

**Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :**

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/302-l-appui-des-aidants-familiaux-influence-t-il-la-qualite-des-prescriptions-de-benzodiazepines-chez-les-personnes-atteintes-de-la-maladie-d-alzheimer.pdf>

L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Sylvain Pichetti, Marc Perronnin, Anne Penneau (Irdes)

En France, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites aux personnes âgées pour traiter l'anxiété et l'insomnie, alors qu'elles sont associées à de nombreux effets indésirables : risque accru de chutes, troubles cognitifs, troubles de la mémoire, risque de dépendance. Deux configurations de prescription sont potentiellement inappropriées pour les patients âgés : la prescription de benzodiazépines à longue durée d'action et les prescriptions pour une durée supérieure à trois mois. Notre étude s'intéresse à la prescription de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) vivant à domicile, en éclairant le rôle joué par les aidants familiaux, qui sont souvent amenés à coordonner les soins pour leurs proches et à fournir des informations qui peuvent guider le médecin dans sa prescription. Recevoir de l'aide familiale pour réaliser les démarches médicales est associé à une probabilité plus élevée d'obtenir des prescriptions de benzodiazépines à longue durée d'action (+21,7 points). Les prescriptions plus élevées de benzodiazépines à longue durée d'action pourraient s'expliquer par l'information transmise par les aidants lors de la consultation, concernant notamment les troubles anxieux ou l'insomnie, et par leur volonté de mettre en place une solution pour y remédier. Cette hypothèse est confortée par les résultats en fonction des profils d'aidant, qui montrent des prescriptions plus fréquentes lorsque celui-ci partage, et donc observe, le quotidien de la personne âgée parce qu'il est en couple, ou cohabite avec elle.

Il est nécessaire de renforcer l'information sur les risques liés aux benzodiazépines auprès de l'ensemble de la population française, tout en développant des traitements non médicamenteux, scientifiquement reconnus et accessibles, afin d'offrir aux médecins des alternatives pour traiter les troubles anxieux et du sommeil.

L'anxiété et l'insomnie sont des syndromes fréquents des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa). Les benzodiazépines constituent la classe de médicaments psychotropes

la plus utilisée pour le traitement de ces syndromes. Leur efficacité tend toutefois à diminuer rapidement avec le temps et la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées est associée à de nombreux effets indési-

rables : risque accru de chutes, de fractures de la hanche, de troubles cognitifs et de la mémoire, et de dépendance (Davies *et al.*, 2022 ; Capiou *et al.*, 2023).

En 2015, la France se positionnait au deuxième rang de la consommation de benzodiazépines en Europe derrière l'Espagne. Parmi les femmes âgées de 80 ans et plus, près de quatre sur dix se faisaient prescrire au moins une benzodiazépine durant l'année (ANSM, 2017). Pour les personnes âgées, deux configurations de prescription de benzodiazépines sont considérées comme potentiellement inappropriées (Bae-Shaaw *et al.*, 2023). La première renvoie à la prescription de benzodiazépines – anxiolytiques et/ou hypnotiques – à longue durée d'action.

Ces médicaments, dont la demi-vie¹ est supérieure à vingt heures, sont très fortement déconseillés pour les personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, avec l'âge, les fonctions hépatiques et rénales diminuent, ce qui allonge le temps d'élimination des médicaments. Ces benzodiazépines vont donc agir encore plus longtemps. En raison de la sédation, de la faiblesse musculaire, de la confusion, les benzodiazépines augmentent significativement le risque de chutes, qui sont une cause majeure de fractures du col du fémur et d'hospitalisation chez les per-

sonnes âgées. La deuxième configuration porte sur la durée de prescription qui ne doit pas dépasser trois mois chez le sujet âgé, selon les recommandations nationales (Haute Autorité de santé) et internationales (*American Society of Addiction Medicine*). Avec le temps, l'efficacité de ces médicaments diminue, tandis que les risques d'effets délétères augmentent (sommolence diurne, troubles de la

¹ La demi-vie désigne la durée au-delà de laquelle la moitié du médicament est éliminée par l'organisme.

