

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

**Soutenue publiquement le 14 mars 2022
Par Mme MATHIEU Perrine**

Etat des lieux de la prise en charge de l'anxiété en milieu carcéral

Membres du jury :

Président : Mr DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, faculté de pharmacie de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Mme D'HAVELOOSE Annie, Docteur en Pharmacie, Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Lille.

Assesseur(s) :

- Mme LEPEN Laurane, Docteur en Psychiatrie, CHU de Lille, centre pénitencier d'Annœullin,
- Mr LAGUILLIEZ Clément, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Serrure, Lambersart.



Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CED

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie

M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie
-----	------	-----------------	---------------------------

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique

Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique

Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie

M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

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

Remerciements

A mon directeur de thèse Madame Annie D'Haveloose,

Pour avoir accepté de me suivre dans ce projet, pour votre patience, votre bienveillance et votre accompagnement dans les étapes difficiles de mon travail.

A mon président de jury Monsieur Thierry Dine,

Pour avoir accepté d'être le président de mon jury. Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur Clément Laguilliez,

Pour m'avoir gentiment proposé de faire partie de ce jury et pour tes précieux conseils au cours de mes études, tes anecdotes et tes plaisanteries.

A Madame Laurane Lepen,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury, pour votre temps et l'aide précieuse que vous m'avez apportée pour que ce travail puisse voir le jour.

Aux équipes des pharmacies dans lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler,

Merci à tous pour vos conseils, anecdotes, moyens mnémotechniques en tous genres, merci pour votre soutien lors des périodes de partiels, pour les moments partagés, les liens d'amitié qui se sont parfois créés, c'est grâce à vous tous que j'ai réussi et que je suis devenue la pharmacienne que vous connaissez aujourd'hui.

Plus particulièrement, merci à Clélia, qui m'a vraiment fait aimer mon métier, et m'a appris tellement de choses bien au-delà des limites de l'officine.

A ma Maman,

Mon modèle de courage et de persévérance, merci pour ton soutien infailible et ton amour inconditionnel, merci pour ta confiance.

A ma famille,

A ma sœur Gaëlle, toi aussi d'une force incroyable, merci pour ton soutien à toute épreuve, pour n'avoir jamais douté de moi. Merci d'être ce que tu es et d'être toujours là pour moi.

A mon beau-frère Michaël, pour ces moments en famille.

A mes filleuls Maël et Milo, mes rayons de Soleil.

A Alexandre,

Merci pour ta présence, tes attentions, ton calme et ton amour, j'ai hâte de réaliser tous les projets que nous avons en tête !

A mes amis,

A Cloé, ma meilleure copine pour la vie, merci pour ces années de coloc, de rires, de révisions, de soirées, de week-ends touristiques, de concerts, de discussions interminables... Ce n'est que le début !

A Lætitia et Marjo, pour ces soirées confidences, ces fous rires et ces moments précieux,

A Justine, merci de m'avoir soutenu toutes ces années et de compter aujourd'hui parmi mes meilleures amies avec Damien et Victor,

A Paul, Valou, Antoine, Bj, Christian, Charles, Quentin, Kevin, Louis, Jb, Elyes, Emma,

pour avoir rendu ces années plus légères et bien plus drôles, mention particulière à Matthieu pour ces TPs inoubliables.

Sommaire :

Lexique :.....	19
Liste des figures.....	21
Liste des tableaux :.....	27
Liste des annexes :.....	29
Introduction :.....	31
PARTIE I : LE MILIEU CARCÉRAL.....	33
I) Organisation du milieu carcéral	35
1) En France :.....	36
2) Dans les Hauts-de-France.....	37
3) Organisation du milieu carcéral :.....	38
II) Population carcérale :.....	39
1) Répartition de la population carcérale :.....	39
2) Surpopulation : (5).....	39
III) La vie quotidienne en détention :.....	43
1) Déroulement d'une journée :.....	43
2) Activités :.....	44
IV) Système de soin en milieu carcéral :.....	45
1) Organisation du soin :.....	45
2) Circuit de dispensation :.....	45
PARTIE II : L'ANXIÉTÉ.....	47
I) Définitions :.....	48
1) Chiffres en milieu carcéral :.....	48
2) Chiffres en milieu libre :.....	48
II) Les troubles anxieux :.....	50
1) Trouble anxieux généralisé : (8).....	51
2) Trouble panique : (8).....	54
3) Trouble phobique : (8).....	57
4) Trouble obsessionnel compulsif : (8).....	60
5) Trouble de stress post-traumatique : (8).....	64
6) Trouble de l'adaptation : (8).....	67
III) Protocole de soin :.....	69
1) La thérapie non médicamenteuse :.....	69
Partie III : RECUEIL DE TEMOIGNAGES.....	77
I) Demande d'autorisation simplifiée à la CNIL :.....	78

II) Analyse des questionnaires :.....	78
1) Biais de l'étude et difficultés rencontrées :.....	78
2) Analyse de l'étude :.....	79
III) Conclusion de l'étude :.....	83
Conclusion :.....	85
Annexes :.....	87
Bibliographie :.....	91

Lexique :

AD = association déconseillée
AMM = autorisation de mise sur le marché
BFP = barrière foeto-placentaire
BHE = barrière hémato-encéphalique
BZD = benzodiazépine
CD = centre de détention
CI = contre-indication
CNE = centre national d'évaluation
CPA = centre pour peine aménagée
CSL = centre de semi-liberté
DISP = direction interrégionale des services pénitentiaires
EI = effets indésirables
EPM = établissement pour mineurs
EPSNF = établissement public de santé national de Fresnes
ESPT = état de stress post traumatique
HPB = hypertrophie bénigne de la prostate
IMAO = inhibiteur des mono-amines oxydases
IRSNA = inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine
LCR = liquide céphalo-rachidien
JAP = juge de l'application des peines
MA = maison d'arrêt
MC = maison centrale
PE = précaution d'emploi
PSE = placement sous surveillance électronique
QCD = quartier centre de détention
QM = quartier pour mineurs
QMA = quartier maison d'arrêt
QMC = quartier maison centrale
QPA = quartier pour peine aménagée
QPR = quartier de prévention de la radicalisation
RHD = règles hygiéno-diététiques
SMR = service médical rendu
SNC = système nerveux central
SPIP = service pénitentiaire d'insertion et de probation
TAG = trouble anxieux généralisé
TA = trouble anxieux
TAP = Tribunal de l'application des peines
TCC = Thérapie cognitivo-comportementale
TOC = trouble obsessionnel compulsif
TP = trouble panique
UHSA = unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI = unités hospitalières sécurisées interrégionales
USMP = unité sanitaire ne milieu pénitentiaire

Liste des figures :

<u>Figure 1</u> - Organisation géographique de l'administration pénitentiaire en France en 2017 (3).....	34
<u>Figure 2</u> - Organisation géographique de l'administration pénitentiaire dans les Hauts-de-France.....	35
<u>Figure 3</u> - Nombre de détenus par tranche d'âge en France en 2019 (4).....	37
<u>Figure 4</u> - Photo d'une chambre simple (à gauche) et d'une chambre double (à droite) au centre pénitencier d'Annœullin (6).....	41
<u>Figure 5</u> - Evolution de la prévalence des TAG en milieu libre entre 2010 et 2014 (7).....	47
<u>Figure 6</u> - Répartition des TAG en France chez les hommes et chez les femmes par région en 2010 (7).....	47
<u>Figure 7</u> - Prévalence des troubles anxieux et de ses différentes entités en fonction de l'âge et du sexe (7).....	48
<u>Figure 8</u> - Structure moléculaire de la paroxétine (10).....	70
<u>Figure 9</u> - Structure moléculaire de la venlafaxine (10).....	71
<u>Figure 10</u> - Structure moléculaire de la clomipramine (10).....	71
<u>Figure 11</u> - Structure moléculaire du lorazépam (10).....	72
<u>Figure 12</u> - Structure moléculaire de l'hydroxyzine (10).....	74
<u>Figure 13</u> - Identification des causes de l'anxiété.....	79
<u>Figure 14</u> - Répartition des détenus par activité.....	80
<u>Figure 15</u> - Cercle vicieux de l'anxiété en détention.....	82

Liste des tableaux :

<u>Tableau 1</u> - Répartition des personnes détenues par établissement, direction interrégionale de Lille, 1er Mars 2021.....	39
<u>Tableau 2</u> - Effectif des personnes détenues et densité carcérale au 1er Mars 2021.....	39
<u>Tableau 3</u> - Densité carcérale par type de quartier au 1er Mars 2021.....	40
<u>Tableau 4</u> - Répartition des personnes écrouées au 1er Mars 2021.....	40
<u>Tableau 5</u> - Les grandes thématiques du TOC.....	60
<u>Tableau 6</u> - Prise en charge générale des troubles anxieux	68
<u>Tableau 7</u> - Prise en charge des troubles anxieux généralisés	68
<u>Tableau 8</u> - Actes et prestations non-remboursés dans la prise en charge des TAG	69
<u>Tableau 9</u> - Prise en charge des troubles paniques avec ou sans agoraphobie	69
<u>Tableau 10</u> - Prise en charge des troubles de l'anxiété sociale	69
<u>Tableau 11</u> - Prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs	69
<u>Tableau 12</u> - <u>Prise en charge des états de stress post-traumatiques</u>	<u>69</u>

Liste des annexes :

Annexe 1 : Formulaire de déclaration à la CNIL

Annexe 2 : Protocole du recueil de témoignages

Annexe 3 : Autorisation de la CNIL

Introduction :

Aujourd'hui, 245 000 personnes sont prises en charge par l'administration pénitentiaire dont plus de 80 000 personnes sous écrou, on les appelle les écroués détenus.

En 2019, sur 1500 détenus aux centres pénitenciers de Sequedin et Annœullin, 575 patients recevaient au moins une benzodiazépine, 324 recevaient une molécule assimilée aux benzodiazépines à visée hypnotique (Zolpidem ou Zopiclone). Parmi ces derniers, 226 reçoivent une molécule assimilée BZD + au moins une BZD, 22 reçoivent une molécule assimilée + 2 BZD, 1 détenu reçoit 3 BZD + une molécule assimilée BZD. [Données recueillies via le service pénitencier de la pharmacie du CHU de Lille lors de mon stage AHU de 5ème année d'étude de pharmacie.]

Sur la période de juillet-août 2021, 43 % des détenus du centre pénitentiaire de Sequedin et 33 % du centre d'Annœullin suivent un traitement anxiolytique régulier.

Au niveau national, entre 2000 et 2010, près de la moitié des 2541 décès en milieu carcéral sont des suicides, ce qui correspond à un taux 7 fois supérieur au milieu libre pour les hommes, et 20 fois supérieur pour les femmes. (1)

Rappel de définitions :

La peur est une émotion normale d'alerte et de crainte face à un danger.

L'anxiété et l'angoisse sont des émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels.(2)

D'après le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les troubles anxieux sont des pathologies durables dans lesquelles l'anxiété ou l'angoisse sont les symptômes principaux.

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de pathologies anxiophobiques et de pathologies de l'adaptation à un facteur de stress.

Ils regroupent six entités cliniques bien distinctes :

- le trouble anxieux généralisé (TAG)
- le trouble panique
- le trouble phobique
- le trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- le trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- le trouble de l'adaptation

Dans cette thèse, nous allons étudier l'impact de l'incarcération sur l'anxiété et sa prise en charge au travers d'une étude menée au centre de détention d'Annœullin sur 22 détenus volontaires pour répondre à un questionnaire concernant les conditions de vie en détention et les causes de l'anxiété.

Dans une première partie nous allons voir une description du milieu carcéral, des conditions de vie, du système de soin et du fonctionnement de l'administration

pénitentiaire en France.

Nous étudierons l'anxiété dans la seconde partie de ce travail. Nous détaillerons les différentes formes que peut prendre l'anxiété et la prise en charge de chaque trouble anxieux.

Enfin, nous ferons une analyse de l'étude réalisée au centre de détention d'Annœullin, en essayant de déterminer quelles sont les principales causes de l'anxiété et ce qui est mis en œuvre, à Annœullin notamment, pour améliorer le quotidien des détenus.

PARTIE I : LE MILIEU CARCÉRAL

Un certain nombre d'informations présentes dans ce chapitre me viennent de mes différents échanges avec les membres de l'administration pénitentiaire des centres de Sequedin et d'Annœullin que j'ai eu l'occasion de visiter au cours de mon stage AHU de 5ème année d'études de pharmacie et dans le cadre de ce travail.

I) Organisation du milieu carcéral :

Au premier janvier 2020, 245 000 personnes sont prises en charge par l'administration pénitentiaire, dont près de 83 000 personnes sous écrou et 162 000 personnes suivies en milieu libre. (3)

Il existe 187 établissements pénitenciers en France, divisés en deux grandes catégories :

- Les **maisons d'arrêt**
- Les **établissements pour peine**, eux-mêmes divisés en 4 sous catégories :
 - Les maisons centrales
 - Les centres de semi-liberté
 - Les centres de détention
 - Les centres pour peines aménagées.

On compte également 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et 104 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Plus de 41 000 agents participent au fonctionnement du milieu carcéral dont 30 000 personnels de surveillance et 5 600 personnels des SPIP.

Pour l'année 2021, le budget dédié à l'administration pénitentiaire est de 3,3 milliards d'euros.

1) En France :



Figure 1 : Organisation géographique de l'administration pénitentiaire en France en 2017.
(3)

- Les **maisons d'arrêt** : il en existe 86. Elles regroupent les personnes détenues dont la peine n'excède pas deux ans ou les personnes prévenues en attente de leur jugement, on dit qu'ils sont en détention provisoire.
- Les **établissements pour peine**, qui sont au nombre de 94
 - Les maisons centrales (6) : elles accueillent les détenus purgeant de longues peines et/ou à risque. Ces maisons centrales sont axées principalement sur la sécurité.
 - Les centres de semi-liberté (11) : ils ont pour principal objectif la réinsertion des détenus et la prévention du risque de récidive. Soumis à des horaires, les personnes condamnées détenues peuvent quitter le centre pendant la journée pour exercer une activité professionnelle,

suivre une formation, accéder à des soins médicaux, ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion.

- Les centres de détention (27) : on y retrouve les détenus qui ont les meilleures perspectives de réinsertion sociale et condamnés à des peines supérieures à deux ans. L'objectif privilégié des centres de détention est la resocialisation des personnes détenues.
- Les centres pénitenciers : (50) sont des établissements mixtes avec au minimum deux quartiers (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Enfin les établissements pénitentiaires pour mineurs (6) : ils accueillent de jeunes détenus, âgés de 13 à 18 ans.

