

© Psycho-e-print, 12/04/2002  
Ecrit le 26/01/2000

Fernandez L., Cassagne-Pinel C. (2001), Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'Encéphale*, XXVII, 459-474 (*Psycho-e-print*, 2002, lydia\_fernandez00/addiction aux benzodiazepi, 43).

## Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés<sup>\*</sup>

LYDIA FERNANDEZ<sup>\*\*</sup>, CATHERINE CASSAGNE-PINEL<sup>\*\*\*</sup>

**Résumé** – Les travaux relatifs aux aspects psychopathologiques de l'addiction aux benzodiazépines (BZD) chez les sujets âgés, font l'objet d'un large débat car la question de l'addiction reste entière. Ces travaux concernent : 1) l'influence de l'âge sur le niveau de consommation des BZD. Les recherches ont permis de dégager 4 facteurs principaux explicatifs de la relation observée entre l'âge et la consommation de BZD : a) la morbidité accrue des personnes

---

<sup>\*</sup> Cet article a été précédemment accepté et publié dans une revue avec comité de lecture de pairs. Il est publié dans psycho-e-print principalement pour le bénéfice des chercheurs qui consultent la base de données psycho-e-print. Cette publication suppose que le(s) auteur(s) de l'article se sont assurés de l'autorisation de l'éditeur de la revue. Psycho-e-print n'assume aucune responsabilité quant au droit de copie. © L'Encéphale, 2001. Publié dans psycho-e-print avec l'autorisation de l'éditeur.

<sup>\*\*</sup> Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : lydiafg@up.univ-aix.fr.

<sup>\*\*\*</sup> Psychologue clinicienne en maison de retraite.

âgées, b) l'impact des événements de vie douloureux, c) l'isolement social et/ou la solitude d'habitat, d) le poids de la prescription médicale ; 2) les concepts de dépendance et d'addiction ; 3) les rapports de l'anxiété et de la dépression avec l'addiction aux BZD chez les sujets âgés. Au regard de ces travaux, l'objectif de cette recherche a été d'examiner, d'une part, la variabilité de l'addiction aux BZD au sein d'une population fragilisée par les effets de l'âge (apparition d'une maladie chronique, par exemple) et, d'autre part, les relations que la symptomatologie anxieuse et dépressive entretiennent avec l'addiction aux BZD chez les sujets âgés. Deux auto-questionnaires ont été utilisés : un questionnaire d'addiction aux benzodiazépines et un questionnaire d'anxiété/dépression (HAD), à 28 sujets âgés (18 femmes et 10 hommes, âge moyen 73.25 ans). A l'issue de ce travail, les résultats mis en évidence vont dans le sens de nos hypothèses, mais ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des sujets âgés consommateurs de BZD. Les résultats laissent apparaître que l'âge, la dépression et l'association anxiété-dépression prédisent de manière significative l'addiction aux BZD. En revanche, l'anxiété seule ne prédit pas l'addiction de manière significative.

**Mots-clés.** Dépendance, Addiction, Benzodiazépines, Personne âgée, Anxiété, Dépression.

## Benzodiazepines addiction and anxious and depressive symptoms in elderly persons

**Abstract** – Works concerning the psychopathological aspects of benzodiazepines (BZD) addiction in elderly persons are the subject of a great debate because the question of addiction still remains unresolved. These works are concerning: (1) the influence of age on the level of BZD consumption. The researches allowed to draw 4 explicative major factors in the observed relation between age and BZD consumption: (a) the broader morbidity of the elderly persons, b) the impact of the painful life events, c) the social isolation, d) the weight of the medical prescriptions; (2) the concepts of dependence (evolution of the definitions, type of – physical, psychic or psychopathological dependencies) and addiction (definitions, place in the international classifications, psychopathological perspective); (3) the relationships between anxiety and depression with BZD addiction in elderly persons. From the point of view of these works, the purposes of this present study were, on one hand, to examine the variability of BZD addiction within a population weakened by the effects of age (i.e. a chronic illness) and, on the other hand, between anxiety and depression with BZD addiction in elderly persons. Two self-questionnaires

were used: BZD addiction scale, and Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) on 28 elderly (18 women and 10 men; mean age 73.25 y.o.). At the conclusion of this work, the results put in evidence are confirming our hypotheses but cannot be generalized to the set of the elderly consumers of BZD. The results tend to show that the age, depression and the association anxiety-depression give a significant prediction of BZD addiction. Indeed, in respect of the age, the poly pathology as well as the changes of life induced by the aging process involve BZD addiction in old people. The old age can induce a depression that leads to addictive behavior. However, anxiety alone is not experienced before drug addiction in a significant way. This result can explain itself by the fact that anxiety is a symptom often in the framework of depression. The present research is unique in several important aspects. First, the study shows that BZD drug addiction in elderly people cannot be reduced to physiological addiction but understood in terms of a complex process requiring an analysis of the psychological aspects of addiction. Second, BZD addiction in the elderly is acting as a psychological-existential medical care. Future researches are necessary to examine the psychological and psychopathological links that elderly persons maintain with their drug medication.

**Keywords.** Dependency, Benzodiazepines, Addiction, Elderly persons, Anxiety, Depression.

## **Introduction**

La France reste le leader mondial de la prescription de benzodiazépines (BZD). Selon une enquête du CREDES et de l'INSERM en 1994, 11 % des adultes français en font usage régulièrement (Morel, Hervé, Fontaine, 1997). 30 % des consommateurs de BZD le sont depuis un an (Zarifian, 1996). En général, les femmes présentent une consommation plus élevée que les hommes, en particulier les femmes entre 50 et 65 ans (Meiler, 1999). La consommation des personnes âgées de plus de 65 ans est environ trois fois plus importante que celle des personnes âgées de moins de 65 ans (Tamblyn *et al.*, 1996b). Pour de nombreux auteurs, la prescription de médicaments est très répandue chez les adultes âgés, avec des taux de consommation très élevés (Chambers, 1971 ; Closser, 1991 ; Solomon, Shackson, Brown, 1995), celle-ci peut être la cause directe de problèmes de dépendance chez ces sujets (quel que soit le type de médicaments considéré, mais cependant avec une prévalence pour les BZD – Aguzzoli, Sermet, 1993 ; Barbeau *et al.*, 1991 ; Busto *et al.*, 1986 ; Closser, 1991 ; Fleischhacker, 1988 ; Goudemand, Thomas,

Lebert, 1995 ; Graham *et al.*, 1995 ; Guignon, Mormiche, Sermet, 1994 ; Ladewig, 1983 ; Robitaille *et al.*, 1991 ; Solomon, Shackson, Brown, 1995). La surconsommation de médicaments chez les personnes âgées renvoie à toute une série de problèmes qui pourraient être liés directement aux effets physiologiques intrinsèques du vieillissement (maladies proprement dites), mais également aux difficultés existentielles des sujets âgés, liées aux événements de vie – cessation d’activité, perte/deuil/veuvage, ennui/solitude, maladie et crainte de perte de l’autonomie liée à la maladie, ... (Petersen, Whittington, 1977). La littérature scientifique médicale est très bien documentée en ce qui concerne la consommation des BZD par les personnes âgées, cependant il n’existe pas, à notre connaissance, d’études en psychopathologie ayant démontré que l’appétence des personnes âgées pour ces médicaments engendre une addiction psychique et comportementale, qui varie selon les niveaux d’intensité de l’anxiété, de la dépression chez le sujet âgé. Ceci en raison de la nature complexe de l’étude de la psychopathologie du sujet âgé et des stratégies privilégiées mises en place par ces sujets pour réduire leur détresse psychologique à l’apparition et à l’annonce d’une maladie. C’est dans ce contexte que nous proposons une étude sur la variabilité de l’addiction aux BZD, au sein d’une population fragilisée par les effets de l’âge, et sur les relations que la symptomatologie anxieuse et dépressive entretiennent avec l’addiction aux BZD chez les sujets âgés.

### **Age et niveau de consommation des BZD chez les sujets âgés**

La littérature scientifique consacrée à l’influence de l’âge sur le niveau de consommation des BZD est bien fournie (Gustaffson *et al.*, 1996 ; Jensen *et al.*, 1994 ; Mishara, McKim, 1989). L’abondance des prescriptions ordonnées aux personnes âgées est largement démontrée (Kirby *et al.*, 1999) : 43 % d’utilisateurs occasionnels et 17 % d’utilisateurs réguliers de BZD chez les plus de 65 ans (SOFRES, 1990). L’étude PAQUID (1991) réalisée en Gironde, démontre que sur 5000 sujets âgés, 30 % consomment régulièrement des BZD. Ainsi, un tiers de toutes les « prescriptions chroniques » de BZD, indiquant une consommation au long cours, concerne les personnes âgées (Danion, 1990). De plus, selon Closser (1991), 40 % de ces médicaments seraient délivrés aux personnes âgées. Une autre étude réalisée en Norvège

(Opedal, Schjott, Eide, 1998) fait apparaître que 62 % des hypnotiques prescrits aux personnes âgées institutionnalisées (sur un échantillon de 2802 personnes âgées) sont constitués par les BZD à action lente. Ces premières données issues de la littérature, nous conduisent à nous interroger sur l'influence des variables interagissant entre elles et permettant d'expliquer la relation observée entre l'âge et la consommation de BZD. Prescription médicale et rôle des institutions de soin ; croyance des personnes âgées à l'égard de la santé et des médicaments psychotropes, dégradation de la santé physique et/ou impact de la morbidité, incidence des épisodes d'hospitalisation, altération de la santé mentale (Allard *et al.*, 1996), influence du sexe, déclin des relations sociales, multiplication des événements de vie et/ou impact des conditions de vie antérieures (Pérodeau, Ostoj, 1990) constituent autant d'interprétations possibles de ce phénomène (Caroselli-Karinja, 1985 ; Mishara, 1996). Il n'existe aucun modèle explicatif permettant de pondérer chacune de ses variables, cependant les recherches dans ce domaine ont permis de dégager quatre facteurs prépondérants :

**1) la morbidité accrue des personnes âgées :** la psychopathologie du sujet âgé est celle de la polymorbidité, de la concomitance d'états pathologiques (pathologies organiques), de manifestations somatiques (aggravant et accélérant le processus de vieillissement normal (Graham *et al.*, 1995) et psychiques (impact des conditions de vie passées) dont il faut tenir compte (Tavernier, 1998). Une relation directe relie notamment la consommation de BZD au nombre d'affections déclarées et au nombre de prescriptions (Bourque *et al.*, 1991 ; Coons, Johnson, Chandler, 1992 ; Hendricks *et al.*, 1991). Il semble, aux vues des travaux, que la consommation des BZD serait à intégrer derrière l'influence de l'âge à l'effet surdéterminant de la morbidité et de la prise en charge sanitaire qui en découle (Le Moigne, 1999). Mais la morbidité n'est pas également distribuée chez les personnes âgées, elle dépend beaucoup des modes de vie – tabac, alcool (Haeusker, Roshk, Facy, 1988 ; Nizard, Monoz-Perez, 1993) et des conditions de travail qui ont précédé le passage à la retraite.

**2) l'impact des événements de vie douloureux :** il semble que la multiplication des épisodes de vie douloureux (séparation, deuil, retraite, chômage, ...) qui sont des expériences de perte dans de multiples domaines, ait une incidence sur la consommation de BZD

(Allard *et al.*, 1996) et soit à considérer comme les événements les plus pathogènes (Widlöcher, 1985). L'effet du cumul des événements de vie est plus grand chez les personnes âgées, ce qui contribue à renforcer l'ampleur des expériences difficiles.

