

ÉPIDÉMIOLOGIE

# Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine

## Psychotropic drug use and correspondence with psychiatric diagnoses in the mental health in the general population survey

A. Grolleau<sup>a,b</sup>, A. Cougnard<sup>a,b</sup>, B. Bégaud<sup>a,b</sup>, H. Verdoux<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Université Victor-Segalen Bordeaux-2, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>b</sup> Inserm U657, IFR99 de santé publique, ADR Bordeaux, institut François-Magendie, 146, rue Léo-Saignat, 33077 Bordeaux, France

<sup>c</sup> Centre hospitalier Charles-Perrens, 121, rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

Reçu le 13 novembre 2006 ; accepté le 6 juillet 2007

Disponible sur Internet le 26 décembre 2007

### MOTS CLÉS

Population générale ;  
Usage de  
médicaments  
psychotropes ;  
Prévalence vie  
entière ;  
Troubles  
psychiatriques ;  
Étude multicentrique

### Résumé

**Objectifs.** – Évaluer la prévalence d'usage vie entière de traitements à visée psychotrope dans la population générale française et la congruence entre usage de ces traitements et diagnostic psychiatrique.

**Méthode.** – L'usage vie entière de traitements à visée psychotrope a été documenté chez 36 785 sujets représentatifs de la population générale française inclus dans l'enquête santé mentale en population générale. Les diagnostics psychiatriques ont été posés par le *mini international neuropsychiatric interview* (MINI).

**Résultats.** – Plus d'un tiers des sujets ont déclaré avoir fait usage de psychotropes au cours de la vie. Près de la moitié des sujets avec un diagnostic MINI ont déclaré n'avoir jamais pris de traitement psychotrope. Moins d'un tiers des sujets présentant un diagnostic de trouble de l'humeur ont fait usage d'antidépresseurs. La proportion de personnes ne présentant aucun trouble selon le MINI et ayant fait au moins une fois usage de psychotropes était d'un quart pour les neuroleptiques, d'un tiers pour les thymorégulateurs et d'un peu moins de la moitié pour les antidépresseurs et anxiolytiques.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [helene.verdoux@u-bordeaux2.fr](mailto:helene.verdoux@u-bordeaux2.fr) (H. Verdoux).

**KEYWORDS**

General population;  
Psychotropic drug  
use;  
Lifetime prevalence;  
Mental disorders;  
Multicentric survey

*Conclusion.* – La fréquence élevée d’usage des psychotropes dans la population française s’associe à une faible congruence entre la présence ou l’absence d’un diagnostic psychiatrique et la présence ou l’absence d’un traitement psychotrope au cours de la vie.

© L’Encéphale, Paris, 2008.

**Summary**

*Objectives.* – The aims of this study were to assess the lifetime prevalence rate of psychotropic drugs use in the French general population and the correspondence between psychotropic drug use and psychiatric diagnoses.

*Methods.* – Data were derived from the multicentric survey mental health in the general population, carried out in 47 French public sites between 1999 and 2003. A face-to-face questionnaire was used to interview a representative sample of French metropolitan subjects, aged 18 and over, noninstitutionalized or homeless. These subjects were recruited using quota sampling for age, sex, socioprofessional and education levels, according to data from the 1999 national French population census. Lifetime use of psychotropic drugs was explored by an open question. Psychiatric diagnoses were identified using the mini international neuropsychiatric interview (MINI). A national database was then constituted by pooling data from all sites, weighted for age, sex, level of education, socioprofessional level and work status, to be representative of the French general population.

*Results.* – Of the 36 785 individuals included in this study, more than one out of three subjects reported having used at least one psychotropic drug during their life. Anxiolytics were the most commonly used drugs, reported by 19.4% of the sample. The other frequently used psychotropic drugs were antidepressants (11.6%) and hypnotics (9.2%). Nearly half of the subjects with a MINI diagnosis reported no lifetime psychotropic drug use. Among the subjects meeting criteria for a diagnosis of mood disorder, 66.3% used psychotropic drugs. However, less than one out of three subjects with a diagnosis of major depressive disorder used antidepressants while 37.2% reported having used anxiolytics. Less than one out of four subjects with a diagnosis of anxiety disorder used antidepressants while 34.3% used anxiolytics. Among subjects with a diagnosis of anxiety disorder, antidepressants and anxiolytics were the most commonly used drugs for subjects with a diagnosis of panic disorder with agoraphobia (46.4 and 58.1%, respectively). Conversely, these were the treatments used the least by subjects with a diagnosis of generalized anxiety disorder (21.9 and 31.5%, respectively). Only 14.9% of subjects with a psychotic syndrome reported having used neuroleptics. Lastly, the highest proportion of subjects with at least one psychiatric diagnosis was found in mood stabilizer and neuroleptic users. However, one third of mood stabilizer users, a quarter of neuroleptic users and less than half of antidepressant and anxiolytic users presented no psychiatric disorder identified by the MINI.