Tout en intégrant les exigences de sécurité carcérale, l'éducation est au cœur de la prise en charge de ces mineurs et dans ce sens, chaque EPM bénéficie de personnels de surveillance et d'éducation spécialisés comme par exemple des éducateurs de la PJJ ou des enseignants de l'Éducation nationale. (2)

2) Dans les Hauts-de-France :

Carte des établissements pénitentiaires - DI de Lille

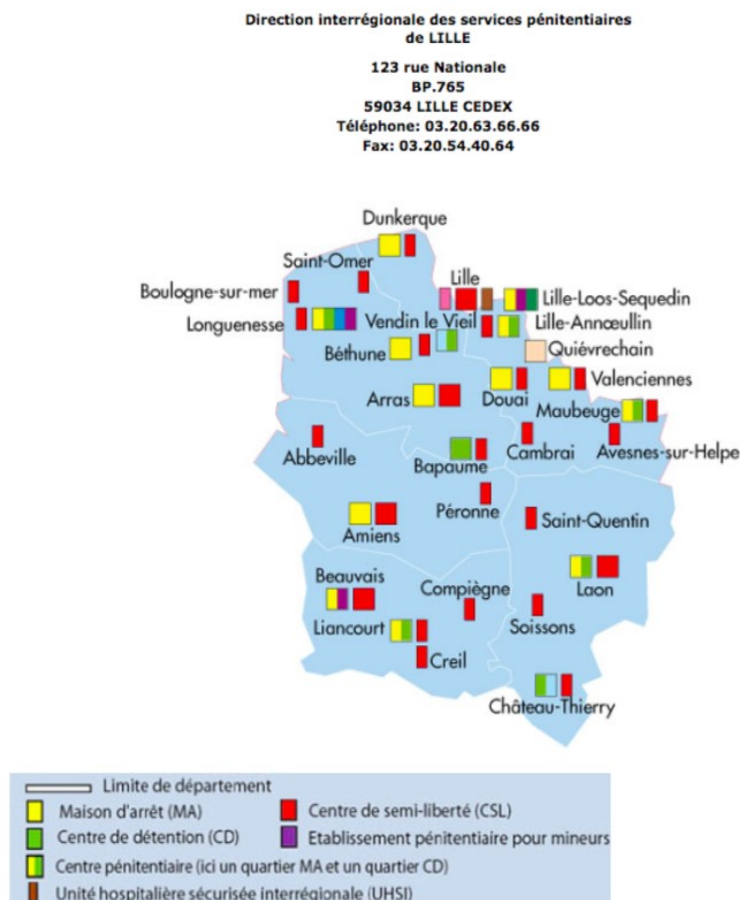


Figure 2 : Organisation géographique de l'administration pénitentiaire dans les Hauts-de-France

Les établissements pénitentiaires de la métropole lilloise : (3)

- **Le centre Lille-Annœullin** a une capacité d'accueil de 688 places. Il est composé de :
 - 2 maisons d'arrêt de 150 et 210 places (uniquement dédié aux hommes, ce centre n'accueille pas de femme),
 - 1 centre de détention de 210 places,
 - 1 quartier de prévention de la radicalisation de 28 places,
 - 1 service médico psychologique régional (SMPR) de 20 places pour les hospitalisations de journée,
 - 1 quartier dédié aux nouveaux arrivants de la maison d'arrêt et du centre de détention de 50 places,
 - 1 quartier disciplinaire de 14 places,
 - 1 quartier d'isolement de 12 places.
- - **Le centre Lille-Loos-Sequedin** a une capacité d'accueil de 629 places. Il est composé de :
 - 2 maisons d'arrêt pour hommes comprenant 417 places,
 - 1 maison d'arrêt pour femmes de 148 places,
 - 1 centre national d'évaluation de 30 places,
 - 1 quartier dédié aux nouveaux arrivants de 15 places,
 - 1 quartier disciplinaire de 9 places,
 - 1 quartier d'isolement de 10 places.

3) Organisation du milieu carcéral :

L'exécution d'une peine privative ou restrictive de liberté est décidée par le juge et le tribunal d'application des peines. Par la suite, ces derniers décident également d'éventuelles réduction de peine, ils orientent et contrôlent le parcours de peines des personnes condamnées.

Les juridictions de l'application des peines pour les mineurs sont le juge des enfants et le tribunal pour enfants. En cas d'appel, c'est la chambre spéciale des mineurs de la cour d'appel qui est compétente.

Suite à une bonne conduite, qui devra être justifiée, les détenus peuvent demander des réductions de peine. Dans la plupart des cas, ils doivent prouver qu'ils ont un foyer à l'extérieur et un travail.

Pour leurs démarches, il peuvent être aidés par des assistantes sociales.

Si leur demande est acceptée, ils seront libérés avec ou sans conditions. Il existe plusieurs type de privation de liberté, plus ou moins restrictives en fonction de la décision du tribunal de l'application des peines (TAP).

- Le placement à l'extérieur,

- Le travail d'intérêt général (TIG),
- La semi-liberté,
- La libération sous contrainte,
- La libération conditionnelle,
- Le placement sous surveillance électronique (PSE).

II) Population carcérale :

1) Répartition de la population carcérale :

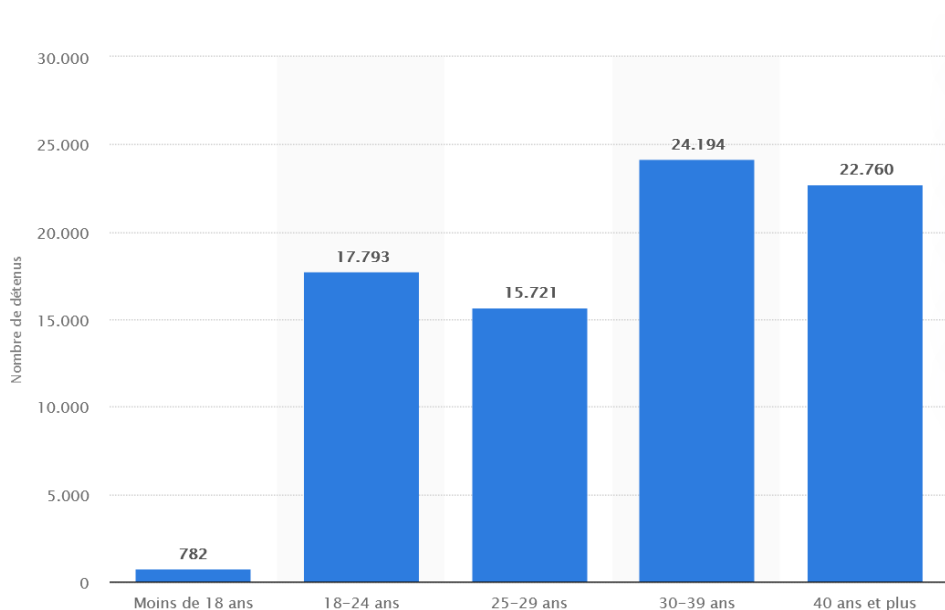


Figure 3 : Nombre de détenus par tranche d'âge en France en 2019 (4)

2) Surpopulation : (5)

Établissement	Quartier	Capacité normale circulaire	Capacité opérationnelle	Écroués détenus	Densité carcérale
CD Bapaume	CD/QCD	599	599	526	87.8%
CP Château Thierry	CD/QCD	29	12	9	75.0%
CP Laon	CD/QCD	199	199	185	93.0%
CP Liancourt	CD/QCD	593	593	439	74.0%
CP Lille Annœullin	CD/QCD	209	209	179	85.6%

CP Longuenesse	CD/QCD	399	399	336	84.2%
CP Maubeuge	CD/QCD	199	199	162	81.4%
CP Vendin Le Vieil	CD/QCD	33	33	0	0%
TOTAL	CD/QCD	2260	2243	1836	81.9%
CP Lille Loos Sequedin	CNE	19	19	23	81.9%
TOTAL	CNE	19	19	23	81.9%
CP Beauvais	CSL/QSL	30	30	13	43.3%
CP Lille Loos Sequedin	CSL/QSL	60	60	26	43.3%
CP Longuenesse	CSL/QSL	50	50	11	22.0%
TOTAL	CSL/QSL	140	140	50	35.7%
EPM Quievrechain	EPM	60	59	54	91.5%
TOTAL	EPM	60	59	54	91.5%
CP Beauvais	MA/QMA	586	586	492	84.0%
CP Laon	MA/QMA	189	189	275	145.5%
CP Liancourt	MA/QMA	20	20	17	85.0%
CP Lille Annœullin	MA/QMA	477	477	543	113.8%
CP Lille Loos Sequedin	MA/QMA	584	584	756	129.5%
CP Longuenesse	MA/QMA	193	193	252	130.6
CP Maubeuge	MA/QMA	201	201	216	107.5%
MA Amiens	MA/QMA	270	270	336	124.4%
MA Arras	MA/QMA	209	209	181	86.6%
MA Béthune	MA/QMA	180	180	312	173.3%
MA Douai	MA/QMA	384	368	439	119.3%
MA Dunkerque	MA/QMA	123	123	120	97.6%
MA Valenciennes	MA/QMA	212	212	299	141.0%
TOTAL	MA/QMA	3628	3612	4238	117.3%

CP Chateau Thierry	MC/QMC	101	101	66	65.3%
CP Vendin Le Vieil	MC/QMC	203	203	125	61.6%
TOTAL	MC/QMC	304	304	191	62.8%
Direction interregionale	TOTAL	6507	6473	6423	99.2%

Tableau 1: Répartition des personnes détenues par établissement, direction interrégionale de Lille, 1er mars 2021

On constate ici que pour la direction interrégionale de Lille, les centres de détention et « quartier centre de détention » sont assez épargnés par la surpopulation carcérale, bien que leurs effectifs soient très souvent dense.

En revanche pour 18 maisons d'arrêt, 10 souffrent de surpopulation.

Effectifs des personnes détenues et densité carcérale

Effectifs actualisés au : 1^{er} mars 2021

Champ : Métropole et Outre-Mer

Sources :

Ministère de la Justice / DAP / SA / SDEX / EX3 - Traitement Infocentre pénitentiaire Gide Genesis

Ministère de la Justice / DAP / SDSP / SP2 - Fichier des places opérationnelles

Niveau	Capacité norme circulaire	Capacité opérationnelle	Ecroués détenus	Densité carcérale
Métropole	57 467	56 336	59 746	106.1%
Outre-Mer	4 445	4 439	4 659	105.0%
Total France entière	61 912	60 775	64 405	106.0%

¹ Capacité norme circulaire : la circulaire A.P. 88.05G du 17 mai 1998 définit le mode de calcul de la capacité des établissements pénitentiaires.

² Capacité opérationnelle : correspond au nombre de places effectivement disponibles dans les établissements pénitentiaires.

³ Densité carcérale : ce ratio s'obtient en rapportant le nombre de détenus à la capacité opérationnelle.

Tableau 2 : Effectif des personnes détenues et densité carcérale au 1er mars 2021

On constate ici que partout sur le territoire les centres pénitenciers sont concernés par la surpopulation carcérale.

Densité carcérale détaillée par type de quartier

Type d'établissement ou quartier	Densité carcérale (%)
CD/QCD	86.8%
CNE	62.7%
CPA/QPA	52.4%
CSL/QSL	59.8%
EPM/QM	68.7%
EPSN	63.1%
MA/QMA	123.8%
MC/QMC	71.9%
Total France entière	106.0%

¹ CD/QCD : Centre ou quartier centre de détention. CNE : Centre national d'évaluation. CPA/QPA : Centre ou quartier pour peines aménagées. CSL: Centre ou quartier de semi-liberté. EPM/QM : Etablissement ou quartier pour mineurs. EPSN : Etablissement public de santé national. MA/QMA : Maison ou quartier maison d'arrêt. MC/QMC : Maison ou quartier maison centrale.

Tableau 3 : Densité carcérale par type de quartier au 1er mars 2021

On voit dans le tableau ci-dessus que les maisons d'arrêt et « quartier maison d'arrêt » sont les plus touchés par la surpopulation. Cela s'explique assez facilement par leur fonction mais cette même fonction de détention « provisoire » explique elle aussi les tensions importantes qu'on peut y rencontrer.

Répartition des personnes écrouées

Catégories	Au 1er du mois	Au 1er du mois de l'année précédente	Evolution annuelle (%)
Ecroués	78 342	84 552	-7.3%
Ecroués non détenus	13 937	13 175	5.8%
dont condamnés en détention à domicile sous surveillance électronique	13 219	12 505	5.7%
dont condamnés en placement extérieur non hébergés	718	670	7.2%
Ecroués détenus	64 405	71 377	-9.8%
dont prévenus	18 587	19 699	-5.6%
dont condamnés-prévenus	2 635	3 174	-17.0%
dont condamnés en semi-liberté	1 571	2 039	-23.0%
dont condamnés en placement extérieur hébergés	322	329	-2.1%
dont condamnés hors semi-liberté et placement extérieur hébergé	41 290	46 136	-10.5%
Places opérationnelles	60 775	61 094	-0.5%
Matelas au sol	849	1 620	-47.6%

Tableau 4 : répartition des personnes écrouées au 1er mars 2021

Enfin on constate tout de même que le nombre de personnes écrouées détenues a tendance à diminuer.

III) La vie quotidienne en détention :

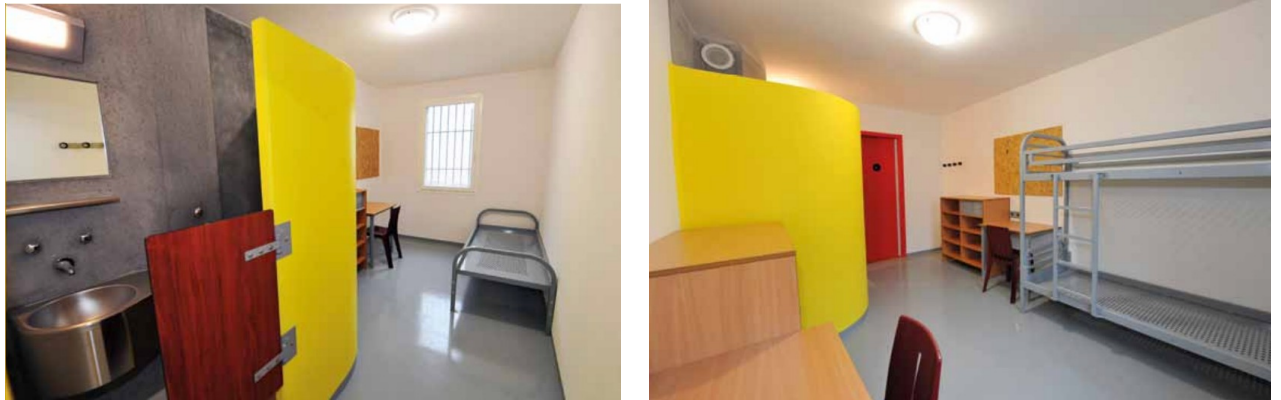


Figure 4 : Photo d'une chambre simple (à gauche) et d'une chambre double (à droite) au centre pénitencier d'Annœullin (6)

Lorsque c'est possible, l'administration pénitentiaire fait au mieux pour placer les détenus « par affinités » dans les cellules. Par exemple par tranche d'âge, par culte, par rythme de vie, fumeur/non fumeur... Ces aménagements parmi les co-détenus favorisent une meilleure entente et un quotidien plus agréable.

Le détenu peut demander à changer de cellule pour différentes raisons, sa demande sera traitée en fonction des autres cellules disponibles et des autres mouvements au sein de la détention.

Les détenus peuvent se procurer différents produits via la cantine. Cela concerne la nourriture, les produits d'entretien ménagers, le tabac...

1) Déroulement d'une journée :

Au cours de la journée, certains événements sont répétitifs, arrivent à heure fixes et rythment la détention, et d'autres sont fonction des détenus, des bâtiments, de la catégorie pénale (maison d'arrêt ou centre de détention par exemple) ... C'est pourquoi il n'existe pas, à proprement parler, de journée type.

Chaque détenu est libre de s'organiser comme il le souhaite.

Parmi les créneaux invariants on trouve :

- l'appel du matin à 7h
- le repas midi à 12h
- le repas du soir à 18h00
- la distribution des médicaments le midi et le soir avec les repas.

2) Activités :

Pour les activités que nous allons décrire ensuite, les horaires sont donnés à titre indicatif aux détenus car ils dépendent du rythme de la détention, qui peut varier en fonction des entretiens SPIP, médicaux, des extractions (c'est-à-dire des mouvements de détenus vers l'extérieur), des incidents ... qui peuvent ralentir ou décaler ces activités.

La plupart des horaires dépendent du créneau prévu par étage et par bâtiment.

- la promenade : deux moments lui sont consacrés, un le matin et un l'après-midi.

C'est une activité très importante pour les détenus, elle permet beaucoup d'échange et de communication.

- la bibliothèque : il existe un créneau le matin et l'après-midi.

- la musculation : à raison d'une séance le matin et l'après-midi.

- les activités sportives : un planning existe et permet aux détenus d'avoir 2 créneaux de 2h par semaine.

- le parloir : en fonction du statut du détenu et du quartier auquel il appartient, le nombre de parloirs autorisés est différent.

Pour les personnes se trouvant en centre de détention, deux parloirs d'une heure et demi chacun peuvent être organisés par semaine.

Pour les détenus des maisons d'arrêt il existe deux cas de figure différents :

- les détenus condamnés disposent d'un parloir d'une heure par semaine,

- les détenus prévenus ont droit à trois parloirs par semaine, d'une heure chacun également.

- les activités de culte : tous les cultes sont représentés, les détenus peuvent y participer une fois par semaine.

- les activités scolaires : les détenus ont la possibilité de suivre des formations et passer des diplômes allant jusqu'à la licence (formation aux soins, BTP, électricité...)

- travail : différents secteurs sont proposés comme la cuisine, la maintenance, le nettoyage ... Le travail est pour beaucoup de détenus l'activité la plus appréciée et source de grande motivation.

- les activités thérapeutiques : plusieurs activités thérapeutiques sont également proposées, elles sont organisées et mises en place par l'équipe médicale de l'établissement.

Le détenu est libre de participer à autant d'activités qu'il le souhaite dans la limite où elles ne se déroulent pas au même moment.

