

RAPPORT D'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

Psychotropes

Code de l'enquête (IU2007-05)

Version n°1

Méthodologie de l'enquête	Enquête descriptive observationnelle, française.
Promoteur	Institut National de Veille Sanitaire 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
Responsable du projet pour le promoteur	Christine Chan-Chee Institut de Veille Sanitaire, DMCT
Responsable du projet pour le réseau Sentinelles	Andrea Lasserre réseau Sentinelles Inserm – UPMC UMR-S 707 27, rue Chaligny 75571 Paris cedex 12
Comité Scientifique	<ul style="list-style-type: none"> • Thomas Hanslik, réseau Sentinelles, Paris. • Thierry Blanchon, réseau Sentinelles, Paris. • Inge Cantegriel, Service de Gériatrie, Hôpital Paul Broca, Paris • Nadia Younes, Service Hospitalo-universitaire de psychiatrie de Versailles, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay. • Christine Passerieux, Service Hospitalo-universitaire de psychiatrie de Versailles, Centre Hospitalier de Versailles, Le Chesnay. • Prof. Guy Thomas, directeur de l'Unité UMRS707
Date du début de l'enquête:	27 novembre 2007
Date de fin de l'enquête :	25 janvier 2008
Date du rapport :	30 juin 2008

Ce document est confidentiel et constitue la propriété de l'INSERM. Le détenteur de ce document s'engage à ne communiquer les informations reçues qu'aux collaborateurs et/ou autres tiers concernés, et à imposer à ces personnes les mêmes obligations de confidentialité. Il s'engage à ne pas utiliser directement ou indirectement ce document et les informations qu'il contient, soit pour lui-même, soit pour le compte de tiers, pour d'autres objets que ceux établis dans un contrat spécifique avec l'INSERM.

1

1 RESUME DE L'ENQUETE

Titre	Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France
Type d'enquête	Enquête nationale descriptive observationnelle, transversale.
Objectifs:	<p>Objectif principal</p> <p>Analyser les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes (MG) chez le sujet âgé.</p> <p>Objectifs secondaires</p> <p>Déterminer la prévalence de prescription chez le sujet âgé par le médecin généraliste en ville.</p>
Méthodologie	<p>Population</p> <p><u>Médecins</u> : médecins généralistes du réseau Sentinelles répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain.</p> <p><u>Patients</u> : dernier patient âgé de 65 ans ou plus ayant été vu en consultation et traité par psychotrope.</p> <p>Déroulement de l'enquête</p> <p>Un questionnaire a été envoyé par voie postale aux 967 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Le questionnaire a permis de recueillir des renseignements d'ordre quantitatif et qualitatif.</p>
Méthodes statistiques	<p>L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique R (www.r-project.org).</p> <p>Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas. Les variables quantitatives seront comparées par le test t de Student.</p>
Résultats	<p><u>Prescription des psychotropes chez les sujets de 65 ans et plus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 350 MG, répartis sur les 22 régions de France métropolitaine, ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 36 %. • 8491 patients (tous âges confondus) ont été vus le jour de l'enquête, c'est-à-dire une moyenne 25 patients par MG et par jour. Parmi ces patients, 2498 (29,4 %) étaient âgés de 65 ans et plus, c'est-à-dire que chaque MG voit en moyenne 7 ± 5 patients âgés de 65 ans et plus par jour [min 0 ; max 28 ; médiane 7 patients]. • Les personnes âgées de 65 ans et plus vues le jour de la consultation pour des problèmes physiques (56%), psychiques (37%), ou pour les deux motifs en même temps (7%).

Résultats (suite)

- 803 (32,1%) patients recevaient un traitement tranquillisant/hypnotique, 438 patients recevaient un antidépresseur (17%), et 202 (8%) patients recevaient un traitement neuroleptique.
- 206 MG (59 %) ont déclaré ne jamais utiliser de critères pour établir le diagnostic des troubles anxiodépressifs. Parmi les 143 autres MG, 17 (5 %) ont déclaré recourir systématiquement à ces critères. Les plus utilisés étaient le DSMIV et Hamilton. Il n'y avait pas d'association entre l'utilisation de critères diagnostiques et la prescription de psychotropes.
- Différents obstacles sont rencontrés par les MG lors du diagnostic de troubles anxiodépressifs chez les sujets de 65 ans et plus : l'absence de recours possible à un psychiatre (36,9 %) et le refus des patients à envisager ce type de diagnostic (35,5 %) sont les plus fréquents. Un manque de temps a été déclaré par 21 % des MG. Aucune association significative n'a été mise en évidence entre le nombre total de patients vus en consultation et les obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs. Une association non significative a été retrouvée entre un nombre élevé de patients âgés de 65 ans et plus vus en consultation d'une part, et le manque de temps pour discuter avec le patient ou le manque d'intérêt pour les troubles psychiatriques d'autre part.
- La déclaration d'un manque d'expérience pour la prise en charge des troubles psychiatriques par les MG était associée à une prescription d'antidépresseur plus fréquente ($p = 0,0064$) et à une prescription d'anxiolytiques/hypnotiques plus fréquente, de façon non significative ($p = 0,0749$).
- Les recommandations concernant la prise en charge de la dépression étaient connues par plus de 53 % de MG, notamment celles portant sur le bon usage des antidépresseurs (62 %). La recommandation pour l'arrêt des traitements par benzodiazépines (HAS, 2007) était la plus connue (70 %). Les recommandations pour la prise en charge des troubles anxieux, que ce soit celle de 2006 ou de 2001, étaient connues par moins de 45 % des MG.
- Parmi les MG ayant déclaré connaître au moins une recommandation, 54,4 % les considèrent d'application difficile.
- Une association a été trouvée entre la connaissance de la recommandation pour la « Prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé chez l'adulte » et la délivrance plus fréquente d'hypnotiques ($p = 0,0421$).
- Une association a été trouvée entre la connaissance de la recommandation « Prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé chez l'adulte » et la prescription plus fréquente d'hypnotiques ($p = 0,0421$). Une association a également été trouvée entre la connaissance de la recommandation « Prise en charge des troubles anxieux graves dans le contexte des affections psychiatriques de longue durée et la délivrance des antidépresseurs » et la prescription plus fréquente d'antidépresseurs ($p = 0,0271$).
- Pour la prise en charge des troubles anxio-dépressifs, 25 % des MG déclarent travailler en liaison avec un psychiatre souvent/systématiquement, tandis que 75 % des MG le font de manière occasionnelle (24,5%) voire jamais (5,5 %).

Résultats (suite)

- Les MG déclarant avoir l'opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs ont tendance à prescrire plus souvent des traitements antidépresseurs ($p=0,0603$),
- 234 MG (67,4%) se déclarent *souvent* désarmés pour éviter les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques, tandis que 103 MG (30 %) déclarent l'être *occasionnellement* et 10 MG (3 %) déclarent n'avoir *jamais* éprouvé une contrainte au moment du renouvellement.
- 314 MG (90,5 %) déclarent qu'il est possible de réduire les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dans la majorité des cas (19,3 %) ou dans certains cas (71,2 %).
- Les MG déclarent être d'accord ou tout à fait d'accord pour la mise en place de campagnes d'information auprès de la population (84 %) et pour le renforcement de la formation des prescripteurs (81 %). Ils souhaitent l'augmentation de l'accès aux consultations de psychiatres et aux psychothérapies afin de réduire la prescription des psychotropes.

Dernier patient de 65 ans et plus ayant été vu en consultation et traité par psychotrope

- 339 patients ont été inclus dans cette partie de l'enquête. Les patients étaient âgés en moyenne de 77 ans (médiane 77 ans ; min 65 ans, max 100 ans) et étaient des femmes dans 71 % ($n = 239$) des cas. Ils appartenaient à toutes les catégories socioprofessionnelles, et vivaient en famille ou seuls (47 % et 41 %, respectivement).
- Les personnes vivant en institution recevaient proportionnellement plus d'anxiolytique et moins d'hypnotiques que celles vivant en famille, qui elles-mêmes recevaient proportionnellement plus d'anxiolytique et moins d'hypnotiques que celles vivant en seules ($p<0,05$).
- Parmi les 341 traitements tranquilisant/hypnotique répertoriés, 226 (67 %) étaient prescrits depuis plus d'un an, dont 126 (37 %) depuis plus de 5 ans. Les traitements étaient prescrits depuis plus de 3 mois dans 82,5% (185/194) des cas pour les anxiolytiques et dans 85,3% (116/136) des cas pour les hypnotiques.
- Aucune association n'a été mise en évidence entre l'ancienneté du traitement et l'âge du patient, le lieu de vie, le type de traitement (hypnotique ou anxiolytique) et l'opportunité de travailler avec des psychiatres.
- Une association a été trouvée entre l'ancienneté du traitement et le sexe, les femmes étant traitées depuis plus longtemps que les hommes ($p=0,0077$). Une association a également été trouvée entre l'ancienneté du traitement et le motif de prescription, les patients avec insomnie chronique étant traités depuis plus longtemps ($p=0,0031$).
- Les MG déclarent que le traitement pourrait être arrêté ou allégé pour 79 patients (27 %), tandis que cela est inenvisageable pour 166 patients (58 %).
- Parmi les obstacles les plus importants rencontrés pour diminuer les doses, les MG déclarent : le refus du patient pour arrêter son traitement et le non remboursement des psychothérapies, suivis de l'impossibilité de mettre en place une psychothérapie et de l'absence d'autre alternative à proposer au patient.

Résultats (suite)	<ul style="list-style-type: none">• Le type d'antidépresseurs prescrit varie en fonction du lieu de vie des patients : ceux qui vivaient en institution recevaient plus d'IRS et moins d'IRSNA, que ceux qui vivent seuls et en famille ($p = 0,0857$)• Sur 201 traitements antidépresseurs, 46 étaient prescrits depuis plus de douze mois et 34 l'étaient depuis plus de cinq ans. Les patients traités depuis plus de douze mois étaient plutôt des femmes ($n= 43 ; 89,6 \%$), d'un âge moyen de 80 ans, vivant plutôt seules ($n=24 ; 50 \%$) qu'en institution ($n=12 ; 25 \%$) ou en famille ($n=12 ; 25 \%$)
Conclusions	Cette enquête montre que les MG tiennent un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs du sujet âgé en France. Dans cette tâche, ils sont confrontés à des obstacles, au moment du diagnostic, de la prescription médicamenteuse, puis de l'arrêt du traitement. Ces obstacles renvoient tant aux caractéristiques du patient, qu'à celles de l'accès aux soins et de la formation du prescripteur. Des mesures innovantes sont souhaitées par les MG pour diminuer la prescription des psychotropes, en particulier le renforcement de la formation des prescripteurs (organisée à l'abri des conflits d'intérêt) et la mise en place de campagnes d'information des patients (en ciblant de façon prioritaire les femmes recevant un traitement hypnotique).
Date du rapport :	V1 du 30 juin 2008

2 TABLE DES MATIERES

1	RESUME DE L'ENQUETE	2
	DEROULEMENT DE L'ENQUETE	2
2	TABLE DES MATIERES	6
3	GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS	9
4	ASPECTS ETHIQUES	10
4.1	CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ENQUETE	10
4.2	OBLIGATIONS LEGALES	10
4.3	BONNES PRATIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	10
4.4	UTILISATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE	10
4.5	COORDINATION DE L'ENQUETE OBSERVATIONNELLE	11
4.6	COMITE D'EXPERTS	12
5	INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	13
6	OBJECTIFS DE L'ESSAI	14
6.1	OBJECTIF PRINCIPAL	14
6.2	OBJECTIFS SECONDAIRES	14
7	METHODOLOGIE	15
7.1	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	15
7.2	RECRUTEMENT DES CENTRES	15
7.3	RECRUTEMENT DES SUJETS	15
7.4	DEROULEMENT DE L'ENQUETE	15
7.5	RECUEIL DES DONNEES	15
7.6	ANALYSE DES RESULTATS	15
7.7	CALENDRIER DE L'ENQUETE	16
8	RESULTATS	17
8.1	PARTICIPATION DES MEDECINS ENQUETEURS	17
8.1.1	Caractéristiques et représentativité des médecins enquêteurs	18
8.1.2	Répartition régionale	18
8.2	RESULTATS DE LA PREMIERE PARTIE DE L'ENQUETE : PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES CHEZ LES SUJETS DE 65 ANS ET PLUS	20
8.2.1	Nombre total de patients vus lors du dernier jour de consultation	20
8.2.2	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vues lors du dernier jour de consultation	20
8.2.3	Motifs de suivi et traitement par psychotropes	21
8.2.4	Utilisation de critères pour établir un diagnostic	22
8.2.5	Obstacles rencontrés lors du diagnostic de troubles anxiodépressifs des personnes de 65 ans et plus	23
8.2.6	Accès aux recommandations pour la prise en charge des troubles dépressifs de l'adulte et du sujet âgé	26
8.2.7	Applicabilité des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé	27
8.2.8	Opportunité de travailler en liaison avec un psychiatre	29
8.2.9	Contrainte de renouveler les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques et/ou désarmés pour les éviter	30
8.2.10	Possibilité de réduire la prescription de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes de 65 ans et plus	31

8.2.11	Moyen(s) à mettre en œuvre pour réduire la prescription des psychotropes	31
8.3	RESULTATS DE LA DEUXIEME PARTIE DE L'ENQUETE : DESCRIPTION DU DERNIER PATIENT AGE DE 65 ANS ET PLUS VU EN CONSULTATION ET RECEVANT UN TRAITEMENT TRANQUILLISANT/ HYPNOTIQUE ET/OU ANTIDEPRESSEUR INITIE OU RENOUVELE PAR LE MG.....	33
8.3.1	Caractéristiques des patients	33
8.3.2	Traitements psychotropes prescrits	33
8.3.3	Prescription de tranquillisants et d'hypnotiques.....	34
8.3.4	Prescription des antidépresseurs.....	43
9	DISCUSSION	48
10	REFERENCES	51