SOURCES ET MÉTHODES

L'étude exploite les données de l'enquête Care (Capacités, Aides et Ressources des seniors) de 2015, volet ménages, produite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'enquête est appariée aux données du Système national des données de santé (SNDS) du 2 mai 2014 au 1^{er} mai 2015, ce qui permet d'obtenir des informations détaillées sur le recours aux soins et les prescriptions de médicaments pour tous les seniors. Trois modes d'identification permettent de récupérer la population d'intérêt : (1) les individus âgés de 60 ans et plus déclarant la maladie d'Alzheimer dans l'enquête, (2) les individus repérés dans la cartographie des pathologies du SNDS, ainsi que (3) les personnes ayant au moins une limitation cognitive associée à une difficulté fréquente parmi les items suivants : « Vous arrive-t-il de ne plus vous souvenir à quel moment de la journée on est ? », « Avez-vous des difficultés à vous concentrer pendant plus de dix minutes ? », « Avez-vous des difficultés à résoudre les problèmes de la vie quotidienne ? », « Avez-vous des difficultés pour comprendre les autres ou vous faire comprendre des autres ? », « Vous reproche-t-on d'être agressif ? », « Au quotidien, éprouvez-vous des difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes ? », « Vous arrive-t-il, par votre comportement, de vous mettre en danger ? », combinées à un besoin d'accompagnement pour réaliser les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, couper la nourriture, manger, utiliser les toilettes, faire ses courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes, faire seul les tâches administratives, prendre seul les médicaments, se coucher et se lever seul de son lit, se servir d'un téléphone, trouver seul son chemin, sortir seul de son logement). Cette identification permet de caractériser une population de 2 042 individus, ce qui représente après extrapolation une population de 1 085 000 personnes, conforme aux données existantes (Igas, 2022)^a. Après exclusion des seniors vivant à domicile, qui ne reçoivent ni aide familiale, ni aide à domicile (4,5 % des effectifs), des personnes avec données manquantes, ainsi que celles décédées dans l'année, l'échantillon d'étude porte sur 1 932 individus âgés de 60 ans et plus atteints de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa). Pour tenir compte de l'hétérogénéité de la sévérité de la maladie d'Alzheimer dans cette population, une Analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une Classification hiérarchique ascendante (CHA) aboutit à une classification en six catégories de sévérité : [1] Déficiences cognitives et problèmes de comportement modérés, [2] Déficiences cognitives légères et problèmes de comportement modérés, [3] Déficiences cognitives et troubles du comportement légers, [4] Déficiences cognitives modérées et problèmes de comportement importants, [5] Déficiences cognitives importantes et problèmes de comportement modérés, [6] Déficiences cognitives importantes et troubles légers du comportement. Les données de l'enquête permettent aussi de décrire les caractéristiques socio-économiques des seniors et leur état de santé, ainsi que de calculer les distances d'accessibilité potentielle à l'Ehpad et aux médecins généralistes. Les indicateurs de prescriptions inappropriées de benzodiazépines correspondent aux indicateurs de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) disponibles dans l'appariement de l'enquête

Care avec les données du SNDS : la prescription de benzodiazépines à longue durée d'action est calculée sur les patients ayant un médecin traitant et bénéficiant d'un traitement de plus de quatre semaines. L'indicateur de prescription chronique de benzodiazépines est calculé sur les patients ayant un médecin traitant et bénéficiant d'un traitement de plus de trois mois. Compte tenu du mode de repérage à partir des indicateurs de la Rosp, la prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines apparaît dans cette étude un peu plus élevée que celle observée dans nos autres travaux (Penneau, Pichetti et Perronnin, 2025, à paraître) qui ne repose pas sur les indicateurs de la Rosp.

L'approche économétrique vise à estimer l'effet de l'aide familiale sur les prescriptions inappropriées. Celle-ci est une variable endogène car elle dépend de l'état de santé du parent aidé, qui peut aussi être influencé par la consommation de médicaments. Nous traitons ce problème d'endogénéité par une approche en variable instrumentale, et en estimant simultanément chaque indicateur de prescription inappropriée avec la probabilité d'avoir un aidant.

Le traitement inapproprié est modélisé comme suit :

$$y^* = \alpha + \delta \cdot h + \beta \cdot X + v_y$$

$$y = 1 \text{ si } y^* > 0$$

Où y est une variable binaire de traitement inapproprié, y^* est la variable latente sous-jacente, h une variable dichotomique indiquant l'aide familiale pour les démarches médicales, X un ensemble de caractéristiques socio-économiques et médicales qui peuvent avoir une influence directe sur les prescriptions inappropriées : âge, sexe, statut marital (avoir un conjoint ou non), degré de sévérité de la maladie d'Alzheimer, santé auto-déclarée, revenu du ménage, deux indicateurs d'accessibilité potentielle (généralistes et Ehpad) et la distance au service d'urgence le plus proche.

Nous modélisons la variable dichotomique d'aide pour les démarches médicales h en supposant qu'elle suit l'équation probit suivante :

$$h^* = a + b \cdot X + c \cdot Z + v_h$$

$$h = 1 \text{ si } h^* > 0$$

où Z est l'ensemble des variables instrumentales qui influencent directement l'aide familiale mais n'ont pas d'influence directe sur les prescriptions inappropriées et v un résidu lié à celui des autres variables d'aide et à v_y . Considérons $v_h = (v_{y1}, v_{y2})$. Nous supposons que v suit une distribution normale bivariée $N(0, \Omega)$ où Ω est une matrice de corrélation de dimension 2. Notre variable instrumentale Z est le nombre de filles, qui capte bien le soutien potentiel de la famille, comme le démontre la littérature scientifique.

^a <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-04/Evaluation%20des%20dispositifs%20sp%C3%A9cialis%C3%A9s%20de%20prise%20en%20charge%20des%20personnes%20atteintes%20de%20maladies%20neurod%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ratives.pdf>

mémoire, chutes, accidents...), ainsi que le risque de dépendance au médicament.

Au regard de ces configurations à risque, la réduction de la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées constitue une priorité de santé publique déjà ancienne en France, ainsi qu'en témoignent deux indicateurs de qualité de prescription introduits dans la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) dès 2012. En 2015, le taux de remboursement des hypnotiques à longue durée d'action baissait de 65 % à 15 % à la suite d'une recommandation de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé visant à réduire le recours encore trop fréquent à cette catégorie de médicaments.