Malheureusement, pour certaines activités les listes d'attente peuvent être très longues donc il peut se passer un long moment avant que le détenu n'accède réellement à l'activité de son choix.

IV) Système de soin en milieu carcéral :

1) Organisation du soin :

Dès son arrivée en établissement pénitentiaire, un personnel soignant de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) rencontre le détenu afin d'organiser les soins en fonction de ses besoins.

Lors de cet entretien, sont proposés au détenu arrivant un bilan lié à sa consommation de drogues, tabac, alcool, ainsi qu'un dépistage des maladies transmissibles.

Ces examens ne sont pas obligatoires et leurs résultats sont strictement confidentiels.

L'USMP comprend des médecins généralistes et spécialistes, des infirmiers, des psychologues, des dentistes, du personnel administratif, qui apportent les mêmes soins qu'en milieu libre. Si le patient a besoin de soins spécialisés ou d'examens complémentaires, ils peuvent être réalisés dans l'hôpital public de rattachement. Il s'agit du CHU de Lille pour les centres d'Annœullin et Sequedin.

Les professionnels de santé intervenant en détention sont indépendants de l'administration pénitentiaire, ce sont des personnels hospitaliers qui dépendent de l'hôpital public de rattachement.

Il existe 2 structures hospitalières complémentaires, strictement réservées aux personnes détenues :

- l'UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale pour les hospitalisations programmées d'une durée supérieure à 48h. Il existe 8 UHSI en France. Ces soins peuvent aussi être programmés à l'EPSNF. Concernant les départements d'Outre-mer, c'est l'établissement hospitalier de rattachement qui prends en charge les soins.
- l'UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée. Elles prennent en charge les hospitalisations librement consenties ou non, à temps complet ou partiel, pour les troubles de la santé mentale.

Tous les soins et traitements sont pris en charge par le Ministère de la Justice.

2) Circuit de dispensation :

Toutes les ordonnances de médicaments sont transmises au service pénitencier de la pharmacie du CHU.

Elles sont contrôlées et validées par un.e pharmacien.ne avant d'être préparées par l'équipe de préparateurs en pharmacie.

Les médicaments sont préparés à la semaine, dans des piluliers individuels ou des sachets mensuels.

Le tout est réparti dans des chariots qui sont livrés une fois par semaine au centre de détention.

La pharmacie prépare la distribution des médicaments pour les centres de Sequedin et

d'Annœullin.

PARTIE II : L'ANXIETE

I) Définitions :

Comme nous l'avons vu précédemment, la peur est donc une émotion normale d'alerte et de crainte face à un danger, elle est proportionnée et rationnelle par rapport à la menace réelle.

L'anxiété et l'angoisse quant à elles sont des émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels. (2)

D'après le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les troubles anxieux sont des pathologies durables dans lesquelles l'anxiété ou l'angoisse sont les symptômes principaux.

1) Chiffres en milieu carcéral :

En 2019, sur 1500 détenus aux centres pénitenciers de Sequedin et Annœullin, 575 patients recevaient au moins une benzodiazépine et 324 recevaient une molécule assimilée aux benzodiazépines à visée hypnotique (Zolpidem ou Zopiclone). Parmi ces derniers, 226 reçoivent une molécule assimilée BZD + au moins une BZD, 22 reçoivent une molécule assimilée + 2 BZD et 1 détenu reçoit 3 BZD + une molécule assimilée BZD.

Sur la période de juillet-août 2021, 43 % des détenus du centre pénitentiaire de Sequedin et 33 % du centre d'Annœullin suivent un traitement anxiolytique régulier.

Au niveau national, entre 2000 et 2010, près de la moitié des 2541 décès en milieu carcéral sont des suicides, ce qui correspond à un taux 7 fois supérieur au milieu libre pour les hommes, et 20 fois supérieur pour les femmes. (1)

2) Chiffres en milieu libre :

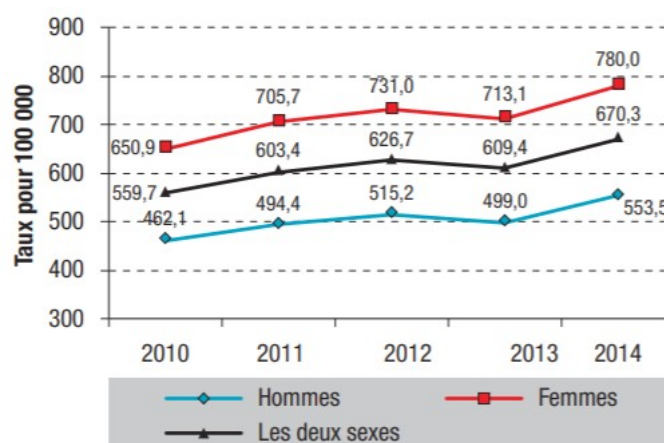
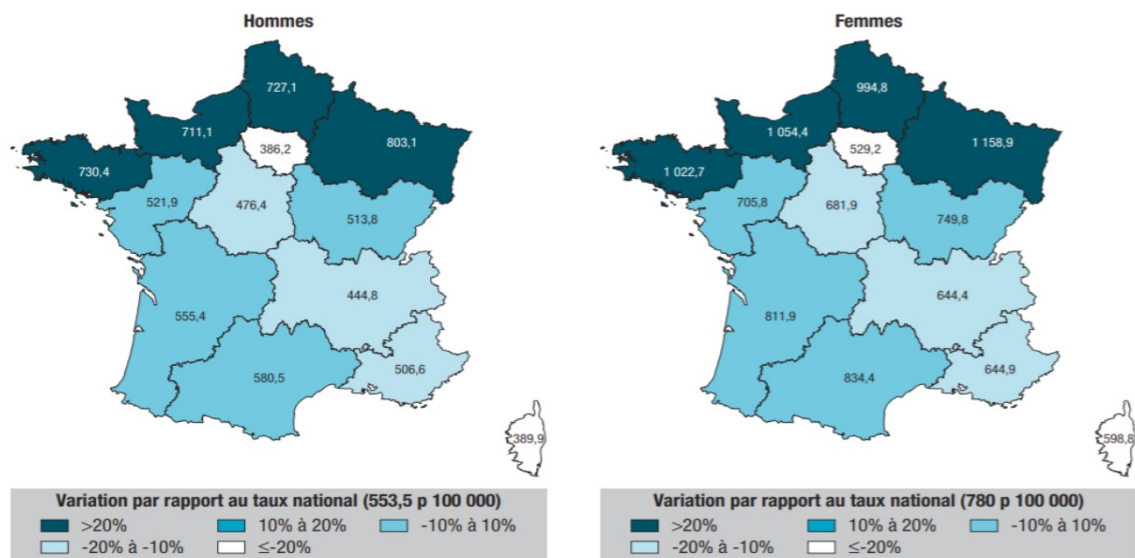


Figure 5 : Évolution de la prévalence des TAG en milieu libre entre 2010 et 2014 (7)

Les troubles anxieux suivent une courbe assez régulière au fil des années et le sex-ratio reste équilibré.



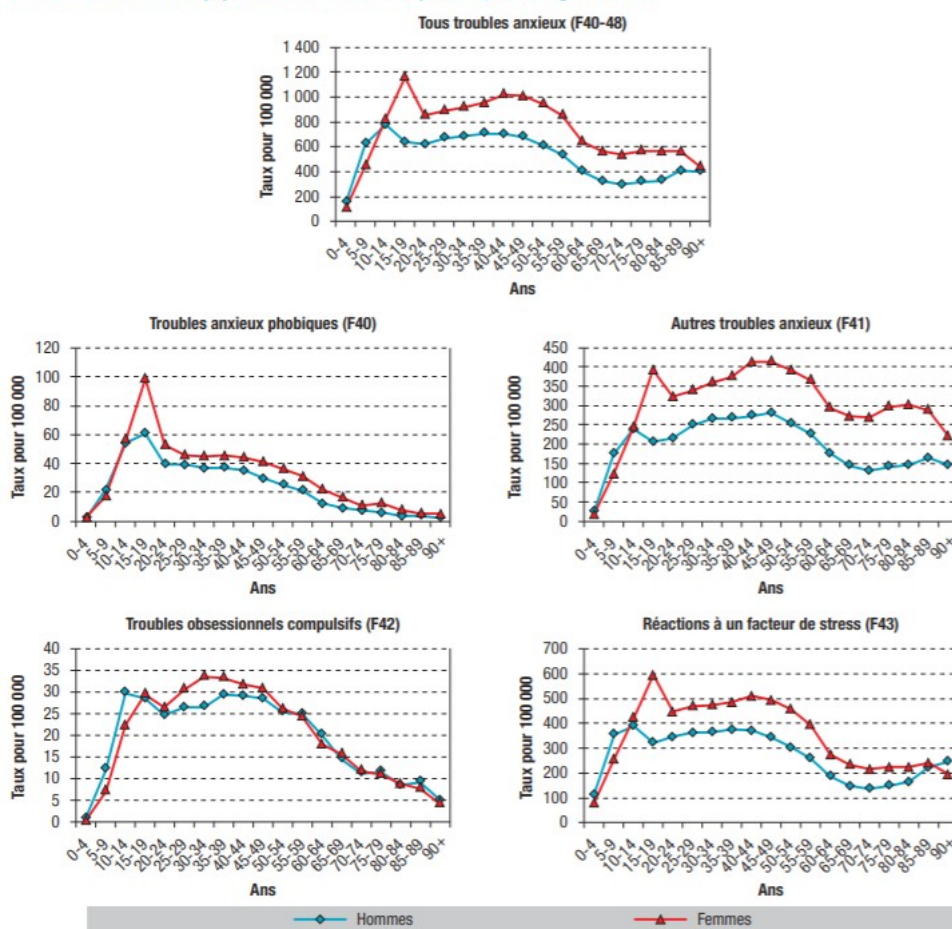
Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.
Taux standardisés sur âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

Figure 6 : Répartition des TAG en France chez les hommes et chez les femmes par région en 2010. (7)

On constate que la région Haut-de-France a une forte densité de patients présentant des TAG.

Figure 2

Taux de patients pris en charge pour les troubles anxieux et ses différentes entités en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon l'âge et le sexe



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.

Figure 7 : Prévalence des troubles anxieux et de ses différentes entités en fonction de l'âge et du sexe. (7)

Sur cette figure, on constate que, quelque soit le sexe, la prévalence de l'anxiété, tout troubles confondus, à tendance à augmenter entre 30 et 40 ans, ce qui correspond à la grade majorité des personnes détenues en France aujourd'hui (voir Figure 3).

II) Les troubles anxieux :

Il existe 6 troubles anxieux bien distincts :

- le trouble anxieux généralisé (TAG)
- le trouble panique
- le trouble phobique
- le trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- l'état de stress post-traumatique (ESPT)
- le trouble de l'adaptation

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de pathologies anxiphobiques et de pathologies de l'adaptation à un facteur de stress. Ils recouvrent un ensemble de syndromes anxiphobiques, obsessionnels et adaptatifs qui en font des troubles psychiatriques fréquemment rencontrés en population générale et en médecine générale. (7)

Les états de stress ou d'anxiété peuvent émerger à certaines périodes de la vie mais un diagnostic de trouble anxieux n'est posé que si ces symptômes persistent pendant au moins six mois et entravent le bon fonctionnement de la vie quotidienne.

Les personnes atteintes présentent une anxiété intense, prolongée et excessive par rapport à la menace réelle.

Ces troubles anxieux sont plus fréquemment rencontrés chez les femmes que chez les hommes.

Les phobies et troubles obsessionnels apparaissent généralement au cours de l'enfance ou l'adolescence tandis que l'anxiété généralisée commence au début de l'âge adulte.

1) Trouble anxieux généralisé : (8)

Le TAG, qu'on appelle parfois la « maladie des inquiétudes », est un trouble chronique, évoluant depuis plus de 6 mois, caractérisé par des inquiétudes permanentes et durables avec ruminations diverses dirigées sur au moins deux thèmes différents. Elles peuvent concerner l'avenir, la santé, le travail, l'argent, les proches ...

Ces inquiétudes sont très difficilement contrôlables et excessives, non justifiées, elles entraînent des problèmes de concentration sur des tâches de la vie courante.

Des symptômes d'hypervigilance peuvent parfois être associés, caractérisés par des réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise.

Des symptômes physiques sont également observés dans le TAG avec des perturbations des fonctions physiologiques de base, comme l'appétit ou le sommeil, qui peuvent s'exprimer de différentes manières sur le plan clinique : myalgies, céphalées, symptômes digestifs, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration...

L'insomnie est le symptôme le plus souvent mis au premier plan par les patients.

Selon le DSM-5, le diagnostic d'anxiété généralisée est posé selon plusieurs critères diagnostics.

D'abord, le patient doit ressentir une anxiété affectant une ou plusieurs de ses activités quotidiennes et être difficile à contrôler.

Ensuite, ces troubles doivent être présents depuis au moins six mois et se manifester au moins un jour sur deux.

Enfin, doivent s'ajouter à l'anxiété au moins trois des symptômes suivants :

- agitation, nervosité ou fébrilité
- fatigabilité accrue
- difficultés de concentration
- irritabilité

- troubles du sommeil
- tension musculaire.

Le TAG peut débuter à n'importe quel moment de la vie mais il apparaît la plupart du temps entre 35 et 45 ans. Chez la personne âgée, il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent.

Diagnostiques différentiels :

Il faut en premier lieu éliminer les pathologies non psychiatriques. Il s'agit essentiellement de pathologies cardio-vasculaires (syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme), de pathologies de l'appareil respiratoire (asthme), de pathologies neurologiques (épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires) et de pathologies endocriniennes (hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, syndrome de Cushing...).

L'intoxication, volontaire ou non, par certaines substances psychoactives comme le cannabis, les hallucinogènes, la cocaïne, les amphétamines..., doit être recherchée.

Un syndrome de sevrage doit également être écarté (alcool, BZD, opiacés).

Enfin vient le diagnostic différentiel avec d'autres pathologies psychiatriques.

Il s'agit surtout des autres troubles anxieux cités précédemment. L'hypocondrie doit elle aussi être évoquée même si on peut assez fréquemment retrouver une composante hypocondriaque dans le TAG.

Pour finir, un épisode dépressif caractérisé constitue lui aussi un diagnostic différentiel mais il peut aussi compliquer un TAG constitué.

Comorbidités psychiatriques :

On retrouvera essentiellement :

- les autres troubles anxieux : phobie sociale et trouble panique notamment,
- les troubles de la personnalité dits « anxieux » : personnalité dépendante et personnalité évitante,
- les troubles addictifs,
- l'épisode dépressif caractérisé.

Complications :

La complication la plus fréquente du TAG est l'épisode dépressif caractérisé, elle doit toujours être recherchée, ainsi que le risque suicidaire qui doit être régulièrement évalué.

Parmi les autres complications possibles, on retrouve principalement les troubles addictifs au tabac, à l'alcool, aux BZD ou au cannabis.

Pour finir, les répercussions socio-professionnelles peuvent parfois être importantes (arrêt de travail, mauvaise productivité).

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

Le traitement de première intention est l'éducation thérapeutique associée à une psychothérapie.

L'éducation thérapeutique consiste à donner des explications au patient sur ses symptômes et la pathologie.

Certaines règles hygiéno-diététiques (RHD) simples doivent être mises en place dès que possible et doivent être installées au long terme :

- diminution, voire arrêt total si possible, des excitants : tabac, alcool, café et autres substances psychoactives. Attention aux excitants présents dans certains compléments alimentaires type « booster » qui peuvent être utilisés par le patient pour contrer l'épuisement dû au TAG et qui contiennent souvent de la caféine et/ou du guarana notamment,
- bon équilibre alimentaire,
- règles hygiéno-diététique du sommeil à savoir prendre un repas léger le soir, éviter le sport et les écrans 2h avant le coucher, éviter les excitants...,
- pratiquer une activité physique adaptée de manière régulière,
- techniques de relaxation (respiration, méditation, yoga),
- information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (dépendance, accoutumance).

Concernant la psychothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être privilégiées car elles ont largement montré leur intérêt dans le TAG.

Les stratégies les plus pertinentes sont celles centrées sur la gestion des émotions. Un apprentissage des techniques de relaxation peut être décisif dans la prise en charge.

Dans certains cas précis, la psychothérapie psychanalytique ou familiale peut être envisagée en fonction de la demande du patient et des facteurs psychologiques associés.