*Conclusion.* – This study highlights the high frequency of exposure to psychotropic drugs in the general French population, and the marked inadequacy between the presence or absence of a psychiatric diagnosis and the lifetime presence or absence of a psychotropic drug treatment.

© L’Encéphale, Paris, 2008.

**Introduction**

Les dépenses pharmaceutiques représentaient en 2003 18,4% des dépenses publiques, plaçant la France au premier rang devant l’Allemagne et le Royaume-Uni [8]. En particulier, les psychotropes arrivaient en 2002 au second rang derrière les antalgiques en nombre d’unités prescrites [7] et le montant remboursé par la sécurité sociale en 2003–2004 pour ces médicaments était estimé à un milliard d’euros [12]. Les études épidémiologiques en population générale évaluant l’usage des médicaments psychotropes sur de courtes périodes (au moment ou dans les mois précédents l’enquête) ont montré que la prévalence ponctuelle d’usage de ces médicaments était élevée en France comparativement aux autres pays européens [1, 3, 9]. À notre connaissance, aucune étude n’a à ce jour évalué la prévalence d’usage des médicaments psychotropes au cours de la vie entière dans la population générale française. Cette

information a été recueillie dans le cadre de l’enquête santé mentale en population générale (SMPG) réalisée par le centre collaborateur de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et la direction de la recherche, des études et de l’évaluation et des statistiques (DREES), dont un des objectifs principaux était d’évaluer la prévalence des troubles psychiatriques dans la population française [2]. Les objectifs de la présente étude étaient d’évaluer : (1) l’usage vie entière de traitements à visée psychotrope dans la population générale française ; (2) la congruence entre usage de traitements psychotropes et diagnostic psychiatrique.

**Méthode**

L’étude actuelle repose sur une analyse secondaire des données collectées dans l’enquête SMPG, dont la méthode a été décrite précédemment [2, 11]. Les personnes âgées de

18 ans et plus, à l'exception des populations marginalisées et hospitalisées, ont été recrutées dans 47 sites de France métropolitaine et des départements d'outre-mer entre 1999 et 2003. Pour chaque site, environ 900 participants ont été recrutés dans des lieux publics (rue, hall de grands magasins ou de services publics...). La méthode des quotas a été utilisée pour sélectionner un échantillon représentatif de la population générale du site pour l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, selon les données issues du recensement 1999 de la population. Les données ont été recueillies à l'aide d'un hétéroquestionnaire structuré lors d'entretiens en face à face, d'une quarantaine de minutes en moyenne, dans des locaux municipaux ou associatifs mis à disposition par les élus locaux. Les enquêteurs étaient des étudiants infirmiers de deuxième et troisième année ( $n = 1700$ ) formés pendant trois jours par un formateur de l'équipe de coordination nationale, coordonnés par un responsable de site. Les enquêteurs disposaient d'un guide détaillé de passation du questionnaire. Le questionnaire collectait des données sur :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les représentations de la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » (non utilisées dans la présente étude) ;
- sur les modes d'aides et de soins, incluant l'utilisation au cours de la vie de médicaments à visée psychotrope explorée par la question « Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête? ». Les médicaments cités ont été catégorisés en thymorégulateurs, neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, remèdes traditionnels (par exemple tisanes), homéopathie et autres. Seules les données concernant ces catégories ont fait l'objet de saisie informatique, ne permettant pas, par exemple, de disposer d'information sur les fréquences d'usage des différentes classes d'antidépresseurs. Un entretien diagnostique structuré avec le *mini international neuropsychiatric interview* (MINI) a permis de poser les diagnostics de troubles psychiatriques selon les critères de CIM-10 [10] (cf. note de bas de [Tableau 3](#) pour la période d'évaluation de chaque trouble).

Un fichier national a été constitué par agrégation des données de tous les sites. Les données ont été pondérées, afin que l'échantillon soit représentatif de la population générale française (données issues du recensement de la population réalisé par l'Insee en 1999) selon les variables : sexe, âge, niveau de formation, catégorie socioprofessionnelle, et statut professionnel.