**3) l'isolement social et/ou la solitude d'habitat :** l'isolement social constitue l'élément le plus spécifique de la consommation de BZD chez les sujets âgés (Eve, Friedsam, 1981 ; McKim, Mishara, 1987 ; Morse, 1988 ; Shelowitz, 1987). Le passage à la retraite est souvent le risque de perdre les contacts avec le milieu de vie amical et professionnel. Pour Le Moigne (1999), la consommation décrirait davantage un effet du cycle de vie. Le fait de vivre seul, de ne pas bénéficier de soutien familial ou de ne pas entretenir de relation de parenté, ne suffit pas à expliquer le taux de recours des plus de 60 ans (Allard *et al.*, 1996). Il semble que ce qui pose problème, ce n'est pas tant l'isolement au sens de raréfaction des liens affectifs mais le ressentiment d'être privé de rôle social. La pathologie quelle qu'elle soit serait alors utilisée à des fins de recomposition sociale ou de réintégration, où la consultation et la prescription, puis la consommation du médicament, auraient leur place de (ré)organisateur de la relation sociale de la personne âgée (Dupré-Lévêque, 1996 ; Kail, Litwak, 1989 ; Le Moigne, 1999). L'isolement doit aussi être compris comme l'effet d'un avatar urbain. Même s'ils ne sont pas tous convergents, les travaux (Chopart, 1993 ; Haeusker, Roshk, Facy, 1988 ; Rösh, Hauesler, Facy, 1989) montrent que les taux de consommation de BZD en milieu rural sont souvent moins élevés qu'en milieu urbain. L'isolement urbain paraît porteur d'un effet sur les rapports de consommation (Webb, Collette, 1975) que peu d'études ont tenté d'éclaircir. Les nuisances urbaines (bruits, surpeuplement, ...) aux côtés de la solitude pourraient également motiver la consommation dans les grandes agglomérations.

L'hospitalisation joue également le rôle de facteur déclenchant d'une série de ruptures avec les habitudes, le rythme et le mode de vie quotidiens (Graham *et al.*, 1995). Elle peut être vécue comme un isolement par rapport à l'entourage familial ou amical, comme une situation de déséquilibre qui perturbe le sujet, le rendant complètement dépendant et tributaire de l'hôpital.

**4) l'effet prescripteur ou le poids de la prescription médicale :** l'influence des trois facteurs précédents, même si elle est importante, n'est pas totalement explicative de la relation mise en évidence entre

l'âge et la consommation des BZD chez les personnes âgées. Ni l'état de santé, ni la fréquence du recours au soin, ne suffisent à rendre compte en totalité de la consommation observée (Le Moigne, 1999). Ce constat a conduit la recherche à imputer à la prescription médicale variant de manière très importante chez les praticiens (Lennard, Cooperstock, 1980 ; Raynes, 1979), un rôle non négligeable, même si peu de travaux permettent de donner une explication de ce phénomène actuellement. Toutefois, les recherches entreprises dans ce domaine apportent des éléments de réponses dans trois domaines particuliers (Le Moigne, 1999 ; Lemoine, 1999) : a) *l'influence exercée par le profil démographique du médecin*. Cette influence a trait au choix du médecin par le patient. Lorsque le choix est libre, comme en France, les patients ont tendance à choisir leur médecin en fonction de la qualité de leur trouble (clientèles différenciées) et de leur sexe. Britt *et al.* (1996) ont montré que les patientes ont tendance à préférer les médecins femmes pour des problèmes endocriniens et psychologiques, alors que les patients préfèrent les médecins hommes pour des problèmes cardio-vasculaires et respiratoires. Les recherches montrent que la structure démographique des clientèles – quartiers anciens/grands ensembles, milieu rural/urbain – (même si des constats de surprescription ont été faits) ne suffit pas à expliquer la propension des différents médecins à prescrire (Karsenty, Cohen, 1999 ; Vénisse, 1994). b) *la position du médecin à l'égard de la médication et de la prescription*. La fréquence de la prescription varie selon : l'âge du médecin (pic de la prescription chez les médecins de plus de 60 ans) ; sa spécialité (plus importante chez les généralistes, que chez les ophtalmologues ou les médecins de laboratoire) ; son affiliation universitaire (l'habitude des prescriptions est inégale selon l'université qui les a diplômés) ; le mode d'exercice (médecine ambulatoire, de ville) influence la pratique professionnelle et l'attitude de prescription (Le Moigne, 1999). Les attitudes professionnelles ne peuvent être dissociés qu'en partie des caractéristiques de la clientèle : les patientes sont toujours davantage prescrites ; le nombre d'ordonnances fléchit chez les patients plus âgés ou déjà hospitalisés à plusieurs reprises (Tamblyn *et al.*, 1996b). « Ces observations conduisent à rapporter la prescription à l'effet conjugué de deux facteurs : la définition médicale de populations cibles ; une autonomie relative de l'exercice professionnel se mesurant, à clientèle égale, par des dispositions à prescrire extrêmement différentes » (Le Moigne,

1999). c) *l'attitude du médecin à l'égard de la gestion de la clientèle*. La prescription, toutes substances confondues, tend à croître chez les médecins après 10 ans d'exercice professionnel. Certains auteurs ont établi une relation entre la prescription et l'ancienneté professionnelle, l'ordonnance d'examen médicaux, la multiplication des actes et des visites et la croissance de la clientèle (Davidson *et al.*, 1994 ; Le Moigne, Colin, 1997 ; Tamblyn *et al.*, 1996a). Une enquête menée par entretiens auprès de 25 médecins montre que les grands prescripteurs de BZD établissent souvent une relation directe entre cette médication et leur charge de travail (Cormack, Howells, 1992). Les avantages des BZD seraient de deux ordres : amélioration de la productivité quantitative de l'exercice (gain de temps) et fidélisation de la clientèle (suivi de la prescription).

## La question de la dépendance

L'étude de la consommation et/ou de la surconsommation des BZD chez les personnes âgées implique que nous nous intéressions d'abord : aux définitions relatives au terme de *dépendance*. La dépendance n'appartient pas à la terminologie psychiatrique (Ey, Bernard, Brisset, 1974 ; Porot, 1984) où elle n'apparaît qu'avec la précision « à l'égard des drogues », précision qui conduira à la notion de *dépendance* et/ou *pharmacodépendance* proposée par l'O.M.S. en 1975, après plusieurs clarifications pour remplacer les termes de « toxicomanie », d'« assuétude », d'« accoutumance » vieillissés ou ambigus (Porot, 1984). La définition de l'OMS est une définition *opérationnelle* de la dépendance, qui tente d'expliquer avec plus de précision le processus de dépendance aux substances. Elle souligne le caractère psychique de la dépendance. Elle insiste sur le lien de dépendance entre le sujet et le produit (interaction), sur le renforcement du comportement permettant d'obtenir des réponses comportementales, sur la pulsion (compulsion) à accomplir un acte (prise du produit) contre sa **raison** et contre sa **volonté**, sur l'éventualité du comportement d'escalade, mais surtout sur « l'accrochage » du sujet au produit, sur l'inconfort de l'absence du produit et les sensations physiologiques et psychologiques du manque (syndrome de sevrage) et sur le phénomène de tolérance.

Nous nous intéressons ensuite à l'*évolution des définitions* avec le DSM-IV (Guelfi, 1996). L'évolution actuelle de la notion de

dépendance est sensible, et va dans le sens d'une extension des limites nosographiques de ce concept. La conduite de dépendance est plutôt considérée aujourd'hui comme un *style d'existence et de comportement* dont l'addiction, à un produit ou à une activité (expression d'une dérive de la recherche du plaisir vers celle de la satisfaction d'un besoin dont les conséquences délétères sont négligées) représente le pivot. Cette évolution se reflète dans les classifications internationales récentes, dont les évolutions concertées ont l'intérêt d'offrir l'instantané de l'histoire du concept : l'ICD-10/CIM-10 (Pull, 1994) ou le DSM-IV (Guelfi, 1996) proposent une *approche transnosographique du syndrome de dépendance*, dont les critères diagnostiques, qui recouvrent sans priorité de choix l'ensemble des symptômes psychiques, comportementaux et physiques de l'addiction, sont communs à l'ensemble des substances psychoactives. Les notions d'*abus* (DSM-IV) ou d'*usage nocif* (ICD-10/CIM-10) se trouvent limitées aux conséquences néfastes et observables ou quantifiables de l'usage du toxique, à l'exclusion de toute référence aux symptômes de comportement toxicomaniaque lui-même.

Le DSM-IV inclut des sections sur les troubles mentaux et comportementaux dus à l'usage des substances psychoactives. Les critères retenus ne mentionnent pas la nature de la dépendance qui peut avoir bien des sources (d'un point de vue psychopathologique, le diagnostic vise la dépendance au jeu, à certaines conduites alimentaires, à des pulsions sexuelles, ...). Ce système de classification a adopté le modèle dimensionnel pour conceptualiser la dépendance, modèle qui permet d'apprécier les degrés de dépendance (faible, modéré, grave, en rémission). On insiste moins sur la tolérance et l'abstinence et on inclut des symptômes cognitifs et comportementaux dans les critères de dépendance. On élimine l'exigence des conséquences sociales et on se centre sur l'augmentation des comportements indiquant des problèmes de contrôle d'utilisation des substances. On utilise aussi le même ensemble de symptômes et de comportements pour déterminer la dépendance à toutes les classes de substances psychoactives.

La notion de conduite de dépendance, affranchie de celle de pharmacodépendance, est actuellement étendue à des comportements dont la nature addictive semble manifeste, malgré l'absence de mésusage d'un produit toxique (cf. les addictions dites « sans drogue » :

le jeu pathologique, l'addiction au travail, les addictions sexuelles, les achats compulsifs, la boulimie et l'ensemble des « conduites à risque »). Notre intérêt porte aussi sur les deux formes de dépendance : la dépendance *physique* et la dépendance *psychique* (deux éléments clés du processus addictif (Fernandez, 1997 ; Fernandez, Sztulman, 1997).

Pour J.D. Guelfi (1988), la dépendance physique « implique des modifications biologiques de l'organisme, responsables d'un syndrome somatique d'abstinence lors de l'interruption brusque ou progressive de l'intoxication ». Elle constitue « un état adaptatif par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique ». Ces troubles constituent le « syndrome de sevrage » (Organisation Mondiale de la Santé, 1964). Elle désigne « un état pathologique révélé par l'arrêt de la prise du toxique produisant des symptômes d'abstinence. La crainte de l'apparition du syndrome d'abstinence est une des raisons impérieuses qui amènent le sujet à répéter la consommation du toxique » (Doron, Parot, 1998). La dépendance physique peut être accompagnée de tolérance, phénomène d'ordre physiologique adaptatif qui se traduit par la nécessité d'augmenter progressivement la dose consommée pour en maintenir les effets. Le phénomène tient à ce que certaines manifestations aiguës recherchées s'estompent avec le temps, lorsque la consommation devient chronique.

Par dépendance psychique, il faut entendre « une pulsion psychique à absorber périodiquement ou continuellement la substance pour en retirer du plaisir ou chasser une sensation de malaise, un inconfort psychique et psychobiologique, sans que s'ensuive une tendance à augmenter les doses ou sans qu'apparaisse un syndrome de sevrage en cas de cessation de la prise » (Doron, Parot, 1998 ; Organisation Mondiale de la Santé, 1964 ; Parot, 1984 ; Richard, 1995). Elle implique une dimension affective et comportementale à l'égard des effets du produit (par exemple, à l'égard d'une substance réduisant une anxiété comme l'alcool, le tabac ou le cannabis). Cette notion va au-delà d'une simple perspective toxicomaniaque, car la dépendance psychique se manifeste dès que l'absence d'un être, d'un lieu, d'une situation cause un sentiment de malaise, d'angoisse (Guelfi, 1988) accompagné de signes psychosomatiques.