Alors que l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) a lancé en avril 2025 une nouvelle campagne d'information auprès du grand public pour favoriser le bon usage des benzodiazépines, cette étude, basée sur les données de l'enquête Care Ménages (2015), s'intéresse à la question de la prescription de ces médicaments en ciblant la population des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) vivant à domicile, et en éclairant le rôle d'un acteur rarement étudié : celui de leurs aidants familiaux. L'étude s'intéresse particulièrement à l'impact de ces aidants (conjoint, enfants) sur les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines lorsque ceux-ci aident leur proche pour les activités médicales.

Une coordination des soins souvent assurée par les aidants familiaux

L'analyse de la littérature qualitative permet de poser des hypothèses sur le rôle de coordination des soins assuré par les aidants familiaux des personnes atteintes de Masa. L'aidant familial assume souvent un rôle central d'accompagnement, notamment pour réaliser les activités médicales (prise de rendez-vous chez le médecin, participation aux consultations médicales, aide à la prise de médicaments). Pour les personnes âgées vivant à domicile, le « colloque singulier² » avec

le médecin est le plus souvent remplacé par une relation triangulaire au sein de laquelle l'aidant familial joue un rôle d'intermédiation.

En amont de la consultation, les aidants familiaux sont souvent les mieux placés pour identifier un changement d'état de santé ou une réaction à une modification de traitement. La décision de consulter est donc souvent à l'initiative de l'aidant familial, d'autant plus lorsque les personnes âgées atteintes de Masa éprouvent des difficultés à exprimer leurs besoins de soins. Leurs capacités à communiquer dépendent de leurs capacités cognitives, lesquelles peuvent se détériorer rapidement (Banovic *et al.*, 2018). Les personnes se situant à un stade léger à modéré de la maladie sont encore en mesure de prendre la décision autonome de consulter un médecin (Smebye *et al.*, 2012) mais l'évolution de la pathologie peut les conduire à laisser l'aidant familial prendre une place de plus en plus grande dans la prise de décision (Moermans *et al.*, 2022). Le médecin attend le plus souvent que la personne, ses proches, ou un confrère lors d'une autre consultation, sollicite un rendez-vous, et fait très peu de démarches pro-actives auprès de ses patients. La connaissance de la situation de la personne et de ses besoins peut être d'autant plus restreinte dans un contexte de raréfaction des visites à domicile des médecins généralistes en France.

L'aidant familial ne se limite toutefois pas à influencer la décision de consulter le médecin, il peut aussi jouer un rôle important dans le déroulement de la consultation. Les médecins généralistes peuvent rencontrer des difficultés à obtenir des informations précises de la part des patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer (Vick *et al.*, 2018) et à les impliquer pleinement dans la prise de décision. Dans les premiers stades de la maladie, les personnes âgées sont encore en mesure de décrire leurs symptômes et de participer à la prise de décision, mais l'aggravation de leur état de santé modifie les équilibres entre les acteurs. Les visites chez le médecin généraliste impliquent donc souvent les trois acteurs – généraliste, patient et aidant familial – (Schmidt *et al.*, 2009). Celui-ci apporte une information plus précise que celle des personnes âgées, qui contribue à améliorer la détection des symptômes et à proposer un traitement plus

adapté. Les aidants familiaux sont aussi bien placés pour rapporter la survenue des incidents (errance, agitation, agressivité) qui accompagnent l'évolution de la maladie et suscitent à la fois du stress et un épuisement de l'aidant, en même temps qu'ils peuvent menacer la sécurité de la personne âgée. Les aidants familiaux participent d'autant plus que leur statut socio-économique est élevé et que les limitations cognitives de leur parent sont importantes (Schmidt *et al.*, 2009 ; Tuijt *et al.*, 2021). Toutefois, dans cet échange, le médecin occupe la place la plus importante car les aidants vont ajuster leur participation verbale pour s'adapter au temps de parole du médecin, qui reste au centre de la consultation (Schmidt *et al.*, 2009 ; Tuijt *et al.*, 2021).

Le médecin généraliste assume l'entière responsabilité de la prescription mais ses choix sont influencés par les informations transmises par les aidants familiaux. Certaines études soulignent que ces derniers ont une représentation positive des médicaments prescrits, de telle sorte que les traitements donnés par les médecins ne sont pas questionnés (Ouellet *et al.*, 2022). Les aidants n'ont la plupart du temps pas connaissance du concept de prescriptions potentiellement inappropriées et sont satisfaits des médicaments prescrits (Pohontsch *et al.*, 2018).

Plus les aidants partagent leur temps avec la personne âgée, plus ils peuvent observer les incidents qui surviennent à un stade plus avancé de l'évolution de la maladie : égarement, agitation, comportements agressifs. A ce stade de la pathologie, les aidants familiaux manifestent une préférence pour le maintien de la sécurité au domicile (Moermans, 2022 ; Tuijt *et al.*, 2020), même si cela doit contrevenir à l'autonomie et à la liberté de la personne âgée. Certaines études montrent que les aidants familiaux peuvent faire pression sur les médecins généralistes afin qu'ils prescrivent des médicaments pour apaiser les tensions (Buhagiar *et al.*, 2011 ; Gench *et al.*, 2021). Au moment de la décision, le médecin réalise un arbitrage entre les risques liés aux effets indésirables associés aux benzodiazépines, qui devraient le conduire à ne pas prescrire, et l'impératif d'apporter une réponse rapide aux besoins exprimés par la personne et ses aidants, ce qui au contraire peut

² Le colloque singulier désigne en médecine la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient.

le pousser à en prescrire. En revanche, à un stade plus précoce de la maladie encore épargné par les incidents, des études soulignent le rôle clé joué par les

aidants familiaux pour inciter à réduire les prescriptions, en particulier quand les aidants rapportent des effets indésirables (Rasmussen *et al.*, 2021).