Liste des tableaux inclus dans le corps du rapport

Tableau 1 :	Motifs de non-participation.....	17
Tableau 2 :	Caractéristiques des médecins enquêteurs, comparaison avec les médecins Sentinelles non répondants	18
Tableau 3 :	Distribution par région des médecins répondants	19
Tableau 4 :	Motifs de suivi et traitements psychotropes chez les personnes de 65 ans et plus.....	21
Tableau 5 :	Utilisation de critères pour établir un diagnostic	22
Tableau 6 :	Types de critères diagnostiques que déclarent utiliser les MG.....	23
Tableau 7 :	Obstacles rencontrés par les MG lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs (N=347).....	24
Tableau 8 :	Distribution du nombre moyen de patients vus chaque jour en consultation en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs	25
Tableau 9 :	Distribution du nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par anxiolytiques/hypnotiques par MG, en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs	25
Tableau 10 :	Distribution du nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par antidépresseurs par MG, en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs.....	26
Tableau 11 :	Facilité à appliquer les recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé.....	27
Tableau 12 :	Association entre le nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par anxiolytique/hypnotique par MG et la connaissance des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé.	28
Tableau 13 :	Association entre le nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par antidépresseur par MG et la connaissance des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé.....	29
Tableau 14 :	Opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs.....	29
Tableau 15 :	Association entre l'opportunité de travailler avec des psychiatres et le nombre moyen de patients de 65 ans et plus recevant une prescription de psychotropes	30
Tableau 16 :	Contrainte de renouveler les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques.....	31
Tableau 17 :	Possibilité de réduire la prescription de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes de > 65 ans	31
Tableau 18 :	Moyens pour réduire les prescriptions des psychotropes	32
Tableau 19 :	Caractéristiques de patients de 65 ans et plus traités par psychotropes et inclus par les MG répondants.....	33
Tableau 20 :	Distribution du type et du nombre de psychotropes prescrits par patient.....	34
Tableau 21 :	Type de psychotropes prescrits selon la classe d'âge des patients	34
Tableau 22 :	Traitements tranquillisants et hypnotiques prescrits.....	35

Tableau 23 : Traitements tranquillisants et hypnotiques prescrits.....	37
Tableau 24 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et âge.	38
Tableau 25 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et lieu de vie	38
Tableau 26 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et sexe.....	38
Tableau 27 : Ancienneté et type de traitement	38
Tableau 28 : Ancienneté du traitement et motif de prescription.....	38
Tableau 29 : Ancienneté du traitement et opportunité de travailler avec un psychiatre.....	39
Tableau 30 : Critères pris en compte par les MG lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques	41
Tableau 31 : Obstacles rencontrés par les MG lors du sevrage de tranquillisants et hypnotiques	42
Tableau 32 : Traitements antidépresseurs prescrits	44
Tableau 33 : Ancienneté des traitements antidépresseurs prescrits.....	46

Liste des figures incluses dans le corps du rapport

Figure 1. Distribution du nombre de patients vus lors du dernier jour de consultation hors mercredi, samedi ou dimanche.....	20
Figure 2. Distribution du nombre de patients de 65 ans et plus vus lors du dernier jour de consultation, hors mercredi, samedi ou dimanche.....	21
Figure 3. Utilisation de critères diagnostiques pour établir le diagnostic des troubles anxiodépressifs	22
Figure 4. Obstacles rencontrés par les MG lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs	24
Figure 5. Recommandations connues par les médecins	26
Figure 6. Médecins déclarant ayant eu accès aux recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé.....	27
Figure 7. Facilité à appliquer les recommandations pour la prise en charge des troubles dépressifs de l'adulte et du sujet âgé	28
Figure 8. Opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs.....	30
Figure 9. Accord des MG sur les moyens à mettre en œuvre pour aider à réduire les prescriptions de psychotropes	32
Figure 10. Distribution des traitements tranquillisants/hypnotiques en fonction du sexe	36
Figure 11. Distribution des traitements tranquillisants/hypnotiques en fonction du lieu de vie du patient	36
Figure 12. Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique	37
Figure 13. Motif de la prescription du traitement tranquillisant/hypnotique.....	39
Figure 14. Motif de la prescription du traitement tranquillisant/hypnotique selon le sexe du patient..	40
Figure 15. Possibilité d'arrêter le traitement tranquillisant/hypnotique	40
Figure 16. Critères pris en compte par les MG lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques...	41
Figure 17. Obstacles rencontrés par les MG lors du sevrage	43
Figure 18. Distribution des traitements antidépresseurs selon le sexe des patients.....	45
Figure 19. Distribution des traitements antidépresseurs selon le mode de vie des patients	45
Figure 20. Ancienneté du traitement antidépresseur	46
Figure 21. Motif de prescription du traitement antidépresseur.....	47

3 GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS

- %** Pourcentage
- BPE** Bonnes Pratiques Epidémiologiques
- CNAM** Caisse National d'Assurance Maladie
- CNOM** Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DM** Données manquantes
- E.T.** Ecart Type
- HAS** Haute Autorité de Santé
- IC** Intervalle de Confiance
- INED** Institut National Etudes Démographiques
- INSEE** Institut National de la Statistique et des Enquêtes Économiques
- IRS** Inhibiteurs de Récepteurs de Sérotonine
- IRSNA** Inhibiteurs de Récepteurs de Sérotonine et Noradrénaline
- DSMIV** *Depression Scale on Mental State*
- HRS** *Hamilton Rate Scale*
- MADRS** *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*
- GDS** *Geriatric Depression Scale*
- CIM-10** *Classification Internationale des Maladies version 10*
- MINI** *Mini International Neuropsychiatric Interview*
- BECK** *Beck Depression Inventory*
- MMSE** *Mini Mental State Examination*
- QD** *Questionnaire on Depression*
- MG** Médecin Généraliste
- NS** Non significatif
- OR** Odds Ratio
- Q** quartile
- S** Significatif
- SFMG** Société Française de Médecine Générale
- TC** Tricycliques

4 ASPECTS ETHIQUES

4.1 Cadre réglementaire de l'enquête

Cette enquête ne s'inscrivait pas dans le champ d'application de la loi Huriet et ne prévoyait que le recueil de données non nominatives et non sensibles au sens de la loi « Informatique et Libertés » relative au traitement de données nominatives et/ou sensibles dans le domaine de la santé (loi n°94548 du 1er juillet 1994 modifiant la loi du 06 janvier 1978 et son décret d'application du 09 mai 1995).

4.2 Obligations légales

Cette enquête rentre dans le cadre des enquêtes réalisées par le réseau Sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n° 471393, septembre 1996).

Le nom des patientes participantes n'a pas été transmis à l'Inserm. Seules les initiales du patient apparaissent dans les questionnaires.

4.3 Bonnes pratiques épidémiologiques

L'enquête a été conduite selon les Bonnes Pratiques Epidémiologiques éditées par l'ADEF.

Le dossier contenant les documents essentiels de cette enquête a été constitué et archivé.

4.4 Utilisation des résultats de l'enquête

Toutes les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de l'Inserm. L'investigateur s'engage à n'utiliser ces informations que sous accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles. Les résultats de l'enquête pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Pour toute publication rédigée sur cette enquête, le réseau Sentinelles et l'Institut de Veille Sanitaire se réservent le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels rédigeront le document. Le rapport final sera mis en ligne sur le site du réseau à l'adresse <http://www.sentiweb.fr>. Son accès sera libre de tous droits, la source devant être indiquée en cas d'utilisation des résultats.

4.5 Coordination de l'enquête observationnelle

Promoteur**Institut de Veille Sanitaire**

DMCT

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint Maurice Cedex

➤ *Chef de projet**Christine Chan-Chee**Responsable de Santé Mentale*☎ *01 55 12 54 18**c.chan-chee@invs.sante.fr***Réalisation****UMR-S 707 Inserm UPMC****Réseau Sentinelles**

27 rue Chaligny

75571 Paris cedex 12

➤ *Responsable du Réseau**Thomas Hanslik*☎ *01 44 73 86 69**hanslik@u707.jussieu.fr*➤ *Responsable Adjoint**Thierry Blanchon*☎ *01 44 73 86 69**blanchon@u707.jussieu.fr*➤ *Responsable du projet**Andrea Lasserre*☎ *01 44 73 86 61**lasserre@u707.jussieu.fr*➤ *Statisticienne**Camille Pelat*☎ *01 44 73 86 61**pelat@u707.jussieu.fr*

4.6 Comité d'experts

Un comité d'experts a été constitué pour cette enquête observationnelle afin de valider la pertinence des objectifs, la méthodologie retenue, la qualité scientifique du projet, et de participer à l'élaboration et à la validation du protocole et des questionnaires.

Le comité d'experts a été assurée conjointement par :

- *Inge Cantegreil* ☎ 01 44 08 35 05
Psychologue inge.cantegreil@brc.aphp.fr
Hôpital Paul Brocca

- *Dr Christine Passerieux* ☎ 01 39 63 93 80
Psychiatre cpasserieux@ch-versailles.fr
CHU Versailles

- *Dr Nadia Younes* ☎ 01 39 63 93 80
Psychiatre nyounes@ch-versailles.fr
CHU Versailles nadia.younes@noos.fr

- *Prof. Guy Thomas* ☎ 01 44 73 84 46
Directeur de l'Unité 707 thomas@u707.jussieu.fr
INSERM

5 INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Parmi les médicaments les plus vendus en officine entre 1994 et 2004, les psychotropes figuraient au deuxième rang, après les antalgiques [4]. La prévalence de la consommation des psychotropes en France est aujourd'hui d'environ 25 % en population générale tous âges confondus [2]. Cette consommation augmente depuis deux décennies et est beaucoup plus élevée que celle observée dans d'autres pays européens où elle est estimée entre 6 % et 15,5 % [2-4]. L'importance de la consommation des psychotropes en France, comparativement aux autres pays n'est pas expliquée.

Les anxiolytiques constituent la première classe de psychotropes utilisés en France, consommés par 17,4% de la population, soit plus d'une personne sur six [5]. Au deuxième rang, les antidépresseurs devançant désormais les hypnotiques. Ainsi, le taux de consommation annuelle des antidépresseurs a augmenté de 2 % environ dans les années 1980 à plus de 3 % dans les années 1990 et à 6 % en 2002 [2]. Cette progression résulte d'une plus grande utilisation des IRS [6]. En effet, 65 % des personnes traitées par antidépresseurs en France ont bénéficié du remboursement d'au moins un IRS [2].

La prévalence de la consommation des psychotropes en France a bien été décrite au niveau national dans deux études menées en population générale [1, 2]. Une enquête transversale réalisée en 2001-2003, en population générale, chez des sujets âgés de plus de 18 ans et non institutionnalisés sur un échantillon de 2 894 personnes, a permis d'estimer que 21 % des sujets avaient pris au moins un médicament psychotrope dans l'année, 18,6 % avaient reçu un anxiolytique ou hypnotique et 6 % un antidépresseur [1]. Dans une étude transversale menée en 2000 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), conduite auprès d'un échantillon de 976 134 personnes affiliées au régime général de la sécurité sociale, un remboursement de médicaments psychotropes était retrouvé chez 24,5 % des assurés au cours des derniers 12 mois [2].

En France comme dans d'autres pays, la prise des médicaments psychotropes s'avère deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes [1, 2, 7-10]. Cette prédominance féminine concerne les antidépresseurs, les hypnotiques et les anxiolytiques. A notre connaissance, aucune étude n'a pu donner d'explication causale à cette différence entre les deux sexes.

L'usage des psychotropes augmente également dans les tranches d'âges les plus élevées [1, 2, 7-12]. Ainsi, en France, des psychotropes sont consommés par 29,3 % des hommes et 48,5 % des femmes âgés de 60 à 69 ans, par 32,9 % des hommes et 54,8 % des femmes âgés de 70 à 79 ans, et par 34,5 % des hommes et 53,7 % des femmes âgés de 80 ans et plus [2]. L'augmentation de prescription des psychotropes avec l'âge concerne aussi bien les anxiolytiques que les antidépresseurs. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études au niveau national et régional [7-12]. Cette augmentation de la consommation avec l'âge reste sans explication. Elle est même paradoxale, sachant que la prévalence des troubles anxiodépressifs diminuerait avec l'âge [13, 14]. Ainsi, la prévalence des troubles mentaux chez les sujets âgés en France a été estimée à 3,9 % à 9 % pour les troubles dépressifs, 3,2 % à 14,2 % pour les troubles anxieux [3, 12-15] et 14 % pour l'insomnie [10].

Le bénéfice apporté par une telle consommation de psychotropes sur la santé des sujets âgés n'est pas documenté. En revanche, un tel niveau de consommation à un âge avancé est associé à un risque accru de chutes [16-18], d'accidents de voiture [19] ou de troubles cognitifs [20-23]. La sévérité potentielle de ces effets secondaires pose la question de la pertinence de la prescription des psychotropes chez les sujets âgés en France. Il a été vu dans une étude réalisée en population non institutionnalisée en France que parmi des sujets de 75 ans et plus alléguant des troubles du sommeil, plus de 50 % d'entre eux ne présentaient pas les critères nécessaires aux diagnostics de trouble du sommeil ou d'affection psychiatrique selon la classification DSM-IV [10]. Une autre étude française très récente, signale que 27,3 % des patients identifiés par leur médecin généraliste comme ayant un problème psychiatrique et traités par des antidépresseurs, ne seraient pas atteints de dépression selon les critères diagnostics DSM-IV de troubles dépressifs [15].

Ainsi, la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en France mérite un regard approfondi, afin d'en comprendre les déterminants. Si cela s'avère possible, une réduction de ces prescriptions pourrait permettre de diminuer les risques associés à la consommation des psychotropes.

Dans 80 % à 92,3 % des cas, le principal prescripteur de psychotropes chez le sujet âgé en France est le médecin généraliste [2, 15, 21].