Les analyses, restreintes pour cette étude aux participants de France métropolitaine, ont exploré les points suivants :

- la prévalence de consommation des traitements à visée psychotrope au cours de la vie ;
- les diagnostics psychiatriques identifiés chez les participants ayant fait usage au cours de leur vie d'un traitement à visée psychotrope ;
- les fréquences d'usage de ces traitements en fonction du diagnostic psychiatrique. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA (version 9.0), toutes les fréquences ont été pondérées en prenant en compte

les poids calculés sur l'échantillon métropolitain avec la commande « IWEIGHTS ».

## Résultats

### Caractéristiques des sujets

Du fait de la méthode utilisée (en cas de refus d'une personne sollicitée, sélection de la personne suivante remplissant les critères d'inclusion selon les quotas), aucune information n'est disponible sur les personnes ayant refusé de participer. Les analyses ont porté sur 36 785 personnes dont la réponse à la question « Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête? » était documentée (99,2% de l'échantillon). Les participants étaient pour 52,2% des femmes ( $n = 19 852$ ) avec une moyenne d'âge de 47,1 ans (écart-type = 18,5, extrêmes = 18–100). Plus de la moitié des sujets étaient mariés ( $n = 19 943$  ; 56,1%) et avaient un niveau d'étude au moins égal au cycle secondaire ( $n = 17 931$  ; 52,2%). La catégorie socioprofessionnelle la plus souvent déclarée était celle de retraité ( $n = 8 277$  ; 23,3%) suivie par celle des employés/emploi jeune/contrat emploi solidarité ( $n = 6 105$  ; 14,5%). Les revenus familiaux mensuels étaient le plus fréquemment situés dans la tranche 1300 à 2500 euros ( $n = 14 646$  ; 40,9%).

### Consommation des traitements psychotropes au cours de la vie

Plus d'un tiers ont déclaré avoir fait usage d'un tel traitement au cours de la vie, les plus fréquemment cités étant les anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques ([Tableau 1](#)). Une proportion très restreinte de sujets ont déclaré avoir eu recours à des traitements traditionnels ou à l'homéopathie. Concernant l'usage de plus d'un psychotrope, seuls les principaux résultats sont présentés ici (résultats détaillés disponibles sur demande auprès des auteurs). L'usage d'anxiolytique a été rapporté par la moitié des sujets ayant pris un antidépresseur ( $n = 1945$  ; 46,7%), neuroleptique ( $n = 242$  ; 52,1%), ou thymorégulateur ( $n = 72$  ;

**Tableau 1** Traitements psychotropes consommés au cours de la vie rapportés par les 36 785 sujets de France métropolitaine inclus dans l'enquête santé mentale en population générale.

	<i>n</i>	(Pourcentage pondéré)
Au moins un médicament psychotrope	13 133	(36,3)
Anxiolytiques	7041	(19,4)
Hypnotiques	3246	(9,2)
Antidépresseurs	4200	(11,6)
Thymorégulateurs <sup>a</sup>	161	(0,4)
Neuroleptiques <sup>b</sup>	474	(1,3)
Remèdes traditionnels	141	(0,4)
Homéopathie	512	(1,3)
Autres	1437	(3,9)

<sup>a</sup> Valpromide, carbamazépine et lithium.

<sup>b</sup> Par ex. tisanes.

45,2 %) et par près d'un quart des sujets ayant pris un traitement homéopathique ( $n = 111$  ; 20,8 %). Il n'est pas possible du fait de la méthode de recueil ne documentant pas la date et la durée d'usage de déterminer, si l'usage des différents types de psychotropes était concomitant ou séquentiel.

### Diagnostics psychiatriques et consommation de psychotropes

Près de la moitié des sujets avec un diagnostic MINI, quel qu'il soit, ont déclaré n'avoir jamais pris de traitement psychotrope au cours de leur vie (Tableau 2). La proportion de sujets ayant pris un traitement était plus importante chez les sujets présentant un trouble de l'humeur (66 %), cependant, moins d'un tiers des sujets présentant un diagnostic d'épisode dépressif ont fait usage d'antidépresseurs ( $n = 1195$ , 30,4 %). La fréquence d'usage des antidépresseurs était plus élevée pour les sujets présentant un diagnostic de dysthymie ( $n = 364$  ; 42,0 %). Les sujets présentant un diagnostic d'épisode maniaque ont rapporté la consommation la plus élevée d'anxiolytiques ( $n = 257$  ; 44,3 %) et de thymorégulateurs ( $n = 30$  ; 4,9 %). Les sujets présentant au moins un trouble anxieux ont plus fréquemment fait usage d'anxiolytiques que d'antidépresseurs (Tableau 2). Parmi eux, plus des trois quarts des sujets ayant un diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique ont déclaré avoir consommé au moins un traitement psychotrope au cours de la vie ( $n = 131$  ; 78,4 %). La fréquence de consommation d'antidépresseurs ( $n = 76$  ; 46,4 %) et d'anxiolytiques ( $n = 92$  ; 58,1 %) est la plus élevée pour ce trouble parmi tous les troubles anxieux. La fréquence la plus élevée d'usage d'hypnotiques a été identifiée chez les sujets avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique ( $n = 55$  ; 21,3 %). Les sujets présentant un diagnostic d'anxiété généralisée ont rapporté le plus faible usage d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (respectivement  $n = 1019$  ; 21,9 % et  $n = 1463$  ; 31,5 %). Enfin, l'usage de neuroleptiques n'a été mentionné que par moins d'un sujet sur six présentant un syndrome psychotique.

