

UNIVERSITE PAUL SABATIER  
TOULOUSE III  
FACULTE DE MEDECINE

---

ANNEE 2013

2013 TOU3 1011

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

présentée et soutenue publiquement par

**Nathalie CHAUSSEE**

Le 5 février 2013

**Quelles sont les motivations de prescription de benzodiazépines  
devant la plainte anxieuse d'une personne âgée ?**

*Réflexion à partir d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Haute-  
Garonne et d'internes de médecine générale en Midi-Pyrénées.*

Directeur de thèse : Docteur André STILLMUNKES

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Madame le Professeur Fatemeh NOURHASHEMI	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE	Assesseur
Monsieur le Docteur André STILLMUNKES	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2011**

**Professeurs honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CABAROT
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

**Professeurs émérites**

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E.)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs  
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DAHAN M. (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. DABERNAT H.	Cancérologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	O.R.L.
M. DEGUINE O.	Cancérologie
M. DUCOMMUN B.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FERRIERES J.	O.R.L.
M. FRAYSSE B. (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. IZOPET J.	Immunologie
M. LIBLAU R.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANG T.	Nutrition
M. LANGIN D.	Médecine Interne
M. LAUQUE D.	Parasitologie
M. MAGNAVAL J.F.	Urologie
M. MALAVAL B.	Maladies Infectieuses
M. MARCHOU B.	Gynécologie Obstétrique
M. MONROZIES X.	Pharmacologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
M. MOSCOVICI J	Cancérologie
Mme MOYAL E.	Gériatrie
Mme NOURHASEHMI F.	Pédiatrie
M. OLIVES J.P.	Bactériologie-Virologie
M. OSWALD E.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PARINAUD J.	Biochimie
M. PERRET B. (C.E)	Néphrologie
M. POURRAT J.	Chirurgie Générale
M. PRADERE B.	Cancérologie
M. QUERLEU D. (C.E)	Radiologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Pharmacologie
M. RASCOL O.	Urologie
M. RISCHMANN P.	Physiologie
M. RIVIERE D.	Chirurgie Infantile
M. SALES DE GAUZY J.	Biologie Cellulaire
M. SERRE G. (C.E)	Biophysique
M. SIMON J.	Médecine Légale
M. TELMON N.	Neurochirurgie
M. TREMOULET M.	Hépatogastro-entérologie
M. VINEL J.P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VOIGT J.J. (C.E.)	

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct..
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	<b>M.C.U.</b>
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.  
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

A notre Président de Jury,

**Monsieur le Professeur Stéphane Oustric**

Professeur des Universités

Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions vivement de juger notre travail.

Recevez notre gratitude pour vos précieux enseignements et votre dynamisme à construire notre faculté de médecine.

A notre Jury,

**Madame le Professeur Fatemeh Nourhashemi**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gériatrie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous avons suivi avec intérêt votre travail en service hospitalier.

Soyez assuré de notre respect.

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain**

Professeur associé de Médecine Générale

Médecine Générale

Nous sommes très honorés de votre présence dans ce jury.

Nous avons été très sensibles à votre accompagnement et votre soutien tout au long de notre cursus universitaire. Vos conseils nous ont toujours été bienveillants et constructifs. Nous vous en remercions très sincèrement.

**Madame le Docteur Maryse Lapeyre-Mestre**

Maître de Conférences Universitaires

Praticien Hospitalier

Pharmacologie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre grande expérience d'un domaine complexe que vous nous avez rendus accessible et intéressant. Nous vous remercions vivement de nous avoir guidés dans notre travail avec une grande disponibilité et de nous avoir chaleureusement accueillis.

Nous vous prions de trouvé ici le témoignage de notre profond respect.

**Monsieur le Docteur André Stillmunkès**

Maître de Conférences Universitaires

Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre travail.

Nous avons su apprécier votre intérêt pour le questionnement médical et votre enseignement du savoir être.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

A tous les maîtres de stage, médecins et professionnels de santé qui ont jalonné mon parcours tout au long de mes études médicales,

A mes futurs collègues médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, kinésithérapeutes, tous les professionnels de santé et les patients qui font la richesse de notre métier,

Aux enseignants de médecine pour la qualité de notre formation,

A Frédéric,

A Gwen, Raynier, Irène, Nina, Lotié et Nora,

A mes amis internes et anciens internes,

A mes parents et à mon frère,

A mes grands-parents,

A Nathalie et Somphaphone.

## TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE DES TABLEAUX</b>	<b>3</b>
<hr/>	
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>4</b>
<hr/>	
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>I – L'état des lieux de la prescription de benzodiazépines en France</b>	<b>6</b>
<b>II – Une sur-prescription ?</b>	<b>7</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>9</b>
<hr/>	
<b>I – Le type d'enquête</b>	<b>9</b>
<b>II – La population</b>	<b>9</b>
<b>III – La procédure</b>	<b>9</b>
<b>IV – Le questionnaire utilisé</b>	<b>10</b>
<b>V – L'analyse des données</b>	<b>10</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>12</b>
<hr/>	
<b>I – La population de l'étude</b>	<b>12</b>
<b>A – La population concernée par l'étude</b>	
<b>B – Les questionnaires envoyés</b>	
<b>C – La population ayant refusé de participer à l'étude</b>	
<b>D – Les questionnaires retournés</b>	
<b>E – La représentativité de la population des médecins</b>	
<b>II – L'analyse descriptive</b>	<b>14</b>
<b>A – Le principe de choix</b>	
<b>B – Les caractéristiques intrinsèques des prescripteurs</b>	

C – Les facteurs environnementaux liés au prescripteur	
D – La perception qu’a le prescripteur de la situation clinique	
III – L’analyse comparative	21
A – Les variables explicatives	
B – La prescription de benzodiazépines	
C – La prescription de psychotropes	
D – Les médecins et les internes	
<b>DISCUSSION</b>	<b>28</b>
<hr/>	
I – Les principaux résultats	28
II – Les forces et faiblesses	35
III – Ouverture	37
<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<hr/>	
<b>ANNEXES</b>	<b>40</b>
<hr/>	
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>48</b>
<hr/>	

## SOMMAIRE DES TABLEAUX

**Tableau 1**, page 14 : comparaison des médecins et des médecins généralistes français.

**Tableau 2**, page 14 : comparaison des réponses et des refus.

**Tableau 3**, page 15 : répartition des différentes prises en charge médicamenteuses.

**Tableau 4**, page 16 : répartition des différentes prises en charge non médicamenteuses.

**Tableau 5**, page 17 : répartition des raisons évoquées pour lesquelles le prescripteur ne réalise pas lui-même de prise en charge non médicamenteuse autre que les RHDS.

**Tableau 6**, page 18 : point de vue du prescripteur sur une prise en charge en psychologie.

**Tableau 7**, page 19 : caractéristiques démographiques des prescripteurs.

**Tableau 8**, page 20 : facteurs environnementaux liés aux prescripteurs.

**Tableau 9**, page 21 : perception du prescripteur de la situation clinique.

**Tableau 10**, page 23 : variables associées à une moindre prescription de BZD.

**Tableau 11**, page 24 : variables associées à une plus forte prescription de BZD.

**Tableau 12**, page 25 : variables associées à une moindre prescription de psychotropes.

**Tableau 13**, page 26 : variables associées à une plus forte prescription de psychotropes.

**Tableau 14**, page 28 : variables associées à la prescription de BZD et de psychotropes et ne concernant que l'un des types de prescripteurs (médecins ou internes).

## **ABREVIATIONS**

**AMM** : autorisation de mise sur le marché

**ANBZD** : anxiolytique non benzodiazépine

**ARS** : agence régionale de santé

**BSL** : bassin de santé du Lauragais

**BZD** : benzodiazépine

**IC** : intervalle de confiance

**MSP** : maison de santé pluridisciplinaire

**OR** : odd ratio

**RHDS** : règles hygiéno-diététiques et sportives

**SASPAS** : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée



## INTRODUCTION

L'anxiété est une des indications médicales pour lesquelles il existe une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les 11 benzodiazépines (BZD) anxiolytiques commercialisées en France (1). Leurs indications précises sont : « *le traitement symptomatique de l'anxiété sévère et/ou invalidante* » et « *la prévention et le traitement des manifestations liées au sevrage alcoolique* » (Vidal 2012) (2). Leur bénéfice dans la prise en charge de l'anxiété est très mal connu. Leur profil d'effets indésirables est large mais l'estimation de leur fréquence est difficile (3). Ces effets secondaires sont plus représentés dans la population âgée (4-6).

### **I – L'ETAT DES LIEUX DE LA PRESCRIPTION DE BZD EN FRANCE**

---

#### **A - COMBIEN ?**

Le dernier rapport d'expertise de l'Afssaps et de nombreux autres travaux montrent qu'il existe une délivrance et donc potentiellement une consommation importantes de BZD en France. En 2010, la France était le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques après le Portugal. Les BZD, majoritairement anxiolytiques (50 %), représentent 3,8 % de la totalité des médicaments vendus dont 95,5 % le sont en officine de ville. En 2010, 20 % de la population totale a reçu une délivrance de BZD en France. Il est noté depuis 2002 une diminution du nombre total de BZD délivrées (notamment les BZD anxiolytiques avec une diminution de 1,8 % par an) mais un nombre constant de consommateurs ; la dose individuelle étant donc diminuée. Cependant, il est observé en parallèle une augmentation du nombre de délivrance des molécules apparentées aux BZD et une reprise de la consommation en 2010 (1).