Nous avons mené une enquête auprès des médecins généralistes, en France. L'objectif de ce travail était d'étudier les déterminants de la prescription des psychotropes, afin d'identifier des cibles d'action qui pourraient aider à optimiser l'utilisation de cette classe thérapeutique chez le sujet âgé en France.

6 OBJECTIFS DE L'ESSAI

6.1 Objectif principal

- Analyser les déterminants de la prescription des psychotropes par les médecins généralistes chez le sujet âgé.

6.2 Objectifs secondaires

- Déterminer la prévalence de prescription chez le sujet âgé par le médecin généraliste en ville.

7 METHODOLOGIE

7.1 Méthodologie de l'enquête

Enquête épidémiologique descriptive, menée auprès des patients de plus de 65 ans consultant l'un des médecins généralistes participant.

7.2 Recrutement des centres

L'enquête a été proposée à 995 médecins généralistes, participant aux activités du réseau Sentinelles de l'Inserm sur une base volontaire et bénévole, répartis sur tout le territoire français métropolitain. L'expérience du réseau Sentinelles montre qu'environ 40% des médecins répondent aux questionnaires de ce type d'enquête en l'absence de relance téléphonique [14]. Il était souhaité la participation de 400 centres constitués chacun d'un médecin généraliste du réseau Sentinelles.

7.3 Recrutement des sujets

Les médecins participant ont déclaré le nombre de patients de 65 ans et plus vu un jour donné en consultation lors de leur dernier jour de consultation, hors mercredi, samedi ou dimanche. Il a été demandé aux médecins Sentinelles de ne pas modifier leurs habitudes de prise en charge de leurs patients.

7.4 Déroulement de l'enquête

Un questionnaire a été envoyé par voie postale aux médecins du réseau Sentinelles, accompagnés d'une enveloppe retour.

La première partie du questionnaire portait sur la prescription des psychotropes de façon générale.

La deuxième partie concernait le dernier patient âgé de 65 ans et plus vu en consultation et recevant un traitement tranquillisant/hypnotique et/ou antidépresseur, initié ou renouvelé par le médecin généraliste. Une relance par téléphone a été effectuée auprès des médecins n'ayant pas renvoyé le questionnaire. Le protocole de l'enquête était en accès libre sur le site internet <http://www.sentiweb.fr>.

7.5 Recueil des données

L'unité UMR-S 707 Inserm UPMC (réseau Sentinelles) a fourni au médecin Sentinelles enquêteur l'ensemble du matériel nécessaire au bon déroulement de l'enquête. Le questionnaire est présenté en annexe I.

7.6 Analyse des résultats

Les réponses aux questionnaires ont été saisies grâce au logiciel EpiData et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R. L'ensemble des variables du questionnaire de l'enquête a été analysé et les données manquantes ont été signalées.

Une enquête de non répondants a été faite pour comprendre les raisons de non participation des médecins.

Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Wilcoxon. Un risque de première espèce de 5% a été choisi pour la réalisation de ces tests statistiques.

7.7 Calendrier de l'enquête

• Etape 1 - 27 novembre 2007	envoi du questionnaire à 995 médecins généralistes du réseau
• Etape 2 - déc 2007 / janv 2008	recueil des questionnaires et relance des médecins non répondants
• Etape 3 - 28 janvier 2008	clôture de réception des questionnaires
• Etape 4 - février 2008:	analyse des résultats
• Etape 5 - avril 2008	Présentation et discussion des résultats au comité scientifique
• Etape 6 - juin 2008	Révision du rapport par le comité des experts et soumission de la première version du rapport à l'InVS

8 RESULTATS

8.1 Participation des médecins enquêteurs

Le questionnaire a été adressé par voie postale le 27 novembre 2007 à 995 médecins du réseau Sentinelles. Deux relances électroniques (par e-mail) ont été faites, le 13 décembre 2007 et le 8 janvier 2008 ; quatre annonces ont été publiées sur l'espace médecin du site Internet du Réseau, pour relancer les médecins retardataires, et pour diffusion de l'avis de clôture de l'enquête. Différentes relances téléphoniques ont également été faites.

Parmi les 995 MG à qui a été envoyé le questionnaire, 23 avaient des coordonnées postales erronées, 2 étaient partis à la retraite depuis peu, 1 n'appartenait plus au réseau, également depuis peu, et 2 étaient en arrêt maladie. Le nombre total de MG sollicités était donc de 967 MG.

Au total, 350 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 36,1 % (350/967).

Les motifs de non participation, recueillis auprès de 142 médecins (23,0 % des 617 MG n'ayant pas participé), sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Motifs de non-participation

Motifs	N = 142
Manque de temps	128 (90,1)
Non intéressé	16 (8,9)
N (%)	

Le motif principal de non participation, dans cet échantillon des médecins, a été le manque de temps pour 90,1 % d'entre eux.

8.1.1 Caractéristiques et représentativité des médecins enquêteurs

340 MG ont répondu à cette question.

84,8 % des MG répondants étaient des hommes, âgés en moyenne de 44 ans, et installés en moyenne depuis 16 ans.

Les caractéristiques des médecins répondants ont été comparées aux caractéristiques des médecins non répondants du réseau Sentinelles et à l'ensemble des médecins exerçant en libéral en France métropolitaine.

Les résultats sont décrits dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins enquêteurs, comparaison avec les médecins Sentinelles non répondants

Variables	MG du réseau participants N = 340	MG du réseau non-répondants N = 617	Médecins généralistes français N = 62 921
Sexe masculin	85 %	87 %	71 %
Age, années [†]	44,5 ans	53,2 ans	49 ans
Années d'exercice [†]	16 ans	32 ans	
[†] moyenne			

Les MG répondants étaient significativement moins âgés que les MG non répondants du réseau Sentinelles ($p < 0,05$) et que l'ensemble des MG exerçant en libéral en France métropolitaine ($p < 0,05$). Une surreprésentation du sexe masculin a aussi été notée chez les MG répondants (85 %), également retrouvée chez les MG libéraux en France (71 % en 2006).

8.1.2 Répartition régionale

Les médecins enquêteurs ayant participé étaient répartis dans les 22 régions françaises (France métropolitaine), représentant de 0,2 % à 2,2 % de la totalité des médecins généralistes libéraux de ces régions (Tableau 3).

Tableau 3 : Distribution par région des médecins répondants

Région	MG du réseau participants N = 340	Nombre total de MG libéraux N = 62 921	Proportion de MG participants dans la région (%)
Alsace	8	1 872	0,4
Aquitaine	19	3 703	0,5
Auvergne	9	1 355	0,7
Basse-Normandie	4	1 310	0,3
Bourgogne	10	1 544	0,6
Bretagne	21	3 113	0,7
Centre	15	2 223	0,7
Champagne	10	1 278	0,8
Corse	7	315	2,2
Franche-Comté	15	1 154	1,3
Haute-Normandie	5	1 699	0,3
Ile-de-France	19	10 569	0,2
Languedoc	7	3 167	0,2
Limousin	8	873	0,9
Lorraine	22	2 281	1,0
Midi-Pyrénées	16	3 213	0,5
Nord-Pas-de-Calais	13	4 192	0,3
Pays-de-la-Loire	6	3 257	0,2
Picardie	10	1 709	0,6
Poitou-Charentes	26	1 858	1,4
PACA	51	6 234	0,8
Rhône-Alpes	39	6 002	0,6

8.2 Résultats de la première partie de l'enquête : prescription des psychotropes chez les sujets de 65 ans et plus

8.2.1 Nombre total de patients vus lors du dernier jour de consultation

345 médecins ont répondu à la question : « *Nombre total de personnes vues lors du dernier jour de consultation hors mercredi, samedi ou dimanche* ».

8491 patients tous âges confondus ont été vus, c'est-à-dire une moyenne de 25 ± 9 patients par MG et par jour [min 1 ; max 56 ; médiane 24 patients]. La distribution du nombre de patients vus le jour de l'enquête est montrée dans la Figure 1.

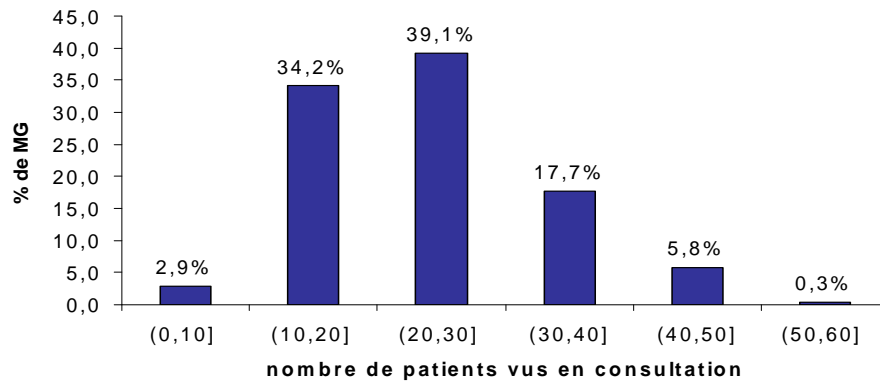


Figure 1. Distribution du nombre de patients vus lors du dernier jour de consultation hors mercredi, samedi ou dimanche.

8.2.2 Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vues lors du dernier jour de consultation.

343 médecins ont répondu à la question : « *Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vues lors du dernier jour de consultation, hors mercredi, samedi ou dimanche (y compris les patients que suivis en maison de retraite)* »

Parmi ces patients, 2498 (29,4 %) étaient âgés de 65 ans et plus, c'est-à-dire que chaque MG voit en moyenne 7 ± 5 patients âgés de 65 ans et plus par jour [min 0 ; max 28 ; médiane 7 patients]. Ces données sont représentées dans la Figure 2.

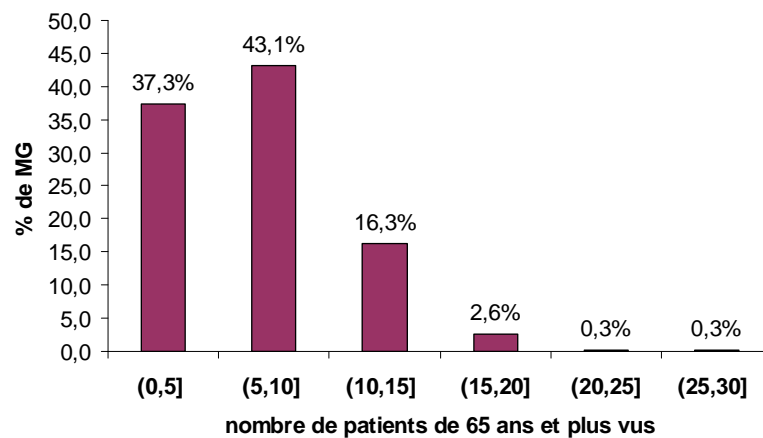


Figure 2. Distribution du nombre de patients de 65 ans et plus vus lors du dernier jour de consultation, hors mercredi, samedi ou dimanche.

8.2.3 Motifs de suivi et traitement par psychotropes

343 médecins ont répondu à la question : « Parmi ces personnes âgées de 65 ans et plus vues en consultation : quels sont les motifs de suivi et combien sont traitées par psychotropes ? »

Les personnes âgées de 65 ans et plus ont été suivies le jour de la consultation pour des problèmes physiques (56%), pour des problèmes psychiques (37%), ou pour les deux motifs en même temps (7%), Tableau 4.

803 patients recevaient un traitement tranquillisant/hypnotique (n=32,1%), 438 patients recevaient un antidépresseur, et 202 patients recevaient un traitement neuroleptique, Tableau 4.

Tableau 4 : Motifs de suivi et traitements psychotropes chez les personnes de 65 ans et plus

N = 2498	
Motif de suivi des personnes âgées de 65 ans et plus	
▪ Problème physique	1394 (56%)
▪ Problème psychologique	924 (37%)
▪ Problème physique et psychologique	180 (7%)
Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus traitées par psychotropes[†]	
▪ Tranquillisants/hypnotiques	803 (32%)
▪ Antidépresseurs	438 (17%)
▪ Autres, dont les neuroleptiques	202 (8%)

[†]un patient peut recevoir les trois classes thérapeutiques en même temps

Résultats exprimés comme N(%)

8.2.4 Utilisation de critères pour établir un diagnostic

349 médecins ont répondu à la question : « *Pour le diagnostic des troubles anxiodépressifs de vos patients âgés de 65 ans et plus, utilisez-vous des critères diagnostiques internationaux ?* »

Les résultats sont présentés dans le Tableau 5 et la Figure 3.

Tableau 5 : Utilisation de critères pour établir un diagnostic

MG du réseau participants N = 349 (100%)	
Jamais	206 (59 %)
Occasionnellement	80 (23 %)
Souvent	46 (13 %)
Systématiquement	17 (5 %)
Résultats exprimés comme N(%)	

206 MG (59 %) ont déclaré ne jamais utiliser de critères pour établir le diagnostic des troubles anxiodépressifs. Parmi les 143 autres MG, 17 (5 %) ont déclaré recourir systématiquement à ces critères. L'utilisation de critères diagnostiques n'était pas associée à la fréquence de prescription des psychotropes.