Les résultats concernant les diagnostics MINI identifiés chez les sujets rapportant l'usage d'un traitement à visée psychotrope sont présentés dans le Tableau 3. Les comorbidités ne sont pas prises en compte, c'est-à-dire que les fréquences d'usage des différents psychotropes sont rapportées par trouble, quels que soient les troubles associés. Les troubles anxieux ont été les diagnostics les plus fréquemment identifiés chez les personnes ayant fait au moins une fois usage de psychotropes, quelle que soit la classe. La proportion de sujets présentant au moins un trouble psychiatrique est la plus élevée chez les sujets ayant fait usage de neuroleptiques et de thymorégulateurs. Cependant, un tiers des personnes rapportant un usage de thymorégulateurs et un quart de celles rapportant un usage de neuroleptiques ne présentent aucun trouble identifié au MINI. Concernant les autres classes de traitement, un peu moins de la moitié des sujets rapportant un usage d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques n'ont aucun trouble identifié au MINI et cette proportion est encore plus importante chez ceux rapportant un usage d'hypnotiques. Le profil de troubles présentés par les personnes ayant fait usage d'anxiolytiques est globalement comparable à celui de celles ayant fait

**Tableau 2** Usage de traitements à visée psychotrope sur la vie entière en fonction du diagnostic MINI dans l'enquête SMPG.

	Diagnostics psychiatriques (MINI)					
	Trouble de l'humeur <sup>a</sup>		Troubles anxieux <sup>b</sup>		Syndrome psychotique	
	n = 5031 (Pourcentage pondéré)	n = 8139 (Pourcentage pondéré)	n = 1636 (Pourcentage pondéré)	n = 1049 (Pourcentage pondéré)	n = 1001 (Pourcentage pondéré)	n = 11958 (Pourcentage pondéré)
Thymorégulateur	72 (1,5)	80 (1,0)	13 (0,9)	10 (1,1)	33 (3,2)	104 (0,9)
Neuroleptique	222 (4,5)	241 (3,0)	48 (3,0)	49 (4,5)	145 (14,9)	351 (3,0)
Antidépresseur	1543 (31,4)	1871 (23,7)	237 (14,6)	155 (14,9)	248 (25,8)	2513 (21,6)
Anxiolytique	1856 (37,9)	2726 (34,3)	413 (25,3)	261 (24,8)	328 (32,8)	3627 (31,2)
Hypnotique	743 (14,9)	1060 (13,7)	201 (12,4)	111 (11,4)	146 (15,0)	1469 (12,9)
Remèdes traditionnels	19 (0,3)	49 (0,6)	6 (0,4)	7 (0,7)	2 (0,8)	68 (0,6)
Homéopathie	109 (2,1)	199 (2,4)	17 (1,0)	17 (1,6)	16 (1,4)	260 (2,1)
Autres	334 (6,6)	475 (5,8)	93 (5,9)	53 (5,0)	57 (5,5)	689 (5,8)
Au moins un de ces médicaments	3286 (66,3)	4690 (58,8)	727 (44,8)	456 (43,6)	617 (63,1)	6457 (55,3)

<sup>a</sup> Épisode dépressif majeur récurrent ou non, dysthymie et épisode maniaque.

<sup>b</sup> Agoraphobie, trouble panique, agoraphobie avec trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée et état de stress post-traumatique.

**Tableau 3** Diagnostics psychiatriques identifiés par le MINI chez les participants à l'enquête SMPG ayant fait usage au cours de leur vie d'un traitement à visée psychotrope.