#### **B – POUR QUI ?**

Les caractéristiques démographiques montrent que 60 % des consommateurs sont des femmes et que le taux de consommation augmente avec l'âge. Notons que le type de BZD prescrit change avec l'âge. En effet, les personnes âgées consomment plus de BZD à visée anxiolytiques et hypnotiques. L'âge médian de consommation de BZD anxiolytiques est de

50 ans. Entre 70 et 75 ans, près d'une femme sur trois consomme des BZD anxiolytiques (1, 7).

## **C – PAR QUI ?**

Notons tout d'abord que la délivrance de BZD s'effectue uniquement sur prescription médicale. Les primo-prescriptions sont réalisées en ville à hauteur de 88 %, dont 90 % par les médecins généralistes. Il ne s'est déroulé qu'une consultation médicale pour 55 % des patients recevant une prescription de BZD anxiolytique (1).

## **II – UNE SUR-PRESCRIPTION ?**

---

### **A – UNE PRESCRIPTION NON OPTIMALE**

Une prescription médicamenteuse optimale est définie par l'adéquation entre le médicament prescrit et la situation médicale, en termes d'indication, de posologie, de durée d'utilisation, de contre-indication et de coût financier (6, 8).

Bien qu'il existe peu de données sur l'épidémiologie des troubles mentaux, le nombre de prescriptions de BZD chez les personnes âgées semble bien supérieur à la prévalence des pathologies répondant à l'AMM de ces molécules (9). L'indication médicale d'un tel traitement n'est donc pas respectée. Ainsi, dans 25 % des cas dans une étude italienne et jusqu'à 75 % des cas dans une étude canadienne, les patients consommant des BZD ne présentent aucune indication à la prise d'un tel traitement (10, 11).

De plus, en France, le temps médian de traitement par une BZD anxiolytique est de 7 mois et 50 % des consommateurs de BZD anxiolytiques le sont pendant plus de 2 ans alors que la durée de traitement recommandée par les autorités sanitaires est de 12 semaines. Les personnes âgées sont plus exposées au traitement de trop longue durée (1). L'arrêt de prise de BZD au long cours est un des items « STOPP » (4).

Enfin, il est recommandé chez la personne âgée de choisir des molécules de demi-vie la plus courte possible, aux métabolites non actifs et à posologie réduite de moitié alors que les BZD les plus prescrits (alprazolam, bromazépan et lorazépan) ne répondent pas à ces critères. Des posologies supérieures à celles recommandées ont été observées dans 18 % des prescriptions (1). Cette estimation ne prend pas en compte la nécessité d'adaptation des doses chez la personne âgée.

## **B – LA PROBLEMATIQUE**

Nous pouvons donc parler de sur-consommation et de sur-prescription, ou « *overuse* » des BZD anxiolytiques chez les personnes âgées.

Pourquoi une telle situation ? Pour y répondre, trois grands axes de recherche se dessinent, tous liés entre eux :

- les causes émanant du patient,
- celles trouvant leurs origines plus largement dans la société, les connaissances médico-psycho-sociales et la pharmacologie,
- les causes issues du prescripteur.

Nous nous sommes intéressés au point de vue du prescripteur. L'objectif de notre étude est de déterminer ses motivations à initier un traitement anxiolytique par BZD face à la plainte anxieuse d'une personne âgée.

# MATERIEL ET METHODE

## I – LE TYPE D’ENQUETE

---

Une étude rétrospective a été réalisée à l’aide d’un questionnaire.

## II – LA POPULATION

---

Ce questionnaire a été adressé à deux populations distinctes :

- les médecins généralistes du bassin de santé du Lauragais (BSL), comme le définit l’Agence Régionale de Santé (ARS),
- les internes de troisième cycle de médecine générale de Toulouse.

Ont été inclus tous les médecins généralistes en exercice dans ce bassin de santé, pratiquant la médecine générale en libéral, ayant pu être joint par téléphone, eux même ou leur secrétariat et ayant accepté l’envoi du questionnaire. Ont été exclus, les médecins généralistes n’ayant plus d’activité de soins primaires (notamment une activité exclusive d’ostéopathie, de médecine vasculaire ou de nutrition), n’étant pas joignables ou refusant l’envoi ou n’ayant pas retourné le questionnaire.

Tous les internes inscrits à l’Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG) ont été inclus. Ont été exclus les internes n’ayant pas retourné le questionnaire.

## III – LA PROCEDURE

---

Les médecins ont été joints par téléphone du 28 août 2012 au 1 octobre 2012 afin de leur expliquer notre travail et de leur adresser par courrier électronique le questionnaire. Nous avons utilisé une liste des professionnels de santé du BSL, fournie par les médecins généralistes animateurs de ce bassin. Cette liste a été réactualisée au fur et à mesure des appels et grâce aux données accessibles sur l’annuaire des Pages Jaunes. Le questionnaire accompagné d’une note explicative a été envoyé à deux reprises : le jour de l’appel puis 15 jours après le premier envoi. Les réponses ont été reçues du 28 août 2012 au 15 octobre 2012.

La Présidente de l'AIMG a transféré le questionnaire par courrier électronique à l'ensemble des internes.

#### **IV – LE QUESTIONNAIRE UTILISE (Annexe)**

---

Afin que tous les répondants soient confrontés à la même mise en situation, le questionnaire a été élaboré sous forme de cas clinique. Il est composé de 16 questions et de 5 parties :

- les données démographiques, dont les questions diffèrent entre les médecins et les internes,
- la prise en charge de première puis de deuxième intention,
- l'évaluation diagnostique, le fait ou non d'avoir des correspondants et l'avis du répondant concernant une consultation auprès d'une psychologue,
- les internes seulement ont été interrogés sur l'utilité d'une formation en prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux,
- un espace d'écriture permet au répondant d'inscrire son adresse mail s'il souhaite recevoir un compte rendu de l'étude.

Le renvoi du questionnaire est anonyme sauf si le répondant souhaite être informé des résultats de l'étude. Le questionnaire a été édité et envoyé grâce à Google Document<sup>®</sup>.

#### **V – L'ANALYSE DES DONNEES**

---

Les réponses au questionnaire ont été saisies sur formulaire Access<sup>®</sup> puis exportées sur tables Excel<sup>®</sup> à partir des données rassemblées sur Google Document<sup>®</sup>. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R<sup>®</sup>.

A l'exception de l'âge regroupé en variable qualitative ordinale, toutes les variables sont d'ordre qualitatif nominal.

Tout d'abord nous avons décrit la population étudiée.

Nous avons ensuite effectué une analyse univariée, comparant médecins et internes, sur l'ensemble des variables nous permettant ainsi de mettre en évidence l'attitude

thérapeutique des prescripteurs et chaque élément pouvant être un facteur de motivation de leurs choix.

Puis nous avons réalisé une analyse en régression logistique multivariée. Pour cela, les populations étudiées furent les prescripteurs, internes et médecins réunis. Les variables étudiées étaient la prescription de benzodiazépine puis celle de psychotrope. Les variables explicatives ont été choisies parmi celles retrouvées à l'analyse univariée, ayant une association suffisamment forte ( $p \leq 0,20$ ) et / ou connue pour avoir un intérêt clinique avéré. Une procédure « pas à pas descendant » a été réalisée et a abouti à des résultats similaires.

Enfin, l'adéquation du modèle a été vérifiée par le calcul du rapport de vraisemblance.

# RESULTATS

## I – LA POPULATION DE L’ETUDE

---

### A – LA POPULATION CONCERNEE PAR L’ETUDE

#### 1 - Les médecins

Après mise à jour de la liste fournie par l’ARS, 164 médecins généralistes étaient concernés par notre étude. Parmi ces 164 médecins, 35 % étaient des femmes et 65 % des hommes, 37 % travaillaient seuls et 63 % en association.

#### 2 – Les internes

En octobre 2012, le troisième cycle des études médicales en médecine générale en région Midi-Pyrénées comptait 418 internes dont 369 étaient inscrits à l’AIMG.

### B – LES QUESTIONNAIRES ENVOYES

#### 1 – Les médecins

Après appel téléphonique des 164 médecins généralistes, 74 % ont accepté de recevoir par courrier électronique le questionnaire. Parmi eux, 36 % étaient des femmes et 64 % des hommes, 36 % travaillaient seuls et 64 % en association.

#### 2 – Les internes

Le questionnaire a été envoyé à tous les internes inscrits à l’AIMG.

### C – LA POPULATION AYANT REFUSE DE PARTICIPER A L’ETUDE

#### 1 – Les médecins

Le questionnaire n’a pas été envoyé à 42 praticiens soit 26 % de la population totale du BSL. Parmi eux, 79 % ont refusé l’envoi, 17 % acceptaient de répondre à ce questionnaire mais de façon écrite et non par courrier électronique et 4 % étaient injoignables. Les raisons

évoquées par les médecins refusant de répondre étaient : le manque de temps, le fait de ne pas répondre en général aux questionnaires ou d'y être trop souvent sollicité ou en raison du sujet abordé. Parmi eux, 67 % étaient des hommes et 33 % des femmes, 64 % travaillaient en association et 36 % seuls.

