

# Impact du sentiment de dépendance aux benzodiazépines sur l'utilisation des services de santé : Étude sur la santé des aînés\*

Pamphile-Gervais Nkogho Mengue,<sup>1</sup> Belkacem Abdous,<sup>2</sup> Djamal Berbiche,<sup>3</sup> Michel Prévillé,<sup>3</sup> et Philippe Voyer<sup>4</sup>

---

## RÉSUMÉ

**Contexte :** La consommation de benzodiazépines est une pratique courante chez les personnes âgées. Cette consommation peut entraîner un problème de dépendance dont les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition révisée* (DSM-IV-TR) ne s'appliqueraient pas toujours à la situation de l'aîné. Cette recherche vise à examiner l'association entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines et l'utilisation des services de santé par les aînés. Un objectif secondaire consiste à décrire l'utilisation des benzodiazépines chez les aînés vivant dans la communauté.

**Méthode :** Les données proviennent d'une enquête menée au Québec en 2005-2006 auprès d'un échantillon représentatif de 707 francophones âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté. Le sentiment de dépendance aux benzodiazépines a été évalué par une variable composite intégrant deux questions inspirées du DSM-IV-TR. L'utilisation des services de santé a été mesurée par l'incidence cumulée des consultations auprès des professionnels de la santé au cours d'une période de 12 mois.

**Résultats :** Les aînés ont consommé au total 745 benzodiazépines parmi lesquelles 117 (16,5 %) avaient une longue demi-vie d'élimination. La proportion d'aînés qui ont rapporté un sentiment de dépendance aux benzodiazépines a été estimée à 35,1 %. Ces aînés n'ont pas significativement davantage utilisé les services de santé pour leurs problèmes de dépendance aux benzodiazépines.

**Conclusion :** Les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation des benzodiazépines chez les aînés au Québec est loin d'être optimale. Par ailleurs, le besoin ressenti de dépendance ne constitue pas un facteur suffisant pour amener les aînés à utiliser les services de santé pour la prise en charge d'un problème de dépendance. Il existe donc un besoin de recherche afin de mieux cerner les barrières associées à l'utilisation des services de santé par les aînés dépendants aux benzodiazépines.

## ABSTRACT

**Background:** The use of benzodiazepines is common among seniors. This consumption can cause an addiction whose criteria in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition revised* (DSM-IV-TR) do not always apply to the situation of the elderly. This research seeks to examine the link between the feeling of benzodiazepine dependence and the use of health services by seniors. A secondary objective is to describe the use of benzodiazepines among seniors living in the community.

**Method:** Data derive from a survey conducted in Quebec in 2005-2006 from a representative sample of 707 Francophones aged 65 and over living in the community. The feeling of benzodiazepine dependence was measured by a composite variable incorporating two questions inspired by the DSM-IV-TR. The use of health services was measured through the cumulative impact of consultation with health care professionals during a 12-month period.

**Results:** Older adults consumed a total of 745 benzodiazepines, including 117 (16.5%) which had a half-long life. The proportion of seniors who reported a feeling of dependence on benzodiazepines was estimated at 35.1 %. These seniors did not significantly make further use of health services for their addiction to benzodiazepines.

**Conclusion:** The results of this study suggest that the use of benzodiazepines among seniors in Quebec is far from optimal. Moreover, the perceived need in addiction is not a significant factor in inducing seniors to use health services for the management of addiction. There is, therefore, a need for research to better understand the barriers associated with the use of health services by seniors addicted to benzodiazepines.

---

<sup>1</sup> Faculté de pharmacie, Université Laval

<sup>2</sup> Faculté de médecine, Université Laval

<sup>3</sup> Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

<sup>4</sup> Faculté des sciences infirmières, Université Laval

\* Les auteurs remercient les *Instituts de Recherche en Santé du Canada* (IRSC) et le *Fonds de Recherche en Santé du Québec* (FRSQ) pour avoir appuyé financièrement le projet « Étude sur la santé des aînés ».

Manuscript received: / manuscrit reçu : 03/05/12

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 28/08/12

**Mots clés :** Personnes âgées, sentiment de dépendance, benzodiazépines, utilisation des services de santé, Québec

**Keywords:** seniors, feeling of dependence, benzodiazepine, use of health services, Quebec

La correspondance et les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à : Correspondence and requests for offprints should be sent to:

Pamphile-Gervais Nkogho Mengue, M.Sc.  
 Faculté de pharmacie, Pavillon Ferdinand-Vandry  
 Université Laval  
 1050, avenue de la Médecine, local 2575  
 Québec, QC G1K 7P4  
 (pamphile.nkogho-mengue.1@ulaval.ca)

## Introduction

La prévalence de la consommation de benzodiazépines varie selon les études entre 10 et 41,6 % chez les aînés vivant dans la communauté (Fourrier, Letenneur, Dartigues, Moore, et Bégaud, 2001; Voyer, Cappeliez, Pérodeau, et Préville, 2005). L'anxiété et l'insomnie constituent les principales indications thérapeutiques des benzodiazépines au sein de cette population (Lehne, 2010; McIntosh, Clark, et Spry, 2011). L'efficacité des benzodiazépines par rapport au placebo n'est cependant pas démontrée au-delà de trente jours d'utilisation (Ashton, 2005; Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, et King, 2000). Pourtant, l'utilisation prolongée des benzodiazépines est une pratique courante chez l'aîné (Egan, Moride, Wolfson, et Monette, 2000; Fortin et al., 2007). La durée moyenne de consommation des benzodiazépines a été estimée à près de 10 ans chez les aînés vivant à domicile (Voyer, Landreville, Moisan, Tousignant, et Préville, 2005).