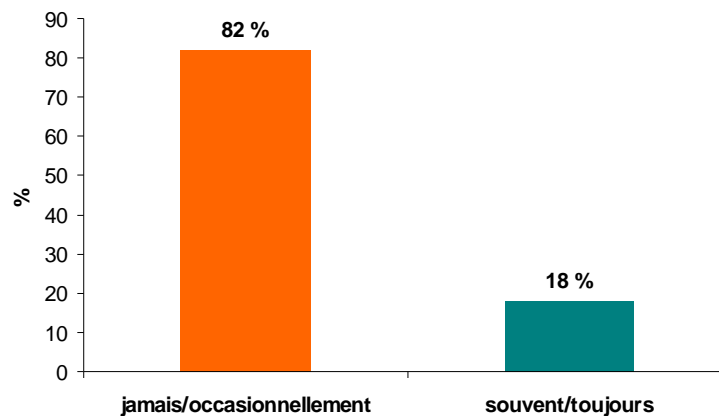


Figure 3. Utilisation de critères diagnostiques pour établir le diagnostic des troubles anxiodépressifs

Parmi les 143 MG utilisant des critères diagnostiques, 108 MG les ont décrits. Les plus souvent utilisés étaient le DSMIV (36,3 %) et les critères de Hamilton (33,4 %), suivis de la « *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* », et de la « *Geriatric Depression Scale* ». Les résultats sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6. Types de critères diagnostiques que déclarent utiliser les MG

Type de critère	N (%)
DSMIV , <i>Depression Scale on Mental State</i>	49 (36,3)
HRS , <i>Hamilton Rate Scale</i>	45 (33,4)
MADRS , <i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i>	12 (8,9)
GDS , <i>Geriatric Depression Scale</i>	11 (8,1)
CIM-10 , <i>Classification Internationale des Maladies version 10</i>	7 (5,2)
MINI , <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	4 (3,0)
BECK , <i>Beck Depression Inventory</i>	3 (2,2)
MMSE , <i>Mini Mental State Examination</i>	2 (1,5)
QD , <i>Questionnaire on Depression</i>	1 (0,7)
RASKIN , <i>Echelle de Dépression de Raskin</i>	1 (0,7)
<hr/>	
Nombre total des critères déclarés par 108 MG	135 (100)
<hr/>	
Résultats exprimés comme N(%)	

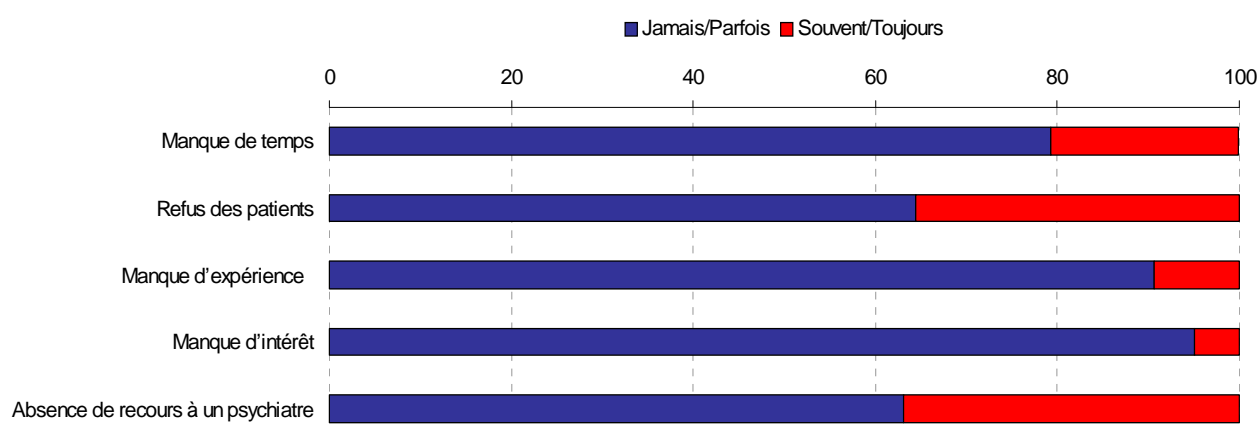
8.2.5 Obstacles rencontrés lors du diagnostic de troubles anxiodépressifs des personnes de 65 ans et plus

347 médecins ont répondu à la question : « *Quels obstacles au diagnostic de troubles anxiodépressifs des personnes âgées de 65 ans et plus rencontrez-vous dans votre pratique ?* »

Différents obstacles sont rencontrés par les MG lors du diagnostic de troubles anxiodépressifs chez les sujets de 65 ans et plus : l'absence de recours possible à un psychiatre (36,9 %) et le refus des patients à envisager ce type de diagnostic (35,5 %) sont les plus importants. Un manque de temps a été déclaré par 21 % des MG. Les résultats sont présentés dans le Tableau 7 et la Figure 4.

Tableau 7. Obstacles rencontrés par les MG lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs (N=347)

Obstacles	Jamais [†]	Parfois [†]	Souvent [†]	Toujours [†]
Manque de temps pour discuter avec le patient	83 (23,9)	193 (55,6)	61 (17,6)	10 (2,9)
Refus des patients d'envisager la possibilité d'un trouble psychiatrique	22 (6,3)	202 (58,2)	119 (34,3)	4 (1,2)
Manque d'expérience de la prise en charge des troubles psychiatriques	107 (30,8)	208 (59,9)	29 (8,4)	3 (0,9)
Manque d'intérêt pour les troubles psychiatriques	256 (73,8)	74 (21,3)	12 (3,5)	5 (1,4)
Absence de recours possible à une consultation de psychiatrie où adresser le patient	88 (25,4)	131 (37,7)	107 (30,8)	21 (6,1)

[†]Résultats exprimés comme N(%)

Figure 4. Obstacles rencontrés par les MG lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs

Différentes analyses ont été faites pour explorer l'association entre d'une part, chaque obstacle rencontré, et d'autres part le nombre moyen de patients vus en consultation ou le nombre moyen de patients de 65 ans et plus traité par psychotrope. Les résultats sont montrés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 8. Distribution du nombre moyen de patients vus chaque jour en consultation en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs

Obstacles rencontrés	Jamais [†]	Parfois [†]	Souvent [†]	Toujours [†]	P
Manque de temps	25 ± 9	25 ± 9	22 ± 8	29 ± 9	0,3801
Refus des patients	25 ± 8	25 ± 9	25 ± 9	24 ± 9	0,6801
Manque d'expérience	23 ± 10	26 ± 8	25 ± 9	25 ± 8	0,4768
Manque d'intérêt	22 ± 7	24 ± 9	26 ± 9	25 ± 9	0,4541
Absence de recours à un psychiatre	23 ± 8	26 ± 9	25 ± 9	25 ± 9	0,7945

[†]Les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

Aucune association significative n'a été mise en évidence entre le nombre total de patients vus en consultation et les obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs.

Tableau 9. Distribution du nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par anxiolytiques/hypnotiques par MG, en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs

Obstacles rencontrés	Jamais [†]	Parfois [†]	Souvent [†]	Toujours [†]	P
Manque de temps	3 ± 2	2 ± 2	3 ± 2	3 ± 2	0,1136
Refus des patients	2 ± 2	3 ± 2	3 ± 2	3 ± 3	0,1831
Manque d'expérience	2 ± 2	2 ± 2	3 ± 2	5 ± 4	0,0749
Manque d'intérêt	3 ± 2	2 ± 1	3 ± 2	3 ± 2	0,1855
Absence de recours à un psychiatre	3 ± 2	2 ± 1	3 ± 2	3 ± 2	0,5350

[†]Les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

La déclaration d'un manque d'expérience pour la prise en charge des troubles psychiatriques par les MG était associée à une prescription d'anxiolytiques/hypnotiques plus fréquente, de façon non significative ($p = 0,0749$).

Tableau 10. **Distribution du nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par antidépresseurs par MG, en fonction des obstacles rencontrés lors du diagnostic des troubles anxiodépressifs**

Obstacles rencontrés	Jamais [†]	Parfois [†]	Souvent [†]	Toujours [†]	P
Manque de temps	1 ± 1	1 ± 1	2 ± 2	1 ± 2	0,9971
Refus des patients	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 2	0,9271
Manque d'expérience	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 1	3 ± 2	0,0064
Manque d'intérêt	2 ± 2	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 1	0,2221
Absence de recours à un psychiatre	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 1	1 ± 1	0,7056

[†]Les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

La déclaration d'un manque d'expérience pour la prise en charge des troubles psychiatriques par les MG était associée à une prescription d'antidépresseur plus fréquente (p = 0,0064).

8.2.6 Accès aux recommandations pour la prise en charge des troubles dépressifs de l'adulte et du sujet âgé

349 médecins ont répondu à la question : « Avez-vous eu accès aux recommandations suivantes pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé ? »

Au moins une des recommandations existantes était connue par 291 MG (82,8 %), tandis que 85 MG (24,3 %) ont déclaré connaître toutes les recommandations, et 57 MG (16,5 %) n'en connaître aucune.

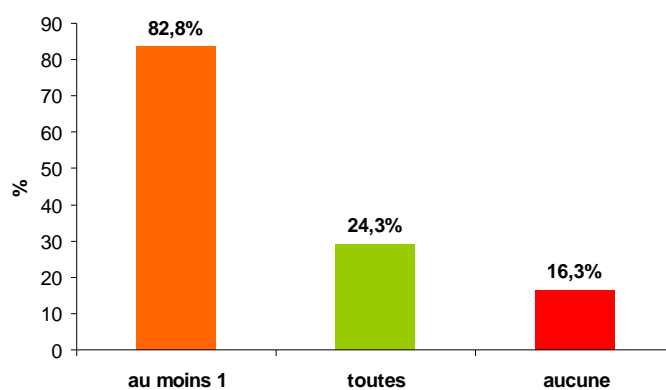


Figure 5. **Recommandations connues par les médecins**

Les recommandations concernant la prise en charge de la dépression étaient connues par plus de 53 % de MG, notamment celles portant sur le bon usage des antidépresseurs (62 %). La recommandation pour l'arrêt des traitements par benzodiazépines (HAS, 2007) était la plus connue (70 %). Les recommandations pour la prise en charge des troubles anxieux, que ce soit celle de 2006 ou de 2001, étaient connues par moins de 45 % des MG. Les résultats sont présentés dans la Figure 6.

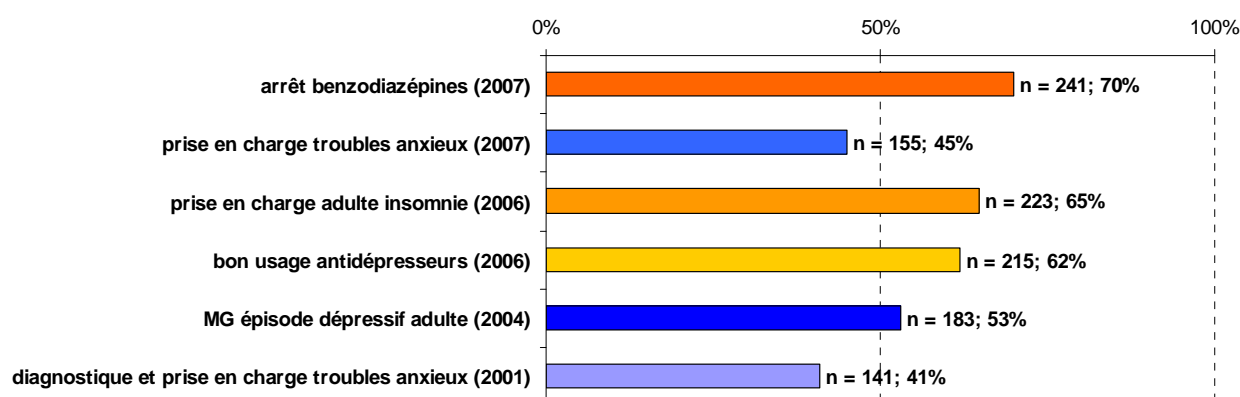


Figure 6. Médecins déclarant ayant eu accès aux recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé

8.2.7 Applicabilité des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé

286 médecins ont répondu à la question : « Si vous avez répondu « OUI » à l'une des six propositions de la question 6 (c'est-à-dire si vous avez eu accès à au moins l'une des recommandations mentionnées à la question 6), quelle est votre opinion sur leur application ? »

Parmi les MG ayant déclaré connaître au moins une recommandation, 54,4 % les considèrent d'application difficile. Les résultats sont présentés dans le Tableau 11 et la Figure 7.

Tableau 11 : Facilité à appliquer les recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé

Opinions des MG sur l'application facile des recommandations	N = 286 (100%)
Pas du tout d'accord	18 (6,3 %)
Pas d'accord	138 (48,3 %)
D'accord	123 (43,0 %)
Tout à fait d'accord	7 (2,5 %)

[†]Résultats exprimés comme N(%)

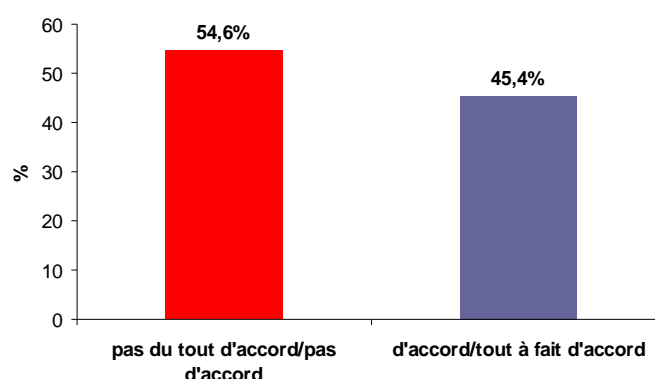


Figure 7. Facilité à appliquer les recommandations pour la prise en charge des troubles dépressifs de l'adulte et du sujet âgé

Différentes analyses ont été faites pour explorer l'association entre la connaissance des recommandations et le nombre de patients recevant des psychotropes délivrés.

Tableau 12 : Association entre le nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par anxiolytique/hypnotique par MG et la connaissance des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé.