## **2 – Les internes**

Le questionnaire a été envoyé à tous les internes inscrits à l'AIMG.

## **D – LES QUESTIONNAIRES RETOURNES**

### **1 – Les médecins**

Nous avons reçu 81 questionnaires, ce qui représente 66 % de taux de réponse et 49 % de la population du BSL. L'adresse électronique a été indiquée par 62 % des médecins.

### **2 – Les internes**

Nous avons reçu 92 questionnaires, ce qui représente 25 % de taux de réponse et 22 % de la population totale des internes de la région Midi-Pyrénées. L'adresse électronique a été indiquée par 56 % des internes.

### **3 – La totalité des prescripteurs**

La population totale, internes et médecins réunis, est composée de 173 prescripteurs : 47 % de médecins et 53 % d'internes.

## **E – LA REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION DES MEDECINS**

Afin d'évaluer la représentativité de la population des médecins, nous avons comparé la population totale du BSL à celle des médecins français et la population de l'étude à celle ayant refusé d'y participer (12).

**Tableau 1 : comparaison des médecins et des médecins généralistes français.**

	<b>France</b>	<b>BSL</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Femme</b>	31 %	35 %	0,55
<b>Homme</b>	69 %	65 %	0,55
<b>Seul(e)</b>	50 %	63 %	0,06
<b>Association</b>	50 %	37 %	0,06

**Tableau 2 : comparaison des réponses et des refus.**

	<b>Réponse</b>	<b>Refus</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Femme</b>	43 %	33 %	0,75
<b>Homme</b>	57 %	67 %	0,75
<b>Seul(e)</b>	31 %	36 %	0,97
<b>Association</b>	69 %	65 %	0,97

## **II – L’ANALYSE DESCRIPTIVE**

Cette première analyse est univariée.

Pour des raisons de clarté et de cohérence, les variables ont été regroupées en 4 thématiques : le principe de choix, les facteurs intrinsèques au prescripteur, ses facteurs environnementaux et la perception qu’il a de la situation.

### **A – LE PRINCIPE DE CHOIX**

Ce principe rassemble les choix thérapeutiques du prescripteur et de façon plus générale les éléments en rapport avec ses connaissances et sa formation.

#### **1 – La prise en charge proposée**

##### ***a – La prise en charge médicamenteuse***

Nous avons regroupés ici les traitements allopathiques (psychotropes et symptomatiques) et non allopathiques (homéopathie, phytothérapie ou oligo-éléments). Les psychotropes regroupent les antidépresseurs, les benzodiazépines (BZD), les anxiolytiques

non benzodiazépines (ANBZD) type antihistaminique, *buspirone* et *étifoxine*. Les traitements nommés « symptomatiques » regroupent les antalgiques, les antiémétiques, les alginates, les inhibiteurs de la pompe à proton, les antispasmodiques et les bêtabloquants.

**Tableau 3 : répartition des différentes prises en charge médicamenteuses.**

	MEDECINS (n = 81)	INTERNES (n = 92)	<i>P</i>	PRESCRIPTEURS (n = 173)
<b>Traitement médicamenteux</b>	80 %	80 %	<i>0,10</i>	85 %
1 <sup>er</sup> intention	57 %	39 %	<b><i>0,01</i></b>	47 %
2 <sup>ème</sup> intention	74 %	78 %	<i>0,52</i>	76 %
<b>Non allopathique</b>	43 %	17 %	<b><i>&lt; 0,001</i></b>	29 %
1 <sup>er</sup> intention	70 %	42 %	<b><i>&lt; 0,001</i></b>	55 %
2 <sup>ème</sup> intention	17 %	3 %	<b><i>0,002</i></b>	10 %
<b>Psychotropes</b>	65 %	78 %	<i>0,06</i>	72 %
1 <sup>er</sup> intention	41 %	25 %	<b><i>0,03</i></b>	32 %
2 <sup>è</sup> intention	88 %	93 %	<i>0,19</i>	91 %
BZD	37 %	52 %	<b><i>0,05</i></b>	45 %
Antidépresseurs	32 %	18 %	<b><i>0,04</i></b>	25 %
ANBZD	23 %	15 %	<i>0,17</i>	19 %
≥ 2 psychotropes	27 %	7 %	<b><i>0,001</i></b>	17 %
<b>Symptomatique</b>	4 %	20 %	<b><i>&lt; 0,001</i></b>	12 %

***b – La prise en charge non médicamenteuse***

Nous avons regroupé ici toutes les alternatives thérapeutiques à la prise d'une molécule : les règles hygiéno-diététiques et la pratique d'une activité physique (RHDS) conseillées par le prescripteur, l'entretien de suivi psychologique par le prescripteur lui-même, les médecines alternatives (acupuncture ou autres), l'orientation en consultation auprès d'un psychiatre ou d'une psychologue.

**Tableau 4 : répartition des différentes prises en charge non médicamenteuses.**

	<b>MEDECINS (n = 81)</b>	<b>INTERNES (n = 92)</b>	<b><i>p</i></b>	<b>PRESCRIPTEURS (n = 173)</b>
<b>RHDS</b>	60 %	83 %	<b>&lt; 0,001</b>	72 %
1 <sup>er</sup> intention	53 %	79 %	<b>&lt; 0,001</b>	67 %
2 <sup>ème</sup> intention	31 %	51 %	<b>0,007</b>	42 %
<b>Suivi psychologique</b>	53 %	58 %	<b>0,55</b>	55 %
1 <sup>er</sup> intention	53 %	58 %	<b>0,55</b>	55 %
2 <sup>ème</sup> intention	53 %	58 %	<b>0,55</b>	55 %
<b>Médecine alternative</b>	36 %	31 %	<b>0,55</b>	33 %
1 <sup>er</sup> intention	31 %	23 %	<b>0,23</b>	27 %
2 <sup>ème</sup> intention	25 %	25 %	<b>0,96</b>	25 %
Réalisée par le prescripteur	16 %	1 %	<b>0,001</b>	8 %
<b>Consultation psychiatre</b>	25 %	47 %	<b>0,003</b>	36 %
1 <sup>er</sup> intention	6 %	11 %	<b>0,27</b>	9 %
2 <sup>ème</sup> intention	23 %	47 %	<b>0,001</b>	36 %
<b>Consultation psychologue</b>	59 %	80 %	<b>0,002</b>	70%
1 <sup>er</sup> intention	26 %	59 %	<b>&lt; 0,001</b>	43 %
2 <sup>ème</sup> intention	51 %	62 %	<b>0,13</b>	57 %
<b>Psychiatre et/ou psychologue</b>	74 %	96 %	<b>&lt; 0,001</b>	85 %
1 <sup>er</sup> intention	38 %	71 %	<b>&lt; 0,001</b>	55 %
2 <sup>ème</sup> intention	68 %	92 %	<b>&lt; 0,001</b>	81 %
<b>Aucune alternative</b>	1 %	0	<b>0,28</b>	0.6 %

Les prescripteurs ont recours à un confrère (psychiatre, psychologue, médecin pratiquant des médecines alternatives) dans 90 % des cas. Ils réalisent eux même une prise en charge non médicamenteuse (RHDS, suivi psychologique, médecine alternative) dans 99 % des cas (tableau 4).

Les prescripteurs ne réalisant pas eux même de suivi psychologique ou de médecine alternative expliquent ce choix par un manque de compétences personnelles et / ou un obstacle de temps ou de rémunération.

**Tableau 5 : répartition des raisons évoquées pour lesquelles le prescripteur ne réalise pas lui-même de prise en charge non médicamenteuse autre que les RHDS.**

	<b>MEDECINS (n = 81)</b>	<b>INTERNES (n = 92)</b>	<i>P</i>	<b>PRESCRIPTEURS (n = 173)</b>
<b>Pas de suivi psychologique ni de médecine alternative</b>	35 %	41 %	0,36	38 %
<b>Manque de compétences personnelles</b>	31 %	41 %	0,15	36 %
<b>Obstacle financier et/ou de temps</b>	13 %	9 %	0,30	11 %

## **2 – Le point de vue du prescripteur, sur demande de la patiente, d'une prise en charge par un psychologue**

Il y avait 5 réponses possibles dans le questionnaire : « *ses troubles n'en sont pas une indication* », « *cela peut être efficace pour améliorer ses troubles* », « *cela implique une longue durée de prise en charge avant de ressentir un soulagement* », « *cela nécessite un investissement financier* », « *il existe d'importantes contraintes de déplacement vers ce type de consultation dans votre région* ». Aucun prescripteur n'a proposé d'autre réponse.