L'utilisation chronique des benzodiazépines expose les aînés à un affaiblissement des fonctions cognitives (Barker, Greenwood, Jackson, et Crowe, 2004; Glass, Lanctôt, Herrmann, Sproule, et Busto, 2005), aux accidents de la voie publique (Smink, Egberts, Lusthof, Uges, et de Gier, 2010) et aux chutes occasionnant des fractures (Bartlett, Abrahamowicz, Grad, Sylvestre, et Tamblyn, 2009; Tamblyn, Abrahamowicz, du Berger, McLeod, et Bartlett, 2005). Les dépenses totales, directes et indirectes liées à ces chutes s'élèvent annuellement à plus de 2 milliards de dollars au Canada et à 370 millions au Québec (Sauvé-Qui-Pense, 2009). En Europe, ce coût se situe entre 1,5 et 2,2 milliards d'euros par an (Panneman, Goettsch, Kramarz, et Herings, 2003).

À ces effets adverses, s'ajoute le risque de dépendance chez les aînés prédisposés (Closser, 1991; O'Brien, 2005). La dépendance aux benzodiazépines est un problème de santé important mais dont la prévalence serait sous-estimée chez l'aîné (Ashton, 2005; Voyer, Roussel, Berbiche, et Préville, 2010). Une des raisons avancées est que les critères typiques de dépendance à une substance définis par le *Manuel diagnostique et statistique des*

*troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition révisée* (DSM-IV-TR) (Association Américaine de Psychiatrie, 2004) ne permettent pas toujours de classer adéquatement les aînés comme étant dépendants ou non aux benzodiazépines (Rouleau, Proulx, O'Connor, Bélanger, et Dupuis, 2003; Voyer et al., 2004). Cette inadéquation s'expliquerait par le critère de tolérance qui est affecté par les modifications pharmacocinétiques liées à l'âge; le critère de sevrage dont les manifestations cliniques atypiques sont souvent confondues avec les pathologies somatiques sous-jacentes rencontrées chez l'aîné; et le critère de retentissement professionnel ou social qui est inadapté aux aînés (Marquette, Guillou-Landreat, Grall Bronnec, Vermeulen, et Venisse, 2010; Voyer et al., 2004). Dans un échantillon représentatif de 707 aînés consommateurs de benzodiazépines, Voyer, Préville, Cohen, Berbiche et Béland (2010) ont ainsi estimé à près de 10 % la proportion d'aînés rencontrant les critères de dépendance du DSM-IV-TR. Par contre, 35,1 % de cette population se sont autoévalués dépendants aux benzodiazépines (Voyer, Préville, Cohen, Berbiche, et Béland, 2010).

L'autoévaluation de la santé est une mesure très répandue qui reflète non seulement l'état de santé physique, mais aussi le sentiment de bien-être général d'une personne (Andersen, 1995; Mechanic, 1979; Shields et Shoostari, 2001). Au Canada, une étude décrivant l'utilisation des services de santé par les aînés a montré que les personnes qui avaient une mauvaise perception de leur état de santé avaient consulté un professionnel de la santé près de sept fois, en moyenne, comparativement à moins de trois fois pour celles qui jugeaient leur santé très bonne ou excellente (Rotermann, 2004).

L'impact du sentiment de dépendance aux benzodiazépines sur l'utilisation des services de santé par les aînés n'est pas connu. Toutefois, Andersen et Newman (1973) ont proposé un modèle comportemental d'utilisation des services de santé. Ce modèle établit les *facteurs de prédisposition*, les *facteurs habilitants* et les *facteurs de besoins* qui influencent de manière déterminante l'utilisation des services de santé (Andersen et

Newman, 1973). Les *facteurs de prédisposition* recouvrent les caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, le sexe et l'état civil. Selon leurs caractéristiques individuelles, les aînés auront une plus ou moins grande propension à utiliser les services de santé. Les *facteurs habilitants* recouvrent les barrières « familiales » à l'accessibilité telle que l'opinion des personnes significatives concernant le recours aux services de santé ainsi que les barrières « communautaires », notamment l'accessibilité sociale, économique et géographique. Les *facteurs de besoins* font référence à la santé physique et mentale, décrits comme un processus d'invalidité dont font partie la dépendance physique et psychologique à une substance, incluant les benzodiazépines (Association Américaine de Psychiatrie, 2004; World Health Organization, 1993).

La présente étude a pour objectif principal d'explorer l'association entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines et l'utilisation subséquente des services de santé par les aînés vivant dans la communauté. Cette étude s'appuie sur le cadre conceptuel proposé par Andersen et Newman (1973), afin de tenir compte des facteurs qui interagissent pour faciliter ou freiner l'utilisation des services de santé par les aînés. Un objectif secondaire consiste à décrire l'utilisation

des benzodiazépines chez les aînés vivant dans la communauté au Québec.