La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :

Un traitement médicamenteux au long cours est envisagé si les mesures précédentes n'ont pas été efficaces ou applicables.

Le traitement pharmacologique de fond repose sur l'utilisation d'anti-dépresseurs.

Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine (ISRS) sont utilisés en première intention. Leur efficacité dans le TAG est indépendante de l'existence d'un épisode dépressif caractérisé associé.

La posologie des ISRS est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé mais dans la mesure du possible on privilégiera des faibles doses à l'introduction du traitement.

En cas d'échec ou de contre-indication, on peut également utiliser les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA).

Le délai d'action de ces traitements de fond peut varier entre 2 et 4 semaines.

La durée totale recommandée pour le traitement est de 6 à 12 mois.

En parallèle et surtout en début de traitement, il est possible d'utiliser des traitements psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les BZD (dans la limite de 12 semaines maximum).

On les utilise en cas de manifestations anxieuses ou invalidantes ou de manière transitoire en début de traitement en attendant l'effet optimal des anti-dépresseurs.

L'hydroxyzine peut être utilisée en alternative aux BZD.

2) Trouble panique : (8)

Le trouble panique (TP) est caractérisé par des attaques de panique à répétition et par la peur de leur survenue.

Le TP survient plus fréquemment en population féminine et généralement entre 20 et 30 ans. Cependant on peut observer des débuts plus précoces à l'adolescence et de manière sporadique à tout âge de la vie.

La principale caractéristique du TP est la répétition des attaques de panique. Elles sont le plus souvent, et notamment au début du trouble, spontanées et imprévisibles, c'est-à-dire qu'on identifie pas de facteur déclenchant.

Par la suite, les attaques de panique sont de moins en moins spontanées mais liées à une anxiété anticipatoire. Souvent, l'anxiété anticipatoire est liée à la confrontation à une situation redoutée dans le cadre d'une agoraphobie, qui est une complication fréquente du TP.

L'**anxiété anticipatoire** est une conséquence directe de la répétition des crises.

Dans la mesure où les crises peuvent survenir de manière totalement imprévisible, le patient vit dans la crainte de se voir reproduire une attaque de panique, on parle alors de « peur d'avoir peur ».

Les préoccupations du patient concernant les éventuelles conséquences d'une attaque de panique (peur de mourir, de devenir fou) peuvent modifier son comportement et aboutir à des modifications de son mode de vie, à un isolement social...

Aussi, le patient met inconsciemment en place un mécanisme de conditionnement : le moindre symptôme d'une attaque de panique potentielle et débutante, comme par exemple des palpitations ou une sensation vertigineuse, provoque une angoisse qui peut alors déclencher une réelle attaque de panique.

L'**agoraphobie** peut compliquer le TP. Le terme agoraphobie ne désigne pas seulement la peur de la « place publique » (agora en grec) et des grands espaces comme on a tendance à le schématiser mais bien la peur de toutes les situations associées au risque d'attaque de panique.

Le patient agoraphobe craint toutes les situations dans lesquelles ils ne pourraient pas s'enfuir facilement ou ne pourrait pas être secouru en cas d'attaque de panique. Ces situations peuvent être variées : grands espaces découverts ou à contrario endroits clos, foule, file d'attente, lieux publics...

Le patient va alors éviter ces situations, ce qui peut considérablement impacter sa vie sociale, son activité professionnelle et même son autonomie.

Même si TP et agoraphobie sont souvent associés ce n'est pas toujours le cas : chez certains patients un seul des deux troubles est identifié.

On distingue d'ailleurs deux formes de TP : avec ou sans agoraphobie.

Il y a plusieurs niveaux de sévérité du TP, notamment en fonction du nombre d'attaques de panique qui peut aller de quelques-unes par an à plusieurs par jour.

Le diagnostic du trouble panique repose donc sur la répétition des **attaques de panique** et la présence d'une **anxiété anticipatoire**.

Diagnostiques différentiels :

Il faut en premier lieu éliminer les pathologies non psychiatriques. Il s'agit essentiellement de pathologies cardio-vasculaires (syndrome coronarien aigu, hypertension artérielle, troubles du rythme), des pathologies de l'appareil respiratoire (asthme), des pathologies neurologiques (épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires), des pathologies endocriniennes (hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, syndrome de Cushing...) ou des troubles ORL (pathologies de l'oreille interne).

Comorbidités psychiatriques :

Les patients atteints de troubles paniques peuvent souffrir de nombreuses comorbidités. On retiendra surtout :

- les autres troubles anxieux notamment la phobie sociale,
- les troubles de la personnalité dits « anxieux »,
- les troubles addictifs,
- l'épisode dépressif caractérisé.

Complications :

La principale complication du TP est l'épisode dépressif caractérisé, qui touche 60 à 70 % des cas. Il convient donc d'évaluer régulièrement le risque suicidaire.

Dans 20 à 40 % des cas, le TP est compliqué par un trouble addictif.

Enfin, les répercussions socio-professionnelles peuvent être, elles aussi, très importantes. Les patients ont besoin d'être accompagnés, ils limitent volontairement leurs déplacements par crainte des lieux publics, des transports en commun, de l'éloignement du domicile...

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

Le traitement de première intention est l'éducation thérapeutique associée à une

psychothérapie.

L'éducation thérapeutique consiste à donner des explications au patient sur ses symptômes et la pathologie.

Certaines règles hygiéno-diététiques (RHD) simples doivent être mises en place dès que possible et doivent être installées au long terme :

- diminution, voire arrêt total si possible, des excitants : tabac, alcool, café et autres substances psychoactives. Attention aux excitants présents dans certains compléments alimentaires type « booster » qui peuvent être utilisés par le patient pour contrer l'épuisement dû au TAG.
- bon équilibre alimentaire,
- règles hygiéno-diététique de sommeil : repas léger le soir, éviter le sport et les écrans 2h avant le coucher...
- pratique d'une activité physique adaptée régulière,
- techniques de relaxation (respiration, méditation, yoga),
- information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques (dépendance, accoutumance).

Comme pour le TAG, les thérapies cognitivo-comportementales doivent être privilégiées et ont aussi déjà montré leur intérêt dans le traitement de ce trouble.

Les techniques les plus efficaces et donc les plus utilisées sont centrées sur l'exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des attaques de panique, et en cas d'agoraphobie associée, de désensibilisation aux situations redoutées.

On peut aussi utiliser des méthodes de relaxation qui ont une place importante dans la prise en charge des troubles paniques.

[La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :](#)

Dans les formes sévères de TP, avec attaques de panique fréquentes et quand le retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne est important, on met en place un traitement pharmacologique de fond. Il repose sur l'utilisation d'anti-dépresseurs avec en première intention les ISRS. On utilisera les IRSNA uniquement en cas d'échec ou de contre-indication.

L'efficacité de ce traitement dans les TP est cependant indépendante de l'existence d'un trouble dépressif caractérisé associé.

Les posologies recommandées sont les mêmes que pour le traitement de l'épisode dépressif caractérisé. On introduira progressivement le traitement avec une augmentation des posologies par palier. En effet, une augmentation trop rapide des posologies pourrait initialement aggraver les attaques de panique.

Le délai d'action de ces thérapeutiques est de 3 à 4 semaines et le traitement peut durer entre 6 et 12 mois.

En début de traitement, il est possible d'avoir recours aux BZD, toujours de manière

transitoire et en association aux antidépresseurs en attendant d'atteindre l'efficacité optimale de ces derniers.

Par la suite, elles seront utilisées uniquement de manière ponctuelle et sur une durée maximale de quelques jours en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes.

Il est également possible d'utiliser l'hydroxyzine en alternative aux BZD.

Enfin, l'hospitalisation en service psychiatrique représente le dernier recours en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de comorbidité dépressive avec risque suicidaire.

3) Trouble phobique : (8)

La phobie est une peur très intense, incontrôlable et irrationnelle, déclenchée par la confrontation à un objet ou une situation bien défini.

Le patient ressent une anxiété extrême pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique quand il est confronté à la situation ou l'objet défini. On qualifie cette situation ou cet objet de « phobogène ».

Cette peur entraîne souvent des conduites d'évitement qui peuvent, dans certains cas, avoir un retentissement important sur la vie quotidienne.

On divise les troubles phobiques en deux catégories distinctes : la phobie sociale (aussi appelée « anxiété sociale ») et les phobies spécifiques.

La **phobie spécifique** se limite à des objets ou des situations très précises. Il s'agit d'une peur dite « brute » qui peut déclencher des attaques de panique.

Cette peur disproportionnée apparaît à la vue ou au contact de l'objet mais sa simple évocation peut suffire à provoquer une peur intense, qui disparaît en l'absence de l'objet ou de la situation responsable.

La peur entraîne deux types de réaction : la sidération ou les comportements d'évitement.

Les patients sont aussi fréquemment victimes d'anticipation anxieuse, se manifestant par une hypervigilance permanente pour s'assurer de l'absence de l'objet phobogène.

Les phobies les plus fréquentes sont orientées vers les animaux, notamment les araignées, insectes, serpents et souris. On appelle ce trouble la zoophobie.

Elles peuvent aussi souvent concerner le sang, les procédures médicales (piqûres), certaines situations particulières comme les ponts, les tunnels, les lieux clos, ou encore les éléments naturels comme la hauteur, le vide, l'eau, les tempêtes, les orages...

Critères diagnostiques de la phobie spécifique dans le DSM-5 :

A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (par exemple, prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).

- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental comprenant la peur, l'anxiété ou l'évitement de situations associées à des symptômes semblables aux symptômes ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation ou des situations sociales comme dans l'anxiété sociale).

A l'inverse, la **phobie sociale** constitue la peur d'agir de manière humiliante ou embarrassante sous le regard et le jugement d'autrui et peut donc s'étendre à beaucoup de situations différentes : peur des interactions sociales formelles et informelles, peur de parler en public, peur d'être observé (et donc peur de manger ou boire en public par exemple).

Dès lors que le sujet est confronté à une situation redoutée, on observe des signes physiques comme la tachycardie, l'apparition de rougeurs, de tremblements, sueurs et polypnée.

Critères diagnostiques de la phobie sociale (dénommée « anxiété sociale » dans le DSM-5 :

- A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs sensations sociales durant lequel le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (par exemple avoir une conversation rencontrer des personnes non familières), être observé (par exemple en train de manger ou boire) et des situations de performance (par exemple faire un discours).
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (par exemple humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours un stress ou une anxiété.
- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte-tenu du contexte socioculturel.

- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets psychologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession, d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (par exemple maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

L'évolution est souvent chronique, l'intensité des symptômes ayant tout de même tendance à diminuer avec les années.

Diagnostiques différentiels :

On recherche la prise de certaines substances comme le cannabis, les hallucinogènes, la cocaïne ou encore les amphétamines.

Concernant les autres pathologies psychiatriques qui pourraient être mises en cause, il s'agit essentiellement des autres troubles anxieux. Le point le plus important est d'éliminer des symptômes dits « phobiques », qui s'inscrivent dans le cadre d'une pathologie autre qu'une phobie sociale ou spécifique. Celles qu'on retrouve le plus fréquemment sont la nosophobie et les phobies d'impulsion.

La nosophobie est la peur de contracter une maladie. Elle peut s'intégrer dans différents tableaux pathologiques notamment dans les troubles obsessionnels compulsifs, épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques, schizophrénie ou trouble délirant persistant.

Les phobies d'impulsion représentent la crainte de réaliser un acte immoral, dangereux, auto ou hétéro agressif, en utilisant un objet de manière impulsive et incontrôlée. Ces peurs sont classées dans les troubles obsessionnel compulsifs.

Comorbidités psychiatriques :

Les phobies spécifiques étant bien définies, elles n'ont généralement pas un retentissement très important sur la vie du patient. Il peut quand même arriver que la phobie soit très handicapante par exemple si elle concerne un animal domestique courant comme le chien.

A l'inverse, la phobie sociale est souvent source d'un grand handicap. Les patients limitent les interactions sociales y compris dans le cercle privé et familial, la vie professionnelle est parfois difficilement envisageable, ce qui entraîne un isolement.

Il n'est pas rare de trouver, associé à la phobie sociale, des troubles addictifs, un épisode dépressif caractérisé ou un autre trouble anxieux.

Complications :

Les complications surviennent souvent dans le cas de l'anxiété sociale avec le développement d'une anxiété anticipatoire et des évitements.

L'anxiété anticipatoire se manifeste par la peur d'être humilié par son propre comportement (peur de rougir, de bredouiller) et également l'anticipation du jugement d'autrui qui sera forcément imaginé comme étant négatif.

Les évitements quant à eux consistent à ne plus pratiquer certaines activités et peuvent nettement altérer la qualité de vie du patient.

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

Comme dans les troubles anxieux vus précédemment, la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement de première intention.

Il existe plusieurs techniques, dont deux sont plus fréquemment utilisées :

- l'exposition in vivo graduée ou « désensibilisation systématique : le patient s'expose volontairement à l'objet ou à la situation causant le trouble. Ces expositions se font de manière progressive mais prolongée.

- la restructuration cognitive : dans un premier temps, le patient identifie les causes puis apprend à modifier ses pensées automatiques envers l'objet ou la situation.

Les thérapies de groupe sont particulièrement efficaces dans le cas de la phobie sociale car elles permettent des mises en situation d'exposition au « public », des jeux de rôle...

La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :

Il n'existe aucun traitement médicamenteux efficace contre les phobies spécifiques. On peut utiliser des anxiolytiques de façon périodique mais ils ne peuvent pas résoudre à long terme le trouble phobique. Leur utilisation doit être contrôlée car elle expose à un risque de dépendance.

Pour traiter la phobie sociale, on utilise des ISRS ou IRSNA qui peuvent diminuer les anticipations anxieuses et les activations émotionnelles en situation sociale.

Leur utilisation doit s'étendre sur plusieurs mois, selon le même protocole que pour l'épisode dépressif caractérisé.

Leur utilisation permet de faciliter les expositions et donc la thérapie cognitivo-comportementale.

4) Trouble obsessionnel compulsif : (8)

Le trouble obsessionnel compulsif, souvent appelé phonétiquement TOC, est l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus invalidantes.

Il est caractérisé par deux symptômes spécifiques : les obsessions, associées ou non à des compulsions.

Ces deux symptômes en font aussi une des pathologies psychiatriques les plus

invalidantes.

Le TOC est une pathologie du sujet jeune, en effet 65 % des patients adultes ont connu un début de pathologie avant l'âge de 25 ans et pour un tiers d'entre eux, la pathologie a débuté dès l'enfance.

Le contexte socioculturel n'influe pas sur la prévalence et le sex-ratio est de 1.

Dans le cas des obsessions, le patient fait face à l'irruption de pensées, de pulsions, d'images qui entrent en désaccord avec sa pensée consciente, mais qui apparaissent comme provenant de son esprit. Pour être caractéristiques, elles doivent être récurrentes et persistantes, ressenties comme intrusions et inappropriées par le patients, et source d'anxiété et d'inconfort dans le sens où le patients doit faire des efforts pour ignorer ces pensées ou les neutraliser par d'autres pensées ou actions.

Dans le cas des compulsions, le patient ne peut s'empêcher d'accomplir, en réponse à une obsession, des comportements répétitifs (comme se laver, ranger, vérifier, ordonner) ou des actes mentaux (par exemple compter, répéter des mots).

Ces compulsions ont pour but de neutraliser un sentiment de détresse, ou au moins le diminuer, ou à empêcher une situation redoutée d'arriver. Ces relations sont excessives par rapport au danger réel et sont sans relation réaliste avec ce qu'elles sont censées neutraliser. De plus, elles ne sont absolument pas source de plaisir, à moins de considérer le plaisir du soulagement de l'angoisse.

On pourra parler de rituels quand les compulsions sont réalisées de manière très précise et stéréotypée.

Dans le TOC, on parle de conscience du trouble, qu'on appelle insight. Tous les patients n'ont pas conscience du caractère excessif et non raisonnable, et donc pathologique, de leurs symptômes. Même si la majorité des patients ont un bon insight, c'est-à-dire une bonne conscience de leur trouble, on estime que 5 à 25% des patients présentant des TOC ont un insight faible. L'insight peut fluctuer au fil du temps, c'est un facteur pronostic de l'évolution de la pathologie sur le long terme.