**Tableau 6 : point de vue du prescripteur sur une prise en charge en psychologie.**

	<b>MEDECINS (n = 81)</b>	<b>INTERNES (n = 92)</b>	<b>P</b>	<b>PRESCRIPTEURS (n = 173)</b>
<b>Pas d'indication</b>	1 %	0	0,28	0,6 %
<b>Efficace</b>	91 %	98 %	0,06	95 %
<b>Prise en charge longue</b>	14 %	31 %	<b>0,005</b>	23 %
<b>Investissement financier</b>	37 %	37 %	0,99	37 %
<b>Contrainte d'accès</b>	4 %	1 %	0,25	2 %

### **3 – La formation médicale initiale : stages réalisés par les internes**

Durant la période où cette étude a été menée, le cursus de 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales de médecine générale de Toulouse imposait aux internes de réaliser un stage en service de médecine d'urgence en première année et un stage chez un omnipraticien libéral en deuxième année.

La moyenne du nombre de semestres validés (dont celui en cours) par les internes était de 3,9 avec la répartition suivante :

- 31 % des internes en 1<sup>er</sup> année,
- 35 % en 2<sup>ème</sup> année,
- 34 % en 3<sup>ème</sup> année.

Le stage chez un praticien a été effectué par 66 % des internes, celui en médecine libérale de type SASPAS par 20 %, enfin le stage en service de médecine d'urgence par 90 %.

Par ailleurs, 97 % des internes pensaient qu'une formation en prise en charge non médicamenteuse de ce type de situation clinique serait utile à leur formation initiale.

## B – LES CARACTERISTIQUES INTRINSEQUES DES PRESCRIPTEURS

Tableau 7 : caractéristiques démographiques des prescripteurs.

	MEDECINS (n = 81)	INTERNES (n = 92)	<i>p</i>	PRESCRIPTEURS (n = 173)
<b>Homme</b>	57 %	24 %	< 0,001	39 %
<b>Femme</b>	43 %	76 %	< 0,001	61 %
<b>&lt; 31 ans</b>	0	100 %	< 0,001	53 %
<b>31 à 40 ans</b>	25 %	0	< 0,001	12 %
<b>41 à 50 ans</b>	25 %	0	< 0,001	12 %
<b>51 à 60 ans</b>	28 %	0	< 0,001	13 %
<b>&gt; 61 ans</b>	22 %	0	< 0,001	10 %

## C – LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX LIES AU PRESCRIPTEUR

Le lieu d'activité (rural, semi rural ou urbain) et le mode d'activité (en association, en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou seul) ont uniquement été demandé aux médecins. Il n'était pas précisé dans le questionnaire de définition des lieux d'activité. L'item « correspondant » faisait référence uniquement aux correspondants spécialisés dans la prise en charge non médicamenteuse du trouble anxieux. Les contraintes d'accès à un(e) psychologue étaient d'ordre financier et/ou géographique.

**Tableau 8 : facteurs environnementaux liés aux prescripteurs.**

	<b>MEDECINS (n = 81)</b>	<b>INTERNES (n = 92)</b>	<i>p</i>	<b>PRESCRIPTEURS (n = 173)</b>
<b>Lieu d'activité</b>				
Rural	11 %	-	-	-
Semi-rural	49 %	-	-	-
Urbain	40 %	-	-	-
<b>Mode d'activité</b>				
Seul	31 %	-	-	-
Association	54 %	-	-	-
MSP	15 %	-	-	-
Totalité associés	69 %	-	-	-
<b>Correspondant</b>	80 %	20 %	<i>&lt; 0,001</i>	48 %
<b>Contrainte d'accès</b>	4 %	1 %	0,25	2 %

#### **D – LA PERCEPTION QU'A LE PRESCRIPTEUR DE LA SITUATION CLINIQUE**

Les 3 critères permettant d'évaluer la perception qu'avait le prescripteur de cette situation clinique étaient : le diagnostic qu'il évoque, la sévérité des symptômes et l'impression ou non d'un risque d'aggravation.

**Tableau 9 : perception du prescripteur de la situation clinique.**

	<b>MEDECINS (n = 81)</b>	<b>INTERNES (n = 92)</b>	<b>P</b>	<b>PRESCRIPTEURS (n = 173)</b>
<b>Diagnostic</b>				
Anxiété réactionnelle	63 %	71 %	0,28	67 %
Trouble anxieux généralisé	32 %	34 %	0,82	33 %
Syndrome dépressif caractérisé	14 %	3 %	<b>0,01</b>	8 %
Trouble cognitif	1 %	5 %	0,13	3 %
Pathologie organique	0	1 %	0,35	0,6 %
Autres	0	0	-	0
<b>Gravité</b>				
Légère	18 %	8 %	<b>0,03</b>	13 %
Modérée	70 %	86 %	<b>0,01</b>	79 %
Sévère	4 %	2 %	0,55	3 %
Absence de réponse	7 %	4 %	0,39	6 %
<b>Risque important d'aggravation</b>	25 %	36 %	0,11	31 %

### **III – L'ANALYSE COMPARATIVE**

#### **A – LES VARIABLES EXPLICATIVES**

L'analyse incluant la totalité des prescripteurs a été réalisée pour 2 variables étudiées : la prescription de psychotropes puis celle de BZD. Pour la prescription de psychotropes, 17 variables explicatives étaient évaluées. Pour celle de BZD, il y avait une variable explicative supplémentaire. Les 17 variables communes étaient :

- la qualité du prescripteur (médecin ou interne),
- le sexe,
- le diagnostic d'anxiété réactionnelle,
- l'estimation de la gravité comme « légère »,
- l'évocation d'un risque important d'aggravation,
- la prescription d'un traitement non allopathique,
- le conseil sur les RHDS,
- la proposition d'une prise en charge en médecine alternative,

- la réalisation d'un suivi psychologique par le prescripteur,
- l'évocation par le prescripteur d'un manque de compétence personnelle dans la prise en charge non médicamenteuse du syndrome anxieux,
- l'évocation par le prescripteur comme élément explicatif de non réalisation de prise en charge non médicamenteuse par lui-même d'un obstacle financier ou de temps,
- le fait d'adresser vers un(e) psychiatre,
- le fait d'adresser vers un(e) psychologue,
- le fait que le prescripteur ait un correspondant particulier pour une prise en charge non médicamenteuse,
- le fait que le prescripteur pense que la prise en charge en psychologie nécessite une longue durée avant de ressentir un soulagement,
- le fait que le prescripteur évoque un obstacle d'ordre financier ou géographique à l'accès à une consultation en psychologie,
- le fait que le prescripteur pense que la prise en charge en psychologie soit efficace.

Pour la prescription de BZD, une variable s'ajoute :

- la prescription d'un psychotrope autre qu'une BZD.

Puis, une même analyse a été réalisée pour les variables uniquement applicables à la population des médecins et à celle des internes.

Pour les médecins :

- l'âge (par tranche),
- le lieu d'activité : rural, semi rural ou urbain,
- le mode d'activité libéral : seul, association ou en MSP.

Pour les internes :

- l'année d'étude : première, deuxième ou troisième,
- les stages effectués : praticien niveaux 1, SASPAS et service d'urgences,
- l'intérêt ou non pour une formation en prise en charge non médicamenteuse du syndrome anxieux.

## B – LA PRESCRIPTION DE BZD

### 1 – Les variables associées à une moindre prescription

Les variables explicatives associées à une fréquence moins importante de prescription de BZD sont au nombre de 11.

**Tableau 10 : variables associées à une moindre prescription de BZD.**

VARIABLES	OR	IC	<i>p</i>
<b>Prescription d'un autre psychotrope que les BZD</b>	0,23	[0,1 – 0,53]	<b>0,0005</b>
<b>Diagnostic posé : anxiété réactionnelle</b>	0,39	[0,17 – 0,86]	<b>0,02</b>
<b>Evocation d'obstacle de temps et de rémunération pour prise en charge non médicamenteuse</b>	0,27	[0,07 – 1,05]	0,06
<b>Réalisation de médecine alternative</b>	0,51	[0,23 – 1,12]	0,09
<b>Patiente adressée en consultation de psychologie</b>	0,69	[0,30 – 1,57]	0,37
<b>Correspondant</b>	0,66	[0,26 – 1,70]	0,38
<b>Evocation d'un fort risque d'aggravation</b>	0,76	[0,34 – 1,70]	0,50
<b>Gravité estimée légère</b>	0,72	[0,21 – 2,42]	0,50
<b>Traitement non allopathique</b>	0,82	[0,36 – 1,88]	0,64
<b>Homme</b>	0,89	[0,39 – 2,08]	0,79
<b>Suivi psychologique par le prescripteur</b>	0,99	[0,35 – 2,82]	0,99

## 2 - Les variables associées à une augmentation du nombre de prescriptions

Les variables explicatives associées à une majoration du nombre de prescription de BZD sont au nombre de 7.

**Tableau 11 : variables associées à une plus forte prescription de BZD.**

<b>VARIABLES</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>Evocation d'un obstacle financier ou géographique à l'accès à une consultation de psychologue</b>	2,69	[1,25 – 5,78]	<b>0,01</b>
<b>Estimation que la prise en charge en psychologie est longue avant de ressentir un soulagement</b>	1,90	[0,78 – 4,58]	0,15
<b>Patiente adressée en consultation de psychiatrie</b>	1,62	[0,74 – 3,54]	0,23
<b>Estimation que la prise en charge en psychologie est efficace</b>	2,21	[0,40 – 12,49]	0,36
<b>Conseils sur les RHDS</b>	1,45	[0,63 – 3,40]	0,38
<b>Médecin généraliste (par rapport aux internes)</b>	1,15	[0,39 – 3,38]	0,79
<b>Evocation d'un manque de compétence personnelle</b>	1,14	[0,39 – 3,28]	0,80

## C – LA PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES

### 1 - Les variables associées à une moindre prescription

Les variables associées à une moindre prescription de psychotropes sont au nombre de 8.