T1

Variation de la proportion des personnes qui reçoivent de l'aide familiale pour les démarches médicales en fonction de la gravité des troubles cognitifs

	Proportion des personnes qui reçoivent de l'aide familiale pour les démarches médicales
Gravité des déficiences cognitives (DC) et des problèmes de comportement (PC)	
Groupe 1 : DC et PC légers	50,3 %
Groupe 2 : DC légères et PC modérés	66,1 %
Groupe 3 : DC et PC modérés	66,0 %
Groupe 4 : DC modérées et PC importants	63,0 %
Groupe 5 : DC importantes et PC modérés	80,7 %
Groupe 6 : DC importantes et PC légers	86,4 %

Source : Care Ménages (2015), calculs Irdes. [Télécharger les données](#)

Les personnes qui ont des troubles cognitifs plus importants reçoivent plus souvent une aide médicale de leurs aidants familiaux

Deux tiers des personnes atteintes de Masa vivant à domicile reçoivent de l'aide de la part de leurs aidants familiaux pour les démarches médicales. En s'appuyant sur une typologie en six classes des déficiences cognitives et des problèmes de comportement construite pour cette étude à partir de l'enquête Care-Ménages (Encadré sources et méthodes p. 2), il apparaît que les personnes qui ont les troubles cognitifs les plus importants reçoivent plus souvent ce type d'aide. C'est le cas de plus de huit personnes sur dix ayant des troubles cognitifs importants, contre seulement la moitié de personnes ayant les troubles les plus légers (Tableau 1).

T2

Caractéristiques des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, selon qu'elles disposent ou non d'une aide familiale pour les démarches médicales

	Echantillon global	Aide familiale pour les démarches médicales	
		Non	Oui
Prescriptions inappropriées de benzodiazépines			
A longue durée d'action	15,1 %	15,8 %	14,6 %
Supérieures à trois mois	37,4 %	40,9 %	35,4 %
Au moins une prescription inappropriée	38,8 %	41,9 %	37,1 %
Caractéristiques individuelles			
Être une femme	66,6 %	68,4 %	65,7 %
Âge	80,7	79,0	81,7
Avoir un conjoint	47,5 %	37,4 %	53,4 %
Gravité des déficiences cognitives (DC) et des problèmes de comportement (PC)			
Groupe 1 : DC et PC légers	37,3 %	50,9 %	29,7 %
Groupe 2 : DC légères et PC modérés	15,5 %	14,5 %	16,1 %
Groupe 3 : DC et PC modérés	13,3 %	12,6 %	13,8 %
Groupe 4 : DC modérées et PC importants	10,8 %	11,0 %	10,6 %
Groupe 5 : DC importantes et PC modérés	14,0 %	7,6 %	17,5 %
Groupe 6 : DC importantes et PC légers	9,1 %	3,4 %	12,3 %
Santé auto-évaluée			
Très bonne, bonne	11,9 %	14,4 %	10,4 %
Moyenne	37,2 %	40,5 %	35,4 %
Mauvaise	38,2 %	33,5 %	40,9 %
Très mauvaise	12,7 %	11,6 %	13,3 %
Revenu annuel moyen du ménage (euros)	24 842	23 361	25 726
Nombre de places en Ehpad pour 100 résidents potentiels (APL Ehpad)	107	108	107
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants (APL médecins généralistes)	72	73	71
Nombre de filles	1,2	1,0	1,3
Effectifs	1 932	642	1 290

Note : 15,1 % des personnes âgées atteintes de maladies d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) vivant à domicile se font prescrire des benzodiazépines à longue durée d'action. Parmi ces personnes, 14,6 % de celles qui bénéficient d'une aide familiale pour les démarches médicales se font prescrire des benzodiazépines à longue durée d'action.

Source : Care Ménages (2015), calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

Par ailleurs, les personnes qui bénéficient d'une aide médicale de la part de leurs aidants familiaux sont un peu plus âgées, ont des revenus un peu plus élevés, et se différencient aussi par la composition de leur entourage familial. Elles ont plus souvent un conjoint et un nombre moyen de filles plus important, les conjoints et les filles étant habituellement les premiers aidants (Tableau 2).

Parmi les personnes âgées atteintes de Masa vivant à domicile, 44 % ont une prescription de benzodiazépines et 39 % ont au moins une prescription inappropriée : 15 % ont une prescription de benzodiazépines à longue durée d'action, et 37 % pour une durée de plus de trois mois. Les personnes qui ont des troubles cognitifs plus sévères ont un peu moins souvent des prescriptions inappropriées de benzodiazépines (Graphique 1), même si leurs prescriptions restent fréquentes au regard des comparaisons internationales.