## Méthodologie

### Population étudiée

Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'*Étude sur la santé des aînés (ESA)*, menée en 2005-2006, dans une cohorte de personnes âgées résidant dans la communauté dans la province de Québec, Canada.

Les aînés retenus dans l'ESA devaient être âgés de 65 ans et plus, parler et comprendre le français (95 % de la population québécoise est francophone). La procédure de recrutement des 707 aînés retenus dans la présente étude est illustrée à la figure 1. Cette procédure a déjà été décrite ailleurs (Voyer, Preville, Roussel, Berbiche, et Beland, 2009). Brièvement, les personnes ont été sélectionnées selon un mode d'échantillonnage aléatoire stratifié en fonction de trois zones géographiques de la province de Québec : 1) métropolitaine (> 500 001 habitants); 2) urbaine (5001 – 500 000 habitants); rurale (< 5000 habitants). Dans chaque zone géographique, un échantillon probabiliste composé d'une seule personne par ménage vivant à domicile a été constitué à

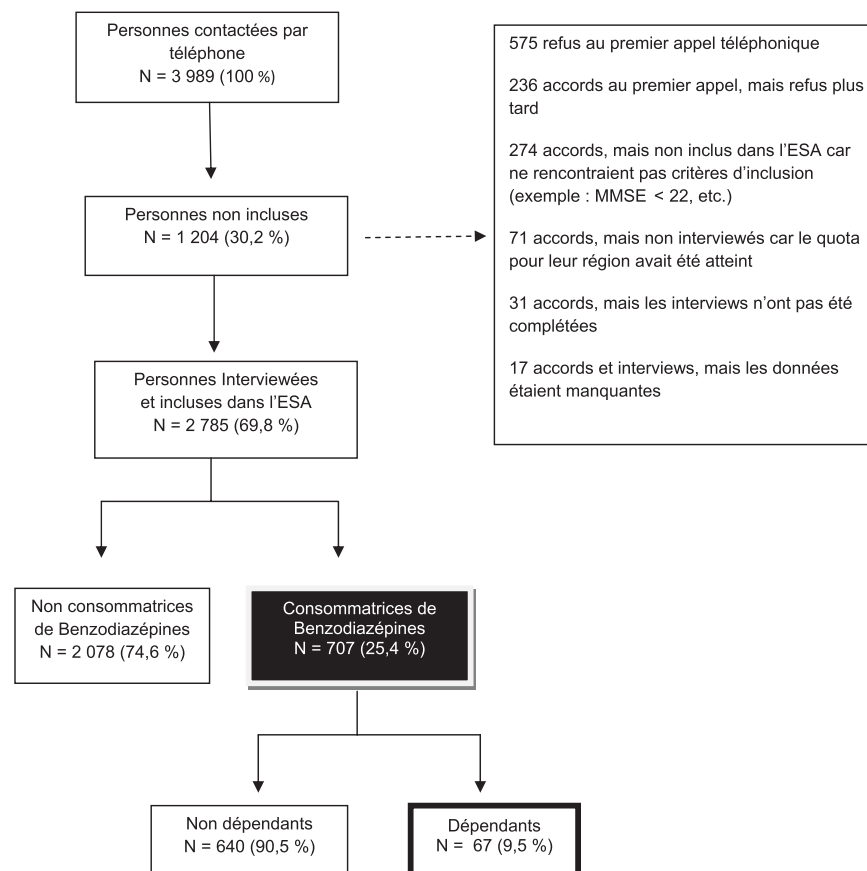


Figure 1: Recrutement de la population à l'étude.

partir d'une méthode de généralisation aléatoire de numéros de téléphones.

### Collecte de données

La collecte de données a débuté par un contact téléphonique d'une infirmière de recherche auprès des répondants potentiels. Le but étant de décrire les procédures de l'étude et de solliciter ces personnes à participer à une entrevue à domicile. L'infirmière a ensuite planifié des rendez-vous d'une visite de l'enquêteur auprès de toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude. Dans une seconde étape, tous les volontaires ont reçu une lettre décrivant l'étude et visant à les rassurer de la crédibilité de l'enquête et de l'enquêteur. Toutes les entrevues ont eu lieu deux semaines après le contact avec l'infirmière et ont duré 90 minutes en moyenne.

Au début de l'entrevue, les personnes ont été invitées à se soumettre au *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, et McHugh, 1975). Les personnes présentant des déficits cognitifs modérés à sévères (score du MMSE < 22) ont été exclues. Les aînés restant ont été invités à répondre au questionnaire de l'ESA (Q-ESA) relatif à leur santé physique et mentale, à leur utilisation des services de santé ainsi qu'à leur consommation de psychotropes. Le Q-ESA dont les items sont fondés sur les critères du DSM-IV-TR a permis de mesurer le statut mental des répondants. Ce questionnaire est similaire au *Diagnostic Interview Schedule* et au *Composite International Diagnostic Interview* qui ont tous deux été jugés suffisamment fiables et valides (Andrews et Peters, 1998; Levitan, Blouin, Navarro, et Hill, 1991). Les aînés composant la cohorte ont été suivis par contact téléphonique tous les deux mois pendant dix minutes pour vérifier, le cas échéant, les changements survenus dans les issues mesurés dans l'ESA. Tous les participants ont donné un consentement éclairé écrit et ont reçu une compensation financière de quinze dollars pour leur participation.