On peut classer les TOC selon trois grandes thématiques :

Nom du thème	Caractéristiques
Contamination (« les laveurs »)	Obsessions de contamination Compulsions et rituels de lavage (des mains, du corps entier, des objets) et d'évitement (ne pas toucher, porter des gants)
Erreur (« les vérificateurs »)	Obsessions : ordre, symétrie, exactitude Peut être accompagné ou non de pensée magique (par exemple peur qu'un accident arrive si les choses ne sont pas rangées dans le bon ordre). Compulsions : Rigidité excessive dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrie des éléments).
Pensées interdites (« les conjurateurs »)	Obsessions de pensées interdites : <u>Catastrophe</u> : Peur d'être responsable d'un accident ou d'un drame (déclencher un incendie par négligence par exemple)

	<p><u>Impulsion agressive</u> : crainte de perdre le contrôle de soi, peur d'agir de manière répréhensible contre son gré, envers autrui ou soi-même, images de violence ou d'horreur, peur de faire quelque chose qui mette dans l'embarras...</p> <p><u>Thématique religieuse</u> : préoccupations liées au bien et au mal, aux sacrilèges, aux blasphèmes. Elles peuvent être associées à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux.</p> <p><u>Thématique somatique</u> : elle concerne des obsessions portant sur l'aspect du corps ou d'une partie du corps.</p> <p>Compulsions : rituels mentaux (les patients se répètent mentalement des mots pour « conjurer » les effets redoutés de l'obsession), vérifications.</p>
--	---

Tableau 5 : Les grandes thématiques du TOC.

D'après le DSM-5, le diagnostic de TOC repose sur quatre critères :

- La présence d'obsession accompagnées ou non de compulsions,
- les symptômes sont présents au moins une heure par jour
- les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative et entraînent une altération des interactions sociales, professionnelles ou dans un autre domaine important de la vie quotidienne
- l'insight du patient peut être évalué pour affiner le diagnostic.

La prise en charge du patient est indispensable sans quoi l'évolution est péjorative. Avec le temps le patient tente moins de résister aux symptômes et les évitements sont de plus en plus fréquents, ce qui entraîne un isolement social important.

Les principaux facteurs de pronostic sont :

- La durée de la maladie avant la prise en charge,
- L'âge de début,
- La qualité de la conscience des troubles (insight),
- La présence ou non d'un épisode dépressif caractérisé associé.

Diagnostiques différentiels :

Certaines pathologies neurologiques doivent être écartées, notamment les pathologies impliquant les noyaux gris centraux, qui peuvent provoquer des symptômes obsessionnels et compulsifs. On trouve par exemple le syndrome Gilles de la Tourette, la chorée de Huntington et le PANDAS (Paediatric Autoimmune Disorders Associated with Streptococcus infections). Cette dernière entité est controversée, elle associerait des mouvements anormaux et des TOC ou tics chez l'enfant dans les suites d'une infection par streptocoques bêta-hémolytique du groupe B.

Concernant les autres pathologies psychiatriques, le principal diagnostic différentiel est celui de schizophrénie, en effet la distinction entre idées délirantes et les obsessions se fait sur la reconnaissance du caractère irrationnel des pensées dans le cas des

obsessions.

D'autres pathologies psychiatriques sont à éliminer :

- L'épisode dépressif caractérisé : il peut être marqué par des ruminations anxieuses pouvant faire évoquer des obsessions, mais elles sont centrées sur la culpabilité ou l'auto-dévalorisation par exemple,
- Les troubles anxieux : à l'inverse des TOC où l'anxiété est irrationnelle, ils sont la plupart du temps liés à des situations réelles,
- L'hypochondrie (voir plus haut),
- Les mouvements anormaux ou tics : ce sont des mouvements ou vocalisations répétitives involontaires qui ne sont pas précédés d'obsessions,
- Les troubles de la personnalité obsessionnelle compulsive : elle n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique un mode de fonctionnement de pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle mais sans être caractérisée par la présence d'obsessions ni de compulsions.

Comorbidités psychiatriques :

Elles sont très fréquentes et peuvent être très variées : tics (qui représentent 25 % des comorbidités)épisode dépressif caractérisé, troubles addictifs, troubles anxieux. On peut aussi rencontrer d'autres troubles du spectre obsessionnel et compulsif (trichotillomanie, dermatillomanie, thésaurisation pathologique, obsession d'une dysmorphie corporelle).

Complications :

L'épisode dépressif caractérisé et les troubles addictifs sont des complications fréquentes du TOC, ils doivent être recherchés de manière systématique. Plus de 10% des patients souffrant de TOC feront une tentative de suicide au cours de leur vie, le risque suicidaire doit donc être régulièrement évalué.

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

Le pronostic est plus ou moins bon selon la durée de la pathologie avant le début de la prise en charge, l'âge de début, l'insight et la présence ou non d'un épisode dépressif caractérisé associé.

50 % des patients répondent aux thérapies cognitivo-comportementales. La méthode de référence est l'exposition avec prévention de la réponse. C'est une approche comportementale qui consiste à exposer le patient aux situations qui déclenchent les obsessions (via des situations réelles ou par l'imagination), à empêcher toute compulsion (observable ou mentale), à apprendre à apprivoiser les émotions suscitées par les obsessions.

La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :

On utilise les ISRS qui ont démontré leur efficacité dans le TOC mais dans certaines conditions: on doit avoir recours à des posologies élevées (le double par rapport à la

posologie recommandée dans l'épisode dépressif caractérisé) et le délai d'action est beaucoup plus important (jusqu'à 6 à 12 semaines).

Malgré tout même pour cette indication, comme pour tout traitement impliquant des antidépresseurs, on commence le traitement avec les doses les plus faibles possibles. Étant donné le long délai d'action dans le TOC, on maintient le traitement pendant au moins 12 semaines avant de conclure à un échec du traitement.

Dans ce cas, on applique la stratégie du « switch » qui consiste à essayer une autre molécule de la même classe thérapeutique, en effet l'échec d'un ISRS ne signifie pas l'échec de la classe.

Si échec d'au moins trois ISRS, on peut envisager un traitement par clomipramine (antidépresseur tricyclique à action sérotoninergique forte). Elle a une action supérieure aux ISRS dans le TOC mais ses effets indésirables étant bien plus importants, elle n'est jamais utilisée en première intention.

Le traitement doit être maintenu à la dose maximale pendant au moins 1 à 2 ans. Après cette période, on diminuera progressivement les posologies avant d'arriver à la dose minimale efficace.

On peut utiliser de manière ponctuelle des anxiolytiques pour diminuer l'anxiété mais ils n'ont aucun impact ni sur les obsessions ni sur les compulsions.

5) Trouble de stress post-traumatique : (8)

Le trouble stress post-traumatique (TSPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition à un événement traumatique défini. L'événement traumatique peut être de différente nature. Il peut s'agir d'un événement où le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacés de mort, trouver la mort, subir des blessures graves, des violences sexuelles...

L'exposition n'est pas forcément directe, c'est à dire que le sujet peut être victime mais aussi témoin de l'événement, mais aussi apprendre que cela est arrivé à un proche même s'il n'était pas présent. Il peut aussi s'agir d'expositions répétées dans le cadre professionnel (pompiers, policiers, personnels soignants).

Une exposition via un média (télévision, internet, film...) ne peut en revanche pas être considérée comme provoquant un trouble de stress post-traumatique.

Le sex-ratio de ce trouble est de deux femmes pour un homme.

Il existe quatre symptômes caractéristiques du TSPT qu'on appelle le carré symptomatique. On retrouve :

- **le syndrome de répétition** : Le patient revit de manière involontaire certains aspects de l'événement traumatique, c'est ce qu'on appelle les reviviscences. Ces reviviscences sont vivaces, répétitives, pénibles et envahissantes et elles provoquent une détresse émotionnelle intense.

Elles sont diurnes et/ou nocturnes, dans ce dernier cas on parlera de cauchemars traumatiques.

Ces symptômes émotionnels sont la plupart du temps associés à des symptômes physiques comme des palpitations, des sueurs, des tremblements, une polypnée...

- **Le syndrome d'évitement** : il consiste à faire éviter au patient les stimuli qui lui évoquent l'événement traumatique. Il peut s'agir de personnes, de lieux, de situations... qui sont associées à l'événement ou qui lui ressemblent.

Parfois, ils chassent le souvenir du traumatisme en évitant d'y penser, souvent en détournant leur attention sur autre chose comme la télévision ou la lecture, ou en évitant ou refusant d'en parler, surtout de manière détaillée notamment pour les souvenirs particulièrement difficiles.

Certaines stratégies d'évitement ont un impact sur la vie quotidienne (c'est fréquemment le cas pour les patients victimes d'un accident de la route, ils essaient soit d'éviter l'endroit du choc en faisant un détour ou, de manière plus radicale, évitent de conduire de nouveau).

- **Hyperactivation neurovégétative** : les troubles du sommeil sont souvent placés au premier plan par les patients. Ces troubles peuvent être caractérisés par des difficultés d'endormissement, des cauchemars ou des réveils au moindre bruit. S'ensuit une angoisse du sommeil : l'endormissement est redouté à cause de la survenue des cauchemars ou des réveils en sursaut.

De ces troubles découle souvent une forte irritabilité, le patient est en permanence sur le qui-vive dans le but de détecter et d'analyser le moindre stimuli qui pourrait devenir une nouvelle menace, il sursaute de manière exagérée au moindre bruit. Tout devient insupportable pour le patient (le bruit, la foule, les klaxons...).

Enfin, les accès de colère sont fréquents ainsi que les troubles de la concentration et de la mémoire, ce qui aggrave les répercussions socio-professionnelles.

- **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** : le sujet se blâme (« c'est ma faute », « je n'ai pas su défendre ma famille ») ou rumine l'implication d'une ou plusieurs autres personnes (« ce monstre a détruit ma vie »).

L'état émotionnel du patient est alors quasi constant. En fonction du contexte, le patient est envahi par la peur, la colère, la honte ou la culpabilité.

S'ensuivent des modifications de l'humeur avec perte de motivation, fatigue, détachement, incapacité à éprouver des émotions positives...

Le diagnostic de TSPT repose donc sur :

- L'exposition directe ou indirecte à un événement traumatique au cours duquel le patient ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, d'être gravement blessées ou menacées dans leur intégrité,
- Un carré symptomatique avec syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations négatives des cognitions et de l'humeur,
- Les symptômes sont présents depuis au moins un mois après l'événement traumatique,
- Les symptômes provoqués par cet événement entraînent une souffrance cliniquement significative et ou une altération du fonctionnement social et/ou professionnel.

La qualité du soutien social et familial du patient, ses antécédents personnels et familiaux de pathologie psychiatriques et les antécédents d'événements traumatiques ont un fort

impact sur le pronostic de la pathologie.

Dans 50 % des cas, la guérison est complète en trois mois. Certaines forment deviennent chroniques et peuvent évoluer pendant plus de douze mois, ou alterner entre périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes.

L'évolution dépend aussi du retentissement et des conséquences juridiques de l'événement. En effet, le parcours de reconnaissance et le déroulement des procédures judiciaires ont un impact majeur sur l'évolution clinique du trouble.

Diagnostiques différentiels :

Le principal trouble anxieux à écarter est le trouble de stress aigu. Dans ce cas les symptômes sont presque identiques, ils apparaissent immédiatement après l'événement traumatique mais ne persistent pas plus d'un mois.

Comorbidités psychiatriques :

On retrouvera essentiellement les troubles addictifs, les épisodes dépressifs caractérisés et les autres troubles anxieux notamment trouble panique, trouble phobique et trouble obsessionnel compulsif.

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

Les interventions précoces auprès des victimes d'événement traumatiques sont souvent proposées en France, mais elles ne constituent qu'une première étape et ne suffisent pas à éviter le développement d'un état de stress post-traumatique.

Il s'agit surtout d'un « defusing », c'est-à-dire une technique de « déchocage psychologique » qui a surtout vocation à réduire la charge émotionnelle et identifier les personnes plus à risque de développer un état de stress post-traumatique.

A noter qu'à l'heure d'aujourd'hui, ces techniques n'ont pas montré d'efficacité dans les études scientifiques contrôlées.

La réelle prise en charge ne peut débuter qu'à partir de 72h après l'événement traumatique.

La psychothérapie est centrale et primordiale dans la prise en charge. Plusieurs techniques pourront être proposées :

- La thérapie cognitivo-comportementale : elles ont pour principal but la gestion de l'anxiété et la lutte contre les évitements, qu'ils soient cognitifs ou comportementaux. Elles font appel à des techniques de relaxation, des techniques d'exposition graduée aux stimuli et de restructuration cognitive.
- La thérapie d'exposition prolongée : il s'agit d'une désensibilisation vis-à-vis de l'événement traumatisant. Cette exposition est bien sûr progressive et contrôlée, et répétée jusqu'à obtenir un phénomène d'habituation à l'événement. Le but est d'amener le patient à prendre conscience de la diminution de l'angoisse face au

stimulus, autrement que par évitement. Cette exposition peut être réelle ou imaginaire.

- L'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Dans cette technique développée par Shapiro en 1989, on considère que les symptômes du trouble de stress post-traumatique sont liés à un encodage inadéquat des informations liées à l'événement. On va donc stimuler les processus de traitement de l'information afin que les souvenirs de l'événement traumatique soient débarrassés des émotions négatives.

Ces techniques sont aujourd'hui utilisées en première intention et proposées en priorité aux patients car elles ont démontré une plus grande efficacité que les traitements médicamenteux.

La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :

Pour les patients présentant des formes chroniques ou sévères, le traitement médicamenteux repose sur l'utilisation d'antidépresseurs type ISRS.

On les utilise aussi pour les patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas avoir recours à la psychothérapie.

A noter qu'en France, bien que les psychothérapies soient considérées comme le traitement de première intention du trouble de stress post-traumatique, elles ne sont pas systématiquement remboursées et donc loin d'être accessibles à tous.

Pour la prise en charge des troubles du sommeil liés au trouble de stress post-traumatique, les benzodiazépines ne sont pas recommandées quel que soit le stade.

Pour le traitement symptomatique de l'insomnie, on devra donc utiliser d'autres classes de traitements anxiolytiques comme les antipsychotiques sédatifs ou l'hydroxyzine.

6) Trouble de l'adaptation : (8)

Le trouble de l'adaptation est, comme le trouble de stress post-traumatique, un syndrome de réponse au stress.

On parle de trouble de l'adaptation quand les capacités d'adaptation du patient à son milieu sont momentanément dépassées, mais qu'il n'y a pas de symptômes suffisants pour établir un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou d'un autre trouble relié au stress.

Le trouble de l'adaptation est extrêmement fréquent, il concerne entre 5 et 20 % des consultations en médecine générale. A l'âge adulte, il concerne plutôt les femmes (2/3), mais dans l'enfance, l'adolescence et chez les sujets âgés le sex-ratio est plus équilibré.

Le trouble de l'adaptation est caractérisé par des symptômes émotionnels et/ou comportementaux. Le caractère pathologique de ce trouble réside dans les répercussions sur le fonctionnement socio-professionnel du patient.

Par définition, les symptômes apparaissent rapidement après le début du facteur de stress (maximum trois mois), et disparaissent six mois après son apparition.

Il existe un facteur de stress identifié et peut être de nature très variée. Il peut concerner la vie personnelle et/ou professionnelle du patient, unique ou multiple, récurrent ou continu, concerner le patient seul ou un groupe plus large auquel appartient le patient.

Il concerne la plupart du temps des événements « de transition » dans la vie du patient, qui ne sont pas nécessairement des « mauvaises nouvelles » (changement de métier, mariage, départ en retraite, et pour les enfants cela concerne le plus souvent le divorce des parents, l'entrée au lycée, un déménagement), ou faire suite à l'annonce diagnostique d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable.

A noter que les deuils ne font pas partie des troubles de l'adaptation, ils sont classés dans les deuils pathologiques.

Il existe différentes formes cliniques de trouble de l'adaptation :

- Avec humeur dépressive,
- Avec anxiété,
- Avec anxiété et humeur dépressive,
- Avec perturbations des conduites,
- Avec perturbations des conduites et des émotions.

Par définition, le trouble de l'adaptation est transitoire (maximum six mois après la fin du facteur de stress).

Le pronostic est d'ailleurs favorable dans 75 % des cas, sans aucune complication ni séquelle.

Diagnostics différentiels :

Il faut distinguer le trouble de l'adaptation d'une autre réaction adaptée et proportionnée à un stress extérieur.