Ce niveau de prescription apparaît en effet beaucoup plus élevé que dans les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En 2016, 28,6 % des Coréens âgés de 65 ans et plus atteints de Masa avaient une prescription de benzodiazépines (Yoon *et al.*, 2022) ; c'est aussi le cas, en 2017, pour 14 % des Américains âgés de 65 ans et plus et bénéficiaires de Medicare (Bae-Shaaw *et*

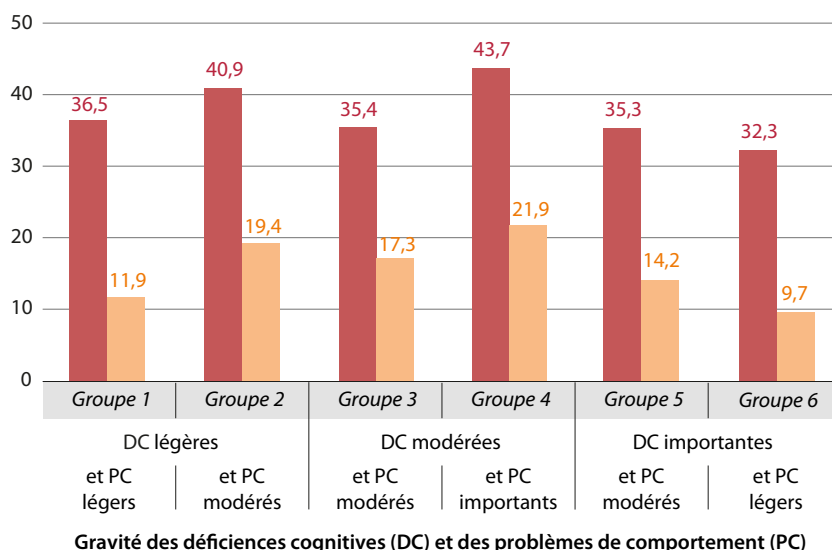
G1

Variation de la fréquence des prescriptions inappropriées selon la gravité des troubles cognitifs

Prescriptions inappropriées de benzodiazépines

■ ... pour une durée supérieure à trois mois ■ ... à longue durée d'action

% de personnes ayant au moins une prescription inappropriée



Note : Dans les groupes 5 (déficiences cognitives importantes et problèmes de comportement modérés) et 6 (déficiences cognitives importantes et problèmes de comportement légers), respectivement 14 % et 10 % des personnes ont des prescriptions de benzodiazépines à longue durée d'action versus 19 % dans le groupe 2 (déficiences cognitives légères et problèmes de comportement modérés) ou 22 % dans le groupe 4 (déficiences cognitives modérées et problèmes de comportement importants).

Source : Care Ménages (2015), calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

Une analyse de l'hétérogénéité des effets (Graphique 2, p. 7) montre que la proximité entre l'aidant familial et la personne atteinte de Masa renforce l'effet : l'aide familiale pour les démarches médicales est ainsi associée à une probabilité plus élevée de prescription inappropriée de benzodiazépines quand la personne âgée a un conjoint ou au moins un cohabitant.

Des efforts à poursuivre de la part des professionnels de santé pour réduire les prescriptions de benzodiazépines

Les résultats de cette étude permettent en premier lieu de caractériser la prescription de benzodiazépines par les médecins pour des patients âgés atteints de Masa. Une probabilité de prescription plus basse est observée pour les patients avec des limitations cognitives plus importantes, ce qui est conforme à ce que montre la littérature. Les données utilisées pour notre étude sont cependant relativement anciennes (2015). Depuis cette période, les taux de prescription ont diminué en France, hormis sur les populations atteintes de troubles cognitifs et/ou psychiques (Penneau, Pichetti et Perronnin, 2025, à paraître). Il reste donc d'importants efforts à faire pour réduire la trop forte prévalence observée sur cette population.

Des alternatives non médicamenteuses à la prescription de benzodiazépines sont disponibles. L'adaptation du logement de la personne âgée, l'étude des rythmes de vie, la pratique d'une activité physique permettant la relaxa-

REPÈRES

Cette étude de l'impact des aidants familiaux sur la prescription de benzodiazépines chez les séniors atteints de la maladie d'Alzheimer à domicile s'inscrit dans un corpus de trois Questions d'économie de la santé réalisés à l'Irdes sur la thématique des benzodiazépines. Les deux autres études s'intitulent : [1] Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ? [2] Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les séniors. Evolution de 2012 à 2022, profils de prescripteurs et disparités territoriales.

al., 2023) et pour 23 % des Allemands de 70 ans et plus, en 2016 (Wucherer et al., 2017).

L'aide familiale est associée à une augmentation de la probabilité de prescription des benzodiazépines à longue durée d'action

Au total, les personnes qui bénéficient d'une aide familiale pour les démarches médicales sont 37 % à avoir eu au moins une prescription inappropriée de benzodiazépines en douze mois³, contre 42 % pour les personnes sans aide familiale. Cependant, ce résultat est principalement la conséquence des différences d'état de santé entre ces populations, puisque les personnes ayant les déficiences cognitives les plus importantes font moins souvent l'objet de prescriptions inappropriées,

mais sont aussi plus souvent bénéficiaires d'une aide familiale pour les démarches médicales.

Cette étude s'appuie sur une analyse multivariée qui permet de raisonner à caractéristiques comparables, et donc en particulier à état de santé donné, et sur une modélisation qui permet de tenir compte du biais potentiel d'endogénéité de l'aide familiale pour les démarches médicales (Encadré sources et méthodes). Elle permet ainsi de mesurer l'impact de l'aide familiale pour les démarches médicales sur la prescription inappropriée de benzodiazépines.