**Tableau 12 : variables associées à une moindre prescription de psychotropes.**

<b>VARIABLES</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>Diagnostic posé : anxiété réactionnelle</b>	0,33	[0,13 – 0,84]	<b>0,02</b>
<b>Correspondant connu pour ce type de prise en charge</b>	0,33	[0,12 – 0,93]	<b>0,04</b>
<b>Gravité estimée légère</b>	0,29	[0,08 – 1,02]	<b>0,05</b>
<b>Réalisation de médecine alternative</b>	0,58	[0,25 – 1,34]	0,20
<b>Evocation d’obstacle de temps et de rémunération pour prise en charge non médicamenteuse</b>	0,58	[0,14 – 2,34]	0,44
<b>Patiente adressée en consultation de psychologie</b>	0,86	[0,34 – 2,23]	0,76
<b>Conseils sur les RHDS</b>	0,89	[0,34 – 2,39]	0,82
<b>Traitement non allopathique</b>	0,90	[0,36 – 2,27]	0,82

## 2 - Les variables associées à une augmentation du nombre de prescription

Les variables associées à une plus forte prescription de psychotropes sont au nombre de 9.

**Tableau 13 : variables associées à une plus forte prescription de psychotropes.**

<b>VARIABLES</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>Evocation d'un obstacle financier ou géographique à l'accès à une consultation de psychologue</b>	2,79	[0,96 – 5,38]	<b>0,05</b>
<b>Estimation que la prise en charge en psychologie est longue avant de ressentir un soulagement</b>	2,67	[0,84 – 8,47]	<b>0,09</b>
<b>Estimation que la prise en charge en psychologie est efficace</b>	4,77	[0,77 – 29,45]	<b>0,09</b>
<b>Evocation d'un manque de compétence personnelle dans la prise en charge non médicamenteuse</b>	2,32	[0,62 – 8,61]	<b>0,20</b>
<b>Homme</b>	1,70	[0,65 – 4,44]	<b>0,27</b>
<b>Réalisation d'un suivi psychologique par le prescripteur</b>	1,48	[0,42 – 5,33]	<b>0,54</b>
<b>Médecin généraliste (par rapport aux internes)</b>	1,26	[0,39 – 4,08]	<b>0,69</b>
<b>Patiente adressée en consultation de psychiatrie</b>	1,14	[0,49 – 2,64]	<b>0,75</b>
<b>Evocation d'un fort risque d'aggravation</b>	1,14	[0,46 – 2,89]	<b>0,77</b>

## **D – LES MEDECINS ET LES INTERNES**

Pour les médecins, concernant les variables multinomiales, il a été pris de façon aléatoire comme variable de référence, le milieu rural pour le lieu d'exercice, l'activité en association pour le mode d'activité et la tranche d'âge de 31 à 40 ans.

La variable multinomiale concernant l'année d'étude des internes a comme référence la 1<sup>ère</sup> année.

**Tableau 14 : variables associées à la prescription de BZD et de psychotropes et ne concernant que l'un des types de prescripteurs (médecins ou internes).**

		OR	IC	
<b>Médecins</b>	<b>BZD</b>	Milieu rural	1	-
		Milieu semi rural	0,26	[0,04 – 1,47]
		Milieu urbain	0,83	[0,13 – 5,22]
		Association	1	-
		MSP	0,44	[0,10 – 9,91]
		Seul	0,98	[0,33 – 2,94]
		31 à 40 ans	1	-
		41 à 50 ans	2,20	[0,57 – 8,52]
		51 à 60 ans	3,49	[0,90 – 13,50]
	> 61 ans	1,04	[0,25 – 4,35]	
	<b>Psychotropes</b>	Milieu rural	1	-
		Milieu semi rural	0,45	[0,09 – 2,40]
		Milieu urbain	1,53	[0,30 – 7,98]
		Association	1	-
MSP		0,39	[0,07 – 2,26]	
Seul		1,61	[0,55 – 4,75]	
31 à 40 ans		1	-	
41 à 50 ans		2,05	[0,48 – 8,76]	
51 à 60 ans		2,03	[0,52 – 8,02]	
> 61 ans	1,33	[0,29 – 6,04]		
<b>Internes</b>	<b>BZD</b>	1 <sup>er</sup> année	1	-
		2 <sup>ème</sup> année	2,01	[0,26 – 15,77]
		3 <sup>ème</sup> année	1,85	[0,18 – 19,15]
		Stage praticien	1,43	[0,18 – 11,22]
		Stage SASPAS	1,10	[0,31 – 3,94]
		Stage urgences	0,76	[0,17 – 3,42]
		Intérêt formation	0,40	[0,03 – 5,04]
	<b>Psychotropes</b>	1 <sup>er</sup> année	1	-
		2 <sup>ème</sup> année	0,45	[0,07 – 72,15]
		3 <sup>ème</sup> année	3,66	[0,09 - 155,03]
		Stage praticien	1,54	[0,04 – 54,44]
		Stage SASPAS	0,51	[0,46 – 8,33]
		Stage urgences	0,96	[0,09 – 11,33]
Intérêt formation	0,54	[0,12 – 28,62]		

## DISCUSSION

### I – LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

Le choix thérapeutique du prescripteur fait suite à un raisonnement médical influencé par l'état des connaissances de la science, le niveau de preuve thérapeutique, les compétences et croyances du prescripteur, ses facteurs intrinsèques, son environnement et le patient. Ainsi, le prescripteur vise une balance bénéfice risque favorable (13-15).

#### A – LA PRESCRIPTION DE BZD ET DE PSYCHOTROPES

##### 1 – Un taux important de prescription de BZD et de psychotropes

Parmi tous les prescripteurs, 72 % prescrivent un psychotrope. Les BZD représentent 51 % des psychotropes, les antidépresseurs 28 % et les anxiolytiques non benzodiazépine 21 %. On note une augmentation du nombre de prescription de psychotropes en deuxième intention (91 % contre 32 %) sachant que les médecins les prescrivent plus facilement dès la première consultation (41 % contre 25 %). Les internes prescrivent plus de BZD (52 % contre 37 %) tandis que les médecins prescrivent plus d'antidépresseurs (32 % contre 18 %). Les médecins sont plus nombreux à associer deux à trois psychotropes entre eux (27 % contre 7 %). Les bénéfices pour le patient sont donc pour les médecins plus importants que les risques. Plusieurs études réalisées auprès des médecins généralistes montrent qu'ils sous-estiment les effets secondaires dont notamment le risque de dépendance qui ne constituerait pas un problème (16-18). C'est pourquoi peu de contrats de soins sont établis, contrairement à ce que préconisent les recommandations (4, 6, 13, 14).

A noter que nous n'avons pas retrouvés dans la littérature d'étude chiffrant le taux de primo-prescription de psychotropes ou de BZD dans une situation similaire.

##### 2 – Le report de non prescription de BZD

L'analyse comparative nous permet de mettre en évidence le report de non prescription de BZD sur les autres classes de psychotropes. Ainsi, le fait de prescrire une classe de psychotrope autre que les BZD divise par 4,35 ( $OR = 0,23 / p = 0,0005$ ) le nombre

de prescription d'une BZD. C'est pourquoi, deux variables ont été étudiées : la prescription de BZD et, plus largement celle de psychotropes.

### **3 – La sur-prescription**

Parallèlement, si l'on suit les recommandations mentionnant que seuls les troubles anxieux sévères ou les troubles anxieux généralisés justifient un traitement anxiolytique et que les traitements antidépresseurs sont indiqués dans les syndromes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux généralisés, ces taux de prescriptions sont supérieurs aux indications posées. En effet, concernant les anxiolytiques, 64 % des praticiens en ont prescrit (benzodiazépines et anxiolytique non benzodiazépines confondus) alors qu'ils étaient seulement 33 % à évoquer un trouble anxieux généralisé et 3 % une symptomatologie sévère. Concernant les antidépresseurs, 25 % en ont prescrit alors que seulement 8 % estimaient que cette symptomatologie était évocatrice d'un syndrome dépressif caractérisé. La notion de sur-prescription était donc bien présente comme le montre plusieurs études (10, 19). Cependant, l'efficacité des prises en charge globale des troubles anxieux chez la personne âgée reste mal connue et donc non codifiée (20).

### **B – LES FACTEURS DIMINUANT LE TAUX DE PRESCRIPTION**

La décision des prescripteurs penche donc le plus souvent pour une prise en charge médicamenteuse à base de psychotropes.

L'analyse comparative nous a permis de montrer que sa perception de la situation clinique a une forte influence :

- le fait d'évoquer comme diagnostic l'anxiété réactionnelle divise par 2,56 (OR = 0,39 /  $p = 0,02$ ) le nombre de prescription de BZD et par 3,03 (OR = 0,33 /  $p = 0,02$ ) celui de psychotropes,
- le fait d'estimer la gravité comme légère divise par 3,45 (OR = 0,29 /  $p = 0,05$ ) le nombre de prescription de psychotrope.