### Variable dépendante : Utilisation des services de santé

L'utilisation des services de santé a été définie en termes de consultation auprès d'un professionnel de la santé. Elle a été mesurée à l'aide d'une variable composite créée à partir des deux questions suivantes tirées du Q-ESA : 1) « Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé au sujet des manifestations dont vous venez de me parler? » et 2) « Qui avez-vous consulté la première fois? ». Les valeurs associées à cette variable étaient : médecin généraliste, médecin spécialiste, psychologue et autres thérapeutes. La valeur « autres thérapeutes » a regroupé les infirmières, les pharmaciens et tout autre

professionnel de la santé nommément identifié par les répondants.

### Variable indépendante : sentiment de dépendance aux benzodiazépines

Le sentiment de dépendance aux benzodiazépines a été mesuré par deux questions tirées du Q-ESA : 1) « Avez-vous essayé d'arrêter de prendre ce médicament? » et 2) « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous remarqué une diminution de l'effet de ce médicament, par exemple sur le sommeil, l'anxiété ou la tristesse? ». Ces questions se sont avérées utiles dans le dépistage de la dépendance chez les aînés, avec une sensibilité de 97,1 % et une spécificité de 94,9 % par rapport au DSM-IV-TR (Voyer, Roussel, et al., 2010).

### Covariables

Les covariables d'ajustement ont été classées selon la structure proposée par Andersen et Newman (1973). Les *facteurs de prédisposition* colligés au début de l'enquête sont l'âge, le sexe et la situation matrimoniale de l'aîné. Les *facteurs d'habileté* retenus ont été le revenu annuel du ménage et la région de résidence de l'aîné. Les *besoins* perçus ont été mesurés par le nombre de problèmes de santé chroniques fondé sur la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10<sup>e</sup> édition (World Health Organization, 1993) et l'auto perception de la santé mentale des répondants. Nous avons pris en compte la demi-vie d'élimination des benzodiazépines divisée en trois catégories – demi-vie longue (supérieure à 24 heures), demi-vie intermédiaire (5 à 24 heures), demi-vie courte (inférieure à 5 heures) – telle que proposée par Greenblatt, Shader, Divoll et Harmatz (1981).

### Analyses statistiques

Les benzodiazépines consommées ont été présentées sous forme de proportions encadrées par leur intervalle de confiance à 95 %. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des aînés ont été décrites à l'aide des proportions. Les associations entre chacune des caractéristiques des aînés et le sentiment de dépendance aux benzodiazépines ont été mesurées par des rapports de cotes bruts.

Les associations entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines et l'utilisation des services de santé ont été examinées à l'aide des régressions logistiques univariées et multivariées. La procédure GENMOD de *Statistical Analysis System* (SAS) a permis de modéliser les cas incidents d'utilisation des services de santé par les aînés (Statistical Analysis System, 2009). Toutes les analyses ont été faites à l'aide du progiciel SAS version 9.2 pour Windows.



**Tableau 1 : Caractéristiques de la population à l'étude selon le statut de sentiment de dépendance aux benzodiazépines**

Caractéristiques	Sentiment de dépendance aux benzodiazépines		Rapport de cote (Intervalle de confiance à 95 %)
	Oui N (%)	Non N (%)	
	<b>248 (35,06 %)</b>	<b>459 (64,94 %)</b>	
Âge (années)			
65 – 74†	136 (37,1 %)	230 (62,9 %)	1
75 – 84	99 (34,0 %)	192 (66,0 %)	0,87 (0,63 – 1,31)
≥ 85	13 (26,3 %)	38 (73,7 %)	0,61 (0,31 – 1,67)
Sexe			
Homme†	66 (28,4 %)	167 (71,6 %)	1
Femme	182 (38,3 %)	292 (61,7 %)	<b>1,54 (1,11 – 2,20)</b>
Éducation (années)			
0 – 7†	164 (33,4 %)	327 (66,6 %)	1
8 – 12	52 (39,9 %)	78 (60,1 %)	1,29 (0,80 – 2,09)
≥ 13	40 (39,3 %)	49 (60,7 %)	1,32 (0,89 – 1,97)
Statut matrimonial			
Marié/Union libre†	162 (38,0 %)	264 (62,0 %)	1
Célibataire/Divorcé/Veuf	86 (30,6 %)	195 (69,4 %)	<b>1,39 (1,01 – 1,91)</b>
Région de résidence			
Urbaine†	40 (34,8 %)	74 (65,2 %)	1
Métropolitaine	125 (36,7 %)	215 (63,3 %)	1,09 (0,70 – 1,69)
Rurale	83 (32,9 %)	170 (67,1 %)	0,92 (0,58 – 1,46)
Revenu annuel, \$			
< 15 000†	47 (20,6 %)	76 (18,3 %)	1
15 000 – 25 000	69 (30,1 %)	107 (25,8 %)	1,04 (0,64 – 1,66)
≥ 25 000	113 (49,3 %)	233 (56,0 %)	0,78 (0,51 – 1,20)
Santé mentale perçue			
Très bonne†	87 (33,6 %)	171 (66,4 %)	1
Excellente	95 (36,7 %)	164 (63,3 %)	1,15 (0,80 – 1,65)
Bonne	43 (30,9 %)	96 (69,1 %)	0,89 (0,57 – 1,38)
Moyenne	19 (46,2 %)	23 (53,8 %)	1,70 (0,88 – 3,29)
Mauvaise	1 (24,7 %)	3 (75,3 %)	–
Maladies chroniques			
1 – 2†	59 (38,5 %)	94 (61,5 %)	1
3 – 4	78 (28,4 %)	94 (61,5 %)	0,63 (0,42 – 0,96)
≥ 5	99 (40,8 %)	144 (59,2 %)	1,10 (0,73 – 1,67)
Aucune	7 (28,8 %)	19 (71,2 %)	0,65 (0,26 – 1,60)
Benzodiazépines de demi-vie longue			
Non†	206 (35,0 %)	384 (65,0 %)	1
Oui	42 (35,6 %)	75 (64,4 %)	1,03 (0,68 – 1,56)
Benzodiazépines de demi-vie intermédiaire			
Non†	37 (35,7 %)	67 (64,3 %)	1
Oui	210 (35,0 %)	392 (65,1 %)	0,97 (0,63 – 1,49)
Benzodiazépines de demi-vie courte			
Non†	248 (35,2 %)	456 (64,8 %)	1
Oui	0 (0,0 %)	3 (100 %)	–