Cette aide est associée à une augmentation de la probabilité de recevoir des prescriptions inappropriées de benzodiazépines à longue durée d'action (+21,7 points) [Tableau 3, p. 6]. Mais elle n'a en revanche pas d'effet significatif sur la prescription des benzodiazépines pour une durée de plus de trois mois.

³ Entre le 2 mai 2014 et le 1^{er} mai 2015.

T3

Régressions simultanées de l'aide familiale
et des indicateurs de prescriptions potentiellement inappropriées (PPI)

	Aide familiale pour les démarches médicales		Benzodiazépines à longue durée d'action		Prescriptions supérieures à trois mois		Au moins une PPI (longue durée ou >3 mois)	
	dp/dx	p value	dp/dx	p value	dp/dx	p value	dp/dx	p value
Aide familiale pour les démarches médicales			0,217	0,040	0,008	0,963	0,102	0,527
Être une femme	0,030	0,192	0,035	0,076	0,059	0,020	0,054	0,037
Âge	0,007	0,000	-0,006	0,000	-0,004	0,019	-0,005	0,002
Avoir un conjoint	0,194	0,000	-0,095	0,004	-0,067	0,130	-0,093	0,021
Gravité des déficiences cognitives (DC) et des problèmes de comportement (PC) [réf: groupe 3 DC et PC modérés]								
Groupe 1 : DC et PC légers	-0,105	0,001	-0,025	0,413	0,022	0,586	0,028	0,476
Groupe 2 : DC légères et PC modérés	-0,015	0,678	-0,045	0,120	0,027	0,479	0,011	0,778
Groupe 4 : DC modérées et PC importants	-0,022	0,573	0,044	0,140	0,104	0,015	0,106	0,013
Groupe 5 : DC importantes et PC modérés	0,128	0,001	-0,091	0,006	-0,021	0,634	-0,039	0,364
Groupe 6 : DC importantes et PC légers	0,199	0,000	-0,151	0,000	-0,109	0,040	-0,131	0,010
Santé auto-évaluée (réf: très bonne, bonne)								
Moyenne	-0,017	0,620	0,092	0,006	0,148	0,000	0,149	0,000
Mauvaise	-0,001	0,974	0,117	0,000	0,186	0,000	0,192	0,000
Très mauvaise	0,015	0,724	0,104	0,006	0,248	0,000	0,246	0,000
In (revenu annuel du ménage)	-0,063	0,004	0,025	0,198	-0,036	0,128	-0,020	0,397
Accessibilité potentielle aux Ehpad	0,000	0,501	0,000	0,794	0,000	0,914	0,000	0,886
Accessibilité potentielle aux généralistes	0,000	0,221	0,000	0,465	0,000	0,910	0,000	0,957
Instrument : nombre de filles	0,048	0,000						
Correlation (v_y, v_h)			-0,645	0,047	-0,103	0,719	-0,257	0,361

Note : Les effets partiels dp/dx correspondent aux variations des probabilités de résultats pour une variation d'unité de chaque variable explicative. Les variations en points de pourcentage sont obtenues en multipliant les effets partiels par 100.

Champ : Individus âgés de 60 ans et plus déclarant une Masa dans l'enquête, ainsi que les personnes ayant au moins une limitation cognitive et recevant une aide familiale.

Source : Care Ménages (2015), calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

tion, le recours au psychologue ou à des thérapies cognitivocomportementales pour réduire l'anxiété, constituent autant de substituts envisageables (Fondation Médéric Alzheimer, 2024). Mais deux obstacles limitent à ce jour la généralisation de leur prescription. Face à la diversité des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses existantes, une labellisation des alternatives à l'efficacité scientifiquement démontrée apparaît d'abord nécessaire, afin de faciliter leur prescription par les médecins. En outre, ces alternatives apparaissent beaucoup plus coûteuses et difficiles à mettre en œuvre à court terme que la prescription de benzodiazépines, car elles impliquent de mobiliser un temps conséquent des professionnels de santé, tandis que la prescription de benzodiazépines semble dans un premier temps efficace pour réduire les symptômes, et peu coûteuse.

Cependant, à plus long terme, elle peut altérer la qualité de vie de la personne et générer des coûts supplémentaires pour le système de soins.