Connaissance des recommandations	Nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par anxiolytique/hypnotique par MG		P
	oui [†]	non [†]	
	N = 286		
Modalité d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007.	3 ± 2	2 ± 2	0,2423
Prise en charge des troubles anxieux graves dans le contexte des affections psychiatriques de longue durée. Juin 2007.	2 ± 2	2 ± 2	0,7798
Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006.	3 ± 2	2 ± 2	0,2633
Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Octobre 2006.	2 ± 2	2 ± 2	0,8252
Prise en charge par le médecin généraliste d'un épisode dépressif de l'adulte en ambulatoire. Décembre 2004.	2 ± 2	2 ± 2	0,7320
Diagnostic et la prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Mars 2001.	3 ± 2	2 ± 2	0,0421

[†]les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

Tableau 13 : Association entre le nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par antidépresseur par MG et la connaissance des recommandations pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de l'adulte et du sujet âgé

Connaissance des recommandations	Nombre moyen de patient de 65 ans et plus traité par antidépresseur par MG		P
	oui [†]	non [†]	
	N = 286		
Modalité d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007.	1 ± 1	1 ± 1	0,4458
Prise en charge des troubles anxieux graves dans le contexte des affections psychiatriques de longue durée. Juin 2007.	2 ± 1	1 ± 1	0,0271
Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006.	1 ± 1	1 ± 1	0,1440
Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Octobre 2006.	1 ± 1	1 ± 1	0,1284
Prise en charge par le médecin généraliste d'un épisode dépressif de l'adulte en ambulatoire. Décembre 2004.	1 ± 1	1 ± 1	0,4529
Diagnostic et la prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Mars 2001.	2 ± 1	1 ± 1	0,0447

[†]Les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

Une association a été trouvée entre la connaissance de la recommandation « Prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé chez l'adulte » et la prescription plus fréquente d'hypnotiques ($p = 0,0421$). Une association a également été trouvée entre la connaissance de la recommandation « Prise en charge des troubles anxieux graves dans le contexte des affections psychiatriques de longue durée et la délivrance des antidépresseurs » et la prescription plus fréquente d'antidépresseurs ($p = 0,0271$).

8.2.8 Opportunité de travailler en liaison avec un psychiatre

347 MG ont répondu à la question : « Pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs de vos patients, avez-vous l'opportunité de travailler avec des psychiatres ? »

Pour la prise en charge de TAD, 25 % des MG déclarent travailler en liaison avec un psychiatre souvent/systématiquement, tandis que 75 % des MG le font de manière occasionnelle (24,5%) voire jamais (5,5 %). Les résultats sont présentés dans le **Tableau 14** et la Figure 8.

Tableau 14 : Opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs

N = 347 (100%)	
Jamais	19 (5,5 %)
Occasionnellement	241 (69,5 %)
Souvent	85 (24,5 %)
Systématiquement	2 (0,6 %)

Résultats exprimés comme N(%)

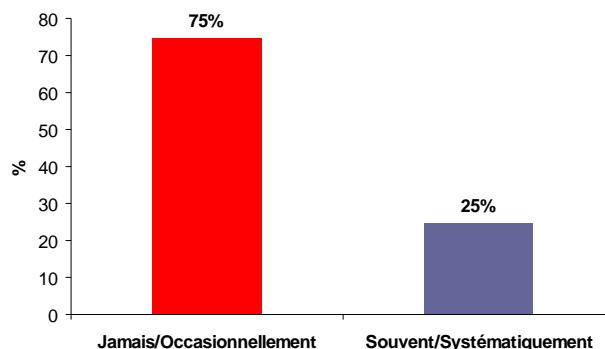


Figure 8. Opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs

Les MG déclarant avoir l'opportunité de travailler avec des psychiatres pour la prise en charge des troubles anxiodépressifs ont tendance à prescrire plus souvent des traitements antidépresseurs ($p=0,0603$), les résultats sont résumés dans le **Tableau 15**.

Tableau 15 : Association entre l'opportunité de travailler avec des psychiatres et le nombre moyen de patients de 65 ans et plus recevant une prescription de psychotropes

Travail avec des psychiatres	Jamais/ Occasionnellement N = 260 [†]	Souvent/ Systématiquement N = 87 [†]	p
Prescription d'anxiolytiques/hypnotiques	2 ± 2	2 ± 2	0,9872
Prescription d'antidépresseurs	1 ± 1	2 ± 2	0,0603

[†]Les résultats expriment le nombre moyen des patients et son écart type (moyen ± E.T)

8.2.9 Contrainte de renouveler les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques et/ou désarmés pour les éviter

347 MG ont répondu à la question : « Vous êtes-vous déjà senti plus ou moins contraints de renouveler les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques et/ou désarmés pour les éviter ».

234 MG (67,4%) se déclarent *souvent* désarmés pour éviter les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques, tandis que 103 MG (30 %) déclarent l'être *occasionnellement* et 10 MG (3 %) déclarent n'avoir *jamais* éprouvé une contrainte au moment du renouvellement. Les résultats sont présentés dans le Tableau 16.

Tableau 16 : Contrainte de renouveler les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques

N = 347 (100%)	
Jamais	10 (2,9 %)
Occasionnellement	103 (29,7 %)
Souvent	234 (67,4 %)
Résultats exprimés comme N(%)	

8.2.10 Possibilité de réduire la prescription de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes de 65 ans et plus

347 MG ont répondu à la question : « *Pensez-vous qu'il est possible de réduire les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus ?* ».

314 MG (90,5 %) déclarent qu'il est possible de réduire les prescriptions de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dans la majorité des cas (19,3 %) ou dans certains cas (71,2 %). Les résultats sont présentés dans le Tableau 17.

Tableau 17 : Possibilité de réduire la prescription de tranquillisants/hypnotiques chez les personnes de > 65 ans

N=347 (100%)	
Oui, dans la majorité des cas	67 (19,3 %)
Oui, dans certains cas	247 (71,2 %)
Non	30 (8,6%)
Ne sait pas	3 (0,9 %)
Résultats exprimés comme N(%)	

8.2.11 Moyen(s) à mettre en œuvre pour réduire la prescription des psychotropes

346 MG ont répondu à la question : « *Quel(s) moyen(s) peu(ven)t selon-vous être mis en œuvre pour réduire la prescription des psychotropes ?* »

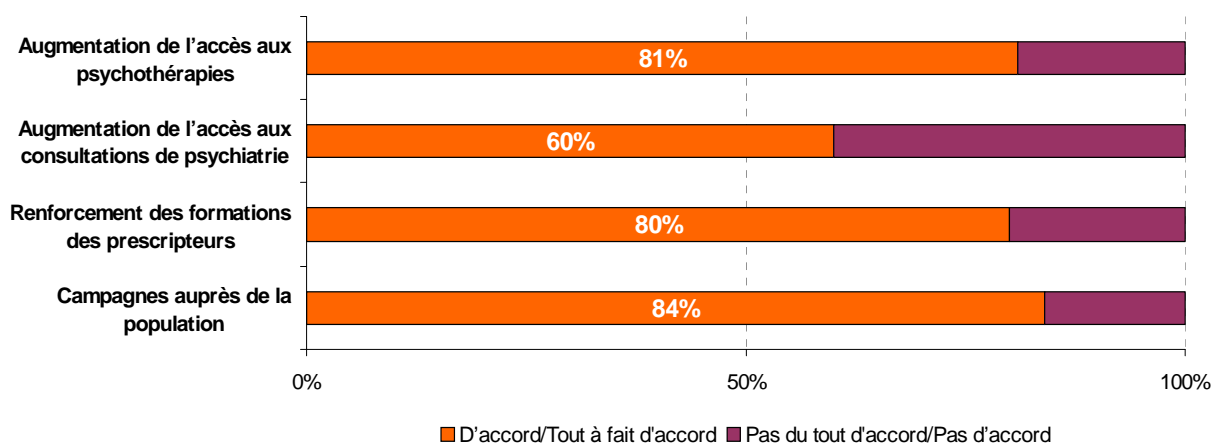
Les MG déclarent être d'accord ou tout à fait d'accord pour la mise en place de campagnes d'information auprès de la population (84 %) et pour le renforcement de la formation des prescripteurs (81 %). Ils souhaitent l'augmentation de l'accès aux consultations de psychiatres et aux psychothérapies afin de réduire la prescription des psychotropes. Les réponses son résumées dans le Tableau 18 et la

Figure 9.

Tableau 18 : Moyens pour réduire les prescriptions des psychotropes

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Campagnes auprès de la population (similaire à celle menée sur les antibiotiques)	18 (5,2)	35 (10,1)	154 (44,5)	139 (40,2)
Renforcement des actions de formation auprès des prescripteurs	17 (4,9)	54 (15,6)	216 (62,4)	59 (17,1)
Augmentation de l'accès aux consultations de psychiatrie	30 (8,7)	108 (31,6)	136 (39,1)	71 (20,6)
Augmentation de l'accès aux psychothérapies	18 (5,2)	49 (14,2)	164 (47,2)	115 (33,3)

Résultats exprimés comme N(%)


Figure 9. Accord des MG sur les moyens à mettre en œuvre pour aider à réduire les prescriptions de psychotropes

8.3 Résultats de la deuxième partie de l'enquête : description du dernier patient âgé de 65 ans et plus vu en consultation et recevant un traitement tranquillisant/ hypnotique et/ou antidépresseur initié ou renouvelé par le MG.

8.3.1 Caractéristiques des patients

339 patients ont été inclus dans cette partie de l'enquête.

Les patients étaient âgés en moyenne de 77 ans (médiane 77 ans ; min 65 ans, max 100 ans) et étaient des femmes dans 71 % (n = 239) des cas. Ils appartiennent à toutes les catégories socioprofessionnelles, et vivent en famille ou seuls (47 % et 41 %, respectivement) voir Tableau 19.

Tableau 19 : Caractéristiques de patients de 65 ans et plus traités par psychotropes et inclus par les MG répondants

	Patients inclus N = 339
Age, années, n = 329	77,3 ± 7,5
Sexe (fém.), n = 339	239 (70,5)
Catégorie socioprofessionnelle, n = 319	
• Agriculteur exploitants	42 (13,2)
• Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	30 (9,4)
• Cadres, professions intellectuelles supérieures	37 (11,6)
• Professions intermédiaires	45 (14,1)
• Employés	89 (27,9)
• Ouvriers	48 (15,0)
• Chômeurs, n'ayant jamais travaillé	28 (8,8)
Lieu de vie du patient, n = 338	
• En famille	157 (46,4)
• Seul	138 (40,8)
• En institution	43 (12,8)
Résultats exprimés comme N(%)	

8.3.2 Traitements psychotropes prescrits

Parmi les 339 patients décrits : 291 patients (72,9%) recevaient au moins un tranquillisant/hypnotique et 193 patients (56,9%) recevaient au moins un antidépresseur.

La distribution des patients recevant des traitements est présentée dans le Tableau 20.

Tableau 20 : Distribution du type et du nombre de psychotropes prescrits par patient

		Nombre d'Antidépresseurs par patient			total
		0	1	2	
Nombre de Tranquillisants/ hypnotique par patient	0	-	46	2	48 (14,1%)
	1	126	112	4	242 (71,4%)
	2	20	26	2	48 (14,1%)
	3	0	1	0	1 (0,4%)
total		146 (43,1%)	185 (54,6%)	8 (2,4 %)	339 (100%)

La distribution de traitements psychotropes est détaillée par tranche d'âge dans le tableau suivant.

Tableau 21 : Type de psychotropes prescrits selon la classe d'âge des patients

Classe d'âge	Anxylithiques	Hypnotiques	Antidépresseurs
(65,70], n=75	45 (23,7)	32 (23,4)	49 (27,4)
(70,75], n=57	30 (15,3)	27 (19,7)	33 (18,4)
(75,80], n=78	52 (27,4)	34 (24,8)	42 (23,5)
(80,85], n=69	39 (20,5)	28 (20,5)	27 (15,1)
(85,90], n=36	19 (10,0)	12 (8,8)	22 (12,3)
(90,95], n= 9	4 (2,1)	3 (2,2)	4 (2,2)
(95,100], n= 5	2 (1,0)	1 (0,6)	2 (1,1)
Total, N=329	191 (100,0)	137 (100,0)	179 (100,0)

8.3.3 Prescription de tranquillisants et d'hypnotiques

Le nombre total de traitements hypnotiques/tranquillisants prescrit était de 341 (242*1 + 48*2 + 1*3). Il s'agissait de 205 anxiolytiques (60,1 %), 136 hypnotiques (39,9 %). La liste complète de traitements déclarés en tant que tranquillisants/hypnotiques est détaillée dans le Tableau 22.

Tableau 22 : Traitements tranquillisants et hypnotiques prescrits

Traitements prescrits	Nombre de traitements N = 341 (100 %)
Anxiolytiques	205 (60,1)
LORAZEPAM	44 (12,9)
BROMAZEPAM	41 (12,0)
ALPRAZOLAM	26 (7,6)
HYDROXYZINE	15 (4,4)
OXAZEPAM	12 (3,5)
PRAZEPAM	12 (3,5)
CLONAZEPAM	7 (2,0)
ALIMEMAZINE	5 (1,5)
BUSPIRONE	4 (1,2)
DIAZEPAM	4 (1,2)
ETIFOXINE	4 (1,2)
MEPROBAMATE	4 (1,2)
CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	3 (0,8)
CLOTIAZEPAM	3 (0,8)
LOFLAZEPATE D'ETHYLE	3 (0,8)
CLOBAZAM	2 (0,6)
LOPRAZOLAM	2 (0,6)
LORMETAZEPAM	2 (0,6)
NITRAZEPAM	2 (0,6)
OXACEPAM	2 (0,6)
PRAMAZEPAM	2 (0,6)
EQUANIL	1 (0,3)
NORDAZEPAM	1 (0,3)
STRESAM	1 (0,3)
TEMAZEPAM	1 (0,3)
TRANXENE 20 MG	1 (0,3)
VERATRAN 10 MG	1 (0,3)
Hypnotiques	136 (39,9)
ZOLPIDEM	80 (23,5)
ZOPICLONE	39 (11,4)
ACEPROMAZINE	7 (2,0)
ACEPROMETAZINE	6 (1,7)
MEPRONIZINE	3 (0,8)
DONORMYL	1 (0,3)

Les traitements anxiolytiques les plus prescrits étaient le lorazepam (12,9 %), le bromazepam » (12,0 %), et l'alprazolam (7,6 %).

Les traitements hypnotiques les plus prescrits étaient le zolpidem (23,5 %) et la zopiclone (11,4%).