Nous nous sommes enfin intéressé à la dépendance dans une *perspective psychopathologique*. En psychopathologie, la dépendance ne se réduit pas à la dépendance biologique à une substance. L'individu dépendant n'est pas qu'un sujet biologique, il est aussi un sujet psychologique dont les discours, les comportements, ne s'expliquent pas seulement par l'existence d'une dépendance physiologique au produit. La prise du produit, son utilisation systématique, les particularités de la dépendance répondent aussi à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre. Le sujet dépendant n'est donc « ni le consommateur, ni l'utilisateur, ni la simple victime de la dépendance physique, mais le sujet psychologiquement dépendant d'un toxique » (Pédinielli, 1994). Le toxique fait fonction d'automédication ; il peut « être employé comme antidépresseur ou bien être à l'origine de modifications thymiques ou de transformations thymiques et/ou corporelles insupportables » (ibidem).

La dépendance, dans une perspective psychopathologique, doit donc être conçue comme un processus complexe, articulant une forme de souffrance psychique spécifique ou non et une solution par la substance, solution dont les effets constituent le processus addictif. Les discours des sujets dépendants ou sevrés montrent que la rencontre avec le produit introduit une forme particulière d'organisation des processus psychiques ; rencontre à concevoir comme une expérience corporelle et psychique qui transforme profondément le monde du sujet. La pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie de la dépendance. Comment se fait-il que certaines personnes exposées à un produit, une stimulation ou une personne, deviennent dépendantes et d'autres pas ? Comment se fait-il que certains produits soient réputés addictifs et d'autres ne le soient pas ? Il s'agit en fait d'une véritable énigme pour la science : s'agit-il d'établir un profil psychopathologique du sujet dépendant ? De fournir un diagnostic ? De limiter l'analyse à la distinction dépendance physique et dépendance psychique et donc de définir la dépendance par un comportement ou s'agit-il de s'intéresser à un « état de dépendance » ? (Ingold, 1982), à une « disposition addictive » (Vénisse, 1994) ?

Ce qui nous intéresse ici, ce n'est pas seulement le phénomène de dépendance, le comportement en lui-même, mais l'état qui permet à ce comportement d'exister. Autrement dit, le fait que tout produit peut être utilisé comme *automédication* (« physique » et psychique), comme voie

d'accès au *plaisir*, aux *émotions fortes* (recherche de sensations), pour apaiser les tensions (stress, angoisse, ...), pour *rompre* avec les conduites de dépendance *en s'autodétruisant* (conduites ordaliques). L'effet de dépendance dont il est question, c'est celui qui vient bouleverser la vie d'un individu, le rendre différent à ses yeux et aux yeux des autres et modifier sa vision du monde, sa perception du corps telle qu'elle se trouve modifiée par le toxique. La dépendance est le fait qu'à un moment donné, le sujet se trouve non seulement enfermé dans un comportement de quête du produit, mais avant tout dans une *manière d'être*. La dépendance addictive ou addiction doit être comprise comme « un mode d'être au monde » (Ingold, 1982), comme un mode de relation entre un sujet et un objet faisant appel à la réalité extérieure (Milan, 1995). Derrière la « dépendance addictive » se profile toujours « une carence d'identification, un besoin de combler un vide interne, un besoin de protection et un besoin permanent de satisfaction immédiate ». La dépendance est alors l'expression d'une addiction « qui opère dans l'esprit, même dans les cas d'un engagement organique » (Milan, 1995).

### **Le concept d'addiction**

L'étude de la consommation et/ou de la surconsommation des BZD chez les personnes âgées implique que nous nous intéressions aussi aux nombreuses définitions de l'addiction où la notion de dépendance occupe une place (Fernandez, 1997 ; Fernandez, Sztulman, 1997 ; Reynaud, Parquet, Lagrue, 2000).

a) *Définitions faisant de la dépendance physique la caractéristique essentielle de l'addiction* (Jaffe, 1975 ; Lindersmith, 1947). Elles identifient les conséquences de l'usage de la substance ayant servi de prototype à l'addiction, incluant les états de tolérance, de manque et de désir intense pour apaiser les symptômes aversifs. Dans ces définitions, l'addiction caractérisée par une écrasante subordination à la drogue et un usage compulsif de drogues survient pour soulager la détresse du manque.

b) *Définitions qui commencent à s'intéresser à la dimension psychique de la conduite addictive* (Alexander, 1982 ; Maurer, Vogel, 1962 ; Wilker, 1980). Elles considèrent les critères physiques comme faisant partie des caractéristiques possibles de l'addiction, mais insistent sur les

critères psychologiques et/ou comportementaux de la conduite addictive. Dans ces définitions, l'addiction est un processus pathologique qui affecte la santé physique, mais surtout mentale, émotionnelle, qui perturbe la vie familiale du consommateur, qui altère les relations interpersonnelles et compromet les relations de travail. Les caractéristiques essentielles de l'addiction concernent « la perte de la maîtrise de soi » (perte de contrôle), l'adaptation comportementale à une substance, l'importance du « mal » pour le consommateur et pour la société, et pas seulement la dépendance physique.

c) *Définitions se préoccupant à la fois de la dépendance physique et de la dépendance psychique.* L'élément commun à toutes les drogues licites ou illicites paraît être la dépendance soit psychique, soit physique, ou les deux à la fois. L'addiction apparaît comme un état d'intoxication produit par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou de synthèse). Ses caractéristiques incluent : un irrésistible désir ou besoin (compulsion) à continuer à prendre la drogue et à se la procurer par n'importe quel moyen ; une tendance à augmenter la dose ; une dépendance psychique (psychologique) et généralement une dépendance physique aux effets de la drogue ; et un effet nuisible pour l'individu et pour la société (World Health Organization, 1957).

d) *Définitions ne faisant aucune distinction entre la dépendance physique et la dépendance psychique* comme celle de Goodman (1990). La définition opératoire de l'addiction de Goodman, retenue par bon nombre d'auteurs (Adès, 1994 ; Jeammet, 1995 ; Pédinielli, Rouan, Bertagne, 1997), parce qu'elle offre une facilité d'intégration aux troubles appartenant aux addictions, ne fait pas de distinction entre la dépendance physique et psychique. Le terme « addiction » est employé d'une manière descriptive, il désigne la répétition d'actes susceptibles de provoquer un plaisir, mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation et consommés « avec avidité ». L'intention de Goodman est de formuler en termes *généraux* (et non pas restreints à un comportement particulier), une liste de critères diagnostiques pour une catégorie hiérarchiquement sur-organisatrice qui subsumerait les troubles addictifs individualisés.

Quelle est la place de l'addiction dans la nosologie psychiatrique ? (Guelfi, 1996). Malgré l'élargissement qu'apporte la notion intégrative « d'organisation addictive », le concept d'addiction n'est pas présent dans le DSM-IV. Nous constatons que la plupart des comportements

addictifs sont isolés et ne sont pas classés dans les mêmes rubriques. L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie font partie des *troubles liés à l'utilisation de substances*. L'anorexie et la boulimie sont situées dans les *troubles de l'alimentation*, le jeu pathologique appartient aux *troubles du contrôle des impulsions*. Les autres comportements (kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie) qui appartiennent aussi aux *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs*, sont très rarement considérés comme des addictions, ainsi que les paraphilies (les addictions sexuelles), alors que les caractéristiques de ces troubles en sont très proches (impossibilité de résister à l'impulsion d'accomplir un acte dommageable pour soi ou pour autrui, sensation de tension ou d'excitation croissante avant la réalisation, sentiment de plaisir ou de gratification au moment de l'acte). Seule la kleptomanie est quelquefois mentionnée avec les achats pathologiques. En référence à Pedinielli *et al.* (1997), nous admettons que « l'absence de dépendance physiologique (attestée par un syndrome de sevrage) peut expliquer cette position, mais plus que les critères sémiologiques, ce sont sans doute des positions psychopathologiques qui président à l'oubli de ces troubles ».

Qu'en est-il d'une définition de l'addiction dans une perspective psychopathologique ? Les auteurs parlent d'addiction à une substance, au plan psychopathologique, à partir du moment où l'acte de consommer la substance devient un besoin physiologique et psychique qui s'intériorise, qui s'ancre dans la vie quotidienne. Le sujet consomme régulièrement, tous les jours et sa consommation peut augmenter dans des proportions excessivement toxiques. Il ressent le manque physique s'il cherche à contrôler le besoin physiologique et un malaise psychique s'il essaie de maîtriser le besoin psychologique. Le piège addictif se referme peu à peu et : – le sujet semble dans l'incapacité à mettre un terme à ce comportement ; – la régression du comportement ne peut être obtenue même quand les risques sont connus (risques de maladie, de mort). Comme pour la dépendance, l'addiction à une substance doit être comprise comme un processus complexe articulant **à la fois** une forme particulière de souffrance psychique et la prise systématique du produit. Les modalités de cette articulation constituent le processus d'addiction (Fernandez, 1997 ; Fernandez, Sztulman, 1997).

Au regard de ces travaux sur les notions de dépendance et d'addiction, que pouvons-nous dire de la consommation ou de la surconsommation

des BZD par les personnes âgées ? Cette question de l'addiction aux BZD reste entière et fait l'objet d'un large débat (American Psychological Association, 1990 ; Lemoine, 1999).

Bien que l'abus de médicaments ou de drogues chez les personnes âgées soit un domaine ayant rarement fait l'objet d'étude (Mishara, McKim, 1989 ; Petersen, Whittington, 1977), certains auteurs comme Hébert (1984) n'hésitent pas à conclure que des « toxicomanies existent chez les personnes âgées et qu'elles concernent souvent les tranquillisants et les somnifères ». Nous pouvons constater, en ce qui concerne les BZD, que pour de nombreux auteurs, parler d'addiction revient à parler de « dépendance » et de « polyaddiction ». La majorité des études réalisées sur les BZD portent sur la dépendance physique, biologique, neurobiologique, à ces substances, de même que sur leurs propriétés intrinsèques, sur la tolérance et sur le syndrome de sevrage (Besançon, Servillat, 1991 ; Bouvet de la Maisonneuve, Védrières, 1992 ; Busto *et al.*, 1986 ; Dally, 1991 ; Ginestet, 1998 ; Guelfi, 1996 ; Le Moigne, 1999 ; Petursson, 1994), même si les auteurs reconnaissent le potentiel addictif de ces médicaments (Le Moigne, 1999). Par exemple, le lorazépam (Témesta®) et l'alprozolam (Xanax®) sont en tête des molécules les plus addictives.