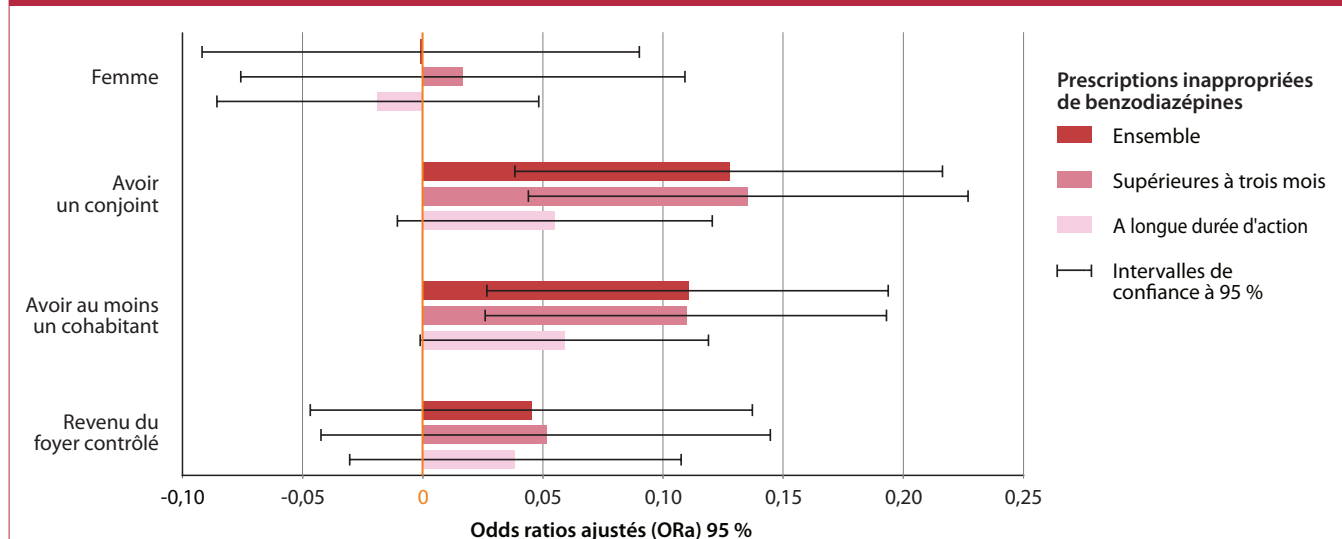
Un autre levier permettant de réduire les prescriptions de benzodiazépines des personnes âgées atteintes de Masa pourrait passer par un renforcement des visites à domicile des infirmières, dans le cadre de l'élargissement de leurs compétences (loi relative à la profession d'infirmier du 27 juin 2025). Une contribution des infirmières à la conciliation médicamenteuse aux côtés des autres professionnels de santé est notamment prévue. Ces visites à domicile plus fréquentes permettraient de développer la prévention et de faciliter la continuité du suivi (révision des prescriptions...).

Une politique de réduction de la prescription de benzodiazépines chez les seniors qui passe par une meilleure information sur les risques liés aux prescriptions inappropriées

Les besoins et souhaits des aidants familiaux et des personnes âgées atteintes de Masa peuvent diverger de façon importante (Smebye *et al.*, 2016 ; Moermans, 2022 ; Reinhoudt-den Boer *et al.*, 2021 ; Tuijt *et al.*, 2021). Même si les aidants demeurent soucieux de l'autonomie de leur proche, ils cherchent avant tout à lui assurer un environnement sécurisé (Moermans, 2022 ; Tuijt *et al.*, 2020) face à des risques multiples (chute accidentelle, prise incorrecte de médicaments, égarement...). Les personnes âgées sont plutôt à la recherche de

G2

Variation de l'effet de l'aide familiale sur la probabilité de prescriptions inappropriées, selon la situation familiale et le revenu du senior



Note : L'effet de l'aide familiale sur la probabilité d'avoir une prescription de benzodiazépines sur plus de trois mois est plus élevé de 1,9 point lorsque le senior est une femme. La variation d'effet liée au revenu est contrôlée de la variation d'effet liée au fait d'être en couple, le fait d'être en couple induisant mécaniquement un revenu plus élevé du ménage.

Source : Care Ménages (2015), calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

confort, d'attachement, d'inclusion et de préservation de leur identité (Fazio *et al.*, 2018). Tant que leur état de santé n'est pas trop dégradé, l'autonomie qui leur est laissée ne contrevient pas à l'objectif de sécurité revendiqué par l'aidant familial, de telle sorte que les objectifs des personnes âgées et de leurs aidants ne sont pas incompatibles. Avec la détérioration des capacités cognitives des personnes âgées atteintes de Masa peuvent survenir des incidents qui peuvent conduire l'aidant familial à prendre des décisions allant dans le sens d'une plus grande sécurité pour la personne âgée (Rapaport *et al.*, 2020 ; Smebye *et al.*, 2016) et d'une réduction de stress pour lui-même, au détriment de l'autonomie

de la personne âgée (Moermans, 2022). Lorsque surviennent de plus en plus fréquemment des incidents qui menacent la sécurité de la personne âgée, les décisions peuvent prendre plusieurs formes, certaines apparaissant très contraignantes pour l'autonomie de celle-ci : enfermement à domicile en l'absence de l'aidant, recours à l'aide professionnelle pour assurer une surveillance... Lors de la consultation, les aidants familiaux peuvent aussi remonter aux professionnels de santé les incidents de plus en plus fréquents, ce qui peut conduire les médecins à envisager une prescription de benzodiazépines. En effet, même si les médecins sont informés de la nocivité de ce type de prescription, ils peuvent

être amenés à en prescrire lorsqu'aucune alternative n'apparaît envisageable face à des situations d'urgence qui appellent une décision immédiate. Les aidants n'ont toutefois souvent pas conscience des conséquences négatives de ces prescriptions pour la personne aidée (Moermans, 2022) et considéreraient différemment ces prescriptions s'ils en connaissaient les effets sur le long terme.