8.3.3.1 Prescriptions d'hypnotiques/anxiolytiques selon le sexe chez les sujets âgés de 65 ans et plus

Les hommes reçoivent proportionnellement plus d'hypnotiques et moins d'anxiolytiques que les femmes ($p < 0,05$), Figure 10.

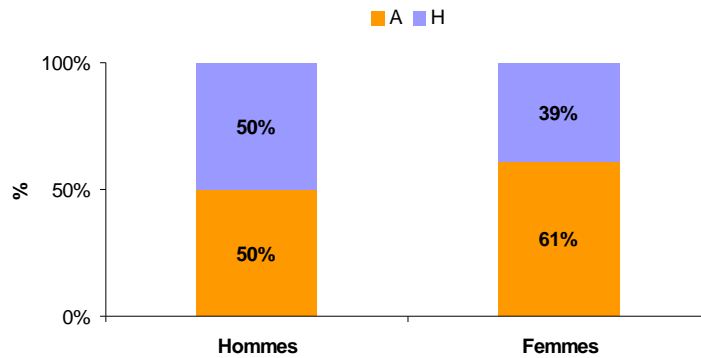


Figure 10. Distribution des traitements tranquillisants/hypnotiques en fonction du sexe

8.3.3.2 Prescriptions d'hypnotiques/anxiolytiques selon le lieu de vie des sujets âgés de 65 ans et plus

Les personnes vivant en institution reçoivent proportionnellement plus d'anxiolytique et moins d'hypnotiques que celles vivant en famille, qui elles-mêmes reçoivent proportionnellement plus d'anxiolytique et moins d'hypnotiques que celles vivant en seules, $p < 0,05$. Figure 11.

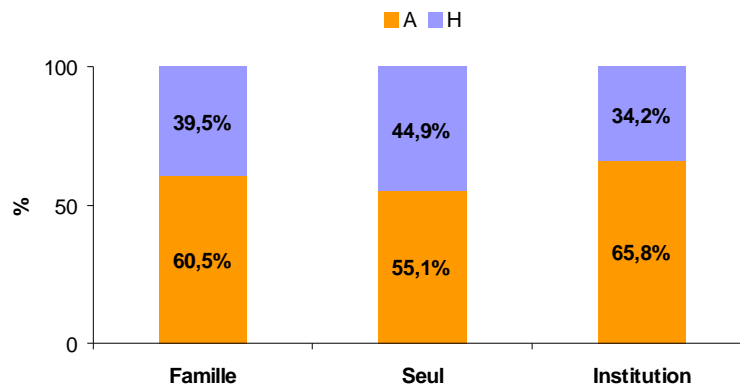


Figure 11. Distribution des traitements tranquillisants/hypnotiques en fonction du lieu de vie du patient

8.3.3.3 Caractère continu ou discontinu de la prescription des tranquillisant/hypnotiques

Le rythme de prise a été répertorié pour 337 traitements sur 341. Il était quotidien pour 293 traitements (86,9 %, 293/337), ou occasionnel pour 44 traitements (13,1 %), sans différence entre les anxiolytiques et les hypnotiques.

8.3.3.4 Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique

Parmi les 341 traitements tranquillisant/hypnotique répertoriés, 226 (67 %) étaient prescrits depuis plus d'un an, dont 126 (37 %) depuis plus de 5 ans, Figure 12.

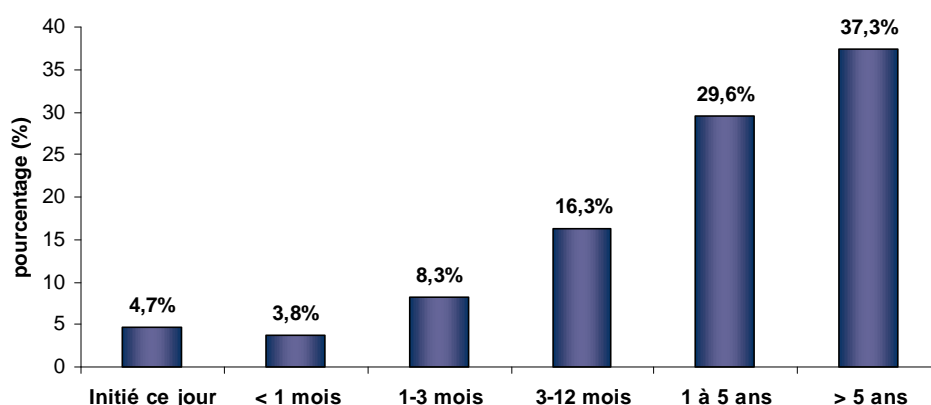


Figure 12. Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique

Les traitements étaient prescrits depuis plus de 3 mois dans 82,5% (185/194) des cas pour les anxiolytiques et dans 85,3% (116/136) des cas pour les hypnotiques.

Tableau 23 : Traitements tranquillisants et hypnotiques prescrits

	Initié ce jour	< 1 mois	1-3 mois	3-12 mois	1 à 5 ans	>5 ans	Total
Anxiolytiques	13 (3,9)	6 (1,8)	19 (5,6)	36 (10,7)	55 (16,3)	73 (21,6)	202 (59,8)
Hypnotiques	3 (0,9)	7 (2,1)	9 (2,7)	19 (5,6)	45 (13,3)	53 (15,7)	136 (40,2)
total	16 (4,7)	13 (3,8)	28 (8,3)	55 (16,3)	100 (29,6)	126 (37,3)	338 (100)

N (%)

Information manquante pour 3 traitements

Différentes analyses ont été faites pour explorer l'association entre l'ancienneté du traitement et l'âge du patient, la molécule prescrite, le lieu de vie, les motifs de prescription et la prise en compte de l'avis du psychiatre.

Tableau 24 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et âge.

	< 12 mois N= 112	>1 an N = 216	Anova
Age moyen (E.T)	77.9 (6.0)	77.8 (7.8)	p= 0,2051

Aucune association n'a été mise en évidence entre l'ancienneté du traitement et l'âge du patient.

Tableau 25 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et lieu de vie

	< 12 mois N= 112	>1 an N = 216	Test de Fisher
Famille	51	105	P = 0,9510
Seul	42	96	
Institution	19	15	

Aucune association n'a été mise en évidence entre l'ancienneté du traitement et le lieu de vie

Tableau 26 : Ancienneté du traitement tranquillisant/hypnotique et sexe

	< 12 mois N= 112	>1 an N = 216	Test de Fisher
Homme	44	56	p = 0,0077
Femmes	68	170	

Une association a été trouvée entre l'ancienneté du traitement et le sexe. Les femmes étaient traitées depuis plus longtemps que les hommes (p=0,0077)

Tableau 27 : Ancienneté et type de traitement

	< 12 mois	>1 an	Test de Fisher
Anxiolytique	72	128	P = 0,9020
Hypnotique	40	98	

Aucune association n'a été mise en évidence entre l'ancienneté du traitement et le type de traitement

Tableau 28 : Ancienneté du traitement et motif de prescription

	< 12 mois	>1 an	Test de Fisher
Anxiété	42	123	0.1413
Dépression	55	93	0.8054
Insomnie ponctuelle	35	25	ns
Insomnie chronique	47	161	0,0031
Inconnu	0	3	ns

Une association a été trouvée entre l'ancienneté du traitement et le motif de prescription. Les patients avec insomnie chronique étaient traités depuis plus longtemps (p=0,0031)

Plusieurs motifs étaient possibles pour le même traitement

Tableau 29 : Ancienneté du traitement et opportunité de travailler avec un psychiatre

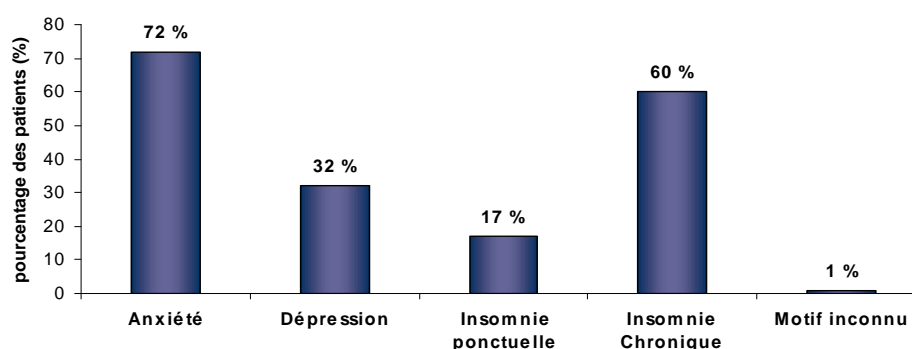
	< 12 mois	>1 an	Test de Fisher
Jamais/ Occasionnellement	81	171	0,1432
Souvent / Systématiquement	31	54	

Aucune association n'a été mise en évidence entre l'ancienneté du traitement et l'opportunité de travailler avec des psychiatres

8.3.3.5 Motifs de la prescription des tranquillisants et hypnotiques

Pour 288 patients sur 291, les médecins ont coché un ou plusieurs motifs.

La cause principale de prescription était l'anxiété (72 %), suivie de l'insomnie chronique (60 %) et de la dépression (32 %). Plusieurs motifs étaient possibles.


Figure 13. Motif de la prescription du traitement tranquillisant/hypnotique

Les autres indications rapportées étaient : psychose (n = 7), addiction à l'alcool (n = 3), agitation (n = 3), agressivité (n = 3), agitation et agressivité (n = 2), maladie d'Alzheimer (n = 4), douleur neuropathique (n = 2) et trouble obsessionnel compulsif (n = 2).

Les motifs de la prescription ne diffèrent pas en fonction du sexe.

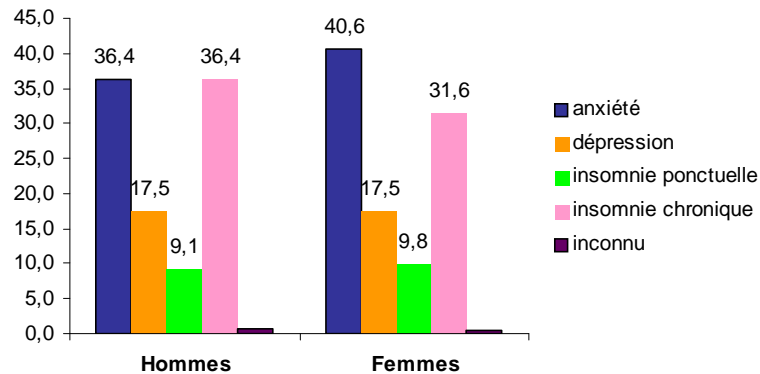


Figure 14. Motif de la prescription du traitement tranquillisant/hypnotique selon le sexe du patient

8.3.3.6 Dépendance physique ou psychique aux tranquillisants/hypnotiques

Pour 290 réponses, la dépendance est considérée par le MG comme psychique dans 68 % des cas, physique dans 33 % des cas et psychique et physique dans 31 % des cas.

8.3.3.7 Possibilité d'arrêter le traitement tranquillisant/hypnotique

289 MG ont répondu à la question : « *Pensez-vous que, pour ce patient, le tranquillisant/hypnotique pourrait être arrêté ou allégé ?* »

Les MG déclarent que le traitement pourrait être arrêté ou allégé pour 79 patients (27 %), tandis que cela est inenvisageable pour 166 patients (58 %) (Figure 15).

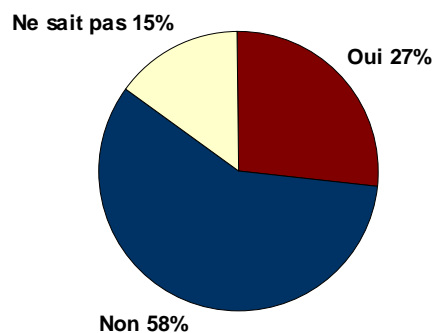


Figure 15. Possibilité d'arrêter le traitement tranquillisant/hypnotique

8.3.3.8 Critères pris en compte lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques

290 MG ont répondu à la question : « Lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques, quelle importance avez-vous accordé à chaque facteur mentionné ci-dessus ? »

Les résultats sont présentés dans le Tableau 30 et la **Figure 16**.

Tableau 30 : Critères pris en compte par les MG lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques

	DM	Aucune importance	Peu important	Assez important	Très important
Réajustement préalable du cycle éveil-sommeil	16	21 (7,3)	55 (19,0)	137 (47,4)	76 (26,3)
Délai d'action du produit et sa durée de vie	15	6 (2,1)	23 (7,9)	127 (43,8)	134 (46,2)
Effets résiduels diurnes	15	9 (3,1)	30 (10,3)	122 (42,1)	129 (44,5)
Avis d'un psychiatre	16	107 (37,0)	122 (42,2)	47 (16,3)	13 (4,5)

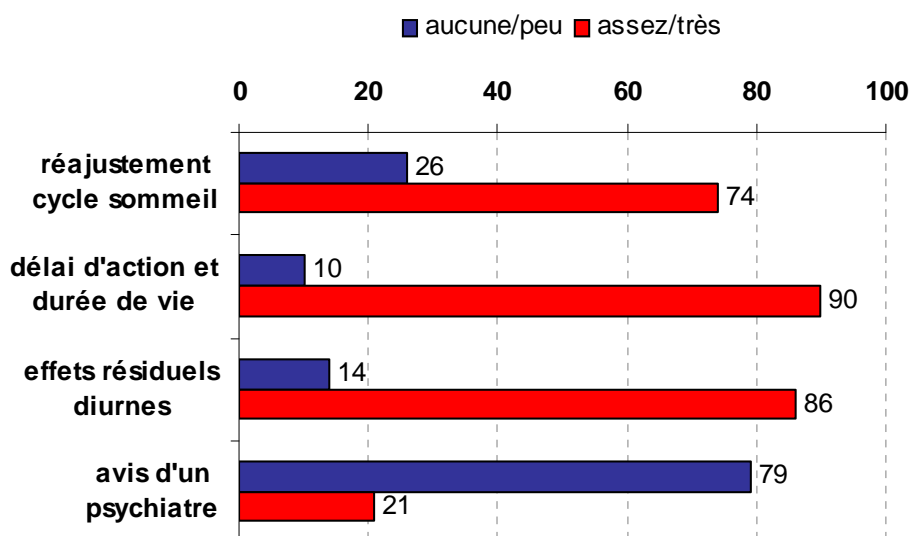


Figure 16. Critères pris en compte par les MG lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques

Parmi les facteurs proposés à prendre en compte lors de la prescription de tranquillisant/hypnotiques, les MG considéraient comme important ou très important le réajustement préalable du cycle éveil-sommeil (suppression de sieste, horaires de lever et coucher), le délai d'action du produit et sa durée de vie et les effets résiduels nocturnes. L'avis du psychiatre était déclaré comme moins important.