Faisant partie des troubles liés au stress, le trouble de l'adaptation doit être distingué du trouble de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique. Le trouble de l'adaptation est donc défini par une absence de syndrome de répétition et absence de syndrome d'évitement.

Complications :

En fonction de l'âge, la fréquence de certaines complications peut varier.

La principale complication du trouble de l'adaptation est le suicide. En effet entre 2 et 4 % des patients feront au moins une tentative de suicide, et 10 % des adolescents.

Les troubles addictifs sont présents à tous les âges mais l'évolution vers un épisode dépressif caractérisé est plus fréquent chez la personne âgée.

La prise en charge psychiatrique non médicamenteuse :

La psychothérapie est encore une fois à privilégier. Elle a pour principal but de verbaliser les éléments en rapport avec la situation stressante et ses conséquences sur la vie du

patient.

Cela permet d'abord de diminuer la tension émotionnelle, puis de comprendre pourquoi cette situation a déclenché un stress intense.

La prise en charge psychiatrique médicamenteuse :

On utilise parfois en seconde intention des médicaments psychotropes à visée symptomatique.

Chez l'enfant ou l'adolescent, on utilise en première intention l'hydroxyzine. Chez l'adulte, on peut l'utiliser aussi mais on prescrit souvent en première intention une benzodiazépine. Enfin pour les patients adultes souffrant de troubles du sommeil importants et invalidants, on peut avoir recours au Zolpidem ou au Zopiclone.

L'hospitalisation en psychiatrie est relativement fréquente dans le cadre des troubles de l'adaptation.

L'indication principale est bien sûr la prise en charge d'une crise suicidaire, mais elle peut aussi être utile pour créer une distance entre le patient et l'environnement stressant, notamment si cet environnement est particulièrement négatif et pourrait dans ce cas aggraver le trouble.

Cette mise à distance a pour double avantage de permettre une évaluation et éventuellement une intervention sur l'environnement avant le retour du patient.

III) Protocole de soin :

Le but des traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux est de diminuer les symptômes, diminuer la comorbidité et améliorer le fonctionnement psychologique et social des patients.

Au cours du traitement, l'anxiété doit être réévaluée et la prise en charge adaptée.

1) La thérapie non médicamenteuse :

Le premier traitement d'un trouble anxieux est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), en complément de mesures hygiéno-diététiques :

- quantité de sommeil suffisante à respecter,
- qualité de sommeil (possibilité d'utiliser un traitement hypnotique de courte durée en complément),
- bon équilibre alimentaire,
- limitation voire arrêt de la consommation d'alcool, de tabac, de café et de drogues,
- pratique régulière d'une activité physique adaptée.

2) La thérapie médicamenteuse :

A. Prise en charge médicamenteuse des différents troubles anxieux :

Prise en charge générale des TA :

Anti-dépresseurs	ISRS IRSNA	En première intention
	Anti-dépresseurs tricycliques	Présentent plus d'EI
Anxiolytiques	BZD	Durée maximale de 12 semaines, sevrage progressif inclus
	Hydroxyzine	Pour son effet sédatif
	Buspirone	

Tableau 6 : *Prise en charge générale des troubles anxieux (2)*

Prise en charge des TAG :

ISRS	AMM pour paroxétine, escitalopram, duloxétine
Venlafaxine	
Buspirone	
BZD	Sur une période inférieure à 12 semaines, sevrage progressif inclus

Tableau 7 : *Prise en charge des troubles anxieux généralisés (2)*

Actes et prestations non remboursés :

Duloxétine	Présente un SMR modéré dans la prise en charge des TAG. Elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale ni agréée aux collectivités dans cette indication
Prégabaline	Possède une AMM dans les TAG. Elle présente un SMR faible et n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale ni agréée aux collectivités dans cette indication

Tableau 8 : *Actes et prestations non remboursés dans la prise en charge des TAG (2)*

Prise en charge des troubles panique avec ou sans agoraphobie :

ISRS	AMM pour paroxétine, escitalopram, citalopram, sertraline
Anti-dépresseurs tricycliques	AMM pour clomipramine
Venlafaxine	
BZD	Sur une période inférieure à 12 semaines, sevrage progressif inclus

Tableau 9 : *Prise en charge des troubles panique avec ou sans agoraphobie (2)*

Prise en charge des troubles de l'anxiété sociale :

ISRS	AMM pour paroxétine, escitalopram, sertraline
Venlafaxine	
Propranolol	Pour l'anxiété de performance
BZD	Sur une période inférieure à 12 semaines, sevrage progressif inclus

Tableau 10 : Prise en charge des troubles de l'anxiété sociale (2)

Prise en charge de la phobie simple :

Aucun médicament n'a apporté la preuve de son efficacité dans la prise en charge de ce trouble.

En cas d'anxiété anticipatoire invalidante, il est recommandé d'utiliser des BZD sur des courtes périodes. (2)

Prise en charge des TOC :

ISRS	AMM pour fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, escitalopram
Clomipramine	Utilisation de posologies élevées possible

Tableau 11 : Prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs (2)

Prise en charge des états de stress post-traumatiques :

ISRS	AMM pour paroxétine, sertraline
Hypnotiques	Si troubles du sommeil importants. En traitement de courte durée inférieure à 4 semaines, sevrage progressif inclus

Tableau 12 : Prise en charge des états de stress post-traumatiques (2)

B. Mécanismes d'action des thérapeutiques utilisées : (9)

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine = ISRS :

Citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine

Ils inhibent sélectivement la recapture de la sérotonine → *down regulation* des récepteurs 5HT₂.

Ils ont une demi-vie d'environ 20h, à l'exception de celle de la Fluoxétine qui peut atteindre 1 à 4 jours.

Leurs effets sont ressentis en 2 à 3 semaines.

La fluoxétine et la paroxétine sont inhibiteurs du CYP 2D6.

Il existe des contre-indications, associations déconseillées et précautions d'emploi avec les ISRS. Dans tous les cas, la conséquence est le risque de syndrome sérotoninergique.

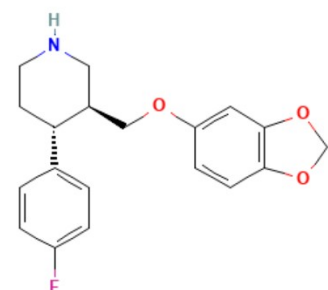


Figure 8 : structure moléculaire de la paroxétine (10)

Contre-indications : association avec un IMAO non sélectif. sérotoninergique. Il faudra respecter un intervalle de 2 semaines en cas de transition IMAO → ISRS et 1 semaine dans le cas ISRS → IMAO (sauf pour la fluoxétine pour laquelle on respectera un intervalle de 5 semaines en raison de sa demi-vie plus longue).

Associations déconseillées : IMAO-A, linézolide : risque de syndrome sérotoninergique

Précautions d'emploi : lithium, millepertuis.

Effets indésirables : **troubles digestifs** assez importants avec nausées, vomissements, anorexie, plus importants au début du traitement, c'est l'effet sérotoninergique ; **hyponatrémie** par sécrétion inappropriée d'ADH ; **convulsions, levée d'inhibition suicidaire** pour les ISRS psychotiques comme la fluoxétine.

Malgré tout, les ISRS ont une excellente tolérance car ils n'ont pas d'effet anticholinergique, pas de blocage alpha 1 périphérique, pas d'effet anti-H1 central et enfin en cas de surdosage, on aura moins de cardiotoxicité qu'avec les anti dépresseurs tricycliques.

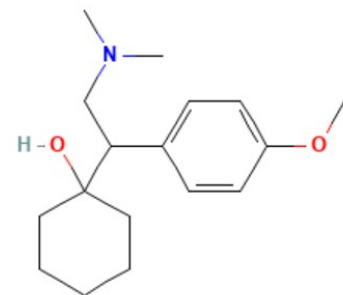
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline = IRSNA

Venlafaxine, milnacipran, duloxétine

Ils inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline de manière sélective.

La demi-vie est de 8h pour le milnacipran, 11h pour la venlafaxine et celle de la duloxétine varie entre 8 et 17h.

Contre-indications : Hypertrophie bénigne de la prostate, adénome prostatique, IMAO non sélectifs. Comme avec les ISRS, pour éviter un syndrome sérotoninergique, on respectera un intervalle de 7 jours en cas de transition IRSNA → IMAO et 15 jours dans le cas IMAO → IRSNA. (10)



Toujours pour éviter un syndrome sérotoninergique, les associations IRSNA – IMAO-A et IRSNA – Linézolide sont déconseillées.

Enfin l'association IRSNA – sympathomimétiques α et β est déconseillée car elle pourrait entraîner une hypertension paroxystique.

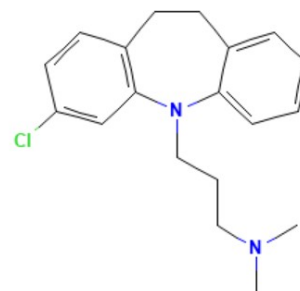
Effets indésirables : **hypertension artérielle** dû à l'effet noradrénergique périphérique ; **nausées, vomissements** dû à l'effet sérotoninergique périphérique ; **sédation** due à l'effet anti-H1 central (très présent avec la venlafaxine) ; **levée d'inhibition suicidaire** ; quelques effets anticholinergiques qui restent très peu présents (**sécheresse buccale, rétention urinaire**).

Anti-dépresseurs tricycliques :

Amitriptylline, clomipramine

Ils inhibent très fortement et de manière non sélective la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, et avec une action moins forte, la recapture de la dopamine.

Cette inhibition a pour conséquence l'augmentation des concentrations cérébrales dans la fente synaptique et entraîne une *down regulation* des récepteurs 5HT₂ et β au bout de 2 à 3 semaines, ce qui correspond au temps nécessaire pour obtenir l'efficacité thérapeutique.



La distribution tissulaire est très importante notamment dans le LCR, et le passage dans le placenta et le lait maternel n'est pas négligeable.

Figure 10 : structure moléculaire de la clomipramine (10)

Contre-indications : HPB, adénome prostatique, glaucome à angle fermé, cardiopathies.

Associations déconseillées : grossesse ; épilepsie ; clonidine ; guanfacine ; sympathomimétiques α et β .

Précautions d'emploi : inducteurs et inhibiteurs enzymatiques.

Majoration des EI avec l'alcool (sédation) ; substances anticholinergiques ; anti-hypertenseurs (hypotension).

Effets indésirables : ils sont plus nombreux avec cette classe thérapeutique :

- Effets anticholinergiques périphériques : atropiniques (sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, rétention urinaire, constipation, tachycardie) et centraux (tremblements des extrémités, troubles mnésiques, confusion et convulsions notamment chez les patients épileptiques ou alcooliques chroniques),
- Blocage α 1 périphérique (hypotension, tachycardie réflexe, troubles de l'érection, vertiges), et centraux avec effet sédatif,
- Effet anti-H₁ centraux en particulier avec l'amitriptyline entraînant une somnolence et une prise de poids,
- Levée d'inhibition suicidaire nécessitant une association thérapeutique aux neuroleptiques ou aux BZD,
- Hépatites cholestatiques.

Les antidépresseurs tricycliques ont aussi une certaine toxicité avec dépression respiratoire, cardiotoxicité et convulsions.

Benzodiazépines :

Il existe des BZD à dominante anxiolytique (*alprazolam, bromazépam, clorazépate, clobazam, diazépam, lorazépam, nordiazépam, oxazépam, prazépam*), auxquelles on s'intéressera ici. Les autres BZD peuvent être à dominante hypnotique, anticonvulsivante ou myorelaxante.

Elles se fixent aux sous-unités α des récepteurs GABA_A/canal chlore du cortex cérébral. Cette fixation entraîne un changement conformationnel facilitant la fixation du GABA, c'est la modulation allostérique.

Les BZD ont 5 propriétés pharmacologiques principales :

- Anxiolytique,
- Sédatif (hypnotique),
- Myorelaxant,
- Anticonvulsivant,
- Amnésiant.

A ces propriétés, on peut ajouter un léger effet anti-hypertenseur et une diminution de la motilité intestinale.

Les BZD sont non curarisants et non cataleptigènes.

Le gros avantage des BZD est que le surdosage est moins dangereux qu'avec les antidépresseurs. En effet ils peuvent entraîner un sommeil prolongé mais sans dépression respiratoire sévère ni dépression cardiovasculaire sévère. De plus, le flumazénil peut être utilisé comme antagoniste.

La durée de prescription des BZD est limitée à 12 semaines, exception faite pour le clorazépate qui est limité à 28 jours.

La biodisponibilité est excellente, le délai d'action peut varier en fonction de la lipophilie de chaque molécule :

- L'alprazolam, le bromazépam, la clorazépate et le diazépam ont un délai d'action rapide (environ 30 minutes),
- Le prazépam et l'oxazépam ont un délai d'action lent (environ 2h). On privilégie leur utilisation chez la personne âgée.
- Le lorazépam a un délai d'action intermédiaire.

Elles passent la BHE, la BFP est retrouvée dans le lait maternel.

Elles ont un métabolisme hépatique via la CYP 3A4.

Oxazépam, bromazépam et lorazépam ont des métabolites actifs qui présentent une activité supérieure à celle de la molécule mère.

Contre-indications : insuffisance respiratoire sévère, syndrome d'apnée du sommeil, myasthénie, insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité.

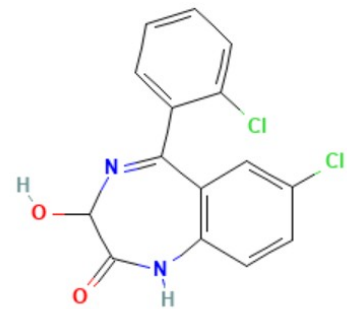


Figure 11 : structure moléculaire du lorazépam (10)

Associations déconseillées :

- Grossesse et allaitement,
- Associations majorant la sédation : alcool ou autres déprimeurs du SNC,
- Associations majorant la sédation : curarisants et myorelaxants,
- Associations majorant la détresse respiratoire : opiacés, buprénorphine,
- Associations modifiant le métabolisme : inhibiteurs et inducteurs enzymatiques du CYP 3A4,
- Associations modifiant la résorption : topiques intestinaux tels que les pansements gastriques.

Effets indésirables :

- **Amnésie antérograde** (oubli des événements se produisant dans les heures suivant la prise. C'est pour cette raison que les BZD sont utilisées dans les contextes de viol par exemple, c'est la « *drogue des violeurs* »),
- **Dépendance psychique puis physique** caractérisée par un état de manque, cette dépendance est potentialisée par la consommation d'alcool et d'opiacés,
- **Syndrome de tolérance,**
- **Syndrome de sevrage** en cas d'arrêt brutal. Pour l'éviter, le traitement doit être arrêté de manière progressive sur une période allant de 6 à 12 semaines en fonction des patients et des posologies,
- **Réactions paradoxales**, surtout observées chez les enfants ou les personnes âgées avec rebond d'anxiété, insomnies, cauchemars, hallucinations, phobies,
- **Troubles du comportement** : impulsivité, agressivité, dépression avec tendance suicidaire notamment avec les BZD de courte durée d'action et en cas de facteurs favorisants comme une dépression non traitée, association avec de l'alcool, autres troubles psychiatriques,
- **Perturbation de l'architecture du sommeil** : la durée du sommeil paradoxal est diminuée ce qui a pour conséquence un sommeil moins réparateur,
- **Dépression respiratoire centrale** surtout en cas d'administration par voie intraveineuse,
- **Hypotonie musculaire,**
- **Effets résiduels diurnes** avec asthénie, somnolence, hypovigilance, sensation ébrieuse et troubles de l'humeur (principalement pour les BZD à visée hypnotique).

Il est donc important de rechercher, avant la mise en place d'un traitement par BZD, une dépression associée et la traiter pour éviter le risque suicidaire.

Les posologies seront diminuées chez l'insuffisant hépatique, l'insuffisant rénal et la personne âgée.

Hydroxyzine :

L'hydroxyzine appartient à la classe des anti-histaminiques de type 1. On l'utilise par voie orale ou parentérale dans le traitement de l'anxiété mineure et le traitement symptomatique de l'urticaire.

Elle est aussi utilisée en deuxième intention pour traiter les insomnies d'endormissement.

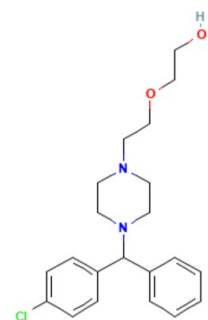


Figure 12 : structure moléculaire de l'hydroxyzine(10)

Elle a donc des effets anxiolytiques sédatifs, anti-H1 central et périphérique (de première génération car sédatif) et anticholinergique.

