé, présent et devenir après l'incarcération. :2.
 49. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 21 août 2006;6:33.
 50. Trouble délirant - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur:
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/trouble-d%C3%A9lirant>
 51. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2015;173(4):348-51.
 52. France, éditeur. Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale: approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Paris: Dalloz; 2018. 157 p.
 53. Statistiques de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur:
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistique-s-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-33736.html>
 54. CYAMEMAZINE BIOGARAN 100 mg cp pellic séc - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur:
https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/cyamemazine_biogaran_100_mg_cp_pellic_sec-199039-indications.html
 55. Substances Cyamémazine - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur:
<https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/substance/details/1136/cyameazine.html>
 56. Collège de la Haute Autorité. Guide HAS ALD n°23 : Schizophrénie [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2007 juin. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
 57. Delfour A. Evaluation des prescriptions de risperidone à libération prolongée au centre psychothérapeutique de Nancy entre 2005 et 2008. :142.
 58. Jibson MD, Tandon R. New atypical antipsychotic medications. *J Psychiatr Res*. mai 1998;32(3-4):215-28.
 59. CLOZAPINE ACCORD 100 mg cp séc - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur:
https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/clozapine_accord_100_mg_cp_sec-193597.html
 60. Stip É, Abdel-Baki A, Bloom D, Grignon S, Roy MA. Les antipsychotiques injectables à action prolongée: Avis d'experts de l'Association des médecins psychiatres du Québec. *Can J Psychiatry*. 1 juin 2011;56(6):367-76.

61. Hamann J, Kissling W, Heres S. Checking the plausibility of psychiatrists' arguments for not prescribing depot medication. *Eur Neuropsychopharmacol.* sept 2014;24(9):1506-10.
62. Lang JP, Jurado N, Herdt C, Sauvinaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* févr 2019;67(1):59-64.



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE THÈSE D'EXERCICE

Nom et Prénom de l'étudiant : MAUPETIT - - KHALI Nora.....INE : 0908020129B

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 07/06/2022..... à 18h15..... Amphithéâtre ou salle Amphi Pauling

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant : 

Avis du directeur de thèse

Nom : CUVELIER

Prénom : Elodie

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 05/05/2022

Signature : 

Avis du président du jury

Nom : DECAUDIN

Prénom : Bertrand

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 5 mai 2022

Signature : 

Décision du Doyen

Favorable

Défavorable

Le 16/05/2022

Le Doyen


D. ALLORGE



NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : MAUPETIT - - KHALI
Prénom : Nora

**Titre de la thèse : ÉTAT DES LIEUX DU BON USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES
AUX CENTRES PÉNITENTIAIRES DE SEQUEDIN ET D'ANNOEULLIN**

**Mots-clés : Antipsychotiques, Milieu Carcéral, Pénitencier, Système de soins,
Troubles psychotiques.**

Résumé : Les antipsychotiques sont des traitements indiqués pour les troubles psychotiques aigus et chroniques et nécessitent un suivi clinique et biologique strict afin d'optimiser la prise en charge et la qualité de vie du patient. L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux de la prescription de cette classe thérapeutique aux centres pénitentiaire de Sequedin et d'Annoeullin car de par la prévalence de pathologies psychotiques en prison, ces traitements sont indispensables à la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Ainsi il a été mis en évidence que le choix des molécules, le respect des indications et le choix d'une polyprescription respectent les AMM et les recommandations de prescription. Cependant les contraintes carcérales tel que le manque de temps en consultation et la surpopulation restreignent le suivi clinique et l'éducation thérapeutique du patient.

Membres du jury :

Président :

Professeur Bertrand DECAUDIN, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille ; Praticien Hospitalier, CHU, Lille

Assesseur(s) :

Docteur Elodie CUVELIER, Assistant Hospitalo-Universitaire, CHU, Lille

Membre(s) extérieur(s) :

Docteur Thomas FOVET, Psychiatre, CHU, Lille