

Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000

Psychotropic Medications: Prescriptions and Use in Metropolitan France. II. Regional Data and Comparisons, 2000

Lecadet J¹, Vidal P², Baris B³, Vallier N⁴, Fender P⁵, Allemand H⁶ et le groupe *Médipath*⁷

Résumé

Objectif : Evaluer et décrire, pour la population des bénéficiaires du régime général d'assurance maladie, les variations spatiales de la consommation de psychotropes en France, en 2000.

Méthode : Etude transversale sur les bases de données de remboursement du régime général d'assurance maladie à partir du codage de la pharmacie. La population étudiée a été constituée par sondage aléatoire à partir du numéro de sécurité sociale des personnes. Les patients sélectionnés ont eu au moins un psychotrope remboursé au cours de l'année. L'analyse a été réalisée aux niveaux régional et départemental selon les classes thérapeutiques.

Résultats : Pour toutes les classes, il existe une disparité spatiale. Le taux annuel régional de patients ayant eu au moins un psychotrope remboursé au cours de l'année variait de 15,9 % à 21,2 % pour les anxiolytiques, de 7,1 % à 12,0 % pour les antidépresseurs, de 7,7 % à 11,6 % pour les hypnotiques, de 2,3 % à 4,2 % pour les neuroleptiques, de 0,38 % à 0,86 % pour les médicaments du sevrage de l'alcool et de 0,07 % à 0,21 % pour le lithium. La répartition spatiale des taux départementaux élevés concernait des territoires spécifiques à chaque classe thérapeutique.

Conclusion : Si la confrontation avec d'autres sources de données permet d'évoquer certaines hypothèses explicatives, la compréhension de ces écarts passe par le développement d'études spécifiques. L'identification des causes de ces écarts pourrait, dans l'avenir, contribuer à obtenir une meilleure utilisation de ces traitements.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,4:233-248

Mots clés : médicaments, psychotrope, anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, lithium, neuroleptique, sevrage alcool, pharmaco-épidémiologie, département, région, France.

Summary

Aims: To describe and assess the geographic variations in the use of psychotropic drugs in France in the population of beneficiaries affiliated with the general health fund in 2000.

Method: We performed a cross-sectional study using the health fund's reimbursement data based on the pharmacy coding system. Patients were enrolled by random selection of the social security numbers of patients who received at least one reimbursement for a psychotropic drug during the year. Each French region and department was analysed according to the different therapeutic classes.

Results: We found geographic disparities within each therapeutic class. The annual regional rate for patients receiving at least one psychotropic drug reimbursement during the year ranged from 15.9% to 21.2% for anxiolytics, 7.1% to 12.0% for antidepressors, 7.7% to 11.6% for hypnotics, 2.3% to 4.2% for neuroleptics, 0.38% to 0.86% for drugs used for alcohol weaning and 0.07% to 0.21% for lithium. The distribution of elevated rates among the French departments involved specific geographic territories for each therapeutic class.

Conclusion: In spite of the fact that a comparison with other sources of information suggests a number of hypothetical explanations, additional specific studies are needed in order to fully explain the geographic differences found. Clear identification of the causes of these differences may contribute to improved utilization of these drugs in the future.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,4:233-248

Key words: medication, psychotropic drugs, anxiolytic, antidepressor, hypnotic, lithium, neuroleptic, alcohol weaning, pharmaco-epidemiology, France.

¹ Médecin-conseil chef de service, Direction régionale du service médical d'Auvergne (CNAMTS).

² Médecin-conseil, Direction régionale du service médical d'Auvergne (CNAMTS).

³ Directeur régional du service médical d'Auvergne (CNAMTS).

⁴ Statisticienne, Direction du service médical (CNAMTS).

⁵ Médecin-conseil national adjoint, Direction du service médical (CNAMTS).

⁶ Médecin-conseil national, Direction du service médical (CNAMTS).

⁷ Liste des participants en fin d'article.

Adresse pour correspondance : Dr Jérôme Lecadet, Direction régionale du service médical d'Auvergne (CNAMTS), 48-50 boulevard Lafayette, BP 48, F-63002 Clermont-Ferrand cedex 1.

e-mail : jerome.lecadet@ersm-auvergne.cnamts.fr

INTRODUCTION

La France est un des pays dont les habitants consomment le plus de médicaments, tout particulièrement des anti-hypertenseurs, des vasodilatateurs, des antibiotiques, des psycholeptiques et des psychoanaleptiques [1]. La consommation de psychotropes des Français est de deux à trois fois supérieure à celle des autres Européens, quelle que soit la classe pharmacologique considérée [2, 3].