Les prescripteurs semblent appréhender la prise en charge du trouble anxieux essentiellement par le traitement symptomatique. Leur objectif thérapeutique semble donc d'atténuer une gêne et peut être comme le souligne l'étude qualitative auprès des médecins

généralistes belges de 2007 de réduire les conséquences (sociales, familiales) de cette souffrance même si cela n'est que temporaire. De plus, les prescripteurs qui pensent que le travail en psychologie doit être long avant de ressentir un soulagement semblent être plus nombreux à prescrire des psychotropes, ce qui renforce l'idée de prise en charge rapide d'un symptôme gênant (cf. infra : chapitre C). La notion de relation médecin-malade renforcée par l'élaboration d'un diagnostic médical et sa prise en charge par une prescription écrite semble également avoir sa place (15-17, 21, 22).

Un élément précis de l'environnement du prescripteur à une influence significative sur ses prescriptions :

- le fait de connaître un correspondant particulier pour une prise en charge non médicamenteuse divise par 3,03 ( $OR = 0,33 / p = 0,04$ ) le nombre de prescription de psychotropes.

Ce résultat se joint à l'augmentation du nombre de prescriptions lorsque le prescripteur ressent une contrainte d'accès à un psychologue (cf. infra : chapitre C). Or 70 % des prescripteurs adressent vers un psychologue alors que le fait d'adresser ne semble pas être une variable significative. Le ressenti du prescripteur d'une possibilité plus personnalisée de prise en charge pluridisciplinaire ou au contraire sa difficulté de mise en place influencerait donc sa prescription.

Les facteurs liés au principe de choix semblent aussi influencer la décision du prescripteur. Bien que ces deux résultats ne soient pas strictement significatifs, ils sembleraient montrer une certaine tendance. Ainsi :

- le fait d'utiliser des médecines alternatives dans sa prise en charge diviserait par 2 ( $OR = 0,51 / p = 0,09$ ) le nombre de prescription de BZD,
- le fait que le prescripteur mentionne qu'il existe un obstacle de temps et / ou financier à la réalisation par lui-même d'une prise en charge non médicamenteuse diviserait par 3,7 ( $OR = 0,27 / p = 0,06$ ) le nombre de prescription de BZD.

Cette dernière notion semblerait contradictoire. Nous l'interprétons comme un facteur d'intérêt porté par le prescripteur pour ce type de prise en charge et pour lesquelles il ne semble pas être reconnu. Il préférera rester attentiste et ne pas prendre le risque d'effets secondaires des prescriptions médicamenteuses. Il est intéressant de noter que les

prescripteurs ressentant un obstacle de rémunération ou de temps à la réalisation d'une prise en charge non médicamenteuse n'étaient pas plus nombreux à avoir recours à un confrère ni à ressentir un obstacle à l'accès à un(e) psychologue. Il semblerait donc que la conviction personnelle de l'effet d'un traitement pèse dans la décision de prescription. Par ailleurs, il semblerait que le fait d'avoir à sa disposition d'autres outils thérapeutiques permette au prescripteur de ne pas délivrer de traitement médicamenteux. En interrogeant les médecins généralistes au cours de l'étude belge de 2007, les médecins rapportaient comme intérêt des médecines alternatives autre que l'effet placebo, le fait de maintenir une prescription écrite (17, 22).

### **C – LES FACTEURS MAJORANT LE TAUX DE PRESCRIPTION**

Un seul facteur a été trouvé. Il s'agissait également d'un facteur environnemental :

- le fait que le prescripteur ressente des contraintes géographiques ou évoque une contrainte financière à l'accès à une consultation de psychologue multiplie par 2,69 ( $p = 0,01$ ) le nombre de prescription de BZD et par 2,79 ( $p = 0,05$ ) celui de psychotropes.

Il pourrait donc s'agir d'une prescription par défaut comme le souligne une étude qualitative comme étant « *le moindre mal* » (17).

Il semblerait que les facteurs liés aux croyances et connaissances du prescripteur puissent également peser dans son choix :

- le fait que le prescripteur pense qu'un travail psychologique nécessite une longue durée de prise en charge avant de ressentir un soulagement multiplie par 2,67 ( $p = 0,09$ ),
- le fait que le prescripteur pense qu'une prise en charge par un psychologue soit efficace multiplie par 4,77 ( $p = 0,09$ ) le nombre de prescription de psychotrope.

Cette dernière notion semblerait également contradictoire. Nous l'interprétons donc dans le sens d'une prise en charge interventionniste. Les médecins prescripteurs de psychotropes souhaiteraient certainement associer toutes les alternatives thérapeutiques possibles et structurer voire rationaliser médicalement leur prise en charge, ce qui s'oppose à certains concepts suggérant l'importance de la part subjective dans cette prescription (16, 23).

Il est donc retrouvé, comme le souligne une étude quantitative canadienne de 2010, que la méconnaissance du travail en psychologie, comme les thérapies courtes et le manque d'outils personnel dans ce type de prise en charge incitent à plus de prescriptions (16). Les barrières aux traitements non pharmacologiques des troubles anxieux, sont pour le prescripteur un manque de compétences personnelles, un manque de temps et de rémunération et leur difficulté d'accès (géographique, attente des rendez-vous...) (16, 17). De plus, on peut évoquer, comme le mentionne une étude italienne la possibilité du poids des habitudes de prescriptions (19).

## **D – LES FACTEURS N'INFLUENCANT PAS LE TAUX DE PRESCRIPTION**

Dans notre étude, aucun des facteurs suivants n'était significatif. Ils ne sembleraient donc pas intervenir dans la décision du prescripteur.

Tout d'abord, les facteurs intrinsèques :

- l'âge,
- le sexe.

Les facteurs environnementaux propres aux médecins :

- le lieu d'activité (rural, semi-rural ou urbain),
- le mode d'activité (seul(e), en association ou en MSP).

Ces résultats sont concordant avec ceux d'une étude française récente montrant également que la densité de médecin n'influçait pas la prescription de BZD (24).

Par ailleurs, certaines études sociologiques ont montré que les femmes jeunes prescrivaient plus de BZD, l'expliquant par la plus grande propension des patients à leur confier ce type de problème (25).

La notion d'expérience :

- la qualité du prescripteur (médecin ou interne),
- le manque de compétence ressenti par le prescripteur pour la réalisation de prise en charge non médicamenteuse du syndrome anxieux,
- l'avancée dans les études de médecine pour les internes (année d'étude),
- le type de stage validé (praticien niveau 1, SASPAS, service de médecine d'urgence),

- l'intérêt pour une formation en prise en charge non médicamenteuse pour les internes.

Ces résultats sont en contradiction avec les études précédemment citées qui mentionnaient que le manque de compétence dans la prise en charge non pharmacologique des troubles anxieux était un obstacle à leur réalisation mais également un facteur incitant à prescrire des BZD (16, 17).

Un des points de la perception de la situation clinique du prescripteur :

- l'évocation d'un risque important d'aggravation.

Enfin, plusieurs des alternatives thérapeutiques aux psychotropes :

- la prescription d'un traitement non allopathique,
- les conseils sur les règles hygiéno-diététiques et sportives,
- le suivi psychologique par le prescripteur,
- le recours à un confrère psychiatre ou psychologue.

Il semblerait que la prise en charge étiologique de l'anxiété par le travail psychologique, passe en arrière-plan et les alternatives thérapeutiques aux médicaments resteraient secondaires.

La question de la prise en charge de l'anxiété en tant que symptôme et / ou étiologie mériterait d'être prise en compte. Le risque serait d'apporter une réponse d'ordre symptomatique à une problématique beaucoup plus vaste (11, 16, 22).

## **E – LES AUTRES DONNEES DESCRIPTIVES INTERESSANTES**

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les médecins prescrivent plus de traitement non allopathique que les internes (43 % contre 17 %), surtout en première intention, tandis que les internes prescrivent plus de traitement à visée symptomatique (20 % contre 4 %).

Les prescripteurs sont 55 % à effectuer un suivi psychologique de la patiente. Nous pouvons donc conclure que dans 17 % (72 % - 55 %) des cas, un psychotrope aurait été prescrit par le médecin sans qu'il ne réalise de suivi psychologique.

Médecins et internes sont 33 % à proposer une prise en charge en médecine alternative alors que les médecins sont plus nombreux à la réaliser eux-mêmes (16 % contre 1 %).

Les internes ont plus souvent recours à un confrère psychiatre ou psychologue (96 % contre 74 %) avec une plus grande fréquence en deuxième intention. Les prescripteurs adressent vers un psychiatre dans 36 % des cas contre 70 % vers un(e) psychologue. Les médecins sont plus nombreux à avoir un correspondant particulier (80 % contre 20 % des internes). Notons que la mise en place d'un suivi psychologique semblerait plus importante que dans les données de la littérature (26).

Une majorité (63 %) de prescripteurs n'évoque pas de contraintes restrictives à l'accès à un(e) psychologue :

- 95 % pensent que cela pourrait améliorer les troubles de la patiente,
- 31 % des internes pensent qu'une prise en charge longue est nécessaire (contre 14 %),
- 37 % évoquent la nécessité d'un investissement financier personnel,
- 2 % seulement parlent d'obstacle géographique à leur accès.