Il a été constaté que sur plusieurs mois d'utilisation constante, la tolérance s'installe, ainsi que la dépendance : à l'arrêt brutal des symptômes de sevrage (insomnie, céphalées, fatigue, voire convulsions) et des rebonds d'anxiété majeure peuvent apparaître. De plus, la variabilité des effets de ces substances, dont il est dit qu'elles peuvent entraîner un état de pharmacodépendance physique et psychique, est modulée selon les variables humaines, telles le poids, la taille, le sexe et l'âge. Les effets physiologiques intrinsèques du vieillissement modifient la pharmacocinétique des médicaments. Chez le sujet âgé, la demi-vie d'élimination d'une BZD, comme le diazépam, est augmentée à 90 heures chez le vieillard comparativement à 20 heures chez un adulte jeune (Robitaille *et al.*, 1991). C'est pourquoi, « une attention toute spéciale sera accordée à la recherche de contre-indications chez le sujet de plus de 65 ans » (Bisserbe, Boulanger, Boyer, 1992). Pour Mishara et McKim (1989), il est important de comprendre la pharmacocinétique pour avoir une idée des changements que l'avancée en âge entraîne dans les réactions aux médicaments psychotropes. En outre, l'état de santé physique de l'utilisateur est un facteur non négligeable, dans la mesure où

selon l'état de ses fonctions pulmonaire, hépatique, rénale et métabolique, la pharmacocinétique du produit pourra être modifiée dans son stockage ou son élimination. Il est donc indéniable que les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires de tout agent pharmaceutique et notamment aux médicaments psychoactifs à potentiel addictif. En effet, à cause des changements physiologiques associés à la vieillesse, les personnes âgées sont plus susceptibles de devenir physiologiquement dépendants de ces médicaments, le vieillissement entraînant une réduction de capacités physiologiques des organes intervenant dans la métabolisation et l'élimination des psychotropes (Serradimigni, 1985). De même, une polymédication liée à des atteintes somatiques, généralement présentes chez les personnes âgées, engendre une potentialisation des effets des médicaments et génère un plus grand risque de dépendance. Ainsi, les problèmes d'abus, de tolérance et de dépendance sont élevés chez les personnes âgées, particulièrement en ce qui concerne les BZD (Barbeau *et al.*, 1991). Comme le souligne cet auteur, la consommation de BZD peut entraîner, sur une période prolongée, des toxicomanies aussi graves que celles qui se produisent avec la morphine. De plus, certaines fragilités psychiques (personnalités anxieuses, par exemple) exposent à des conduites addictives. L'étude réalisée par Solomon *et al.* (1995), concernant les caractéristiques des patients de maison de retraite prenant des médicaments à potentiel addictif, a démontré que l'utilisation routinière et prolongée des benzodiazépines (qui font partie des médicaments les plus répandus en maison de retraite), peut provoquer des effets secondaires sérieux chez les sujets âgés, tels que montée d'angoisse, agitation et dysfonctionnements cognitifs et enfin dépression. Dans cette étude, les auteurs suggèrent qu'il existe plusieurs caractéristiques notables chez les patients de maisons de retraite qui consomment des médicaments addictifs à long terme (trouble dû à la prise de substance, dépendance au produit, effets indésirables plus fréquents chez les plus de 80 ans que chez les moins de 60 ans (par exemple, troubles de la coordination motrice, troubles de la mémoire avec altération de la mémorisation des informations récentes et diminution de l'attention, troubles cognitifs, syndromes de sevrage – Robitaille *et al.*, 1991).

Le potentiel addictif des BZD est à présent de plus en plus reconnu, plaçant une pression grandissante sur les prescripteurs, ainsi que sur les sujets pour les inciter à limiter leur usage, en particulier à long terme

(Robertson, Treasure, 1996). Cependant, lorsque la littérature évoque l'addiction aux BZD, il est souvent question de polyaddiction. En effet, la dépendance à ces substances est souvent associée à des dépendances à d'autres produits (Rittmannsberger, 1997), notamment à l'alcool. Ainsi, les personnes les plus à risque, en ce qui concerne l'addiction aux BZD, apparaissent être celles ayant une histoire d'abus d'alcool et de sédatifs (Roache, Meisch, 1995). De même, l'addiction aux BZD est envisagée dans le cadre d'un usage non médical de ces produits, par exemple, par voie intraveineuse et à forte dose par des toxicomanes (Robertson, Treasure, 1996). Cependant, Gold *et al.* (1995) soulignent que l'addiction se produit souvent dans un contexte d'usage médical.

Les auteurs considèrent également que le pouvoir « renforçateur » positif des BZD peut être un facteur prédisposant à la dépendance psychique et au-delà, à l'addiction (Costentin, 1993 ; Ehrenberg, 1997 ; Ey, Bernard, Brisset, 1974 ; Robitaille *et al.*, 1991 ; Spadone, 1997). En effet, si la prise de substance permet d'annihiler la détresse psychologique – humeurs négatives, sensations déplaisantes – (Pédinielli, Rouan, Bertagne, 1997), le sujet réitérera alors son comportement de prise de produit. C'est pourquoi, on peut admettre que dans l'addiction il existe également une dépendance comportementale, la prise de médicaments pouvant être envisagée comme un rituel (« une pilule le soir au coucher »).

La dépendance comportementale est également liée aux propriétés psychoactives de la substance, dont les effets pérennisent la prise (le comportement). En effet, selon Péliissolo et Naja (1996) un mécanisme de renforcement positif est en cause dans l'installation du comportement de prise car les effets sédatifs, myorelaxants et anxiolytiques, rapides des BZD peuvent être ressentis comme autant d'effets satisfaisants encourageant le recours. Dans le même sens, Juergens (1993), rappelle que la rapidité des effets agréables provoqués par certaines benzodiazépines (diazépam, lorazépam, triazolam, alprazolam), semble être un facteur important contribuant à l'abus et à l'installation d'une dépendance physique (Cappe, Sellars, Busto, 1986), mais également psychique. Ainsi, ces considérations nous amènent à envisager l'addiction aux BZD chez les personnes âgées, comme une attitude comportementale visant à réduire un mal-être psychique. Une molécule peut alors être qualifiée de médicament « psychotrope », en tenant compte du fait que cette molécule agit de façon variable selon les

modalités de réorganisation économique et dynamique de la vie psychique (Zarifian, 1998) en modifiant « les émotions, les affects, les perceptions, l'humeur, l'état de conscience, un certain rapport au monde » (Morel, Hervé, Fontaine, 1997). L'addiction aux BZD chez les personnes âgées n'est pas alors conçue comme une simple dépendance à une substance psychoactive, mais plutôt comme une dépendance psychique à une expérience qui s'instaure comme rapport au monde. Comme l'indique Morel *et al.* (ibidem), les substances psychoactives (psychotropes ou drogues) « font partie des stratégies comportementales d'exploration et d'action. En troublant le jeu commun entre les interactions avec l'environnement et les affects, elles produisent des changements intérieurs et libèrent des contraintes subjectives ». On peut donc penser qu'avec l'effet que procure une BZD anxiolytique, par exemple, le sujet âgé ressent une sensation de mieux-être en soi-même, mais aussi dans son rapport au monde, et donc aux autres, le médicament conférant une certaine assurance en soi. L'addiction aux BZD ne se pose pas uniquement en terme d'addiction « au produit », même si nous tenons compte de sa potentialité addictive physiologique (par rapport au syndrome de sevrage, notamment). Comme Pédinielli *et al.* (1997), nous envisageons l'addiction aux benzodiazépines comme une activité comportementale, à savoir la prise d'un médicament qui répond à une tension intérieure, générée par les aléas du vieillissement, qu'elle soulage. Cet acte permettrait, selon nous, de restaurer l'équilibre identitaire que l'avancée en âge peut faire vaciller et d'améliorer ainsi le bien être des sujets âgés (Winnicott, 1969). L'addiction a alors une valeur adaptative pour le Moi. Par sa conduite addictive le sujet est à la recherche d'une quête de sens, quête de lui-même, quête d'identité (Fédida, 1998). Dans le même sens, pour Veysset (1989), l'expérience de « l'assuétude » ne vient pas de l'objet, mais de l'investissement émotionnel que la personne lui apporte, ainsi que de la signification qu'il a pris dans son économie psychique. Il existe alors une dépendance psychologique qui renvoie, comme le souligne Constantin (1993) à un besoin de maintenir les sensations de satisfaction, de détente et de bien-être que la substance procure au sujet.

Pour résumer notre pensée, nous pouvons dire que l'addiction aux BZD fait fonction d'*automédication psychique*, elle peut être employée pour apaiser les tensions comme le stress, l'angoisse (Fernandez, 1997), l'anxiété, la dépression. Elle est liée à la relation que le sujet âgé

entretient avec l'objet de dépendance. La dimension d'automédication renvoie à la possibilité de corriger « un rapport au monde vécu comme insatisfaisant » (Morel, Hervé, Fontaine, 1997). C'est pourquoi, à l'instar des travaux de la littérature, nous pensons que, chez les personnes âgées, l'addiction aux BZD entretient un rapport avec l'anxiété et la dépression.

### **Symptomatologie anxieuse et dépressive et addiction aux BZD chez les sujets âgés**

Les troubles anxieux forment, avec les dépressions, le groupe le plus important des maladies mentales de la personne âgée (Ferrey, Le Gouès, 1997). L'anxiété (généralisée) semble avoir une prévalence basse chez les personnes âgées atteintes de maladies physiques (2 %) alors que la prévalence est de 23 % pour les troubles thymiques représentés par les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (Goudemand, Thomas, Lebert, 1995). Il y a une sous-estimation de la fréquence de l'anxiété dans les troubles somatiques du sujet âgé, qui tient à la difficulté de délimiter anxiété normale et anxiété pathologique et à la prédominance des plaintes somatiques comme expression symptomatique de l'anxiété chez les sujets âgés, lesquelles plaintes sont considérées comme faisant partie du tableau clinique de la maladie organique. Des travaux (Blazer, George, Hughes, 1991 ; Zung, 1973) montrent que les sujets âgés souffrent préférentiellement d'anxiété pathologique ou généralisée au regard des autres troubles psychiatriques. Ce qui rend difficile l'estimation objective de la fréquence de l'anxiété chez les personnes âgées, c'est l'association et l'intrication fréquente de troubles anxieux et de troubles dépressifs (Pichot, Widlöcher, Pull, 1989), l'anxiété généralisée étant ainsi fréquemment associée à un trouble dépressif (Alexopoulos, 1991). Pour Goudemand *et al.* (1995), l'anxiété et la dépression sont intimement liées à la vie psychique. Vieillesse et symptomatologie dépressive et anxieuse constituent « les agents agresseurs à signification événementielle venant menacer le sujet dans son organisation biologique et psychique » (ibidem).

Benzodiazépines et antidépresseurs sont en concurrence dans certaines zones de la clinique chez les personnes âgées. Les antidépresseurs ne sont pas réclamés par les patients (au contraire des BZD dont 70% des prescriptions sont des renouvellements d'ordonnance – Haeusker,

Roshk, Facy, 1988), ils ne donnent pas lieu, sauf exception, à dépendance (Lagier, 1986) et ils ne sont pas considérés comme toxicomanogènes (la Commission Nationale des Stupéfiants ne les cite même pas, alors qu'elle place les BZD dans les premiers et deuxièmes groupes – Féline, Hardy, De Bonis, 1990). De multiples travaux consacrés aux dépressions du sujet âgé (Ferrey, Le Gouès, 1997 ; Olié, Poirier, Léo, 1995) existent, mais pas toujours en relation avec la surconsommation de BZD. Ces travaux insistent sur : a) la présence de troubles psychiatriques en comorbidité (y compris la dépression) comme facteur de risque pour le développement de troubles dus à la prise de substance chez les personnes âgées (Goudemand, Thomas, Lebert, 1995) ; b) la fréquence d'apparition d'une dépression grave plus importante (multipliée par deux) chez les sujets âgés dépendants que chez les plus jeunes (Solomon, Stark, 1993) ; c) les difficultés rencontrées par les sujets âgés engagés dans le processus du vieillissement (corps vieillissant avec réduction progressive de l'autonomie, de la sensorialité, des instruments corporels) menaçant les structures narcissiques des sujets (baisse de l'estime de soi, sentiment douloureux d'infériorité, associé à la culpabilité – Besançon, Servillat, 1991 ; Ehrenberg, 1997 ; Ferrey, Le Gouès, 1997 ; Graham *et al.*, 1995). Widlöcher (1985) considère que le cumul des difficultés ou événements de vie, voire épisodes douloureux (séparation, deuil, fin de l'activité professionnelle, réduction des capacités d'adaptation ou inadaptation aux changements, amenuisement du réseau social, baisse des revenus) surexpose au risque dépressif et à la consommation de BZD. L'addiction médicamenteuse, quelle qu'elle soit, est pour la personne âgée une fuite face à la dépression entraînant une conduite mise en acte dans l'addiction (Balier, 1979). Les addictions et la dépression souvent associées, offrent alors ce que Ehrenberg (1997) appelle « des mixtes de thérapeutique et d'identitaire (...), des demandes de sens et de reconnaissance de la souffrance qui se situent au delà du normal et du pathologique ». Cet auteur parle d'une inscription dans la problématique de l'addiction-relation ou des conduites de dépendance aux normes sociales. C'est le cas de Madame N. dans notre échantillon qui ne surmonte pas son sentiment d'insuffisance. Sous médication, elle éprouve un sentiment de valeur personnelle qu'elle n'avait jamais connu et qui disparaît quand le médecin arrête le traitement. Pour Ehrenberg (1997), c'est toujours la relation qui fait la drogue. La recherche du

changement de personnalité permet d'être mieux que soi, plus que soi et de toute façon autrement que soi. La drogue étant ici à la fois le révélateur et le modificateur de soi. Nous sommes avec les personnes âgées à la fois dans l'âge de l'apparence intérieure et de l'apparence extérieure. Un dernier point pour souligner le rôle « antidépresseur » des addictions, fonctionnant comme des conduites d'automédication secondaire à une souffrance dépressive (Bailly, Vénisse, 1999).