Cette consommation se caractérise en outre par une tendance évolutive forte. Le nombre d'unités de vente des médicaments psychotropes a augmenté de 7 % entre 1991 et 1997. Dans le même temps, les ventes en valeur des psychotropes ont augmenté de 53 % alors que celles de l'ensemble du marché officinal ont eu une croissance de 33 %. En 1997, les psychotropes représentaient en valeur environ 6 % du marché officinal et 2,6 % du marché hospitalier [4]. Les antidépresseurs — au quatrième rang des classes pharmaceutiques (en chiffre d'affaires) sur le marché des médicaments — ont un poids considérable en France (3,8 % en 2001). Leur vente a tendance à s'accroître, avec une croissance annuelle qui passe de 8,9 % en 1999 à 12,2 % en 2001 [5]. Parmi les dix produits à l'origine des montants remboursés les plus élevés, on retrouvait, en 1999 comme en 2000, deux antidépresseurs, le chlorhydrate de fluoxétine et le chlorhydrate de paroxétine [6]. En 2000, parmi les vingt-cinq médicaments les plus prescrits et remboursés, on retrouvait deux anxiolytiques, deux hypnotiques et deux antidépresseurs [6].

Nous avons mené une étude évaluant, en 2000, la consommation¹ de psychotropes dans la population des bénéficiaires du régime général d'assurance maladie. Dans une première approche, nous avons analysé ces données pour l'ensemble du territoire français [7]. Une large part de la population était concernée par cette consommation. Un quart des personnes protégées par le régime général d'assurance maladie *stricto sensu*² avait bénéficié du remboursement d'au moins un médicament psychotrope. Le taux annuel de consommateurs de psychotropes, ayant eu au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique, était de 11,2 % [7]. L'âge et le sexe étaient deux variables très liées à la consommation de psychotropes. Excepté pour les médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique, on retrouvait une nette prédominance féminine (ratio hommes/femmes à 0,52 pour l'ensemble des psychotropes) et une

forte augmentation du taux de consommateurs avec la classe d'âge [7].

En prenant en compte ces deux facteurs, la consommation est-elle pour autant homogène sur le territoire français ? A cette question, nous n'avons trouvé que peu de réponses dans les travaux publiés. A partir d'échantillons, certaines études évaluent la morbidité psychiatrique en fonction de l'environnement géographique (milieu rural/milieu urbain) [8-11], ou prennent en compte la taille de l'agglomération [12, 13]. D'autres études comparent cette morbidité selon les pays [4, 14-16]. Dans ce dernier cas, l'interprétation des écarts constatés est rendue difficile par le trop grand nombre de facteurs pouvant induire une hétérogénéité entre les populations étudiées (différences culturelles, ethniques, offre de soins, système de protection sociale, nature des données disponibles, etc.). La France est habituellement désignée comme un pays où l'on consomme trop de psychotropes [2, 3]. Face à ce constat, certains soulignent qu'il n'est pas possible aujourd'hui de situer le niveau d'une consommation normale [17]. Dans ce contexte, il nous est apparu opportun de chercher à évaluer si la France se présentait ou non comme une entité homogène en matière de consommation de psychotropes.

La consommation remboursée est le reflet d'une prescription et constitue, à ce titre, un bon indicateur de la morbidité perçue par le professionnel. A partir de ces données, nous avons voulu évaluer et décrire les variations spatiales de la consommation de psychotropes en France métropolitaine, en 2000. Ce deuxième article présente les résultats de ce travail.

MÉTHODE

1. Population étudiée

Le régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés dispose dans chaque caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'une base de données³ où sont enregistrées toutes les prestations remboursées aux assurés sociaux avec, depuis 1997, l'identification précise des médicaments. Une requête informatique paramétrée a été réalisée sur les bases de données de chacune des 128 CPAM de France métropolitaine. Au 31 décembre 1999, la population du régime général *stricto sensu* comprenait 41,5 millions de bénéficiaires [18].

La population-source des individus statistiques était l'ensemble des assurés et bénéficiaires du régime

¹ On désignera dans ce texte, sous le terme de « consommateurs », les personnes ayant eu au moins un médicament psychotrope remboursé.

² Le régime général *stricto sensu* exclut les sections locales mutualistes (mutuelle générale de l'Éducation nationale, mutuelle de la Fonction publique, mutuelle générale des postes et télécommunications, mutuelles étudiantes, etc.).