Enfin, 97 % des internes pensent qu'une formation en prise en charge non médicamenteuse de ce type de situation clinique serait utile à leur formation initiale.

## **II – LES FORCES ET LES FAIBLESSES**

---

Le bassin de santé du Lauragais (BSL) dont sont issus les médecins ne présente pas de particularités démographiques. Il se situe à l'Est de Toulouse, dans le département de la Haute-Garonne. Il dénombre 146 918 habitants soit une densité de population de 144 habitants / Km<sup>2</sup>. Il se compose de 107 communes (de moins de 100 habitants à 13 000 habitants), d'évolution croissante de + 1,5 % d'habitants par an. Il s'agit donc d'une région géographiquement hétérogène, comprenant des milieux ruraux et urbains dont le point le plus éloigné de l'agglomération toulousaine se situe à 50 Km tandis que plusieurs communes en sont limitrophes. L'offre de soins est comparable aux moyennes nationales (densité des généralistes de 112 pour 100 000 habitants contre 105 en France, 12 pôles secondaires de soins spécialisés dont le point le plus éloigné se situe à 38 Km, densité de psychiatre de 17,4 pour 100 000 habitants contre 9,9 en France). Ces données sont issues de l'Agence Régionale de Santé, documents de 2005 à 2009 et de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, documents de 2012.

Le taux de réponse des médecins est relativement important (66 %) ce qui représente quasiment la moitié des médecins du BSL. Ainsi, l'utilisation comme échantillon de la population d'un bassin de santé peut révéler tout son intérêt étant donné que par définition, chaque individu est soumis à des contraintes environnementales relativement similaires.

Les réponses au questionnaire sont anonymes sauf pour les personnes souhaitant un résultat de l'étude.

Le fait que le questionnaire soit basé sur un cas clinique permet de mettre chaque prescripteur devant une même situation.

La méthodologie choisie a permis de mettre en évidence des variables explicatives significatives et ajustées.

Il a été retrouvé dans notre étude des résultats comparables à ceux de la littérature : la notion de report de prescription des BZD sur d'autres psychotropes, la sur-prescription notamment dès la première consultation (1, 27). Elle montre également l'importance que prennent les connaissances et croyances du prescripteur dans sa décision et l'accessibilité aux alternatives thérapeutiques (13).

S'y ajoutent des facteurs moins connus comme l'importance d'avoir un correspondant privilégié et le taux de prescription face à une plainte anxieuse.

Il est possible que notre échantillon soit représentatif de la population des médecins du BSL et en partie de celle des médecins généralistes français. En effet, deux niveaux se dessinent. Tout d'abord, les médecins ayant répondu et ceux ayant refusé de répondre semblent similaires concernant le sex-ratio et le mode d'activité. Bien que la valeur de  $p$  soit non significative, notre échantillon étant de petite taille par nature, et le taux de réponse étant important, la différence observée est très probablement nulle.

Par ailleurs, la comparaison entre les médecins du BSL et les médecins français sur deux critères précis montre que :

- la différence de sex-ratio est minime, bien que la valeur de  $p$  ne nous permette pas de conclure, la différence d'effectif nous oriente vers une répartition similaire,
- la valeur du  $p$  comparant le mode d'activité est très proche de la signification, il semble donc que les médecins du BSL exercent plus souvent seuls en cabinet que la moyenne française (63 % versus 50 %).

Notons que ces variables ne sont pas retrouvées comme significatives dans le choix de prescription de psychotropes ou de BZD.

En revanche, la puissance de cette étude reste modeste. Nous n'avons que 5 variables sur 24 qui sont significatives. Ces données n'étant applicables qu'à notre population choisie.

De plus, la forme de l'étude, par cas clinique, n'est pas un cas réel. Bien qu'elle soit basée sur les résultats d'études qualitatives, une étude quantitative ne permet d'aborder que les facteurs déjà présumés pour expliquer la variable étudiée.

Par ailleurs, le taux de réponse des internes est faible (25 %).

### **III - OUVERTURES**

---

Nos résultats ne sont que les prémices d'autres recherches nécessaires à l'élaboration d'outils permettant de lutter contre la sur-prescription de psychotropes et de BZD chez les personnes âgées autonomes. Au regard de ces résultats, il est possible de dire que plusieurs axes de recherche se dessinent.

Il serait notamment intéressant de réaliser une étude qualitative auprès des prescripteurs centrée sur les variables explicatives trouvées. De même, il est nécessaire d'évaluer les autres acteurs de la décision thérapeutique que sont les patients, leur entourage et le système de soins. L'évaluation des déterminants de prescriptions devrait être confrontée aux situations réelles, étendu aux renouvellements de prescription et à l'ensemble des personnes âgées comme l'aborde certaines études qui concernent les patients institutionnalisés où de nombreux autres facteurs d'influence sont trouvés (28).

D'une façon générale, une meilleure connaissance sémiologique des troubles anxieux atténuerait les motivations à avoir recours à un traitement médicamenteux à visée symptomatique d'efficacité souvent transitoire. En effet, il semblerait utile de renforcer les connaissances des prescripteurs notamment dans les champs de l'élaboration diagnostique qui apparaît capitale dans son choix thérapeutique. Notons qu'il n'existe actuellement pas d'échelle diagnostic validée pour les troubles anxieux chez la personne âgée (29, 30). De même, il semblerait que l'amélioration des connaissances des alternatives thérapeutiques possibles permette une diminution du nombre de prescription de psychotropes et de BZD.

Il apparaît également primordial de favoriser la mise en relation entre les professionnels de santé. En effet, la connaissance d'un confrère à qui adresser en particulier et

surtout le réseau établi entre les différents acteurs de soins et l'échange que cela permet autour d'un même patient favoriserait une meilleure prise en charge.

## CONCLUSION

Les raisons qui mènent à une sur-prescription sont à rechercher dans l'ensemble des éléments qui entourent la décision médicale que sont la médecine (ses connaissances et son système de soin), le patient et le prescripteur.

A partir des facteurs associés à la prescription de benzodiazépines et de psychotropes, nous pouvons estimer en partie les motivations des médecins à instaurer ces traitements.

Dans notre étude, les déterminants de prescription trouvés nous permettent de conclure que la valorisation des réseaux de soins pluridisciplinaires et une meilleure connaissance des troubles anxieux pourraient contribuer à diminuer la prescription de benzodiazépines et de psychotropes chez les personnes âgées.

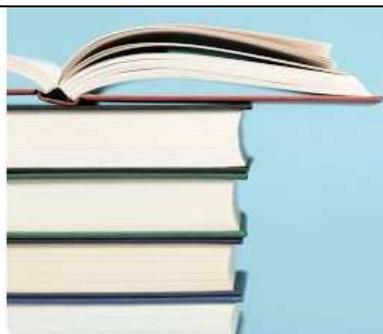
Le perfectionnement de la connaissance de ces facteurs pourrait continuer d'aider le prescripteur dans sa décision.

Toulouse le 22.01.2013

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL

JL 21.01.13

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC



## Prise en charge du syndrome anxieux de la personne âgée en médecine générale

\*Obligatoire

### Pour les médecins généralistes :

#### **QUESTION A \***

Tout d'abord, vous concernant, vous êtes :

- Une femme
- Un homme

#### **QUESTION B \***

Vous avez :

- Moins de 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Plus de 61 ans

#### **QUESTION C \***

Vous exercez :

- En milieu rural
- En milieu semi rural
- En milieu urbain

#### **QUESTION D \***

Vous exercez :

- Seul(e) en cabinet
- En association ou collaboration de médecin généraliste
- En maison médicale ou pôle de santé pluridisciplinaire

**Pour les internes :**

**QUESTION A \***

Tout d'abord, vous concernant, vous êtes :

- Une femme
- Un homme

**QUESTION B \***

Y compris le semestre en cours, vous êtes en :

- 1er semestre
- 2ème semestre
- 3ème semestre
- 4ème semestre
- 5ème semestre
- 6ème semestre

**QUESTION C \***

Quels stages avez vous déjà validés, y compris celui en cours ?

- Praticien niveau 1
- SASPAS
- Urgences
- Autre(s)

# CAS CLINIQUE

---

Vous recevez en consultation à votre cabinet Mme A. 75 ans, que vous suivez en tant que médecin traitant depuis plusieurs années.

Mme A. accompagnée de son mari, vient ce jour en dehors des consultations de renouvellement de son traitement habituel. Elle se plaint de « difficultés à digérer » avec « un mauvais goût continu dans la bouche, comme si son estomac ne se vidait pas ». Par ailleurs, elle voulait vous parler de sa fille, actuellement en fin de traitement pour un cancer du sein de bon pronostic mais pour qui elle « se fait du souci ».

A l'interrogatoire, il n'existe pas de signe franc de reflux gastro-oesophagien, l'examen clinique est normal et son poids est de un kilogramme supérieur à sa dernière pesée dans votre cabinet. Une fibroscopie digestive réalisée il y a 2 ans était normale. Son hypertension artérielle et son diabète sont toujours bien stabilisés, Mme A. connaît parfaitement son traitement.