## **Objectifs de l'étude et hypothèses**

Notre étude a comme objectifs d'examiner, d'une part, la variabilité de l'addiction aux BZD au sein d'une population fragilisée par les effets de l'âge (l'apparition d'une maladie chronique, par exemple) et, d'autre part, les relations que la symptomatologie anxieuse et dépressive entretient avec l'addiction aux BZD chez les sujets âgés. Plus précisément nous voulons montrer que : 1) l'âge des sujets a une influence sur le degré d'addiction aux BZD (plus les sujets sont âgés, plus ils sont addictés aux BZD) ; 2) le degré et l'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive a une influence sur le degré et l'intensité de l'addiction aux BZD.

## **Méthode**

### *Population*

La population est composée de 28 sujets retraités vivant à leur domicile (10 hommes, 18 femmes) âgés de 65 à 91 ans (âge moyen : 73.25 ans). 20 sujets sont mariés et vivent en couple et 8 sujets sont veufs et vivent seuls.

### *Méthode de sélection de la population*

Les 28 sujets de notre échantillon ont été sélectionnés selon la méthode dite « boule de neige ». C'est une technique utilisée dans les études ethnographiques en tant que mode d'accès aux personnes dans leur environnement (associations de retraités, club du troisième âge, voisinage, par exemple) : un sujet x donne accès à un sujet y qui lui même donne accès à d'autres personnes et ainsi de suite. Cette méthode

est utile quand on ne souhaite pas sélectionner des sujets hospitalisés ou institutionnalisés, même si elle s'avère coûteuse en temps (première rencontre, présentation des objectifs de la recherche, prise de rendez-vous – avec des rendez-vous reportés ou manqués). Ce type d'approche a l'avantage, une fois le contact établi et que la confiance s'installe entre les deux parties, d'obtenir une liberté d'expression ainsi qu'une spontanéité du sujet. De plus, par le jeu des affinités, on peut espérer une certaine homogénéité de l'échantillon.

### *Critères d'inclusion et d'exclusion de la population*

Ont été inclus dans le protocole les sujets âgés dépendants des BZD (score entre 4 et 12 au questionnaire d'addiction aux benzodiazépines) et répondant aux critères pour le diagnostic d'addiction aux benzodiazépines (Besançon, Servillat, 1991 ; Busto *et al.*, 1986 ; Robitaille *et al.*, 1991) ont été retenus (Tableau I).

Tableau I : Liste des critères retenus pour le diagnostic d'addiction aux BZD chez les sujets âgés.

---

A) usage prolongé : consommation de BZD continue durant au moins 90 jours et dose cumulée au cours de la vie supérieure à l'équivalent de 2 700 mg de diazépam ;

B) au moins un des trois critères suivants :

- a) des effets secondaires attribuables à l'usage du médicament ;
- b) une incapacité à interrompre la consommation en raison de symptômes de sevrage attestant d'une dépendance physique ;
- c) des phénomènes de tolérance et d'augmentation des doses au-delà des posologies indiquées.

C) existence d'une dépendance psychique

---

Le questionnaire d'addiction aux benzodiazépines et la liste des critères pour le diagnostic d'addiction aux benzodiazépines permet aussi de donner des informations sur le type de produits addictifs consommés par les sujets, sur prescription d'un généraliste (anxiolytiques, hypnotiques), la posologie quotidienne et la distribution des sujets selon la spécialité médicamenteuse, la durée de la prescription (tableau II).

Tableau II : Type de produits addictifs consommés, en ce qui concerne les anxiolytiques, la posologie quotidienne, la durée de la prescription.

<b>Demi-vie</b>	<b>Médicaments</b>	<b>Posologie (mg)</b>	<b>N (28)</b>	<b>Durée (jours)</b>
<b>Moyenne</b>	lorazépam <sup>1</sup> (Témesta®)	0.5 à 1	10	> 90
	alprazolam (Xanax®)	0.25 à 0.5	10	> 90
<b>Longue</b>	bromazépam (Lexomil®)	1,5 à 3	2	> 90
	diazépam (Valium®)	5	3	< 90
	clorazépate (Tranxène®)	5	3	< 90

<sup>1</sup> Le lorazépam est la molécule BZD la plus souvent prescrite en France (Lemoine, 1999).

Les sujets âgés présentant une maladie chronique (diabète, hypertension, rhumatisme, hyperthyroïdie, ostéoporose, troubles cardio-vasculaires ou veineux) et nécessitant la prise d'autres médicaments, n'ont pas été exclus de l'étude (tableau III).

Tableau III : Nombre de sujets présentant des maladies chroniques.

<b>Types de maladies</b>	<b>N</b>
Diabète	5
Hypertension	10
Rhumatisme	5
Hyperthyroïdie	2
Ostéoporose	1
Troubles cardio-vasculaires ou veineux	5

Les sujets âgés ayant présentés des antécédents psychiatriques ou tous types de démences (démences séniles, démence présénile d'Alzheimer, maladie de Parkinson – forme sénile) ont été exclus de l'étude.

## **1. Questionnaire d'addiction aux benzodiazépines (QAB)**

L'addiction aux benzodiazépines a été mesurée à l'aide d'un questionnaire (voir annexes) élaboré par nous sur le modèle de l'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (Pelissolo, Naja, 1996). Cet instrument nous a semblé pertinent par rapport à notre question de recherche, mais incomplet et ne rendant pas compte de l'ensemble des critères retenus pour le diagnostic d'addiction aux BZD. Ceci nous a conduit à modifier certains items et à en rajouter. Ainsi, notre questionnaire comporte à présent 12 items. Les propositions énoncées concernent la durée de consommation du médicament (item 1) ; la posologie, le dosage, la tolérance au médicament (items 2-6-12) ; les symptômes de sevrage attestant d'une dépendance physique (items 8-9-10) ; l'existence d'une dépendance psychique et/ou physique (items 3-4-5-7-9-11). Ce questionnaire à choix dichotomique (Vrai-Faux) est destiné à mesurer le degré d'addiction aux BZD, sa cohérence inter-items (alpha de Cronbach) est de 0.65. Pour cette étude, c'est le score global qui a été pris en compte, en attribuant 1 point à chaque item coté Vrai (excepté l'item 11 qui est inversé, 1 point pour une réponse Faux). La variable d'addiction a été *a priori* découpée en 3 catégories : de 0 à 3 (faible addiction), de 4 à 8 (addiction moyenne) et de 9 à 12 (forte addiction).

## **2- Le HAD**

Le questionnaire *Hospital Anxiety and Depression* (HAD) élaboré par Zigmond et Snaith (1983) permet d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse du sujet âgé. Il a déjà fait l'objet de plusieurs validations en ce qui concerne la détection des problèmes psychologiques chez les personnes âgées, en particulier en France. Le HAD comporte 14 items. Les affirmations qu'il propose ont pour but de renseigner sur l'état d'anxiété du sujet et permettent de détecter une dépression éventuelle. L'instrument comporte 7 items relatives à l'anxiété et 7 pour la dépression. Ces items comportent quatre modalités de réponse (3, 2, 1, 0). Le sujet doit entourer la modalité qui correspond le mieux à ce qu'il ressent. Un score est attribué en anxiété

et en dépression en fonction des réponses choisies. Pour Barczack *et al.*, (1988) une note de 8 et plus constituerait le seuil optimal avec pour l'anxiété et la dépression respectivement des sensibilités de 82 % et 70 % et des spécificités de 94 % et 68 %. Dans une étude réalisée dans une unité d'oncologie, Razavi *et al.*, (1990) ont proposé de retenir le score global de l'échelle (étant donné l'instabilité de la structure factorielle – Razavi *et al.*, 1989) en additionnant les scores des deux échelles anxiété et dépression. Dans ces conditions, la note-seuil optimale serait de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité 70 %, spécificité 75 %) et de 13 pour les troubles de l'adaptation et les dépressions majeures (sensibilité 75 %, spécificité 75 %).

### **Déroulement du protocole expérimental**

L'ensemble des outils a été présenté en une seule passation aux 28 sujets. Le mode de passation a été individuel. En ce qui concerne l'ordre des épreuves, celui-ci a été identique pour chaque sujet. Ainsi, le premier questionnaire présenté a été l'échelle d'addiction aux BZD (durée 10 minutes), la seconde a été le H.A.D. (durée 20 minutes). La durée totale de la passation a donc été de 30 minutes.

### **Procédure d'analyse des résultats**

L'analyse des résultats est, pour l'essentiel, quantitative<sup>1</sup> (les données sont présentées en annexe). Cette démarche s'avère adéquate dans le cadre de cette étude, même si la recherche comporte un nombre de sujets restreints. Nous avons cependant tenu compte des principales informations qualitatives fournies par les sujets pour discuter les résultats. Mais ces informations auraient nécessité, pour pouvoir être mises à profit, un examen attentif et détaillé visant à mettre au jour, pour chaque sujet, le réseau complexe des relations qui lient les deux mesures d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Les traitements statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS 8.0.

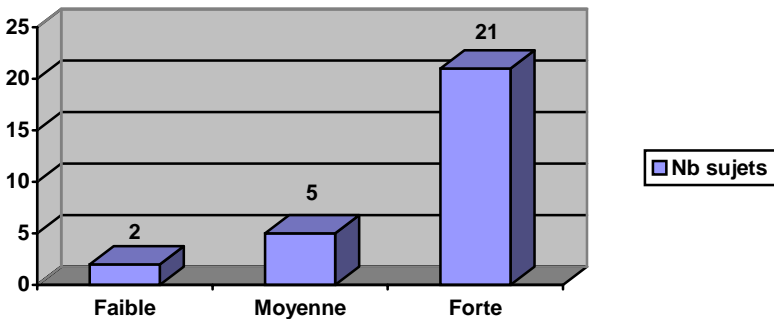
## Résultats

Au niveau des statistiques descriptives concernant :

- l'addiction aux benzodiazépines :

Sur 28 sujets âgés, 2 sujets ont une addiction faible aux BZD ; 5 sujets ont une addiction moyenne ; 21 une addiction forte. 25 sujets sur 28 peuvent être dits addicts aux BZD (Figure 1).

Figure 1 : Distribution des niveaux d'addiction aux BZD.