† Catégorie de référence

Les mesures d'association significatives sont en gras.

## Résultats

### Caractéristiques de la population à l'étude

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des 707 aînés retenus dans la présente étude. Parmi ces aînés, 474 (67,0 %) étaient des femmes alors que 233 (33,0 %) étaient des hommes.

Soixante pour cent des répondants étaient mariés ou vivaient en union libre. Près de 70,0 % des aînés ont rapporté avoir moins de huit années de scolarité et 48,1 % vivaient en région métropolitaine. Quatre-vingt-treize pour cent des aînés ont estimé leur santé mentale « excellente » ou « bonne » contre 7,0 % qui l'ont jugée « moyenne » ou « mauvaise ».

**Tableau 2 : Caractéristiques des benzodiazépines consommées par les 707 aînés**

Caractéristiques des benzodiazépines	Nombre <sup>†</sup>	Proportion (%)	Intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %)
<i>Demi-vie longue</i>			
Clonazépam	75	10,6	8,33 – 12,86
Flurazépam	32	4,6	3,04 – 6,13
Nitrazépam	11	1,5	0,60 – 2,39
<i>Demi-vie intermédiaire</i>			
Lorazépam	310	43,9	40,28 – 47,60
Oxazépam	162	22,9	19,80 – 26,00
Témazépam	59	8,3	6,27 – 10,34
Bromazépam	49	7,0	5,12 – 8,88
Alprazolame	43	6,1	4,31 – 7,83
Estazolam	1	0,1	0,00 – 0,29
<i>Demi-vie courte</i>			
Triazolam	3	0,5	0,00 – 0,98

<sup>†</sup> Certains aînés peuvent avoir consommé plus d'une benzodiazépine.

### Caractéristiques des benzodiazépines consommées

Les 707 aînés inclus dans l'étude ont déclaré avoir consommé 745 benzodiazépines au cours d'une période de 12 mois. Les benzodiazépines consommées étaient majoritairement à demi-vie intermédiaire (88,2 %) et à demi-vie longue (16,7 %). Trente-cinq pour cent des aînés ont rapporté éprouver un sentiment de dépendance associé à la prise de benzodiazépines. Les analyses univariées montrent que les sujets à risque sont les femmes (Rapport de cote (RC) = 1,54; Intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) = 1,11 – 2,20) et les aînés célibataires, divorcés ou veufs (RC = 1,39; IC 95 % = 1,01 – 1,91).

### Sentiment de dépendance aux benzodiazépines et utilisation des services de santé

Le tableau 3 montre après ajustement des facteurs confusionnels potentiels, que les aînés qui éprouvent un sentiment de dépendance aux benzodiazépines n'ont recours ni aux médecins généralistes ou spécialistes, ni aux psychologues ou tout autre professionnel de la santé de façon significative.

## Discussion

La présente étude visait, entre autres, à décrire l'utilisation des benzodiazépines chez les aînés vivant dans la communauté au Québec. Parmi les 2 785 aînés enrôlés dans l'ESA, 707 (25,4 %) ont rapporté avoir consommé des benzodiazépines. Cette prévalence est similaire à celle observée chez les aînés vivant à domicile dans deux autres provinces du Canada, la Nouvelle Écosse (Rojas-Fernandez, Carver, et Tonks, 1999) et l'Ontario (Tu, Mamdani, Hux, et Tu, 2001), ainsi qu'en France (Lechevallier, Fourrier, et Berr, 2003). Ces études témoignent de la consommation

élevée de benzodiazépines chez les aînés, avec une propension plus accrue chez les femmes par rapport aux hommes (Lechevallier et al., 2003; Rojas-Fernandez et al., 1999; Tu et al., 2001).