Son mari témoigne que Mme A. est souvent « inquiète » depuis environ un an. Elle parle beaucoup de sa fille et de ses trois petits enfants qui vivent maintenant loin de chez eux. Dès qu'ils ne sont plus occupés ou entre amis, « elle ressasse ». A la question « comment va votre moral ? », d'un large sourire Mme A. répond que « ça va encore, heureusement ».

Mme A. vous demande comment pourrait-elle « se sentir mieux » car souvent ces derniers temps « pour les nerfs, c'est difficile » sachant que "les tisanes" que lui a donné sa fille ne font « absolument rien ».

Merci de répondre aux questions suivantes en fonction du cas clinique ci-dessus. Plusieurs réponses peuvent être choisies pour une même question.

### QUESTION 1 \*

Prescrivez-vous un traitement médicamenteux ?

- Non
- Oui

### Question 1 bis

Si oui, précisez le ou lesquels (mentionner uniquement le nom de molécule ou de spécialité, homéopathie compris).

### QUESTION 2 \*

Proposez-vous une prise en charge non médicamenteuse ?

- Non
- Conseils sur les règles hygiéno-diététiques et les activités sportives
- Proposition d'une consultation spécialisée auprès d'un psychiatre
- Proposition d'une consultation auprès d'un psychologue
- Prise en charge en médecine alternative (acupuncture ou autre)
- Autre :

### QUESTION 3 \*

Quinze jours après, Mme A. revient. Elle se plaint de douleurs paracervicales sans atteinte fonctionnelle, d'ailleurs elle marche toujours régulièrement avec son club. Elle se sent « tendue » surtout le soir. Dès que le téléphone sonne, « elle pense au pire » concernant sa fille. Quand elle y réfléchit, elle « perd confiance », ce qui la « contrarie beaucoup ». Son mari, parlant de « ses fréquentes inquiétudes » vous demande si cela « est grave » ? Que répondez-vous à Monsieur A. concernant la sévérité des troubles de Mme A. :

- Ses troubles sont légers
- Ses troubles sont modérés
- Ses troubles sont sévères
- Il existe un fort risque d'aggravation

### QUESTION 4 \*

Quel est votre diagnostic ?

- Anxiété réactionnelle ou trouble de l'adaptation
- Trouble anxieux généralisé
- Syndrome dépressif caractérisé
- Trouble cognitif
- Pathologie organique
- Autre :

### QUESTION 5 \*

Prescrivez-vous un traitement médicamenteux ?

- Non
- Oui

### Question 5 bis

Si oui, précisez le ou lesquels (mentionnez uniquement le nom de molécule ou de spécialité, homéopathie compris).

### QUESTION 6 \*

Proposez-vous une prise en charge non médicamenteuse ?

- Non
- Conseils sur les règles hygiéno-diététiques et les activités sportives
- Proposition d'une consultation spécialisée auprès d'un psychiatre
- Proposition d'une consultation auprès d'un psychologue
- Prise en charge en médecine alternative (acupuncture ou autre)
- Autre :

### QUESTION 7 \*

Avez-vous des correspondants particuliers pour ce type de prise en charge ?

- Oui
- Non

### QUESTION 8 \*

Réalisez-vous vous même une prise en charge non médicamenteuse ?

- Non
- Suivi psychologique
- Médecine alternative
- Autre :

### Question 8 bis

Si non, pourquoi ?

- Manque de compétences personnelles dans ce type de prise en charge
- Acte non reconnu financièrement
- Autre :

### QUESTION 9 \*

Mme A. vous demande votre avis concernant une prise en charge psychologique, son efficacité et ses modalités. Que lui répondez vous ?

- Ses troubles n'en sont pas une indication
- Cela peut être efficace pour améliorer ces troubles
- Cela implique une longue durée de prise en charge avant de ressentir un soulagement
- Cela nécessite un investissement financier
- Il existe d'importantes contraintes de déplacement vers ce type de consultation dans votre région
- Autre :

**Tous mes sincères remerciements pour votre participation à ce travail. Si vous souhaitez recevoir un compte rendu des résultats de cette étude, inscrivez ci-dessous votre adresse mail.**

Fourni par [Google Documents](#)

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Afssaps. Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. Rapport d'expertise. 2012.
2. Anaes. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandation pour la pratique clinique. 2001.
3. Patients insomniaques. Revue Prescrire. Les Interactions Médicamenteuses. 2013;Tome 31 n°338:19-4.
4. Belmin J. et al. STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. Revue canadienne de santé publique. 2009;100:426-31.
5. HAS. Plainte anxieuse chez le sujet âgé. Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé : arbre décisionnel. 2008.
6. HAS. Prescrire chez le sujet âgé. Evaluation et amélioration des pratiques. 2008.
7. Préville M. et al. Utilisation des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques chez les personnes âgées vivant dans la communauté : construction d'un cadre conceptuel. Santé mentale au Québec. 2003;XXVIII, 2:165-82.
8. Grant O. L'aide à la prescription dans le service national de santé du Royaume-Uni. La Revue Prescrire. 2008;Tome 28, N°294:301-4.
9. Lamboy B. et al. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2007;55:222-7.

10. Balestrieri M. et al. Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders. A regional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:308–15.
11. Rouleau A. et al. Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé mentale au Québec.* 2003;XXVIII, 2:149-64.
12. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. 2012;n° 167.
13. Chabot J.M. Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur les preuves. *L'aléa thérapeutique. La revue du praticien.* 2009;59(1er partie):573 - 8.
14. Boissel J.P. Fixer les objectifs thérapeutiques pour optimiser la démarche de prescription. *Médecine.* 2009.
15. Scheen A. et al. Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. *Revue Médicale Liège.* 2006;61:488-93.
16. Anthierens S. et al. Barriers to non pharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia. Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. *Canadian Family Physician.* 2010;56:398-406.
17. Anthierens S. et al. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GPs' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2007;25:214 - 9.
18. David Craig. et al. Factors influencing prescription of CNS medications in different elderly populations. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2003;12:383–7.
19. Nobili A. et al. Drug utilization and polypharmacy in an Italian elderly population: the EPIFARM-Elderly Project. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2011;20:488–96.

20. Javard I. et al. Treatment of Anxiety Disorders in the Elderly: Issues and Strategies. *Journal of Anxiety Disorders*. 2000;14:173–90.
21. Otero G. et al. Consommation médicamenteuse des personnes âgées de plus de 65 ans : mesure d'impact : analyse statistique : document de travail. URCAM. 2002.
22. Ankri J. et al. Médicaments psychotropes et sujets âgés : une problématique commune France-Québec ? (Synthèse de la littérature). *Sciences sociales et santé*. 2002;20:35-62.
23. Collin J. et al. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. 1999;17:31-52.
24. Bocquier A. et al. Facteurs associés aux variations cantonales des remboursements d'anxiolytiques et hypnotiques en Provence Alpes Côtés d'Azur en 2005. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2008;56:S364.
25. Le Moigne P. Anxiolytiques, hypnotiques. Les facteurs sociaux de la consommation. Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société. 1999.
26. Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies: Paris Descartes; 2012.
27. Labadens I. Prescription des médicaments psychotropes chez la personne âgée : étude observationnelle au sein du pôle gériatrique du CHU de Toulouse. Toulouse; 2010.
28. Roger F. et al. Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les personnes âgées en centre d'accueil. *Le Médecin de famille canadien*. 1995;41:800 - 5.
29. Fuentes K. et al. Prévalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. *Journal of Experimental Psychology*. 1997;28:269 - 79.
30. Rigaud A.S. et al. Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC-Psychiatrie*. 2005:259–81.

**Nathalie Chaussée**

Toulouse le 5 février 2013

---

**Titre :** Quelles sont les motivations de prescription de benzodiazépines devant la plainte anxieuse d'une personne âgée ?

*Réflexion à partir d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Haute-Garonne et d'internes de médecine générale en Midi-Pyrénées.*

---

**Résumé :**

Il existe en France une sur-prescription d'anxiolytiques chez les personnes âgées par les médecins généralistes. Notre objectif est de mettre en évidence les motivations qui mènent les médecins à cela. Nous avons réalisé une étude quantitative à partir d'un questionnaire basé sur un cas clinique et adressé par courrier électronique aux médecins généraliste du bassin de santé du Lauragais en Haute Garonne et aux internes de médecine générale de Midi Pyrénées. Une analyse par régression logistique multivariée nous a permis de déterminer 4 facteurs influençant la prescription de benzodiazépines et plus largement de psychotropes. Les contraintes d'accès à un(e) psychologue sont associées à une majoration de prescriptions. Le diagnostic d'une anxiété réactionnelle, l'estimation de la gravité comme légère et la connaissance de correspondants particuliers semblent les diminuer. Les difficultés de mise en place d'alternatives thérapeutiques, les attentes des prescripteurs d'une amélioration symptomatique et les méconnaissances des troubles anxieux semblent constituer le moteur des motivations de prescription de ces molécules.

---

**Mots clés :** Déterminants de prescription, psychotropes, benzodiazépines, personnes âgées

---

**Discipline administrative :** Médecine Générale

---

Université Toulouse III – 118 Route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 France

---

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur André Stillmunkès