Diagnostics psychiatriques (MINI)	Type de traitement consommé sur la vie entière							
	Thymorégulateur Pourcentage pondéré	Neuroleptique	Antidépresseur	Anxiolytique	Hypnotique	Remèdes traditionnels	Homéopathie	Autres
<i>Trouble de l'humeur</i>	45,1	46,4	36,7	26,5	22,2	12,7	21,3	22,8
Épisode dépressif <sup>a</sup>	33,9	33,1	28,7	21,0	17,7	12,2	19,8	18,4
dont tr. dépressif récurrent <sup>b</sup>	20,2	21,2	15,8	11,9	9,4	4,0	11,8	8,9
Dysthymie <sup>c</sup>	5,8	8,1	8,7	5,4	5,0	1,7	1,6	3,7
Épisode maniaque <sup>d</sup>	17,4	16,2	4,5	3,6	3,0	0,0	2,1	2,8
<i>Troubles anxieux</i>	47,0	48,9	44,0	38,2	32,2	34,6	38,4	31,5
Agoraphobie <sup>e</sup>	8,8	9,8	5,8	4,6	3,1	0,4	4,1	3,0
Trouble panique <sup>f</sup>	15,1	19,0	12,8	10,5	7,5	4,0	7,7	6,9
Agoraphobie avec trouble panique <sup>g</sup>	2,2	2,8	1,8	1,4	0,7	0,0	0,4	0,7
Phobie sociale <sup>h</sup>	15,6	10,5	7,7	7,4	6,2	9,2	10,8	6,2
Anxiété généralisée <sup>i</sup>	18,9	20,5	24,1	20,7	18,4	22,2	20,5	17,8
État de stress post-traumatique <sup>j</sup>	4,0	2,9	1,3	1,1	1,6	0,0	0,6	0,9
<i>Problème avec l'alcool<sup>k</sup></i>	8,5	9,7	5,4	5,5	5,8	4,5	3,1	6,3
Utilisation nocive	1,7	2,8	1,8	2,1	2,3	2,6	1,7	2,6
Dépendance	6,8	6,8	3,6	3,5	3,4	1,9	1,4	3,7
Problème avec la drogue <sup>l</sup>	6,2	8,5	3,2	3,2	3,1	4,5	3,0	3,2
Utilisation nocive	0,7	2,4	0,9	0,9	0,7	1,5	1,4	0,5
Dépendance	5,5	6,1	2,3	2,3	2,4	3,0	1,6	2,7
<i>Syndrome psychotique<sup>m</sup></i>	19,1	29,8	5,9	4,5	4,3	5,9	2,7	3,7
Isolé, actuel	0,8	1,8	0,3	0,3	0,2	0,0	0,2	0,2
Isolé, passé	4,0	5,8	0,9	0,6	0,7	0,0	0,3	0,8
Récurrent, actuel	11,3	10,6	2,6	2,1	2,2	5,9	1,1	1,7
Récurrent, passé	2,9	11,6	2,1	1,5	1,2	0,0	1,1	1,2
<i>Au moins une de ces pathologies</i>	62,4	72,2	59,2	51,3	44,9	49,9	49,5	46,7

Critères de durée pour l'évaluation des troubles selon le MINI :

- <sup>a</sup> Épisode dépressif : deux dernières semaines.  
<sup>b</sup> Trouble dépressif récurrent : vie entière.  
<sup>c</sup> Dysthymie : deux dernières années.  
<sup>d</sup> Épisode maniaque : vie entière.  
<sup>e</sup> Agoraphobie : actuel.  
<sup>f</sup> Trouble panique : actuel.  
<sup>g</sup> Agoraphobie avec trouble panique : actuel.  
<sup>h</sup> Phobie sociale : actuel.  
<sup>i</sup> Anxiété généralisée : six derniers mois.  
<sup>j</sup> État de stress posttraumatique : actuel.  
<sup>k</sup> Troubles liés à une consommation abusive d'alcool : 12 derniers mois.  
<sup>l</sup> Consommation de drogues : 12 derniers mois.  
<sup>m</sup> Syndrome psychotique : vie entière.

usage de traitements homéopathiques à visée psychotrope. En effet, les personnes ayant fait usage de ces classes ont présenté dans la moitié des cas au moins une pathologie avec pour plus d'un tiers des cas au moins un trouble anxieux et pour un quart au moins un trouble de l'humeur.