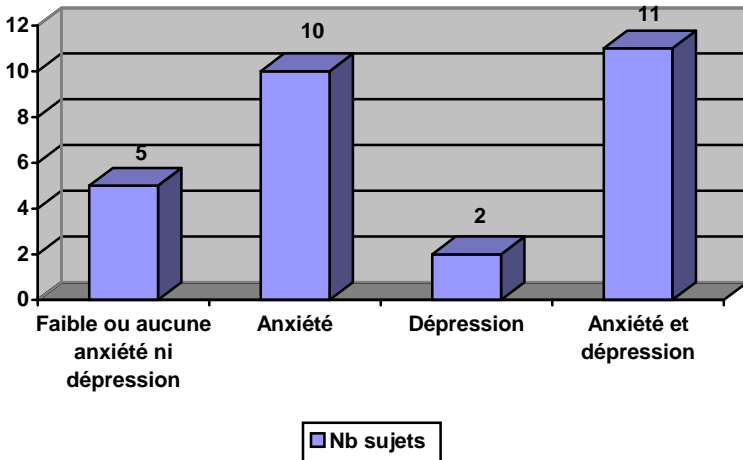
- la symptomatologie anxieuse et dépressive :

Sur 28 sujets âgés, 5 sujets ne présentent pas de symptomatologie anxieuse et dépressive ; 10 sujets présentent une symptomatologie anxieuse et pas de symptomatologie dépressive ; 2 sujets présentent une symptomatologie dépressive et pas de symptomatologie anxieuse ; 11 sujets présentent une symptomatologie associée, anxieuse et dépressive (Figure 2).

Au niveau des statistiques inférentielles :

Etant donné que notre échantillon est composé d'un nombre assez restreints de sujets retraités âgés ( $N = 28$ ), nous ne pouvons généraliser nos résultats à l'ensemble des sujets âgés consommateurs de BZD même si les premiers résultats obtenus vont dans le sens de nos hypothèses.

Figure 2 : Distribution



Les résultats, mis en évidence à partir de notre échantillon par l'analyse de régression linéaire pas à pas, montrent qu'il existe un effet significatif de : l'âge sur l'addiction aux BZD chez les sujets âgés de notre échantillon [ $F(1,27) = 6.727$   $p = .01$ ]. L'âge semble être un facteur prédictif de l'addiction aux BZD. Ainsi, plus les sujets de notre échantillon sont âgés (70 ans et au-delà) plus ils sont addicts aux BZD. Effet aussi de la symptomatologie dépressive l'addiction aux BZD [ $F(1,27) = 7.63$   $p = .01$ ], alors que la symptomatologie dépressive n'est présente que chez 14 sujets sur 23. La dépression semble être le meilleur prédictif de l'addiction aux BZD chez les sujets âgés de notre échantillon.

Effet encore de l'association anxiété/dépression (tel que le montre le score global au HAD), sur l'addiction aux BZD [ $F(1,27) = 3.904$ ,  $p=.03$ ].

Par contre, on ne trouve pas d'effet significatif de l'anxiété sur l'addiction aux BZD [ $F(1,27) = 1.784$ ,  $p = .193$ ]. L'anxiété qui constitue avec la dépression<sup>1</sup> le groupe le plus important des « problèmes

---

<sup>1</sup> Au sens de symptomatologies respectivement anxieuse et dépressive.

psychologiques » de l'adulte âgé, ne prédit pas seule l'addiction aux BZD, alors que la symptomatologie anxieuse est prévalente chez 21 sujets sur 23 dans notre échantillon.

## **Discussion des résultats**

L'objectif de notre discussion consiste à mettre les premiers résultats obtenus à partir de notre échantillon en perspective avec l'ensemble des connaissances psychopathologiques et empiriques. Et à les utiliser comme autant d'illustrations des problèmes complexes auxquels les cliniciens font face lorsqu'ils travaillent avec des sujets âgés addicts aux BZD.

### *Age et addiction aux benzodiazépines*

Ces résultats sont congruents avec de nombreux travaux de la littérature scientifique qui attestent de la prévalence élevée de consommation de BZD chez les sujets âgés (Aguzzoli, Sermet, 1993 ; Barbeau *et al.*, 1991 ; Busto *et al.*, 1986 ; Closser, 1991 ; Guignon, Mormiche, Sermet, 1994 ; Jensen *et al.*, 1994 ; Robitaille *et al.*, 1991 ; SOFRES, 1990). Guignon *et al.* (1994) montrent que 30 % des femmes et 20 % des hommes de plus de 60 ans consomment régulièrement des psychotropes (Goudemand, Thomas, Lebert, 1995) ainsi que 70 % de la population âgée résidant en institution (Aguzzoli, Sermet, 1993). 40% des BZD seraient délivrés aux personnes âgées de plus de 60 ans (Closser, 1991) et utilisés de façon routinière et prolongée (Solomon, Shackson, Brown, 1995).

L'addiction aux BZD prévaut dans notre échantillon. Cette prévalence mérite notre attention et doit être perçue comme une détresse psychologique marquée chez cette population pour deux raisons. D'une part, cette (sur)consommation s'inscrit dans une problématique d'ordre physiologique et biologique : tous les sujets âgés de notre échantillon suivent un traitement pour une maladie chronique (diabète, hypertension, rhumatisme, hyperthyroïdie, ostéoporose, troubles cardiovasculaires ou veineux) nécessitant la prise d'autres médicaments. On peut évidemment avancer l'argument non négligeable que la polypathologie, dont les sujets les plus âgés sont souvent atteints, engendre une surconsommation de médicaments qui peut mener à

l'addiction, car selon Mishara (1996) un problème de santé est toujours un des meilleurs prédicteurs de la consommation de médicaments. Ce point de vue va dans le sens de nombreux travaux (Closser, 1991 ; Eggen, 1994 ; Hendricks *et al.*, 1991 ; Besançon, Servillat, 1991 ; Task Force on Prescription Drugs, 1968), qui montrent que le facteur explicatif principal de la surconsommation de médicaments chez la population âgée est liée d'abord à la morbidité de cette population. L'hygiène de vie et particulièrement les habitudes alimentaires, la consommation de boissons alcoolisées et l'utilisation du tabac, ... peuvent donc expliquer la consommation d'autres médicaments chez ces personnes âgées, consommation liée au déclenchement d'une maladie, venant témoigner des changements physiologiques et psychiques que suggère « l'entrée dans un nouveau cycle de vie » (Le Moigne, 1999).

L'annonce de la maladie chronique chez les sujets âgés de notre échantillon et la prescription médicamenteuse associée permettant aux sujets de conserver leur intégrité physique, ont été sources d'inquiétude et d'angoisse pour ces sujets qui se sont trouvés confrontés à l'image de la détérioration physique, renvoyant aux stéréotypes négatifs associant vieillesse et maladie. Elles ont conduit la majorité des sujets à demander à leurs médecins de les aider à réduire leur malaise psychique, en leur prescrivant un médicament adapté à leur symptomatologie.

Cette (sur)consommation s'inscrit, d'autre part, dans une problématique psychosociale : la cessation d'activité (retraite), l'isolement et/ou le veuvage, la crainte de la perte d'autonomie liée à la maladie ont également conduit les sujets âgés qui ont intériorisées les images négatives de la vieillesse et qui se sentent impuissants devant ses situations stressantes à demander des soulagements chimiques à leur détresse psychologique. Car, quelle que soit la problématique à l'œuvre, les sujets âgés sont moins enclins que les jeunes à recourir à des mécanismes de compensation et/ou à la psychothérapie comme stratégie d'adaptation au stress (Barbeau *et al.*, 1991), pour faire face aux différents événements de vie douloureux. Pour Pérodeau *et al.* (1996), l'utilisation des psychotropes, associée à la réduction de la détresse psychologique, constituerait alors une stratégie privilégiée. En réponse à des événements de vie stressants (situation de perte, annonce d'une maladie, ...), les personnes âgées de notre échantillon adoptent des stratégies d'adaptation passives visant à réduire leur niveau de ressenti émotionnel, à pallier les symptômes de détresse psychologique en

consommant des psychotropes (McCrae, 1984), pour conserver leur intégrité psychique et leur identité (Barbeau *et al.*, 1991).

Le résultat non significatif, en ce qui concerne l'anxiété, va à l'encontre des travaux épidémiologiques indiquant une prévalence de l'anxiété chez les sujets âgés en regard des autres troubles psychiatriques (Blazer, George, Hughes, 1991 ; Graham *et al.*, 1995 ; Zung, 1973). De plus, les benzodiazépines étant, par principe, des réducteurs d'anxiété, on s'attendrait à ce que leur prescription soit fortement et particulièrement liée à ce symptôme.

En fait, les travaux montrent qu'il est difficile d'estimer objectivement la fréquence de l'anxiété chez les personnes âgées, tant les troubles anxieux et troubles dépressifs sont associés (Alexopoulos, 1991 ; Fourasté, 1991 ; Goudemand, 1989 ; Pichot, Widlöcher, Pull, 1989). Pour ces auteurs, l'anxiété fait partie des symptômes de la dépression. Elle remet en question le vouloir vivre et les raisons de vivre et « place l'être face au néant et aux limites de l'absurde » (Fourasté, 1991). L'anxiété permet à l'agressivité de s'exprimer comme mode de défense devant l'anéantissement ou, au contraire, l'anxiété peut totalement inhiber l'agressivité, c'est la passivité et dès lors l'humeur est dépressive. On peut ainsi penser, à l'instar de Messy (1994), que l'angoisse ressentie par le sujet âgé est une angoisse de mort (liée au ressenti de la maladie organique présente – c'est le cas des sujets de notre échantillon qui ont verbalisé ce ressenti), qui peut mener à la dépression.

En revanche, les résultats significatifs concernant la dépression vont dans le sens des travaux qui mettent en évidence le rôle de l'âge et des événements de vie comme facteurs prédisposant à la dépression (Ferre, Le Gouès, 1997 ; Rosin, Glatt, 1971 ; Widlöcher, 1985). Comme, nous avons pu le voir, pour Widlöcher (1985), l'âge prédispose à avoir vécu un nombre cumulé d'épisodes douloureux, tels que la séparation, le deuil, la maladie, ... Plus la personne avance dans l'âge et plus elle est confrontée à ces épisodes douloureux qui sont à considérer parmi les événements les plus pathogènes corrélatifs à l'entrée dans la dépression. La dépression entraîne donc, chez les sujets âgés, une conduite mise en acte dans l'addiction aux BZD (Cassagne-Pinel, 1999). C'est le cas pour les sujets âgés de notre échantillon, qui ont connu le deuil et la séparation/perte d'un être cher et qui sont tous confrontés à la maladie.

## Conclusion

Par notre étude nous avons voulu montrer (même si les résultats sont à interpréter avec précaution) que l'addiction aux BZD des personnes âgées est de nature psychologique et comportementale et tend à réduire une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive liée aux effets de l'âge et aux événements de vie, comme l'apparition d'une maladie par exemple. Le médicament se pose donc là comme le soulagement « chimique » d'un inconfort moral. Dès lors, il faut envisager des solutions pour aider les sujets âgés à diminuer leur consommation de médicaments psychotropes, lorsque ceux-ci ne sont, comme le souligne Zarifian (1998) qu'une « médicalisation de l'existential » et non une nécessité organique. En ce sens, il serait recommandable : d'informer les personnes âgées sur les risques associés à l'utilisation à long terme des BZD ; d'amener les personnes âgées à s'interroger sur la pratique médicale de prescription (trop systématique) de BZD pour des problèmes d'anxiété ou d'insomnie ; de conseiller et d'encourager les personnes âgées consommatrices de BZD à utiliser des alternatives aux solutions pharmacologiques pour lutter contre leur anxiété, leur dépression.