³ Système ERASME : Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique.

général *stricto sensu*, auxquels avait été remboursé, au cours de l'année 2000, au moins un médicament psychotrope identifié par un code CIP⁴. La population du régime général *stricto sensu* représentait, en France, 71 % de la population française. Cette proportion était variable selon les régions allant de 78 % (Nord - Pas-de-Calais, Alsace) à 62 % (Aquitaine) et 60 % (Limousin) [18].

2. Représentativité de la population

En 2000, le codage de la pharmacie n'était pas exhaustif. Le taux de médicaments codés avait atteint, en décembre 2000, un seuil de 86 % sur l'ensemble du territoire avec toutefois des écarts selon les CPAM (de 62,9 % à 95,4 %).

Une correction de l'effectif des personnes identifiées par le codage a été réalisée en appliquant un coefficient de redressement (*cr*). Ce coefficient, spécifique à chaque CPAM, a été calculé en fonction du taux de médicaments codés (*tmc*) atteint par cette CPAM au cours de l'inclusion ($cr = 1/tmc$). A partir d'un effectif identifié dans les bases de données, on a déduit un effectif théorique de personnes.

3. Plan de sondage

En raison d'effectifs considérables, l'information a été recherchée sur un échantillon constitué à partir du numéro de sécurité sociale des personnes. Les deux derniers chiffres de ce numéro sont attribués de façon aléatoire. Nous avons utilisé cette caractéristique pour définir les sujets à inclure dans l'échantillon. Des numéros ont été choisis par tirage au sort (fraction de sondage à 9/97). Compte tenu de l'effectif important des échantillons, les taux régionaux ont été présentés sans intervalle de confiance (IC) [19, 20]. Ces intervalles, très étroits, n'étaient pas de nature à pouvoir influencer ni l'ordre des taux, ni l'amplitude des étendues. Pour l'analyse départementale, en raison d'effectifs faibles dans quelques départements, les principaux taux départementaux ont été présentés avec leur intervalle de confiance. Les intervalles de confiance ont été calculés au risque α de 5 %.

4. Définition des classes thérapeutiques

Pour cette étude, six classes thérapeutiques ont été prises en compte : les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les neuroleptiques, les sels de lithium et les médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique. Ces six classes

ont été définies dans un précédent article présentant les données nationales [7].

5. Variables étudiées

Les indicateurs retenus pour analyser la consommation de psychotropes comprenaient le taux annuel brut et le taux annuel standardisé pour, d'une part, les personnes ayant eu au moins un remboursement de la classe thérapeutique étudiée, et pour, d'autre part, les personnes ayant eu au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique.

Pour les antidépresseurs et les neuroleptiques, le pourcentage de personnes ayant eu au moins quatre remboursements parmi les consommateurs a été calculé. L'analyse départementale a été réalisée sous forme cartographique. Afin de prendre en compte la dispersion des taux étudiés, nous avons utilisé des classes d'étendue égale, obtenues en divisant par trois l'étendue de chaque distribution.

Du fait d'effectifs insuffisants dans certains départements, les médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique et le lithium ont été exclus de l'approche départementale.

6. Analyse des données

La population prise en compte pour le calcul des taux est la population protégée par le régime général *stricto sensu* connue au 31 décembre 1999 [18].

L'analyse des disparités spatiales a été réalisée à partir des taux standardisés, calculés par standardisation directe sur les critères *âge* et *sexe* avec comme population de référence la population française du recensement INSEE de 1999. Pour chaque série la variation relative entre les taux maximum et minimum a été exprimée sous forme d'indice base 100. Le taux minimum a été pris comme valeur de référence (indice 100).

Les taux bruts annuels régionaux sont présentés uniquement à titre indicatif pour permettre de situer les valeurs réelles de la consommation. Le traitement a été réalisé avec le logiciel SPSS®.

RÉSULTATS

1. Taux standardisés

Pour l'ensemble des psychotropes, les taux régionaux standardisés variaient de 22,6 % à 28,2 % (Tableau I). L'indice de variation⁵ des taux départementaux était de 144. Les départements ayant un taux de consommation élevé étaient répartis autour de quatre zones (figure 1).

⁴ Le code CIP (club inter-pharmaceutique) est le numéro d'identification à sept chiffres de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) attribué à chaque spécialité pharmaceutique et publié au *Journal officiel*.

⁵ Egal au taux maximum / taux minimum \times 100.