Le métabolisme de l'hydroxyzine est hépatique, avec une demi-vie de 6 à 8h.

Contre-indications : glaucome à angle fermé, adénome prostatique, hypersensibilité.

Associations déconseillées : grossesse, allaitement, alcool, médicaments atropiniques.

Effets indésirables : effets atropiniques, effets anti-H1 avec asthénie et somnolence, syndrome de sevrage, tératogénicité.

Malgré ces effets indésirables, l'hydroxyzine présente un certain nombre d'avantages :

- Pas de dépendance,
- Pas de prise de poids,
- Pas de troubles du comportement, pas de troubles digestifs.

Partie III : RECUEIL DE TEMOIGNAGES

J'ai choisi pour mon travail de concentrer l'étude sur l'anxiété et le ressenti des personnes détenues uniquement et pas du personnel pénitencier. De nombreux témoignages parlent d'ors et déjà des conditions de vie et de travail en centre de détention, par manque de moyen, de temps, de personnel. Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai eu l'occasion de visiter les centres pénitenciers d'Annœullin et de Sequedin, et je tiens à mentionner que j'ai ressenti, auprès de tous les membres du personnel avec qui j'ai pu communiquer concernant la vie en détention, une grande bienveillance envers les détenus et un réel intérêt à en savoir plus sur les ressentis des détenus et les points à améliorer.

I) Demande d'autorisation simplifiée à la CNIL :

Mon projet initial était de faire un recueil de témoignage à grande échelle sur les centres pénitenciers de Sequedin et d'Annœullin, en rencontrant les détenus volontaires lors d'un entretien.

Les droits des détenus étant très stricts, cette démarche aurait nécessité une demande d'autorisation auprès du CPP, ce qui aurait pris énormément de temps.

C'est donc en suivant les conseils de Mr MILLOIS, attaché de recherche clinique au CHU de Lille, que j'ai demandé une demande d'autorisation simplifiée à la CNIL.

Cette autorisation simplifiée a impliqué certaines modifications dans le recueil de témoignage, notamment sur le fait que pour des raisons d'anonymat strict, il ne m'était pas possible de rencontrer en personne les détenus.

C'est pour cette raison que les questionnaires ont été passés lors de consultation par le Dr Laurane LEPEN qui m'a apporté son aide précieuse pour l'étude.

Pour obtenir l'autorisation, la première étape a consisté à remplir une demande d'autorisation via l'interface du CHU (voir Annexes).

A la suite de cette première demande, j'ai été mise en contact avec Mr Anthony BOUZIDI, avec qui j'ai éclairci quelques détails (destruction et stockage des données, rédaction de la note de non opposition...).

II) Analyse des questionnaires :

1) Biais de l'étude et difficultés rencontrées :

Au delà des difficultés liées à la partie administrative de l'étude, certains éléments ont rendu assez difficile un recueil de témoignage à grande échelle.

Dans un premier temps, le temps de réponse au questionnaire devait être relativement court étant donné que le recueil se faisait pendant une consultation, il ne fallait pas que ça retarde le programme de la journée.

Ensuite, un certain nombre de détenus ont beaucoup de difficultés à s'exprimer en français, et donc à lire et écrire. Pour ces détenus, le Dr Lepen a pu les aider à

comprendre les questions et à y répondre.

Enfin, le questionnaire n'a pas été proposé aux nouveaux arrivants ni aux patients très tendus pour lesquels le témoignage n'aurait pas été adéquat.

Concernant le biais de l'étude, les différents éléments avancés plus haut l'expliquent en partie.

Il faut aussi considérer que seuls 22 détenus ont participé à l'étude, donc même si les témoignages ont été recueillis en conditions réelles, cela ne permet pas de faire des moyennes ou d'évaluer de manière générale les conditions de vie en détention.

De plus, l'étude ne concerne que le centre de détention d' Annœullin et n'a pas vocation à être généralisé à d'autres centres de détention.

2) Analyse de l'étude :

En août 2021, 222 détenus sur 672 étaient sous anxiolytiques soit 33%.

22 détenus ont accepté de participer à l'étude.

8 détenus sur 22 sous anxiolytiques sont également sous antidépresseurs soit 36,4% des patients sous anxiolytiques.

Quels traitements sont utilisés ?

Concernant les anxiolytiques, on retrouve majoritairement le lorazepam (36 % des détenus participants), puis l'hydroxyzine, le diazepam, l'alprazolam, le lorazepam, l'oxazepam ainsi que le zopiclone, la cyamémazine et la loxapine.

On connaît les effets indésirables de ces thérapeutiques notamment le risque important de dépendance.

Concernant les anti-dépresseurs, c'est la paroxétine qui est principalement utilisée chez les détenus interrogés (à raison de 18,2%). Les autres patients concernés sont traités par mirtazapine, sertraline ou levomepromazine qui est un neuroleptique anti-psychotique. Ces thérapeutiques présentent elles aussi des effets indésirables importants.

Seul 1/3 des détenus ont commencé leur traitement après leur arrivée en détention, ce qui laisse penser que les 2/3 restant avaient déjà un terrain anxieux avant, ou au moins que la détention n'est pas la seule cause d'anxiété à l'heure actuelle.

21 détenus sur les 22 interrogés ont eu besoin de débiter ou d'augmenter/modifier leur traitement anxiolytique suite à l'entrée en détention.

Un seul patient n'en a pas eu besoin avant un an passé en détention.

Identification des causes de l'anxiété :

Pour beaucoup, le **manque de la famille** a eu une part importante dans ce besoin. (12 sur 22 soit 55%)

Ensuite, **ennui** (10 sur 22 soit 45 %), **syndrome de sevrage** à d'autres substances (9/22 soit 41 %), **culpabilité** (6/22 soit 27 %), **dignité** (5/22 soit 23 %), **promiscuité** (2/22 soit 9 %), **nombre de détenus** dans la cellule (3/22 soit 13 %), problèmes avec les **co-déte-**

nus (3/22 soit 13 %), problèmes avec l'**administration pénitentiaire** (3/22 soit 13 %), **dépendance** aux traitements (4/22 soit 18 %).

Certains détenus recherchent la défonce avec ces traitements, 3/22.

Il s'agit d'un des biais de l'étude, en effet ces patients sont traités par anxiolytiques mais pour des raisons non prévues par l'AMM des médicaments utilisés.

On a aussi des problèmes d'agoraphobie, de suites au choc carcéral et du jugement.

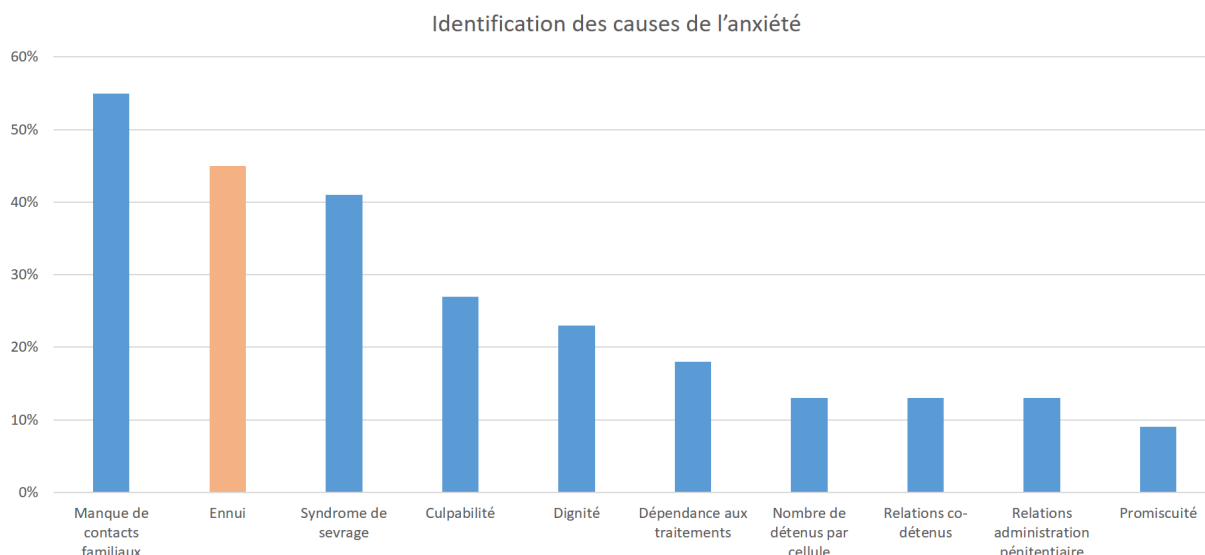


Figure 13 : Identification des causes de l'anxiété

→ L'idéal serait d'isoler plus facilement et plus rapidement les détenus qui supportent mal la co-détention mais comme on l'a vu plus haut, de nombreux centres de détention, notamment celui d'Annœullin, souffrent de surpopulation.

Parmi les témoignages recueillis, 1/3 des détenus partageant leur cellule (9/22) expriment en être gêné.

Pour les cas où le fait de partager la cellule est gênant de manière transitoire, le détenu peut demander à être placé en isolement pendant une courte période (1 à 2 semaines en général). Cette période d'isolement peut être raccourcie à la demande du patient puisqu'il en est lui-même demandeur (ce n'est pas le cas pour les isolements pour mauvaise conduite par exemple).

Concernant l'ennui exprimé, on sait que les listes d'attente peuvent parfois être très longues avant d'accéder aux activités choisies.

Il existe aussi des activités thérapeutiques qui peuvent être proposées, qui peuvent concerner les personnes ressentant de la culpabilité ou ayant du mal à s'adapter aux conditions de détention.

Les activités hors cellule :

Parmi les activités hors cellule proposées, le travail est le plus demandé. Viennent ensuite le sport et les activités thérapeutiques, puis les formations et la bibliothèque.

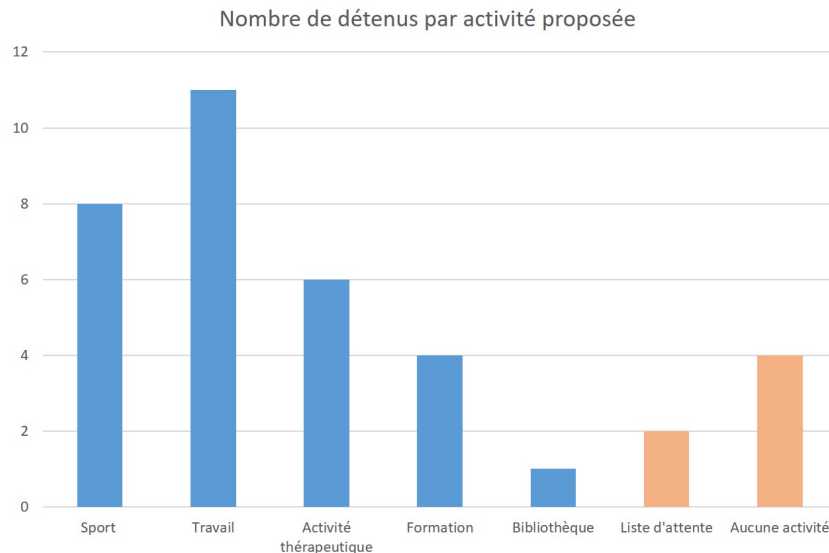


Figure 14 : Répartition des détenus par activité

Peu de détenus ne participent à aucune activité, elles sont vraiment indispensables à la vie en détention et permettent de donner un rythme à la détention.

On remarque le besoin de participer aux activités, peu n'y participent pas.

Quels sont les besoins exprimés par les détenus :

La grande majorité des détenus interrogés ressentent le besoin de travailler plus, 15 sur 22 (environ 70%) ressentent ce besoin.

→ Pourrait-on envisager par exemple d'ouvrir plus de postes, ou d'attribuer de manière systématique un travail à chaque détenu arrivant ?

13 ont besoin d'avoir des projets pour la sortie, ils peuvent être aidés par des assistantes sociales pour trouver un travail, un logement...

Seuls 2 patients participant à l'étude participent à une formation. On pourrait éventuellement imaginer inciter ou prioriser les formations pour les détenus ayant besoin d'aide pour se projeter à la fin de leur peine.

11 veulent plus de contact avec leur famille : comme vu précédemment, les parloirs sont accessibles entre 1 et 3 fois par semaine en fonction de la peine et du quartier de détention.

Ils peuvent être supprimés pour différentes raisons : rendez-vous médicaux qui tombent en même temps, mauvaise conduite ...

Peut-être que certains détenus reçoivent peu de visites car l'accès au centre de détention est difficile pour leur famille ? Dans ce cas, on pourrait imaginer une aide pour rendre plus facile les déplacements des familles ?

Il existe des endroits particuliers pour les détenus recevant leurs enfants, avec des jeux et un environnement moins traumatisant pour l'enfant que les parloirs « classiques ».

Enfin, j'ai eu l'occasion de visiter le centre de détention d'Annœullin et ai pu voir que des unités de vie familiale ont été créées, à Annœullin même et dans d'autres centres de détention.

Il s'agit de petits studios « indépendants » dans lequel un détenu peut recevoir sa famille pendant 6 à 72h.

Ces studios sont accordés à plusieurs conditions, avec entretiens préalables, recommandation de la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU), sous réserve de bonne conduite (respect des horaires de travail par exemple, bon comportement en promenade et avec les membres de l'administration pénitentiaire...) Enfin, ces unités sont le plus souvent accordées aux détenus purgeant de longues peines.

Les surveillants effectuent bien sûr des contrôles réguliers au sein de l'unité de vie pendant toute la durée accordée.

10 détenus souhaitent une remise de peine : ils peuvent être épaulés dans leurs démarches, dans un premier temps par rapport à la faisabilité et la probabilité qu'une remise de peine leur soit accordée, et ensuite dans les différentes démarches et pour les éléments à fournir pour leur défense. Ils sont aidés par leur avocat et/ou des assistant.e.s sociales.

Gestion du traitement après la sortie :

12 patients pensent avoir besoin du traitement après la sortie, soit plus de la moitié.

Pour ces patients, il pourrait être intéressant de les inciter à participer aux ateliers thérapeutiques afin de déterminer s'il sera vraiment toujours utile par la suite.

Les 10 autres patients participants à l'étude souhaiteraient arrêter leur traitement anxiolytique (2 souhaitent au moins diminuer le nombre de médicament et/ou leur posologie). C'est pour ces détenus qu'il est le plus important d'agir car on sait qu'un sevrage avant la sortie ne peut être que positif pour la réinsertion.

On connaît généralement la date de fin de peine des détenus, y compris ceux bénéficiant de remise de peine, on peut donc, dans la mesure du possible, essayer de planifier le sevrage bien en amont.

En pratique, il existe bien sûr de nombreuses difficultés à cette démarche, notamment parce que les causes de l'anxiété, quand elles sont liées à la détention, seront toujours présentes, mais aussi parce qu'on sait et on peut imaginer assez facilement que la sortie de la détention est extrêmement anxiogène : certains détenus ne savent pas comment ils vont être accueillis en sortant notamment par la famille et leurs proches, pour les détenus bénéficiant de remises de peine, ils doivent justifier d'un logement et d'un travail à l'extérieur, ce qui peut représenter des recherches et des démarches également anxiogènes.

C'est surtout pour cette partie de « l'après détention » qu'il est primordial d'essayer de prendre en charge l'anxiété des détenus et surtout de la limiter, de la prévenir.

Il est important aussi d'inciter le patient à garder un soutien psychiatrique ou psychologique pendant quelques temps après sa sortie de détention pour éviter les rechutes.

III) Conclusion de l'étude :

=> On s'aperçoit que la plupart des détenus ayant recours à des traitements anxiolytiques au cours de leur détention présentaient déjà un terrain anxieux avant.

Malgré tout, cette anxiété a tendance à s'intensifier au cours de la détention.

On constate aussi que les détenus qui ont besoin d'un traitement anxiolytique en auront besoin très tôt après leur arrivée en détention. Il existe pourtant un guide d'entrée en détention qui donne les clés au détenu pour alerter et s'orienter vers les psychiatres, les assistantes sociales ou les groupes d'activités thérapeutiques.

=> Parmi les besoins les plus exprimés par les détenus on retrouve le besoin de travailler et d'avoir des contacts avec leur famille.