De plus, la complexité de l'appareil psychique de la personne âgée, de même que le rapport qu'elle entretient avec « ses » médicaments, méritent à notre sens d'être abordés au cours de travaux ultérieurs, car nous sommes dans un domaine de recherche en psychopathologie encore peu exploré.

## Références

1. Adès J. (1994), Conduites de dépendance et recherche de sensations. In D. Bailly, J.L. Vénisse (eds), *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris, Masson, 147-166.
2. Aguzzoli F., Sermet C. (1993), *La consommation pharmaceutique des personnes âgées en Institution*. Paris, Cnedes.
3. Alexander B. K. (1982), Opiate addiction: The case for an adaptative orientation. *Psychological Bulletin*, 92, 367-381.
4. Alexopoulos G.S. (1991), Anxiety and depression in the elderly. In C. Salzman, B.D. Lebovitz (eds), *Anxiety in the elderly*, New York, Springer publication.

5. Allard J., Allaire D., Leclerc G., Langlois S.P. (1996), L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. In D. Cohen, G. Pérodeau (eds), *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 164-182.
6. American Psychological Association (1990), *Task Force on benzodiazépines, dependence, toxicity and abuse*. Washington, APA Press.
7. Bailly D., Vénisse J.L. (1999), *Addictions et psychiatrie*. Paris, Masson.
8. Balier C. (1979), Pour une théorie narcissique du vieillissement. *L'information Psychiatrique*, 55(6), 635-644.
9. Barbeau G., Guimond J., Mallet L. (1991), *Médicaments et personnes âgées*. Québec, Edisem Inc.
10. Barczack P., Kane N., Andrews S., Congdon A.M., Clay J.C., Betts T. (1988), Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic: a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). *Brit. J. Psychiatry*, 152, 698-700.
11. Besançon G., Servillat Th. (1991), Réactions psychiques du sujet âgé face à la maladie somatique. *Psychogériatrie*, 3, 31-35.
12. Bisserbe J.C., Boulanger J.P., Boyer P. (1992), Les benzodiazépines dans le traitement de la pathologie anxieuse : indications. *Perspectives Psychiatriques*, 35(V), 283-287.
13. Blazer D., George L.K., Hughes D. (1991), The epidemiology of anxiety disorders: An age comparison. In C. Salzman, B.D. Lebovitz (eds), *Anxiety in the elderly*, New York, Springer publication.
14. Bourque O., Blanchard L., Sadeghui M.R., Arsenault A.M. (1991), Etat de santé, consommation de médicaments et symptômes de la dépression chez les personnes âgées. *Canadian Journal of Aging*, 10(4), 309-319.
15. Bouvet de la Maisonneuve O., Védrines S. (1992), La consommation de benzodiazépines en France. *Perspectives psychiatriques*, 35(V), 268-270.
16. Busto U., Sellers E.M., Naranjo C.A. et al. (1986), Patterns of abuse and dependence. *Br. J. Addict.*, 81, 87-94.
17. Britt H., Bhasale A., Miles D.A., Meza A., Sayer G.P., Angels M. (1996), The sex of the general practitioner. A comparison

- characteristics patients and medical conditions managed. *Medical Care*, 34, 403-415.
18. Cappe H.D., Sellars E.M., Busto U. (1986), Benzodiazepines and drug of abuse and dependence. In H.D. Cappel, F.B. Glaser, Y. Israël *et al.* (eds), *Recent Advances in Alcohol and Drug Problems*, vol. 9, New York, Plenum Press, 53-126.
  19. Caroselli-Karinja M. (1985), Drug abuse and elderly. *Journal of Psychiatric Nursing*, 23, 25-30.
  20. Cassagne-Pinel C. (1999), *L'addiction médicamenteuse du sujet âgé*. Mémoire de maîtrise en psychologie clinique, Université Toulouse Le Mirail, non publié.
  21. Chambers C.D. (1971), *An assessment of drug use in the general population*. New York, Narcotic Addiction Control Commission.
  22. Chopart J.N. (1993), La distribution des psychotropes dans les secteurs du centre hospitalier spécialisé de Rouvray. In B. Doray, J.M. Rennes (eds), *Regards sur la folie : investigations croisées des sciences de l'homme et de la société*, Paris, l'Harmattan, 311-322.
  23. Closser M.H. (1991), Benzodiazepines and the elderly: a review of potential problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35-41.
  24. Costentin J. (1993), *Les médicaments du cerveau*. Paris, Odile Jacob.
  25. Coons S.J., Johnson M., Chandler M.H.H., (1992), Sources of self-treatment information and use of home remedies and over-the counter medications among older adults. *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7(1), 71-82.
  26. Cormack M.A., Howells E. (1992), Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Family Practice*, 9, 446-471.
  27. Dally S. (1991), Bases cliniques et biologiques de la dépendance aux benzodiazépines. In J.L. Vénisse (ed.), *Les nouvelles addictions*. Paris, Masson, 175-182.
  28. Danion J.M. (1990), Le traitement médicamenteux de l'anxiété du sujet âgé. *Psychologie Médicale*, 22(9), 893-901.
  29. Davidson W., Molloy W., Somers G., Bedard M. (1994), Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 917-921.

30. Doron R., Parot P. (1998), *Dictionnaire de Psychologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
31. Dupré-Lévêque D. (1996), Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés. In D. Cohen, G. Pérodeau (eds), *Drogues et médicaments mis en contexte*, Santé mentale au Québec, 22, 183-189.
32. Eggen A.E. (1994), Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: The Tromso study. *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1262-1272.
33. Ehrenberg A. (1997), Addictions et dépressions : fragments pour une sociologie de l'intention pathologique. In R. Padieu *et al.* (eds), *Dépendance et conduites de consommation*. Paris, Editions Inserm.
34. Eve S.B., Friedsam H.J. (1981), Use of tranquilisers and sleeping pills among older texans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 165-173.
35. Ey H., Bernard P., Brisset C. (1974), *Manuel de Psychiatrie*. Paris, Masson.
36. Fédida P. (1998), Avant propos. In G. Darcourt, R. Jouvent, P. Simon, E. Zarifian (eds), *Demain les psychotropes ?* Paris, Presses Universitaires de France, 8-18.
37. Féline A., Hardy P., De Bonis M. (1990), *La dépression : études*. Paris, Masson.
38. Fernandez L. (1997), *Addiction tabagique et disposition narcissique chez des fumeurs consultants pour sevrage tabagique*. Thèse de doctorat nouveau régime mention psychologie, spécialité psychopathologie, Université de Toulouse Le Mirail, non publié.
39. Fernandez L., Sztulman H. (1997), Approche du concept d'addiction en Psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(4), 255-265.
40. Ferrey G., Le Gouès G. (1997), *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris, Masson.
41. Fleischhacker W.W. (1988), Dependence potential of benzodiazepines. *Lancet*, 27(2), 504.
42. Fourasté R. (1991), *Introduction clinique à la psychiatrie*. Toulouse, Privat, 1991.
43. Ginestet A. (1998), La dépendance aux benzodiazépines. In A. Gérard, H. Lôo, J.P. Olié (eds), *Séminaire de Psychiatrie*

- Biologique*, T. 28, Hôpital Sainte-Anne, Saint-Denis, Laboratoires Rhône-Poulenc Rorer.
44. Gold M.S. *et al.* (1995), Epidemiology of benzodiazepine use and dependence. *Psychiatric Annals*, 25(3), 146-148.
  45. Goodman A. (1990), Addiction, definition and Implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
  46. Goudemand M. (1989), Les retentissements psychologiques et psychiatriques des affections somatiques aiguës et chroniques. *Rev. Prat.*, 39, 510-512.
  47. Goudemand M., Thomas P., Lebert F. (1995), Anxiété et maladies du sujet âgé. In D. Servant, Ph.J. Parquet (eds), *Stress, anxiété et pathologies médicales*, Paris, Masson, 130-137.
  48. Graham K., Saunders S.J., Flower MC., Birchmore Timney C., White-Campbell M., Zeidman-Pietropaolo A. (1995), *Addictions treatment for older adults. Evaluation of an Innovative Client-Centered Approach*, New York, Binghamton, Haworth Press, Inc.
  49. Guelfi J. D. (1988), La psychiatrie de l'adulte. Paris, Ed. Marketing.
  50. Guelfi J.D. (1996), *D.S.M.-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson.
  51. Guignon N., Mormiche P., Sermet C. (1994), La consommation régulière de psychotropes. *INSEE-Première*, 310.
  52. Gustaffson T.M., Isacson D.G., Thorslund M., Sorbom D. (1996), Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *Journal of Applied Gerontology*, 15(2), 238-254.
  53. Haeusker L., Roshk D., Facy F. (1988), Opinion des Français sur les stupéfiants, consommations associées alcool, tabac et tranquillisants. Paris, *Rapport CREDOC*, 34.
  54. Hébert R. (1984), Le Médecin : un pusher légal ? In G. Barbeau *et al.* (eds), *Toxicomanies et troisième âge*, Les cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin, n° 3, Québec, Les Presses Lithographiques Inc.
  55. Hendricks J., Johnson T.P., Sheahan S.L., Coons S.J. (1991), Medication among older persons in congregate living facilities. *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 6, 47-61.
  56. Ingold R. (1982), L'état de dépendance. In C. Olievenstein (ed.), *La vie du toxicomane*, Paris, Presses Universitaires de France, Nodules, 49-81.

57. Jaffe J. M. (1975), Drug Addiction and Drug Abuse . In L.S. Goodman, A. Gilman (eds), *The Pharmacological Basic of Therapeutics*, New York, The Mac Millan Publishing Inc.
58. Jeammet P. (1995), Abord cognitif et comportemental [de la dépendance]. In J.L. Vénisse, M. Renault, M. Rousseau (eds), *Conduites de dépendance du sujet jeune*, Paris, E.S.F., 157-179.
59. Jensen E., Dehlin O., Hagberg, B., Samuelsson G., Svensson T. (1994), Medical, psychological, and sociological aspects of drug treatment in 80-year olds. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 140-144.
60. Juergens S.M. (1993), Benzodiazepines and addiction. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 75 - 86.
61. Kail B.L., Litwak E. (1989), Family, friends and neighbors: The role of primary groups in preventing the misuse of drugs. *Journal of Drug Issue*, 19, 261-281.
62. Karsenty S., Cohen D. (1999), Les substances psychotropes sur prescription médicale. In C. Faugeron (ed.), *Les drogues en France. Politiques, marchés, usages*, Genève, Georg Editeur, 68-76.
63. Kirby M. et al. (1999), Benzodiazepine use among the elderly in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 280-284.
64. Ladewig D. (1983), Abuse of benzodiazepines in Western European Society. Incidence and prevalence, motives, drug acquisition. *Pharmacopsychiatry*, 16, 103-106.
65. Lagier G. (1986), Consommation des psychotropes et santé publique : aspects médicaux. *Revue Française de Santé Publique*, 33, 13-16.
66. Lennard H., Cooperstock R. (1980), The social context and function of tranquilizer prescribing. In R. Mapes (ed.), *Prescribing Practice and Drug Usage*, London, Croom Helm, 73-82.
67. Le Moigne Ph., Colin I. (1997), *Lieux et milieux de désarroi. Observation territoriale des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes*. Rouen, LERS-INSERM-CNAMTS.
68. Le Moigne Ph. (1999), *Anxiolytiques, Hypnotiques. Facteurs sociaux de la consommation*. Documents du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société, Rouen, C.N.R.S.
69. Lemoine P. (1999), La dépendance aux benzodiazépines. In D. Bailly, J.L. Vénisse (eds), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 181-189.