Par conséquent, une meilleure information sur la nocivité des prescriptions de benzodiazépines pour les personnes âgées atteintes de Masa permettrait d'enrichir l'échange entre l'aidant familial et le médecin pour limiter les prescriptions inappropriées. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- ANSM (2017). *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, avril 2017.
- Bae-Shaaw Y.H., Shier V., Sood N., Seabury S.A., Joyce G. (2023). "Potentially inappropriate medication use in community-dwelling older adults living with dementia". *Journal of Alzheimer Disease*, 93(2): 471-481.
- Banovic S., Zunic L.J., Sinanovic O. (2018). "Communication difficulties as a result of dementia". *Materia Socio medica*, Oct;30(3):221-224. doi: 10.5455/msm.2018.30.221-224.
- Buhagiar K., Afzal N., Cosgrave M. (2011). "Behavioural and psychological symptoms of dementia in primary care: a survey of general practitioners in Ireland". *Mental Health in Family Medicine*, Dec;8(4):227-34.
- Capiou A., Huys L., van Poelgeest E., van der Velde N., Petrovic M., Somers A., EuGMS Task, Finish Group on FRIDs (2023). "Therapeutic dilemmas with benzodiazepines and Z-drugs: insomnia and anxiety disorders versus increased fall risk: a clinical review". *European Geriatric Medicine*, Aug;14(4):697-708.
- Davies S.J., Rudoler D., de Oliveira C., Huang A., Kurdyak P., laboni A. (2022). "Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort study". *Journal of Psychopharmacology*, Apr;36(4):460-469.
- Fazio S., Pace D., Flinner J., Kallmyer B. (2018). "The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia". *Gerontologist*, Jan 18;58.

POUR EN SAVOIR PLUS (SUITE)

- Gench M., Sawan M.J., Langford A., Gnjidic D. (2021). "Tools to evaluate medication management for caregivers of people living with dementia: A systematic review". *Health Expectations*, Oct;24(5):1570-1581.
- Haute Autorité de santé (2024). Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_anxiete_11_07_24_vf.pdf
- Moermans V.R., Mengelers A.M., Bleijlevens M.H., Verbeek H., de Casterle B.D., Milisen K., Capezuti E., Hamers J.P. (2022). "Caregiver decision-making concerning involuntary treatment in dementia care at home". *Nursing Ethics*. 2022 Mar;29(2):330-343.
- Ouellet N., Bergeron A.S., Gagnon E., Cossette B., Labrecque C.A., Sirois C. (2022). "Prescribing and deprescribing in very old age: perceptions of very old adults, caregivers and health professionals". *Age Ageing*. Nov 1;51(11).
- Penneau A., Perronnin M., Pichetti S., Juillard-Condât B. (2025). "Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ?". *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 300, mai.
- Penneau A., Pichetti S., Perronnin M. (2025). "Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les seniors restent élevées". (2025). *Questions d'économie de la santé*, Irdes, à paraître.
- Pohontsch N.J., Löffler A., Luck T., Hesser K., Parker D., Haenisch B., Riedel-Heller S.G., Jessen F., Scherer M. (2018). "Informal caregivers' perspectives on health of and (potentially inappropriate) medication for (relatively) independent oldest-old people - a qualitative interview study". *BMC Geriatrics*, Jul 25;18(1):169.
- Rapaport P., Burton A., Leverton M. *et al.* (2020). "I just keep thinking that I don't want to rely on people. a qualitative study of how people living with dementia achieve and maintain independence at home: stakeholder perspectives". *BMC Geriatrics* 20, 5.
- Rasmussen A.F., Poulsen S.S., Oldenburg L.I.K., Vermehren C. (2021). "The barriers and facilitators of different stakeholders when deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older patients-a systematic review". *Metabolites*, Apr 20;11(4):254.
- Reinhoudt-den Boer L., van Wijngaarden J., Huijsman R. (2021). "Coproducting care and support delivery in healthcare triads: Dutch case managers for people with dementia at home using strategies to handle conflict in the healthcare triad". *Health and Social Care in the Community*. Sep;30(5)
- Schmidt K.L., Lingler J.H., Schulz R. (2009). "Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits". *Patient Education and Counseling*, Nov;77(2):197-201.
- Smebye K.L., Kirkevold M., Engedal K. (2012). "How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study". *BMC Health Services Research*, Aug 7;12:241. doi: 10.1186/1472-6963-12-241.
- Taipale H., Tolppanen A.M., Koponen M., *et al.* (2017). "Risk of pneumonia associated with incident benzodiazepine use among community-dwelling adults with Alzheimer disease". *CMAJ*;189:E519-29.
- Tamblyn R., Abrahamowicz M., du Berger R., *et al.* (2005). "A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users". *Journal of the American Geriatrics Society*;53:233-41.
- Tuijt R., Rees J., Frost R., Wilcock J., Manthorpe J., Rait G., Walters K. (2021). "Exploring how triads of people living with dementia, carers and health care professionals function in dementia health care: A systematic qualitative review and thematic synthesis". *Dementia* (London). Apr;20(3):1080-1104.
- Vick J.B., Amjad H., Smith K.C., Boyd C.M., Gitlin L.N., Roth D.L., Roter D.L., Wolff J.L. (2018). "Let him speak: a descriptive qualitative study of the roles and behaviors of family companions in primary care visits among older adults with cognitive impairment". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Jan;33(1):e103-e112.
- Yoon K., Kim J.T., Kwack W.G., Kim D., Lee K.T., Yang S., Lee S., Choi Y.J., Chung E.K. (2022). "Potentially inappropriate medication use in patients with dementia". *Int J Environ Res Public Health*, Sep 10;19(18):11426.
- Wucherer D., Eichler T., Hertel J., Kilimann I., Richter S., Michalowsky B., Thyrian J.R., Teipel S., Hoffmann W. (2017). "Potentially inappropriate medication in community-dwelling primary care patients who were screened positive for dementia". *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(2):691-701.