Tableau I
Taux annuels régionaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*^a

Région	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques	Sevrage alcool ^b	Lithium
Ile-de-France	24,2	16,9	8,6	9,7	2,4	0,46	0,15
Champagne-Ardenne	25,5	18,4	9,4	9,7	2,6	0,53	0,11
Picardie	26,7	19,1	10,7	9,6	2,8	0,62	0,09
Haute-Normandie	26,8	18,8	10,3	10,4	2,9	0,60	0,10
Centre	25,1	18,0	8,5	10,2	2,9	0,59	0,11
Nord - Pas-de-Calais	27,2	18,9	11,6	9,3	2,5	0,86	0,07
Lorraine	23,9	17,0	8,5	8,1	2,3	0,48	0,07
Alsace	22,6	15,9	8,3	7,1	2,3	0,38	0,09
Franche-Comté	24,7	18,0	8,1	10,4	2,7	0,49	0,10
Basse-Normandie	24,6	17,6	8,6	9,4	2,7	0,56	0,16
Pays de la Loire	23,9	16,9	8,3	9,3	2,7	0,51	0,14
Bretagne	25,2	18,0	10,3	9,6	3,1	0,64	0,21
Limousin	28,2	21,2	9,6	12,0	3,7	0,53	0,10
Auvergne	24,5	18,2	8,2	10,1	3,2	0,59	0,13
Poitou-Charentes	26,0	18,7	8,6	10,5	3,2	0,51	0,13
Aquitaine	25,8	18,3	9,5	10,5	3,1	0,51	0,17
Midi-Pyrénées	25,1	17,9	9,5	9,9	3,1	0,46	0,17
Bourgogne	25,4	19,0	7,7	10,0	3,1	0,53	0,12
Rhône-Alpes	25,9	18,5	7,7	11,8	3,2	0,44	0,17
Languedoc-Roussillon	26,1	18,8	9,6	10,7	3,3	0,60	0,13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26,6	19,3	9,8	11,2	3,3	0,54	0,12
Corse	27,3	20,7	10,2	11,1	4,2	0,43	0,19

^a Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.

^b Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

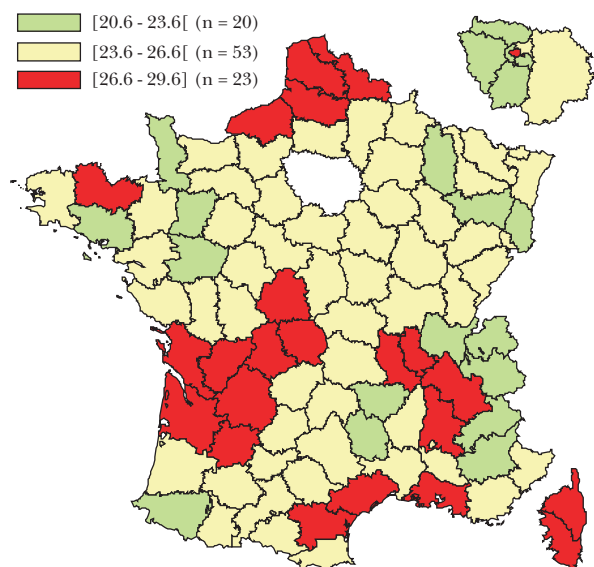


Figure 1. Taux annuel standardisé, par département, de consommateurs de psychotropes, 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

Les taux régionaux de consommateurs **d'anxiolytiques** variaient de 15,9 % à 21,2 % (tableau I). L'indice de variation des taux départementaux était de 164. Les départements ayant les taux les plus élevés se positionnaient, pour l'essentiel, selon un axe transversal situé au centre de la France (figure 2). Les taux régionaux de consommateurs d'anxiolytiques avec au moins quatre remboursements (tableau II) variaient de 6,1 % à 9,6 %. L'indice de variation des taux départementaux était de 194. Seuls six départements avaient un taux supérieur à 8,8 %, correspondant au tiers supérieur des valeurs de ce taux. La majorité des départements du sud présentait des taux bas (figure 3).