Nos résultats indiquent aussi que près de 17,0 % des benzodiazépines consommées par les aînés avaient une longue demi-vie d'élimination. Cette proportion est préoccupante, bien qu'elle soit moins élevée que celle observée dans d'autres pays. Par exemple, le pourcentage de benzodiazépines à longue demi-vie d'élimination consommées par les aînés vivant à domicile serait de 48,0 % en France (Lechevallier et al., 2003) et de 51,5 % en Irlande (Kirby et al., 1999). Les benzodiazépines à longue demi-vie d'élimination seraient considérées potentiellement inappropriées chez les aînés (American Geriatrics Society, 2012; Chang et Chan, 2010; McLeod, Huang, Tamblyn, et Gayton, 1997). Leur consommation répétée peut provoquer une accumulation dans le métabolisme de l'aîné (Herings, Stricker, et De Boer, 1995). Le gain de masse grasseuse qui survient habituellement avec l'âge peut contribuer à augmenter le volume de distribution des benzodiazépines comme substance lipophile et diminuer leur vitesse d'élimination (Bourin, 2010; Dailly et Bourin, 2008). Le déséquilibre plasmatique ainsi obtenu accentue les effets indésirables des benzodiazépines chez les aînés.

Notre étude corrobore les observations de Bartlett et collaborateurs (2004) selon lesquelles l'usage des benzodiazépines n'est pas optimal chez les aînés au Québec. Il existe donc un besoin de recherche afin d'évaluer de façon plus complète, la qualité de l'usage des benzodiazépines au sein de cette population. Ces études pourraient s'appuyer sur des critères explicites permettant de juger si les benzodiazépines ont été utilisées de façon appropriée quant à l'indication

**Tableau 3 : Relations entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines et l'utilisation des services de santé**

Dépendance aux benzodiazépines	Utilisation des services de santé							
	Médecin généraliste		Médecin spécialiste		Psychologue		Autres thérapeutes	
	Cas <sup>1</sup> /Témoins	RC (IC 95 %)	Cas <sup>1</sup> /Témoins	RC (IC 95 %)	Cas <sup>1</sup> /Témoins	RC (IC 95 %)	Cas <sup>1</sup> /Témoins	RC (IC 95 %)
<b>Modèle 1†</b>								
Sentiment de dépendance aux benzodiazépines								
Non	9 / 450	1	14 / 445	1	4 / 454	1	0 / 459	1
Oui	5 / 243	0,85 (0,25 – 2,89)	14 / 234	1,25 (0,57 – 2,75)	2 / 245	0,79 (0,14 – 4,42)	0 / 248	–
<b>Modèle 2‡</b>								
Sentiment de dépendance aux benzodiazépines								
Non	9 / 450	1	14 / 445	1	4 / 454	1	0 / 459	1
Oui	5 / 243	1,56 (0,35 – 6,92)	14 / 234	0,85 (0,33 – 2,21)	2 / 245	0,36 (0,03 – 4,95)	0 / 248	–

<sup>1</sup> Cas incidents d'utilisation des services de santé au cours d'une période de 12 mois.

† Modèle 1 : ajusté pour l'âge, le sexe et l'éducation.

‡ Modèle 2 : ajusté pour l'âge, le sexe, l'éducation, le statut matrimonial, le revenu familial annuel, la région de résidence, la santé mentale perçue, les maladies chroniques et la demi-vie d'élimination des benzodiazépines.

thérapeutique, la dose, la durée de traitement et la surveillance des effets secondaires.

Le sentiment de dépendance a été rapporté par 248 (35,1 %) aînés consommateurs de benzodiazépines. En utilisant les mêmes critères atypiques, Voyer et ses collaborateurs (2010) ont observé, au sein de la même cohorte, une prévalence identique du sentiment de dépendance aux benzodiazépines. Par contre, la prévalence de la dépendance aux benzodiazépines a été estimée à 9,5 % avec les critères typiques du DSM-IV-TR dans la même cohorte (Voyer, Préville, et al., 2010). Ces observations corroborent la thèse selon laquelle les critères de dépendance à une substance définis par le DSM-IV-TR informent mal sur le phénomène de dépendance aux benzodiazépines chez les aînés (Rouleau et al., 2003; Voyer et al., 2004).

La présente étude avait pour objectif principal d'examiner l'association entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines et l'utilisation des services de santé. En accord avec le modèle d'Andersen et Newman (1973), nous nous attendions à ce que le besoin perçu par les aînés en terme de sentiment de dépendance puisse favoriser chez ces derniers, le recours aux services de santé. Paradoxalement, nos résultats ne montrent aucune association significative entre le sentiment de dépendance aux benzodiazépines rapporté par les aînés et leur recours aux professionnels de la santé. Nos observations supportent ainsi la thèse selon laquelle le besoin perçu à lui seul n'explique pas l'utilisation des services de santé, même s'il est l'élément déclencheur le plus important (Andersen et Newman, 1973; Becker et Maiman, 1983).