## Discussion

### Synthèse des principaux résultats

Plus d'un tiers des sujets représentatifs de la population générale française ont déclaré avoir fait usage de traitement à visée psychotrope au cours de la vie. Il s'agit le plus souvent d'anxiolytiques, fréquemment associés à un autre psychotrope. Une proportion très restreinte de sujets ont déclaré avoir eu recours à des traitements non allopathiques. Près de la moitié des sujets avec au moins un diagnostic MINI ont déclaré n'avoir jamais pris de traitement psychotrope au cours de leur vie, en particulier, moins d'un tiers des sujets présentant un diagnostic de trouble de l'humeur ont fait usage d'antidépresseurs. La proportion de personnes ne présentant aucun trouble selon le MINI et ayant fait au moins une fois usage de psychotropes était d'un quart pour les neuroleptiques, d'un tiers pour les thymorégulateurs et d'un peu moins de la moitié pour les antidépresseurs et anxiolytiques.

### Limites méthodologiques

L'exploration de l'usage de psychotropes au cours de la vie peut avoir entraîné des biais de mémorisation plus importants que l'exploration de l'usage récent. Ce biais peut avoir entraîné une sous-évaluation des fréquences d'usage, qui pourraient donc être encore plus élevées que celle déjà considérables mises en évidence par cette étude.

Les données collectées permettent de mettre en relation les diagnostics de troubles psychiatriques évalués par le MINI et l'usage de psychotrope au cours de la vie entière, sans toutefois permettre d'établir si l'usage est ou non concomitant à la période de survenue du trouble. De plus, une limite inhérente au MINI est que tous les diagnostics ne sont pas explorés sur la vie entière ; par exemple des sujets présentant un trouble dépressif en rémission sous traitement ne sont pas identifiés comme présentant un trouble psychiatrique par le MINI et peuvent donc être considérés à tort comme ayant un traitement inadéquat. De plus, l'interprétation des résultats doit prendre en compte le fait que la prise ponctuelle d'un psychotrope au cours de la vie peut faire passer la personne dans la catégorie « usage sans trouble psychiatrique identifié ».

Enfin, du fait du mode de recrutement (dans les lieux publics), un biais de sélection a pu contribuer à exclure les sujets présentant des troubles psychiatriques sévères, ce qui a donc probablement contribué à minorer plutôt qu'à majorer les fréquences d'usage.

### Interprétation des résultats

Cette étude confirme la prévalence élevée d'usage des psychotropes trouvée dans d'autres études réalisées en

population générale française [3] ou à partir des données de remboursements de médicaments psychotropes de l'assurance maladie [6], la fréquence étant encore plus importante du fait que la présente étude a exploré cet usage sur la vie entière. Cette étude confirme également la fréquence élevée d'usage des anxiolytiques/hypnotiques en général et chez les sujets ayant fait usage d'un autre traitement en particulier, notamment chez près de la moitié des usagers d'antidépresseurs. Ces résultats suggèrent que la mise sur le marché des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) ne paraît pas avoir entraîné en France une substitution des anxiolytiques par les antidépresseurs, mais plutôt une addition antidépresseurs et anxiolytiques/hypnotiques [12], contrairement à ce qui est observé dans d'autres pays européens où la consommation d'anxiolytiques/hypnotiques a fortement diminué au cours de la dernière décennie [4].

Un résultat intéressant non identifié dans les études précédentes est que le recours à des traitements autres qu'allopathiques est minoritaire dans la population française. L'usage de ce type de traitement semble être complémentaire et non exclusif de l'usage des médicaments psychotropes, puisque le quart des personnes en ayant fait usage ont également déclaré un usage d'anxiolytiques. De plus, le profil diagnostique est comparable chez les personnes rapportant un usage de traitements non allopathiques et d'anxiolytiques.

Concernant la congruence diagnostic-traitement, cette étude montre que la faible congruence entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope existe aussi bien dans le sens « absence d'usage en présence d'un trouble avéré » que dans celui « usage en l'absence de trouble avéré ». Notamment, moins d'un tiers des sujets présentant un trouble de l'humeur et moins d'un quart des sujets présentant un trouble anxieux ont fait usage au cours de leur vie d'un traitement antidépresseur et la fréquence d'usage des anxiolytiques est plus élevée que celle des antidépresseurs dans ces deux types de troubles. Inversement, un peu moins de la moitié des sujets rapportant un usage d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques n'ont aucun trouble identifié au MINI. Nos résultats vont dans la même direction que ceux de l'étude ESEMeD [3] qui a estimé que plus des deux tiers des usagers d'anxiolytiques/hypnotiques et plus de la moitié des usagers d'antidépresseurs ne présentaient aucun trouble identifié. Une étude conduite par l'assurance maladie sur le respect de l'AMM dans les inscriptions de traitements ambulatoires d'ISRS [5] a estimé qu'un peu moins d'un quart des usagers d'antidépresseurs ne présentaient aucun diagnostic psychiatrique selon le MINI, une proportion nettement inférieure à celle estimée dans la présente étude. Néanmoins l'étude de l'assurance maladie portait sur des sujets débutant un traitement, c'est-à-dire plus susceptible de présenter un trouble symptomatique identifiable par le MINI.