70. Lindersmith, A. (1947), *Opiate Addiction*. Evanston, IL, Principia Press.
71. Maurer D.W., Vogel V.H. (1962), *Narcotics and Narcotic Addiction*. Springfield, IL, C.C. Thomas.
72. Meiler A. (1999), Prévalence de la consommation régulière de benzodiazépines et caractéristiques des consommateurs de benzodiazépines dans une population de toxicomanes en programme de substitution de méthadone. In J.M. Guffens (ed.), *Toxicomanies à l'aube du 3e Millénaire : une approche globale*, Nice, France Europe Editions Livres, 91-94.
73. McCrae R.R. (1984), Situational determinants of coping response: Loss threat and challenge. *J. Pers. & Soc. Psych.*, 46, 919-928.
74. McKim W.A., Mishara B.L. (1987), *Drugs and Aging*. Toronto, Butterworlte.
75. Messy J. (1994), *La personne âgée n'existe pas*. Paris, Payot.
76. Milan A.T. (1995), Approche psychanalytique d'une recherche à propos de l'addiction. *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 193-202.
77. Mishara B.L., McKim W.A., (1989), *Drogues et vieillissement*. Boucherville, Gaëtan Morin.
78. Mishara B.L. (1996), L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaire sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention. *Santé Mentale au Québec*, 22, 149-163.
79. Morel A., Hervé F., Fontaine B. (1997), *Soigner les toxicomanes*. Paris, Dunod.
80. Morse, R.M. (1988), Substance abuse among elderly. *Bulletin of the Menninger Clini*, 52, 259-268.
81. Nizard A., Monoz-Perez M. (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950 : essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986. *Population*, 3, 571-608.
82. Olié J.P., Poirier M.F., Lôo H. (1995), *Les maladies dépressives*. Paris, Médecine Science Flammarion, 32-44.
83. Organisation Mundial de la Salud (1964), Comité de Expertos en Farmacodependencia. *Wld Hlth Org Techn Rep Ser*, 31, 287.
84. Opedal K., Schjott J., Eide E. (1998), Use of hypnotics among patients in geriatric institutions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(12), 856-51.

85. Paquid (1991), Enquête de Consommation de Tranquillisants et d'hypnotiques sur des population particulières en France. In J.L. Vénisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 156.
86. Pédinielli J.L. (1994), Corps et dépendance. In D. Bailly, J.L. Vénisse (eds), *Dépendance et conduites de dépendance*, 111-126
87. Pédinielli J.L., Rouan G., Bertagne P. (1997), *Psychopathologie des addictions*. Paris, Presses Universitaires de France, Nodules.
88. Pelissolo A., Naja W.J. (1996), Evaluation de la dépendance aux BZD à l'aide d'une échelle cognitive. *Synapse*, 131, 37-40.
89. Pérodeau G., Jomphe Hill A., Hay-Paquin L., Amyot E. (1996), Les psychotropes et le vieillissement normal : une perspective psychosociale et socio-économique. *Canadian Journal on Aging*, 15(4), 559-582.
90. Pérodeau G., Ostoj, M. (1990), *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par les personnes âgées en maintien à domicile*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun.
91. Petersen D.M., Whittington F.J. (1977), Drug use among the elderly: A review. *Journal of Psychedelic Drugs*, 9, 25-36.
92. Petursson H. (1994), The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction*, 89(11), 1455-1459.
93. Pichot P., Widlöcher D., Pull J.C. (1989), Epidémiologie de l'anxiété dans la population générale française. *Psychiatr. Psychobiol.*, 4, 257-266.
94. Porot A. (1984), Manuel alphabétique de Psychiatrie. Paris, Presses Universitaires de France.
95. Pull C.B. (1994), *CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision*. Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement. OMS, Genève-Paris, Masson.
96. Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. (1990), Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer impatiens. *Brit. J. Psychiatry*, 156, 79-83.
97. Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. (1989), Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev. Psychol. App.*, 39, 295-308.

98. Raynes N.V. (1979), Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations. *Psychological Medicine*, 9, 671-679.
99. Reynaud M., Parquet Ph. J., Lagrue G. (2000), *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris, Odile Jacob.
100. Richard D. (1995), *Les drogues*. Paris, Flammarion.
101. Rittmannsberger H. (1997), Abhängigkeit von Benzodiazepinen/ Benzodiazepine dependence. *Psych. Danubina*, 9(3), 145-151.
102. Roache J.D. , Meisch R.A. (1995), Findings from self-administration research on the addiction potential of benzodiazepines. *Psychiatric Annals*, 25(3), 153-157.
103. Robertson J. R., Treasure W. (1996), Benzodiazepine abuse: Nature and extent of the problem. *CNS-Drug*, 5(2), 137-146.
104. Robitaille L., Courchesne M., Sylvain J., Vadnais N. (1991), Anxiolytiques et hypnotiques. In G. Barbeau, J. Guimond, L. Mallet (eds), *Médicaments et personnes âgées*, Québec, Edisem, Inc., 259-274.
105. Rösh D., Hauesler L., Facy F. (1989), *La consommation de produits psychotropes dans la population française : alcool, tabac, café, thé, médicaments psychotropes*. Paris, CREDOC.
106. Rosin A.J., Glatt M.M. (1971), Alcohol excess in the elderly. *Q. J. Stu. Alcohol.*, 32, 52-59.
107. Shelowitz P.A. (1987), Drug use, misuse and abuse among elderly. *Medicine and law*, 6, 235-250.
108. Serradimigni A. (ed.) (1985), *Manuel de thérapie médicale*. Paris, Masson.
109. Sofrès (1990), Type de consommation en utilisation médicale. In A. Gérard, H. Lôo, J.P. Olié (eds), *Séminaire de Psychiatrie Biologique*, T. 28, Hôpital Sainte-Anne, Saint-Denis, Laboratoires Rhône-Poulenc Rorer, 144.
110. Solomon K., Stark S. (1993), Comparaison of older and younger alcoholics and prescription drug abusers: History and clinical presentation. *Clinic Gerontologist*, 12, 41-56.
111. Solomon K., Shackson J.B., Brown B.W. (1995), Characteristics of nursing home patients who receive medications with potential for addiction on a regular and long-term basis: a retrospective

- pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 387-394.
112. Spadone Ch. (1997), *Les médicaments psychotropes*. Paris, Editions Flammarion.
  113. Tamblyn R.M., Laprise R., Schnarch B., Monette J., McLoed P.J. (1996a), Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes. In D. Cohen, G. Pérodeau (eds), *Drogues et médicaments mis en contexte*, Santé mentale au Québec, 22, 239-262.
  114. Tamblyn R.M., McLoed P.J., Abrahamowicz M., Laprise R. (1996b), Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations. *Canadian Medical Association Journal*, 154, 1117-1184.
  115. Task Force on Prescription Drugs (1968), *The Drugs Users*. Washington D.C., U.S. Government Printing Office.
  116. Tavernier B. (1998), Médicaments : avec la personne âgée, priorité au bon sens, *Cahier Spécial Santé*.
  117. Veysset B. (1989), *Dépendance et Vieillesse*. Paris, L'Harmattan. Collection « Logiques sociales ».
  118. Vénisse, J. L. (1994), *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris, Masson.
  119. Webb S.D., Collette J. (1975), Urban ecological and household correlates of stress-alleviative drug use. *American Behavioral Scientist*, 18, 750-770.
  120. Widlöcher D. (1985), Le rôle des événements de la vie et la place des psychothérapies dans les états dépressifs. *La Revue du Praticien*, 27, 1639-1645.
  121. Wilker A. (1980), *Opioid dependence: Mechanisms and treatment*. New York, Plenum Press.
  122. Winnicott D. W. (1969), L'angoisse associée à l'insécurité. In *De la psychiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
  123. World Health Organization (1957), Expert Committee on Mental Health Addiction-Producing Drugs : Seventh Report of the WHO Expert Committee. Geneva, WHO Technical Report Series, 116.
  124. Zarifian E. (1996), *Le prix du bien-être*. Paris, Editions Odile Jacob, 282.

125. Zarifian E. (1998), De la psychopharmacologie à la pharmacopsychologie. In G. Darcourt, R. Jouvent, P. Simon, E. Zarifian (eds), *Demain les psychotropes ?* Paris, Presses Universitaires de France, 1-37.
126. Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983), Evaluation des propriétés psychométriques de la version française du questionnaire tridimensionnel de la personnalité. *L'Encéphale*, XX(6), 747-753.
127. Zung W.W.K., Green R.L. (1973), Detection of affective disorders in the aged. In C. Eisdorfer, W.R. Fann (eds), *Psychopharmacology and aging*, New York, Plenum Press.

**Recherche réalisée sans intérêts partagés.**

## Annexes

### Questionnaire d'addiction aux benzodiazépines (QAB)

Consigne : les propositions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments que vous prenez ? Cochez la case vrai ou faux si une proposition correspond ou ne correspond pas à ce que vous pensez. Vous devez répondre à toutes les propositions.

Médicament(s) concerné(s) : .....

Propositions	Vrai	Faux
1- Vous prenez ce(s) médicament(s) régulièrement depuis plus de trois mois. – nombre de mois ou d'années : .....mois, – .....années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Vous prenez ce(s) médicament(s) à une dose supérieure à la posologie indiquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Où que vous alliez, vous avez besoin de ce(s) médicament(s) avec vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Ce(s) médicament(s) est(sont) pour vous indispensable(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Vous pensez que vous ne pourrez jamais arrêter ce(s) médicament(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Vous avez l'impression de prendre beaucoup de médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Vous avez parfois peur à l'idée de manquer de ce(s) médicament(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Lorsque vous arrêtez ce(s) médicament(s), vous vous sentez très malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Vous prenez ce(s) médicament(s) parce que vous ne pouvez plus vous en passer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Vous prenez ce(s) médicament(s) parce que vous allez mal quand vous l'(les) arrêtez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Vous ne prenez ce(s) médicament(s) que lorsque vous en ressentez le besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Quand vous prenez ce(s) médicament(s) toujours à la même dose, vous sentez une diminution de son effet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tableau des données pour les 28 sujets**

Sexe	Age	Sit.familiale	Lieu de vie	Anxiété	Dépression	Hadttotal	BZD
2	91	0	1	15	8	23	10
2	68	1	1	9	5	14	10
1	65	1	1	17	10	27	8
1	72	1	1	15	10	25	12
2	91	0	1	8	9	17	12
2	75	1	1	4	4	8	5
2	67	1	1	14	7	21	12
2	69	1	1	15	2	17	4
2	74	1	1	5	7	12	9
1	72	1	1	6	8	14	12
1	78	1	1	20	10	30	12
2	65	0	1	6	6	12	9
1	86	1	1	11	11	22	12
2	70	0	1	12	7	19	12
2	65	1	1	6	3	9	1
1	68	1	1	6	4	10	4
2	77	0	1	8	6	14	9
1	71	1	1	15	12	27	11
1	68	1	1	9	5	14	12
2	68	1	1	13	6	19	10
1	80	0	1	8	15	23	11
2	77	1	1	13	7	20	9
2	65	1	1	8	7	15	1
2	87	1	1	9	12	21	12
1	66	1	1	7	10	17	11
2	74	0	1	16	14	30	12
2	65	1	1	12	9	21	8
2	77	0	1	11	4	15	12

**Légende :** Sexe : 1 (homme) 2 (femme) ; Age : âge réel ; Situation familiale : 0 (vivant seul), 1 (vivant en couple) ; Lieu de vie : 1 (à domicile) ; Anxiété : score d'anxiété au HAD ; Dépression : score de dépression au HAD ; Hadtotal : score total au HAD ; BZD : score total d'addiction aux questionnaire d'addiction aux benzodiazépines.