Aucune association n'a été trouvée entre l'âge des MG et les facteurs pris en compte lors de la prescription de tranquillisants.

8.3.3.9 Obstacles rencontrés par les MG à la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement par tranquillisants/hypnotiques

290 MG ont répondu à la question : « *Pour ce patient, quels sont les obstacles à la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement par tranquillisant/hypnotique ?* »

Parmi les obstacles les plus importants rencontrés pour diminuer les doses, les MG déclarent : le refus du patient pour arrêter son traitement et le non remboursement des psychothérapies, suivis de l'impossibilité de mettre en place une psychothérapie et de l'absence d'autre alternative à proposer au patient. Les résultats sont présentés dans le Tableau 31 et la

Figure 17.

Tableau 31 : Obstacles rencontrés par les MG lors du sevrage de tranquillisants et hypnotiques

	DM	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Méconnaissance de procédure de sevrage	18	171 (59,6)	93 (32,4)	18 (6,3)	5 (1,7)
Inconvénients du sevrage médicamenteux considérés comme plus risqués que la poursuite du traitement	16	56 (19,4)	65 (22,5)	116 (40,1)	52 (17,9)
Absence d'alternative à proposer au patient	14	27 (9,8)	61 (20,9)	144 (49,5)	59 (20,3)
Impossibilité de mettre en place une psychothérapie à proximité du domicile du patient	18	40 (13,9)	39 (13,6)	97 (33,8)	111 (38,7)
Absence de remboursement des psychothérapies en ville	19	37 (12,9)	24 (8,4)	76 (26,6)	149 (52,1)
Refus du patient d'arrêter son traitement	19	20 (6,9)	42 (14,4)	88 (30,2)	141 (48,5)
Refus de l'entourage de réduire ou arrêter le traitement	19	92 (33,1)	81 (29,1)	65 (23,4)	40 (14,4)

DM : données manquantes

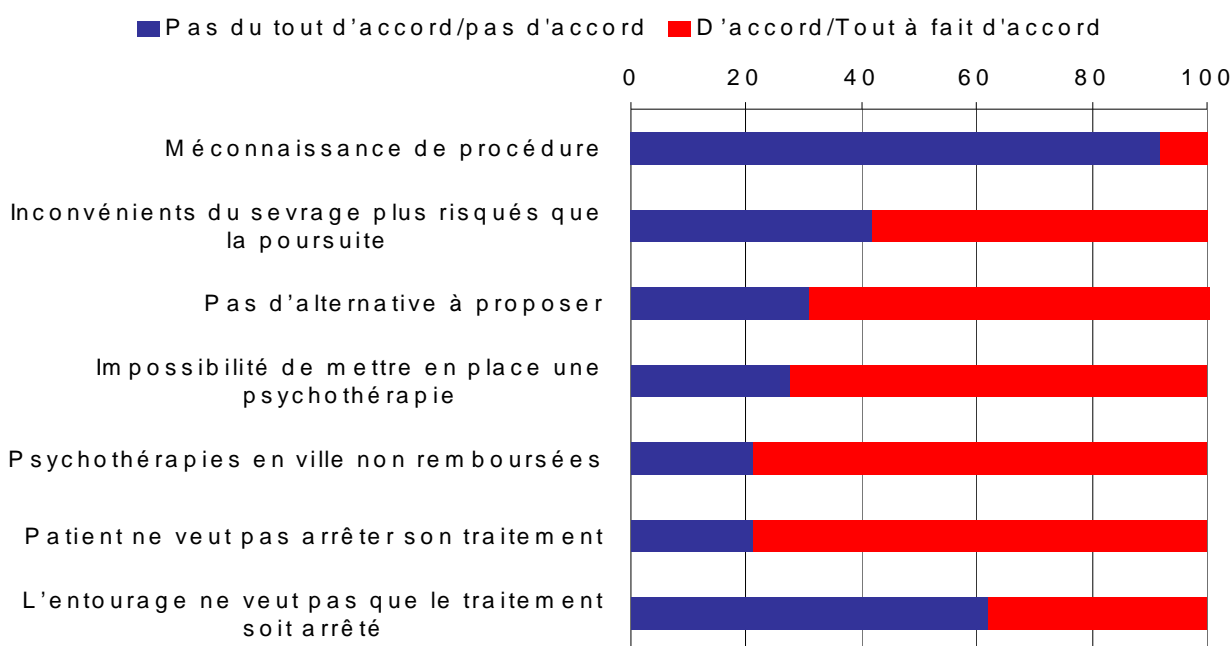


Figure 17. Obstacles rencontrés par les MG lors du sevrage

8.3.4 Prescription des antidépresseurs

Au total 193 patients, recevaient 201 traitements antidépresseurs (185*1 + 8*2). Il s'agissait de : 105 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS, 52,2 %), 30 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA, 14,9 %), 16 tricycliques (7,9 %), et 50 autres types d'antidépresseurs (24,9%). La liste complète de traitements déclarés est détaillée dans le Tableau 32.

Tableau 32 : Traitements antidépresseurs prescrits

Traitement antidépresseur	Nombre de traitements N = 201 (100 %)
IRS	105 (52,2)
PAROXETINE	40 (19,9)
CITALOPRAM	29 (14,4)
FLUOXETINE	17 (8,5)
SERTRALINE	10 (4,9)
FLUOXYFRAL	4 (1,9)
ESCITALOPRAM	2 (0,9)
FLUVOXAMINE	1 (0,5)
SEROPLEX	1 (0,5)
SEROPRAM	1 (0,5)
IRSNA	30 (14,9)
VENLAFAXINE	22 (10,9)
MIRTAZAPINE	4 (1,9)
MILNACIPRAN	4 (1,9)
TC	16 (7,9)
CLOMIPRAMINE	5 (2,5)
ANAFRANIL	3 (1,5)
LAROXYL	2 (0,9)
AMITRIPTYLINE	2 (0,9)
DOSULEPINE	1 (0,5)
MAPROTILINE	1 (0,5)
Autres	50 (24,9)
STABLON	25 (12,4)
MIANSERINE	22 (10,9)

Les traitements les plus prescrits étaient : paroxetine (19,9%), citalopram (14,4%), venlafaxine (10,9%), stablon (12,4%), mianserine (10,9%), et fluoxetine (8,5%).

8.3.4.1 Prescriptions d'antidépresseurs selon le sexe chez les sujets âgés de 65 ans et plus

Les hommes se voient prescrire plus d'IRS et de tricycliques et moins d'autres types d'antidépresseurs que les femmes ($p < 0,05$), Figure 18.

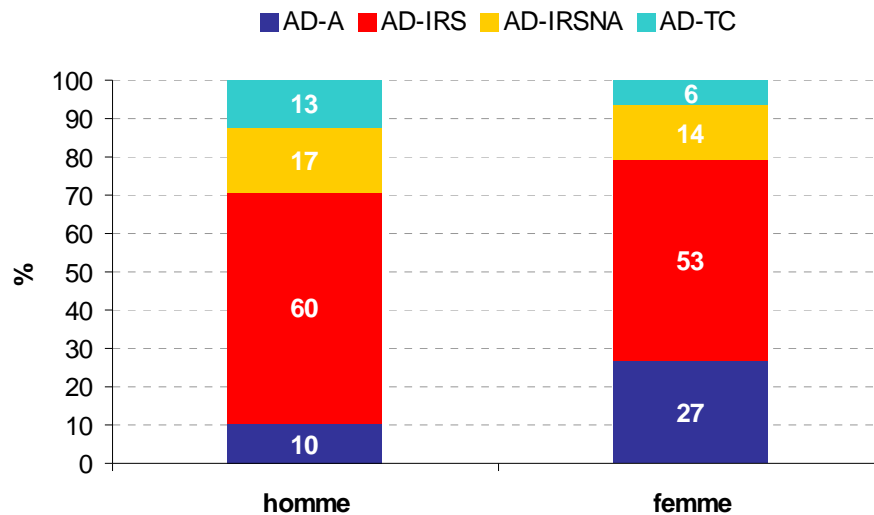


Figure 18. Distribution des traitements antidépresseurs selon le sexe des patients

8.3.4.2 Prescriptions d'antidépresseurs selon le lieu de vie des sujets âgés de 65 ans et plus

Le type d'antidépresseurs prescrit varie en fonction du lieu de vie des patients : ceux qui vivent en institution reçoivent plus d'IRS et moins d'IRSNA, que ceux qui vivent seuls et en famille ($p = 0,0857$), Figure 19

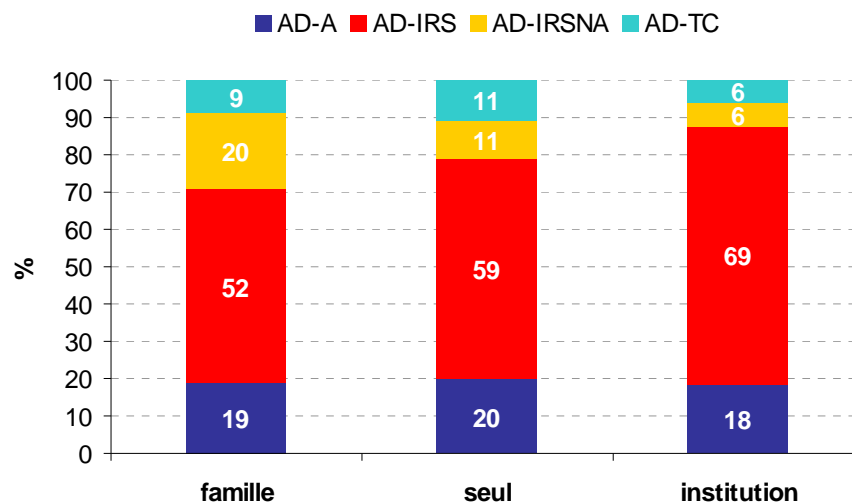


Figure 19. Distribution des traitements antidépresseurs selon le mode de vie des patients

8.3.4.3 Caractère continu ou discontinu de la prescription des antidépresseurs

Pour tous les patients recevant un antidépresseur (n = 193), le traitement était prescrit en prise régulière quotidienne (100 %).

8.3.4.4 Ancienneté du traitement antidépresseur

Sur 201 traitements, 46 étaient prescrits depuis plus de douze mois et 34 l'étaient depuis plus de cinq ans. Les patients traités depuis plus de 12 mois étaient plutôt des femmes (n= 43 ; 89,6 %), d'un âge moyen de 80 ans, vivant plutôt seuls (n=24 ; 50 %) qu'en institution (n=12 ; 25 %) ou en famille (n=12 ; 25 %) (Figure 20 et Tableau 33).

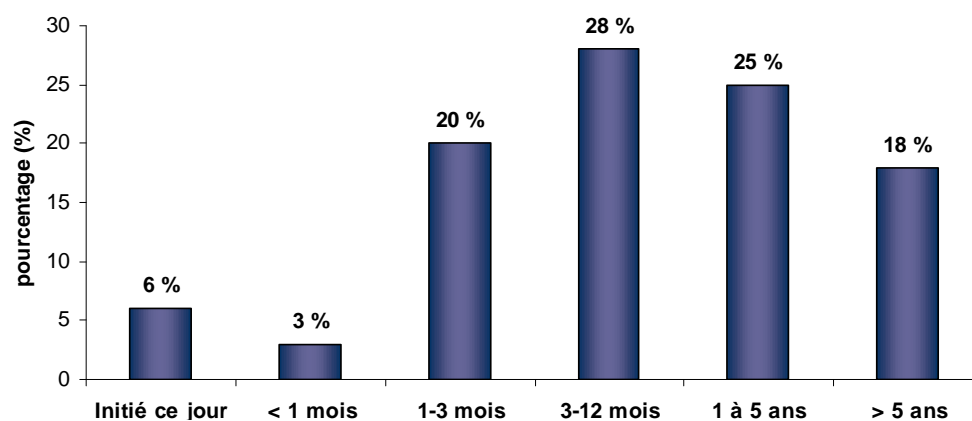


Figure 20. Ancienneté du traitement antidépresseur

Tableau 33 : Ancienneté des traitements antidépresseurs prescrits

	Initié ce jour	< 1 mois	1-3 mois	3-12 mois	1 à 5 ans	> 5 ans	Total
AD-A	2 (1,0)	1 (0,5)	10 (4,9)	21 (10,5)	13 (6,5)	3 (1,5)	50 (24,9)
AD-IRS	8 (3,4)	4 (1,9)	22 (10,9)	23 (11,4)	32 (16,4)	16 (8,5)	105 (52,2)
AD-IRSNA	1 (0,5)	1 (0,5)	7 (3,5)	13 (6,5)	3 (1,5)	5 (2,5)	30 (14,9)
AD-TC	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (1,0)	0	2 (1,0)	10 (4,9)	16 (7,9)
Total	12 (6,3)	7 (3,5)	41 (20,4)	57 (28,4)	50 (24,9)	34 (16,9)	201 (100,0)

N (%)

AD : antidépresseurs ; **A** : autres ; **IRS** : inhibiteurs du récepteur de la sérotonine ; **IRSNA** : inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline ; **TC** : tricycliques.