=> La promiscuité et l'entente avec les co-détenus et parfois l'administration pénitentiaire a un rôle important dans le recours aux traitements anxiolytiques, ce qui renforce le constat que la surpopulation des prisons a des conséquences délétères sur les détenus, non seulement pour leur bien-être mais bien sûr aussi pour celui des membres de l'administration pénitentiaire.

On entre dans une boucle : le détenu ressent un mal-être → ce qui provoque une impatience, une intolérance vis-à-vis des personnes rencontrées, détenues ou surveillants → s'ensuivent des problèmes de bonne conduite, qui amènent à des isolements, des sanctions → le dialogue est rompu → [...]

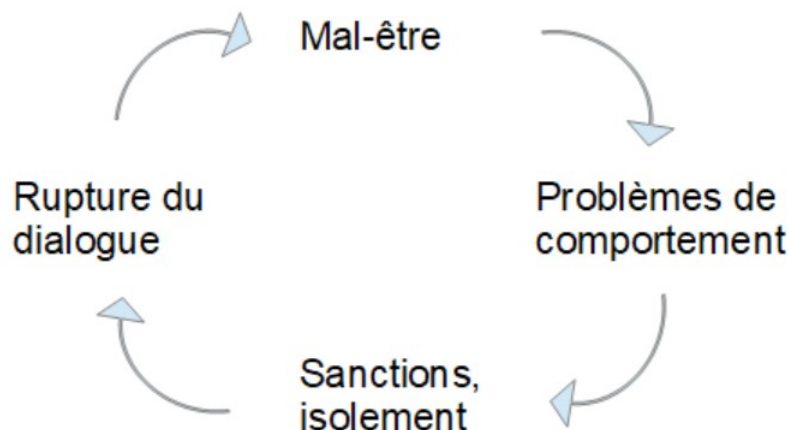


Figure 15 : Cercle vicieux de l'anxiété en détention

=> La majorité des détenus aimerait stopper ou au moins diminuer son traitement avant la fin de sa peine, le travail d'accompagnement de cette démarche doit continuer à être encouragé par l'équipe soignante.

=> Enfin on sait que la prévention est toujours bénéfique, les détenus abordant plus sereinement leur peine auront moins de problème de comportement, pourront plus facilement penser tôt à leur projet de réinsertion, aux formations qui les intéresseraient...

Conclusion :

Les possibilités de prise en charge contre l'anxiété sont très larges. Nous avons pu étudier les différentes thérapeutiques disponibles parmi l'arsenal thérapeutique.

Celles utilisées en milieu carcéral s'adaptent aux situations particulières liées à la privation de liberté.

Les thérapies non médicamenteuses sont aussi largement utilisées pour aider les personnes détenues à accepter et s'adapter aux conditions de vie en milieu carcéral.

Nous avons vu que l'anxiété concerne toute la population, à tout âge et de chaque sexe, elle touche tous les milieux sociaux, culturels et professionnels.

Elle peut se présenter sous 6 formes différentes, qui ont chacune leur spécificités, leur chronicité, leurs facteurs de risque et leur pronostic.

Le milieu carcéral est un milieu anxiogène par définition. La privation de liberté et la peine de manière générale entraînent des remises en question, imposent une vie en communauté loin du cadre familial.

On observe un pic de patients anxieux sur la tranche d'âge allant de 30 à 40 ans, ce qui est également la tranche d'âge comptant le plus de détenus en France.

Sachant cela, l'administration pénitentiaire et son service médical mettent l'accent sur l'amélioration des conditions de vie et la prise en charge de la détresse des personnes détenues.

Nous avons vu qu'il existe de nombreuses activités auxquelles les détenus ont accès, ils peuvent bénéficier de formations diplômantes pour les aider dans leur projet de réinsertion, sont aidés par des assistantes sociales, des psychologues et psychiatres au travers d'ateliers thérapeutiques...

Nous pouvons conclure qu'au sein des centres de détention, on considère que le jugement a déjà été donné et que la peine consistant à la privation de liberté doit se limiter à cette privation de liberté, sans que les conditions d'emprisonnement ne soient insupportables et humiliantes.

L'administration pénitentiaire met en œuvre un grand nombre de formations et de programmes de réinsertion pour limiter les récidives et permettre aux détenus de voir leur sortie de prison comme un nouveau départ.

Annexes :

Annexe 1 : Formulaire de déclaration à la CNIL :

FORMULAIRE DE DECLARATION CNIL	
DECLARANT	
Nom	Mathieu
Prénom	Perrine
Adresse Mail	<input type="text"/>
Adresse mail à laquelle nous pouvons vous recontacter	
SERVICE OU POLE RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE	
Pôle Chargé de la mise en Œuvre	<input type="text"/>
Service	<input type="text"/>
Service(s) supplémentaire(s)	<input type="text"/>
Responsable de la mise en œuvre	<input type="text"/>
Promoteur / investigateur pour les travaux de recherche, tuteur pour les thèses, etc.	
Responsable du service ou pôle	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Numéro auquel nous pouvons vous recontacter	
Nom de l'arc	<input type="text"/>
Téléphone de l'arc	<input type="text"/>
Adresse mail de l'arc	@chru-lille.fr
TRAITEMENT DECLARE	
Type de fichier déclaré:	<input type="text"/>
Précisez (si autre):	<input type="text"/>
Année de création du fichier de traitement:	<input type="text"/>
Finalité:	<input type="text"/>
A quelles fins recueillez vous les données ? (Ex : sujet de thèse / sujet de votre recherche)	
Personnes concernées par le traitement:	<input type="checkbox"/> Agents <input type="checkbox"/> Patient du CHRU de Lille <input type="checkbox"/> Patients d'autres établissements <input type="checkbox"/> Autre

Précisez si autre (1):	<input type="text"/>
Quel est le nombre de personnes concernées par le traitement ?:	Moins de 100
Les données collectées concernent-elles des mineurs ?:	<input type="text"/>
S'agit-il d'une recherche médicale, d'une thèse ou d'un mémoire ?:	<input type="text"/>
Si oui, est-ce que la prise en charge habituelle des patients concernés est modifiée?:	<input type="text"/>
Si oui s'agit-il d'une étude monocentrique ou multicentrique ?:	<input type="text"/>
Le CHR est-il promoteur de l'étude ?:	<input type="text"/>
Cette étude rentre-t-elle dans le périmètre d'une méthodologie de référence (MR-00X) ?:	En cas de doute renseignez-vous auprès de votre ARC référent
Est-ce que vous disposez d'un avis CCTIRS et/ou CPP ?:	<input type="text"/>
DONNEES COLLECTEES	
Catégories de données collectées:	<input type="checkbox"/> Données d'identification(nom, prénom, adresse, initiales, date et lieu de naissance, n° d'inclusion, ...) <input type="checkbox"/> Vie personnelle: Situation familiale, habitudes de vie <input type="checkbox"/> Vie professionnelle: situation professionnelle, formation, etc.. <input type="checkbox"/> Situation économique et financière <input type="checkbox"/> Données de localisation: déplacement, géolocalisation, etc.. <input type="checkbox"/> Données de santé <input type="checkbox"/> Données génétiques <input type="checkbox"/> NIR, N° de sécurité sociale ou consultation du RNIPP <input type="checkbox"/> Données biométriques: empreintes digitales, contour de la main, rétine, photographie du visage.. <input type="checkbox"/> Informations relatives aux infractions, condamnations ou mesures de sûreté <input type="checkbox"/> Informations relatives aux origines raciales ou ethniques, opinions politiques, philosophiques ou religieuses, appartenances sy <input type="checkbox"/> Autres: précisez ci-dessous
Si autres, précisez:	<input type="text"/>

Les données collectées permettent-elles de remonter à la personne ?:	<input type="text"/> *
Le terme anonyme signifie qu'il est strictement impossible de remonter à l'identité de la personne même en recoupant les données. L'utilisation d'un numéro d'inclusion ne revient pas à anonymiser les données.	
De quel manière recueillez-vous les données ?:	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte (Ex : via une application / un questionnaire, etc...)
Si indirecte précisez la méthode de collecte:	<input type="text"/>
Durée de conservation des données:	<input type="text"/> *
Cette durée doit être limitée dans le temps et être en accord avec la finalité du traitement	
Destinataires:	<input type="text"/> *
Noms ou profils des personnes ayant besoin d'accéder aux données et/ou de les traiter	
SECURITE	
Emplacement des données:	<input type="checkbox"/> Fichier sur le réseau du CHRU de Lille X:/, N:/, F:/, etc. <input type="checkbox"/> Application au sein du CHRU de Lille <input type="checkbox"/> Fichier / application chez un prestataire: préciser <input type="checkbox"/> Sur un ordinateur / matériel du CHRU de Lille <input type="checkbox"/> Sur un ordinateur / matériel personnel
Si autres précisez:	<input type="text"/>
Moyens mis en place pour protéger le fichier de traitement:	<input type="text"/> *
Ex : Mot de passe, chiffrement des données, restriction d'accès réseau	
Est-il possible d'accéder aux données depuis l'extérieur du CHR ?:	<input type="text"/> *
Les données collectées seront-elles hébergées en interne (CHRU de Lille) ou externalisées (prestataire) ?:	<input type="text"/> *
ECHANGES DE DONNEES OU INTERCONNEXIONS	
Le traitement déclaré fait-il l'objet d'échanges ?:	<input type="text"/> *
Renseignez l'identité des organismes en réception:	<input type="text"/>
Renseignez l'identité des organismes en émission:	<input type="text"/>
TRANSFERT DE DONNEES HORS UNION EUROPEENNE	
Existe-t-il des échanges d'information en dehors de l'Union Européenne ?:	<input type="text"/> *
TRANSFERT DE DONNEES HORS UNION EUROPEENNE	
Existe-t-il des échanges d'information en dehors de l'Union Européenne ?:	<input type="text"/> *
Pays du destinataire:	<input type="text"/>
Pays de l'émetteur:	<input type="text"/>
DROIT A L'INFORMATION ET DROIT D'ACCES	
Par quels moyens sont respectés les droits des personnes (information, accès/rectification, opposition) ?:	<input type="checkbox"/> Affichage <input type="checkbox"/> Livret d'accueil <input type="checkbox"/> Mention sur le site internet/ Intranet <input type="checkbox"/> Mentions légales sur le questionnaire de collecte <input type="checkbox"/> Envoi de courrier <input type="checkbox"/> Autres: précisez ci dessous
Autres moyens d'information:	<input type="text"/>
Commentaire	
<input type="text"/>	
Envoyer	

Annexe 2 : Protocole du recueil de témoignages :

Protocole recueil de témoignages :

Objet : Prise en charge de l'anxiété en milieu carcéral

Critères d'inclusion : Patient détenu reçu en consultation et prenant régulièrement un traitement anxiolytique dans le cadre d'une anxiété aiguë ou chronique.

Critères d'exclusion : consommation d'anxiolytiques à seul but de sevrage alcoolique ou opiacé.

Cadre de l'étude : sujet de thèse d'exercice officinal de Perrine MATHIEU

Durée de conservation des données : 6 mois

Nombre de patients concernés : moins de 100.

Mise en place : Questionnaire à réponses anonymes sans nécessité de renseigner ni le numéro d'écrou, les initiales, la date de naissance ou toute autre information qui pourrait faire remonter à l'identité du patient.

Une note de non-opposition avant le questionnaire est à faire lire au patient avant de débiter.

Le questionnaire sera proposé au patient par son médecin psychiatre lors d'une consultation de routine.

Modèle du questionnaire :

Questionnaire à propos des traitements par anxiolytiques en centre de détention

Dans le cadre d'une étude sur les traitements de l'anxiété des personnes en détention, un questionnaire a été mis en place afin d'essayer de déterminer comment diminuer les sources d'angoisse et améliorer la qualité de vie en détention.

Je vous remercie par avance pour l'aide que vous pourrez m'apporter en répondant aux questions ci-dessous. Vos réponses seront complètement anonymes.

Perrine M., Pharmacienne.

- Quels médicaments prenez-vous pour l'anxiété (y compris anti-dépresseurs) ? (Pour cette question, vous pouvez vous faire aider par votre médecin) :

- Aviez-vous déjà pris des traitements similaires (pour vous détendre, pour dormir) avant votre arrivée en détention ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- Combien de temps après votre arrivée en détention avez-vous eu besoin de traitement contre l'anxiété ?

- Moins d'un mois
- Entre 1 et 6 mois
- Plus de 6 mois
- Plus d'un an

- Quelle est la cause principale de l'anxiété ?

- Promiscuité (manque d'intimité)
- Dignité
- Nombre de détenu(s) par cellule
- Ennui
- Culpabilité
- Manque de la famille, l'entourage
- Problèmes avec les co détenus
- Problèmes avec l'administration (pénitentiaire, judiciaire)
- Sevrage (alcool, produits stupéfiants)
- Dépendance (aux benzodiazépines ou autre)
- Recherche d'un effet de « défonce »
- Autre : _____

- Partagez-vous votre cellule avec d'autres détenus ?

- Non
- 1
- 2
- 3

- En dehors de la promenade, avez-vous des activités hors cellule ? (travail, bibliothèque, sport par exemple)
 - Sport
 - Travail
 - Activités thérapeutiques
 - Autre : _____

- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à diminuer la quantité de médicaments pour le stress ?
 - Travailler
 - Avoir plus de contact avec la famille
 - Avoir un ou des projet(s) de sortie après la détention
 - Remise de peine
 - Autre : _____

- Pensez-vous avoir encore besoin de ce(s) traitement(s) après votre sortie ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- Si oui, le(s)quel(s) ? _____

Finalité : étude des réponses des détenus par analyse statistique des questions à choix multiple.



DIRECTION GENERALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

N/Réf : DEC21-193

Philippe LECA
Directeur
Délégation du Système
d'Information

Guillaume DERAEDT
Data Protection Officer

Secrétariat
Tél. 03.20.44.44.26
Fax : 03.20.44.58.59

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

Je soussigné, Monsieur Guillaume DERAEDT, en qualité de Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données) du GHT Lille métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : **Etat des lieux de la prise en charge de l'anxiété en milieu carcéral** mis en œuvre en **2021**, a bien été déclaré par le Docteur Annie d'HAVELOOSE et Perrine MATHIEU.

La déclaration est intégrée dans le registre de déclaration normale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le **25/11/2021**



Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Département Ressources Numériques
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage – rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

Bibliographie :

1. Milieu pénitentiaire et santé : deux nouvelles études publiées par Santé publique France [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/milieu-penitentiaire-et-sante-deux-nouvelles-etudes-publiees-par-sante-publique-france>
2. guide_medecin_troubles_anxieux.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
3. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
4. Nombre de détenus par âge France 2020 [Internet]. Statista. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/867607/nombre-prisonniers-age-france/>
5. Prisons OI des. Observatoire International des Prisons Section française (OIP-SF) [Internet]. oip.org. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://oip.org/>
6. Centre pénitentiaire de Lille - Annœullin [Internet]. Apij. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.apij.justice.fr/nos-projets/les-operations-penitentiaires/centre-penitentiaire-de-lille-annoeullin/>
7. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_3.html
8. Référentiel ECN [Internet]. 2014 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/>
9. BIANCHI V, EL ANBASSI S. médicaments. 2ème édition. 2018. 208 p. (Prépa-pharma).
10. PubChem. Paroxetine [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/43815>

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

Nom : MATHIEU
Prénom : Perrine

Titre de la thèse : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE EN MILIEU CARCERAL

Mots-clés :
Anxiété – Psychiatrie – Détention – Pharmacologie

Résumé :

L'anxiété peut prendre plusieurs formes et toucher tous les milieux sociaux, culturels et professionnels, homme ou femme, à tout âge, être chronique ou aiguë, avoir des causes et des conséquences diverses...

Le milieu carcéral est un milieu anxiogène presque par définition, il semble donc évident que de nombreuses personnes y souffrent d'anxiété.

Quelles sont vraiment les causes de cette anxiété en milieu carcéral ? Provoquent-elle des conséquences sur les détenus et la vie de la détention ? Et enfin, comment peut-on améliorer la qualité de vie des détenus et limiter cette anxiété en milieu carcéral ?

Membres du jury :

Président : Mr DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Mme D'HAVELOOSE Annie, Docteur en Pharmacie, Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Lille.

Assesseur(s) :

- Mme LEPEN Laurane, Docteur en Psychiatrie, CHU de Lille, centre pénitencier d'Annœullin,
- Mr LAGUILLIEZ Clément, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Serrure, Lambersart.