Il est plausible que la stigmatisation envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale soit une barrière psychologique ayant freiné l'accès des aînés aux professionnels de la santé (Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman, et al., 2001; Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Raue, et al., 2001). Ce problème est reconnu comme préoccupant à l'échelle mondiale (World Health Organization, 2001). Au Québec, la situation particulière des aînés n'est pas bien établie, quelle que soit leur culture. Des recherches qui tiennent compte de la diversité ethnoculturelle québécoise devraient être menées afin d'identifier les barrières associées à l'utilisation des services de santé mentale par les aînés, en particulier ceux qui sont aux prises avec une dépendance aux benzodiazépines.

Aux États-Unis, par exemple, les études menées auprès des américains d'origine asiatique montrent que la maladie mentale, dans cette communauté, est perçue comme une question personnelle et une menace pour l'équilibre, voire l'harmonie de toute la famille (Lin et Cheung, 1999; Okazaki, 2000). Dans cette

perspective, une personne vivant un problème de santé mentale déshonore toute une famille (Lin et Cheung, 1999; Okazaki, 2000). De ce fait, les croyances et la stigmatisation contre les problèmes de santé mentale ont un impact négatif sur l'utilisation des services de santé par les aînés d'origine asiatique (Lin et Cheung, 1999; Okazaki, 2000). La stigmatisation s'est aussi avérée être une barrière aux soins de santé mentale dans d'autres groupes ethniques minoritaires aux États-Unis (Gary, 2005).

Notre étude présente deux limites principales. La première tient au fait que la base de données de l'ESA ne comporte pas d'informations sur l'abus d'alcool et d'autres médicaments pouvant entraîner à la fois un sentiment de dépendance et des consultations auprès des professionnels de la santé. Ces informations auraient permis de contrôler davantage les facteurs confusionnels potentiels. La seconde limite est inhérente au taux de participation à l'ESA qui a été de 66,5 %. Ainsi, il pourrait exister un biais de sélection entraînant une sur ou sous-estimation du sentiment de dépendance aux benzodiazépines et de l'incidence de l'utilisation des services de santé. Il est difficile de se prononcer sur ce biais, car aucune information sur les personnes qui n'ont pas participé à l'ESA n'est disponible. Par ailleurs, tous les aînés ayant obtenu un score inférieur à 22 points au MMSE ont été exclus. De ce fait, les résultats de la présente étude ne peuvent être généralisés qu'à la population de personnes âgées ayant de bonnes fonctions cognitives.

Malgré ces limites, cette étude a le mérite d'avoir été menée dans un vaste échantillon représentatif d'aînés vivant dans la communauté au Québec, Canada. En conséquence, il est vraisemblable qu'elle soit représentative de la situation qui prévalait sur le territoire québécois au moment de son déroulement. Cette étude constitue une des rares publications sur l'impact du sentiment de dépendance aux benzodiazépines sur l'utilisation des services de santé.

## Conclusion

L'utilisation des benzodiazépines ne semble pas optimale chez les aînés au Québec. En particulier, une proportion importante de benzodiazépines à longue demi-vie d'élimination, potentiellement inappropriée en gériatrie, leur sont prescrits. Un tiers des aînés éprouvent un fort sentiment de dépendance aux benzodiazépines. Paradoxalement, ce besoin perçu ne les amène pas à consulter les services de santé. Il existe donc un besoin de recherche afin de mieux cerner les barrières potentiellement associées à l'utilisation des services de santé par les aînés aux prises avec un problème de dépendance aux benzodiazépines.

## Références

- American Geriatrics Society. (2012). American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616–631.
- Andersen, R., et Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95–124.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- Andrews, G., et Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(2), 80–88.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3), 249–255.
- Association Américaine de Psychiatrie. (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition Révisée*. Paris: Masson.
- Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson, M., et Crowe, S.F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37–48.
- Bartlett, G., Abrahamowicz, M., Grad, R., Sylvestre, M., et Tamblyn, R. (2009). Association between risk factors for injurious falls and new benzodiazepine prescribing in elderly persons. *BMC Family Practice*, 10, 1.
- Bartlett, G., Abrahamowicz, M., Tamblyn, R., Grad, R., Capek, R., et du Berger, R. (2004). Longitudinal patterns of new benzodiazepine use in the elderly. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 13(10), 669–682.
- Becker, M.H., et Maiman, L.A. (1983). Modes of health-related behavior. Handbook of health, health care, and the health professions. In D. Mechanic (Ed.), *Health, illness, and social adaptation* (pp. 539–568). New York, NY: The Free Press.
- Bourin, M. (2010). [The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients]. *L'encéphale*, 36(4), 340–347.
- Chang, C.-B., et Chan, D.-C.. (2010). Comparison of published explicit criteria for potentially inappropriate medications in older adults. *Drugs & Aging*, 27(12), 947–957.
- Closser, M.H. (1991). Benzodiazepines and the elderly. A review of potential problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35–41.
- Dailly, E., et Bourin, M. (2008). The use of benzodiazepines in the aged patient: Clinical and pharmacological considerations. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 21(2), 144–150.
- Egan, M., Moride, Y., Wolfson, C., et Monette, J. (2000). Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults



- in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 811–816.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., et McHugh, P.R. (1975). "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Fortin, D., Prévaille, M., Ducharme, C., Hébert, R., Trottier, L., Grégoire, J.-P., et al. (2007). Factors associated with long-term benzodiazepine use among elderly women and men in Quebec. *Journal of Women & Aging*, 19(3–4), 37–52.
- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Moore, N., et Bégaud, B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(5), 419–425.
- Gary, F.A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(10), 979–999.
- Glass, J., Lanctôt, K.L., Herrmann, N., Sproule, B.A., et Busto, U.E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, 331(7526), 1169–1169.
- Greenblatt, D.J., Shader, R.I., Divoll, M., et Harmatz, J.S. (1981). Benzodiazepines: A summary of pharmacokinetic properties. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 11(Suppl. 1), 11S–16S.
- Herings, R.M., Stricker, B.H., et De Boer, A. (1995). Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. *Archives of International Medicine*, 155, 1801–1807.
- Holbrook, A.M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., et King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162(2), 225–233.
- Kirby, M., Denihan, A., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D., et Lawlor, B.A. (1999). Benzodiazepine use among the elderly in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 280–284.
- Lechevallier, N., Fourrier, A., et Berr, C. (2003). [Benzodiazepine use in the elderly: the EVA Study]. *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, 51(3), 317–326.
- Lehne, R.A. (2010). *Pharmacology for nursing care*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Levitan, R.D., Blouin, A.G., Navarro, J.R., et Hill, J. (1991). Validity of the computerized DIS for diagnosing psychiatric inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(10), 728–731.
- Lin, K.M., et Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50(6), 774–780.
- Marquette, C., Guillou-Landreat, M., Grall Bronnec, M., Vermeulen, O., et Venisse, J.L. (2010). Elderly population and psychoactive substances: State of the art. *Psychotropes*, 16(3–4), 161–178.
- McIntosh, B., Clark, M., et Spry, C. (2011). Benzodiazepines in older adults: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa, Canada: *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- McLeod, P.J., Huang, A.R., Tamblyn, R.M., et Gayton, D.C. (1997). Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: A national consensus panel. *Canadian Medical Association Journal*, 156(3), 385–391.
- Mechanic, D. (1979). Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(4), 387–396.
- O'Brien, C.P. (2005). Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl. 2), 28–33.
- Okazaki, S. (2000). Treatment delay among Asian-American patients with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 58–64.
- Panneman, M.J., Goettsch, W.G., Kramarz, P., et Herings, R.M. (2003). The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: A pharmo study. *Drugs & Aging*, 20(11), 833–839.
- Rojas-Fernandez, C.H., Carver, D., et Tonks, R. (1999). Population trends in the prevalence of benzodiazepine use in the older population of Nova Scotia: A cause for concern? *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 6(3), 149–156.
- Rotermann, M. (2004). *Utilisation des services de santé par les personnes âgées* (pp. 1–50). Ottawa: Statistique Canada.
- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K.P., Bélanger, C., et Dupuis, G. (2003). [Benzodiazepine use in the elderly: The State of knowledge]. *Santé mentale au québec*, 28(2), 149–164.
- Sauvé-Qui-Pense. (2009). *Le fardeau économique des blessures au Canada*. Toronto: Sauvé-Qui-Pense.
- Shields, M., et Shooshtari, S. (2001). *Déterminants de l'autoévaluation de la santé. Rapports sur la santé No 82-003* au catalogue. Ottawa: Statistique Canada.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., et Meyers, B.S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615–1620.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Raue, P., Friedman, S.J., et Meyers, B.S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479–481.
- Smink, B.E., Egberts, A.C.G., Lusthof, K.J., Uges, D.R.A., et de Gier, J.J. (2010). The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs*, 24(8), 639–653.

- Statistical Analysis System. (2009). *SAS/STAT 9.2 User's guide the GENMOD procedure*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Tamblin, R., Abrahamowicz, M., du Berger, R., McLeod, P., et Bartlett, G. (2005). A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 233–241.
- Tu, K., Mamdani, M.M., Hux, J.E., et Tu, J.B. (2001). Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 1341–1345.
- Voyer, P., Cappeliez, P., Pérodeau, G., et Préville, M. (2005). Mental health for older adults and benzodiazepine use. *Journal of Community Health Nursing*, 22(4), 213–229.
- Voyer, P., Landreville, P., Moisan, J., Tousignant, M., et Préville, M. (2005). Insomnia, depression and anxiety disorders and their association with benzodiazepine drug use among the community-dwelling elderly: Implications for mental health nursing. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 10(2), 1093–1116.
- Voyer, P., McCubbin, M., Cohen, D., Lauzon, S., Collin, J., et Boivin, C. (2004). Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 603–628.
- Voyer, P., Préville, M., Cohen, D., Berbiche, D., et Béland, S.G. (2010). The prevalence of benzodiazepine dependence among community-dwelling older adult users in Quebec according to typical and atypical criteria. *Canadian Journal on Aging*, 29(02), 205–213.
- Voyer, P., Preville, M., Roussel, M.-E., Berbiche, D., et Béland, S.-G. (2009). Factors associated with benzodiazepine dependence among community-dwelling seniors. *Journal of Community Health Nursing*, 26(3), 101–113.
- Voyer, P., Roussel, M.E., Berbiche, D., et Préville, M. (2010). Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 328–334.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.