Même pour ces classes thérapeutiques telles que les neuroleptiques et les thymorégulateurs dont les indications sont restrictives, une proportion non négligeable de sujets ne présentent aucun trouble identifié au MINI. Cela n'est pas explicable par le fait que le MINI évalue essentiellement les troubles actuels (et que donc le trouble ayant motivé la prescription pourrait être en rémission), puisqu'en l'occurrence le syndrome psychotique (indication principale

des neuroleptiques) et la survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (indication principale des thymorégulateurs) sont explorés sur la vie entière.

Les deux situations, « absence d'usage de psychotropes en présence d'un trouble avéré » et « usage en l'absence de trouble avéré », posent problème. En effet, la prescription en l'absence de trouble, hormis son coût estimé à plus de 250 millions d'euros par an [12], expose de manière injustifiée le patient aux risques liés à l'usage de ces produits. De même, l'absence de prescription en présence d'un trouble psychiatrique avéré a des répercussions délétères à l'échelon individuel et collectif (rupture du cursus scolaire, perte d'emploi, altération du réseau familial et social, développement de conduites addictives, suicide...). Il est indispensable d'effectuer d'autres études épidémiologiques dont l'objectif principal serait l'étude de l'inadéquation diagnostic-traitement, en documentant de manière plus précise les modalités d'usage des médicaments, notamment la durée et les doses des traitements. Cela permettrait alors d'estimer avec précision la fréquence des prescriptions inappropriées et par conséquent de connaître le coût de ces prescriptions dans la population française.

## Remerciements

Cette recherche-action est réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), et le département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a reçu le soutien financier, pour la première phase de recherche, du ministère français des Affaires étrangères, du ministère français de la Santé et de la protection sociale (DGS), de l'OMS Genève (programme « Nations pour la santé mentale »), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du *Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region* (Harare, Zimbabwe) et des laboratoires Synthélabo et SmithKline et Beecham. Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES – ministère de la Santé). Pour les deux phases, cette enquête a été possible grâce au soutien logistique des établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et des services déconcentrés de l'état français (DRASS et ARH), ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées et les associations d'usagers et de familles ont été systématiquement impliquées.

Responsable scientifique: J.-L. Roelandt responsable méthodologique: A. Caria coordination générale: A. Kergall (sites internationaux) et G. Mondière (sites français). Avec l'aide de M.-P. Chalumeau, L. Dufeutrel, M.-T. Maslankiewicz, D. Poissonnier, C. Porteaux, P. Sadoul. Secrétariat: O. Planck et S. Sueur. L'équipe de formateurs: H. Brice, N. Bruynooghe, L. Defromont, V. Fournel, L. Kurkdjian, A. Racine, I. Soloch, G. Tréboutte et F. Wizla.

Responsables de sites:  
Phase 1 – 1998–2000

Les Comores: A. Islam et M. Issulahi (hôpital El Maarouf, Grande Comore); France: R. Bocher (CHU St-Jacques, Nantes), D. Boissinot-Torres (centre hospitalier Édouard, Toulouse, Marseille nord), D. Chino et M.-C. Velut-Chino (CHS Paul-Guiraud, Hauts-de-Seine), L. Denizot (CHS de St-Paul, La Réunion), M. Eynaud (centre hospitalier Monteran et CHU de Pointe-à-Pître, Guadeloupe), C. Lajugie et C. Muller (EPSM de Lille-Métropole, Vallée-de-la-lyse), P. Mulard et C. Alezrah (CHS Léon-Gregory, Pyrénées orientales), G. Treboutte (EPSM de Lille-Métropole, Lille-Hellemmes), C. Thévenon-Gignac (EPSM de Lille-Métropole, Tourcoing); Madagascar: M. Andriantseho (CHU Mahajanga, Mahajanga et Antananarivo); Île Maurice: P. Motay et P. Burhoo (ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie, Île Maurice).