Adéquation de la posologie

L'adéquation de la posologie a été analysée cas par cas, en tenant compte du traitement prescrit et du motif de la prescription, de la posologie et de la durée du traitement.

Au total, 68% des traitements étaient données en adéquation, tandis que 32% étaient prescrits de façon inadéquate, il s'agissait dans tous les cas d'un sous-dosage du traitement.

8.3.4.5 Motifs de prescription des antidépresseurs

182 MG ont répondu à cette question pour 193 patients sous antidépresseurs (11 non répondants). L'indication du traitement était la dépression dans 170 cas (93%) et/ou l'anxiété dans 81 cas. Elle était inconnue dans 3 cas.

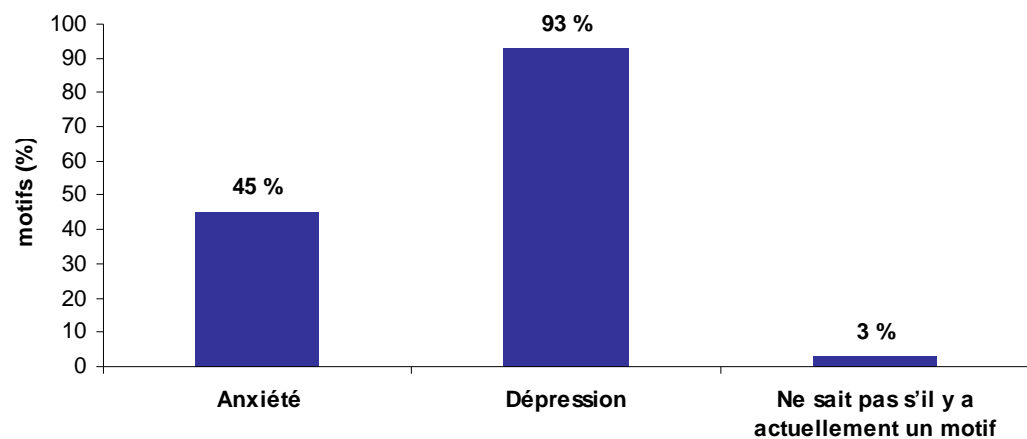


Figure 21. Motif de prescription du traitement antidépresseur

8.3.4.6 Dépendance physique ou psychique aux antidépresseurs

Pour 183 réponses, la dépendance est considérée par le MG comme psychique dans 33 % des cas, physique dans 22 % des cas et psychique et physique dans 17 % des cas.

9 DISCUSSION

Cette enquête confirme que près du tiers des sujets âgés de 65 ans et plus vus en médecine générale en France reçoit un traitement anxiolytique et/ou hypnotique, et que près du cinquième reçoit un traitement antidépresseur. Ces proportions sont tout à fait superposables à celles retrouvées dans d'autres enquêtes menées en France et dans d'autres pays européens [1-12, 15]. Un rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a souligné en 2006 que moins d'une personne sur trois souffrant de dépression en France bénéficie d'un traitement antidépresseur approprié, tandis qu'on ne constate pas de troubles psychiatriques chez la moitié des personnes consommant des antidépresseurs et chez plus des deux tiers de personnes consommant des anxiolytiques et hypnotiques [24]. Il y a ainsi un réel problème d'usage des psychotropes en France. Un très grand nombre de personnes consomment des psychotropes de façon chronique pour un bénéfice thérapeutique parfois absent, sans une juste appréhension du risque lié aux effets indésirables qui, même peu fréquents, peuvent avoir des répercussions considérables en termes de santé publique sur une population aussi importante de consommateurs.

Le principal intérêt de ce travail porte sur les déterminants de la prescription des psychotropes par les MG, en particulier la prescription d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques. Ces médicaments sont prescrits pour une durée excessivement longue, depuis plus d'un an dans deux tiers des cas et depuis plus de cinq ans dans un tiers des cas, alors qu'une prescription au-delà de trois mois n'est pas recommandée [24]. Même si 90% des MG déclarent possible de réduire ces prescriptions, les difficultés rencontrées sont importantes quand il faut réellement envisager l'arrêt ou la réduction des doses du traitement pour leurs propres patients. Cet arrêt de traitement est alors considéré comme impossible dans près de 60% des cas, soulignant l'écart qui existe « dans la vraie vie » entre les connaissances et leur mise en application sur le terrain [25].

Au moment du diagnostic des troubles anxio-dépressifs chez les sujets de 65 ans et plus, les MG ont déclaré faire face à plusieurs obstacles, essentiellement l'absence de recours possible à un psychiatre, le refus des patients d'envisager la possibilité d'un trouble psychiatrique et le manque de temps pour discuter avec le patient. Seulement un quart des MG ont déclaré travailler en liaison avec un psychiatre souvent ou systématiquement. Toutefois, la fréquence et la durée des traitements anxiolytique/hypnotique prescrits par ces MG ne diffèrent pas de celles rapportées par les MG ne déclarant travailler qu'occasionnellement ou jamais en liaison avec un psychiatre. Il n'est donc pas certain que l'augmentation de l'accès aux consultations de psychiatres suffirait, en soi, à diminuer la consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. En revanche, les MG ayant déclaré travailler en liaison avec un psychiatre souvent ou systématiquement semblent prescrire plus souvent des antidépresseurs, ce qui pourrait témoigner d'une optimisation de la prise en charge de la dépression résultant de la collaboration entre le MG et le psychiatre.

Il a été mesuré que les MG qui prennent en charge des patients avec dépression passent en moyenne 23 minutes en consultation avec eux, contre 14 à 19 minutes avec les patients non déprimés [26]. Une telle disponibilité n'est pas toujours compatible avec l'exercice de nombreux MG.

Les MG n'utilisent que très peu les critères diagnostics de troubles anxio-dépressifs, mais l'apport de ces outils sur la prescription des psychotropes est probablement marginal dans la mesure où les résultats de cette enquête montrent que le fait d'utiliser ces critères diagnostiques ne modifie pas la fréquence de prescription des psychotropes par les MG.

La déclaration d'un manque d'expérience pour la prise en charge des troubles psychiatriques par les MG était associée à une prescription plus fréquente de psychotropes. Un renforcement de la formation des MG pourrait ainsi permettre une réduction des prescriptions. Cette formation ne semble pas pouvoir être apportée par le biais de recommandations pour la pratique telles qu'elles ont été mise en place ces dernières années, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la diffusion de ces documents semble avoir été insuffisante sachant que, selon l'enquête, un tiers voire la moitié des MG déclarait ne pas en avoir eu connaissance. Par ailleurs, leur mise en application est considérée comme difficile par plus de la moitié des MG qui en ont eu connaissance. Enfin, les MG ayant déclaré connaître les recommandations existantes n'ont pas prescrit moins de psychotropes. Ces constatations montrent la difficulté que représentent la conception et la mise en place de programmes de formation efficace visant à une optimisation de la prescription des psychotropes par les MG. Durant l'enquête, plusieurs médecins ont signalé sur papier libre l'importance que les formations soient « organisées par des organismes académiques et non pas par les laboratoires pharmaceutiques », ce qui avait aussi été souhaité par les MG suédois [27].

Les durées très prolongées de consommation d'anxiolytique/hypnotique semblent résulter tout particulièrement du traitement de l'insomnie chronique chez les femmes, qui pourraient ainsi constituer une cible prioritaire pour des campagnes d'information ou de prévention de la surconsommation de psychotropes.

La majorité des MG ont déclaré se sentir désarmés pour éviter les prescriptions d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, souvent en raison du refus des patients d'arrêter leur traitement. Cette constatation montre qu'une action menée auprès des seuls prescripteurs pourrait ne pas suffire, et qu'une campagne d'information menée directement auprès des consommateurs pourrait s'avérer nécessaire. Une telle campagne est souhaitée par près de 85% des MG. L'usage rationnel des médicaments psychotropes en France impose que le public soit informé de manière appropriée sur les traitements ainsi que sur les règles d'hygiène de vie qui permettraient d'éviter la consommation de psychotropes. Par ailleurs, l'absence d'alternative à la prescription des anxiolytiques/hypnotiques est également mise en avant par plus de 80% des praticiens qui déclarent souhaiter une augmentation de l'accès aux psychothérapies pour leurs patients

afin de réduire la prescription des psychotropes. L'efficacité d'une telle mesure n'est cependant pas démontrée.

Les limites de cette enquête doivent être prises en compte pour l'interprétation des résultats. Le taux de participation de 36 % est celui habituellement obtenu lors des enquêtes ponctuelles du réseau Sentinelles (www.sentiweb.fr) et dans d'autres enquêtes similaires menées en médecine générale [28]. La bonne représentativité de l'échantillon des MG ayant participé à ce travail ne peut cependant pas être affirmée dans ce type de travail. Les MG participants étaient plus souvent de sexe masculin que l'ensemble des MG libéraux installés en France métropolitaine. Toutefois, ils avaient un âge moyen très proche de celui de l'ensemble des MG libéraux installés en France métropolitaine et toutes les régions de France métropolitaine étaient représentées (dans une proportion comprise entre 0,2 et 2,2 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux). Les médecins généralistes ayant participé à l'enquête postale ont vu en médiane 24 patients le jour de réponse à l'enquête dont une personne sur trois de 65 ans et plus, ce qui correspond aux données observées auprès de l'ensemble des MG en France [29]. Par ailleurs, tant la prévalence des troubles psychiques que celle de la consommation de psychotropes sont analogues à celles issues d'études menées en population et ayant utilisées des outils de mesure adaptés au dépistage des troubles anxiodépressifs chez les patients âgés [12, 15]. La proportion des différentes classes de psychotropes délivrées en France (tranquillisants/hypnotiques suivi des antidépresseurs et des neuroleptiques) est également concordante avec les données observées ici [2, 13].

En conclusion, cette enquête montre que les MG tiennent un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs du sujet âgé en France. Dans cette tâche, ils sont confrontés à des obstacles au moment du diagnostic, de la prescription médicamenteuse, puis de l'arrêt du traitement. Ces obstacles renvoient tant aux caractéristiques du patient, qu'à celles de l'accès aux soins et de la formation du prescripteur. Des mesures innovantes sont souhaitées par les MG pour diminuer la prescription des psychotropes, en particulier le renforcement de la formation des prescripteurs (organisée à l'abri des conflits d'intérêt) et la mise en place de campagnes d'information des patients (en ciblant de façon prioritaire les femmes recevant un traitement hypnotique).

10 REFERENCES

1. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, Lépine JP, Usage de psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 en population générale, *L'encéphale* 2005 ; 31 : 195-206,
2. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H et le groupe Médipath, Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine, I, Données nationales, 2000, *Rev Med Ass Maladie* 2003 ; 34 : 75-84,
3. Alonso et al, Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl, 420): 55–64,
4. Cavalié P, de Calan C, Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France données 1994-2004, May 2006,
5. Pelisollo A, Boyer P, Lépine JP et al, Epidémiologie de la consommation de anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde, *Encéphale* 1996; 22:181-90,
6. Olffson M, Marcus SC, Pincus HA, Zito JL, Thompson JW, Zarin DA, Antidepressant prescribing practices of outpatient psychiatrist, *ARCh Gen Psychiatry* 1998; 55: 310-6,
7. Paterniti S, Bisserbe JC, Alperovitch A, Médicaments psychotropes, anxiété et dépression dans une population âgée, Etude EVA, *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46:253-62,
8. Lechevallier-Michel N, Berr C, Fourrier-Reglat A, Incidence et caractéristiques de l'utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA, *Thérapie* 2005;60:561-6,
9. Emeriau JP, Fourrier A, Dartigues JF, Begaud B, Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées, *Bull Acad Natl Med* 1998; 182:1419-28,
10. Ohayon M, Caulet M, Lemoine P, The elderly sleep habits and use of psychotropic drugs by the French population, *Encéphale* 1996; 22:337-50,
11. Legrain S, Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Haute Autorité en Santé 2006, Available from: URL: <http://www.anaes.fr/anaes/PresMec.nsf>
12. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A, Tylee A, Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use, *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 285– 293,
13. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, et al, Prévalence de la comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000, *L'encéphale* 2005; 31: 182-194,

14. Cohidon C, Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités, Collection « Santé travail » INVS, Août 2007.
15. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger JP, Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population, *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 147-152.
16. Souchet E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL, Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database, *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14:11-6.
17. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME, Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I, Psychotropic drugs, *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:30-9.
18. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R, Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The GIFA study, *Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano, J Clin Epidemiol* 2000; 53:1222-9.
19. McGwin G, Jr., Sims RV, Pulley L, Roseman JM, Relations among chronic medical conditions, medications, and automobile crashes in the elderly: a population-based case-control study, *Am J Epidemiol* 2000; 152:424-31.
20. Verdoux H, Lagnaoui R, Begaud B, Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies, *Psychol Med* 2005; 35:307-15,
21. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A, Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study, *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:285-93,
22. Lagnaoui R, Begaud B, Moore N, Chaslerie A, Fourrier A, Letenneur L, et al, Benzodiazepine use and risk of dementia: a nested case-control study, *J Clin Epidemiol* 2002; 55:314-8,
23. Allard J, Artero S, Ritchie K, Consumption of psychotropic medication in the elderly: a re-evaluation of its effect on cognitive performance, *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:874-8,
24. BRIOT, M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Office Parlementaire d'évaluation des Politiques de Santé. 2006.
25. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 1100-2.
26. Tardieu S, Bottero A, Patrick Blin, Bohbot A, Goni S, Gerard S, Gasquet I. Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Family Practice* 2006, 7:5.
27. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Family Practice* 2005, 6:21.

28. Czernichow S, Flahault. A Phone prompt or mailed reminder for increasing response rate among investigators? A randomized trial in the Sentinelles network. Rev Epidemiol Santé Publique 2001; 49: 93-4.
29. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes: un essai de typologie. Etudes et résultats. 2004; 315.