Phase 2 – 2000–2004

Algérie: F. Kacha (HP Mahfoud Boucebci, Cheraga); Belgique: C. Burquel (service de santé mentale le Méridien, Bruxelles); France: C. Adamowski (CHS, Sarreguemines), J.-Y. Alexandre et M. Debrock (EPSM agglomération lilloise, Roubaix), M.-J. Amedro et D. Mahieu (centre hospitalier Camille-Claudel, Angoulême), M.-C. Amieux (groupe hospitalier Maison-Blanche, Paris-10), D. Arnaud (centre hospitalier de Montfavet, Montfavet), P. Bantman (EPS Esquiro, Saint-Maurice), J. Boscredon (centre hospitalier de Montauban, Montauban), H. Brun-Rousseau (centre hospitalier de Cadillac, Bordeaux), F. Burbaud (ORS Limousin, Limoges), F. Caroli et L. Masclat (centre hospitalier Saint-Anne, Paris-14), J.-P. Castelain (centre Pierre-Janet, Le Havre), P. Chaltiel et S. Massimi (EPS Ville-Evrard, Bondy), J. Debieve (EPSM agglomération lilloise, Lille), C. Demogeot et M. Leclerc (centre psychothérapeutique, Nancy/Laxou), B. Desombre (centre hospitalier de Montluçon, Montluçon), C. Faruch (CHS Gérard-Marchand, Toulouse), J. Ferrandi et M.-C. Cabié (centre hospitalier Marc-Jacquet, Melun), J.-Y. Giordana (centre hospitalier Sainte-Marie, Nice), R. Bouet et C. Guyonnet (CHS Henri-Laborit, Poitiers), P. Lacroix (CHG Longjumeau, Longjumeau), D. Léger (CH Georges-Renon, Niort), D. Leguay (centre hospitalier CESAME, Angers), P. Leprelle (centre hospitalier Louis-Pasteur, Cherbourg), P. Lévêque (centre hospitalier d'Arras, Arras), J. Lesturgeon et P.-M. Llorca et (CHU St-Jacques, Clermont-Ferrand), B. Martin (CHS Les Murets, La-Queue-en-Brie), G. Masse et M. Fouillet (centre hospitalier Saint-Anne, Paris-15), M. Mathias (IFSI, Berck sur Mer), G. Milleret et A. Racine (CHS La Chartreuse, Dijon), P. Nubupko (CHS de la Valette, Guéret), E. Perrier (EPSAU, Haguenau), M.-C. Pillon et J.-M. Tarissan (centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, Lyon), B. Pinalie (centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres, Thouars), B. Raynal et B. Millet (centre hospitalier Guillaume-Reignier, Rennes), N. Skurnik et P. Issembert (groupe hospitalier Maison-Blanche, Paris-20), M. Tryantafyllou (centre hospitalier Victor-Jousselin, Dreux), G. Ursulet et B. Cazenave (centre hospitalier Colson, Martinique), T. Wallenhorst (centre hospitalier de Semur, Semur); Mauritanie: A. Ould'Hamady (hôpital militaire de Nouakchott).

L'enquête a reçu l'aide scientifique et méthodologique de M. Anguis, G. Badeyan et V. Bellamy (Drees, Paris), J. Benoist (laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix-en-Provence), G. Bibeau (université de Montréal), R. Dang (Insee, Lille), Y. Lecrubier (Inserm, Paris), N. Quemada (Inserm, CCOMS, Paris) et J.-P. Vignat (groupe français d'épidémiologie psychiatrique, GFEP).

## Références

- [1] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;55–64, suppl.
- [2] Bellamy V, Roelandt J, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Études et résultats, DREES* 2004;n° 347:1–12.
- [3] Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *Encéphale* 2005;31:195–206.
- [4] Kovess V, Brugha T, Carta MG, et al. The state of mental health in the European Union. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06en.pdf).
- [5] Kuhn F, Pedailles S, Pull MT, et al. Adéquation à l'autorisation de mise sur le marché des instauration de traitement par inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine. *Rev Méd Assur Maladie* 2006;37:1–7.
- [6] Lecadet J, Vidal P, Baris B, et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2003;34:75–84.
- [7] Médic'Assurance Maladie. Les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 2001 et 2002. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medic-am-generic-am-biolam/medic-am-2001-2002-aff.php>.
- [8] Nguyen-Kim L, Or Z, Paris V, et al. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. *Questions d'économie de la santé. IRDES* 2005;99:1–6.
- [9] Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63:817–25.
- [10] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10/ICD-10). Critères diagnostiques pour la recherche. Traduction coordonnée par CB Pull:Paris,1994.
- [11] Roelandt JL, Caria A, Mondiere G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *Inf Psychiatr* 2000;76:279–92.
- [12] Sous la direction de Verdoux H, Begaud B. Le bon usage des psychotropes. Rapport OPEPS n° 3187; Juin 2006: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>.