Les taux régionaux de consommateurs **d'hypnotiques** variaient de 7,7 % à 11,6 % (tableau I). L'indice de variation des taux départementaux était de 202. Le Nord de la France se singularisait en regroupant sept des vingt et un départements présentant les taux les plus élevés (figure 4). Les taux régionaux de consommateurs d'hypnotiques avec au moins quatre remboursements (tableau II) variaient

Tableau II
Taux annuels régionaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes, en 2000, selon la classe thérapeutique, chez les personnes ayant eu au moins quatre remboursements, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*^a

Région	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques	Sevrage alcool ^b	Lithium
Ile-de-France	10,6	6,3	3,4	4,8	1,2	0,14	0,11
Champagne-Ardenne	11,5	7,3	4,0	4,6	1,4	0,18	0,09
Picardie	12,3	7,7	4,8	4,6	1,4	0,20	0,07
Haute-Normandie	12,3	7,3	4,5	5,2	1,4	0,18	0,08
Centre	11,7	7,4	3,5	5,2	1,5	0,21	0,08
Nord - Pas-de-Calais	12,2	7,2	5,1	4,2	1,2	0,25	0,06
Lorraine	10,2	6,1	3,4	3,7	1,2	0,12	0,05
Alsace	10,4	6,5	3,6	3,3	1,2	0,10	0,07
Franche-Comté	11,5	7,6	3,4	5,1	1,4	0,17	0,08
Basse-Normandie	11,5	7,2	3,7	4,9	1,5	0,19	0,14
Pays de la Loire	11,4	7,3	3,6	4,9	1,5	0,16	0,10
Bretagne	12,6	8,1	4,9	5,3	1,9	0,24	0,17
Limousin	14,2	9,6	4,4	6,7	2,0	0,23	0,09
Auvergne	12,3	8,3	3,8	5,8	1,8	0,22	0,11
Poitou-Charentes	12,1	7,5	3,7	5,4	1,6	0,18	0,09
Aquitaine	12,1	7,2	4,3	5,4	1,6	0,18	0,13
Midi-Pyrénées	11,1	6,6	4,1	5,0	1,7	0,15	0,13
Bourgogne	12,3	8,3	3,3	5,3	1,7	0,17	0,10
Rhône-Alpes	12,2	7,7	3,0	6,2	1,7	0,14	0,13
Languedoc-Roussillon	11,5	7,1	4,1	5,0	1,7	0,18	0,09
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11,8	7,4	4,2	5,4	1,6	0,17	0,09
Corse	11,5	7,8	4,3	5,5	1,9	0,13	0,15

^a Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.

^b Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

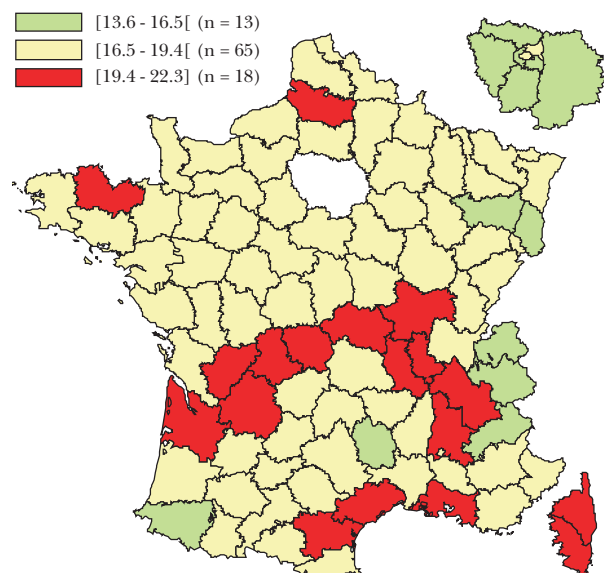


Figure 2. Taux annuel standardisé, par département, de consommateurs d'anxiolytiques, 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

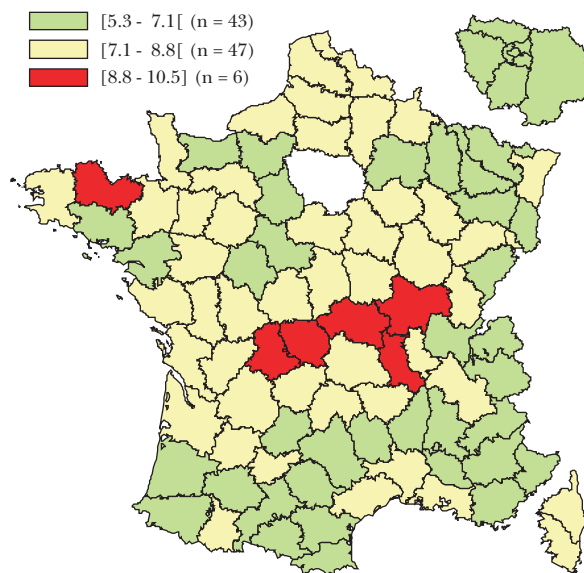
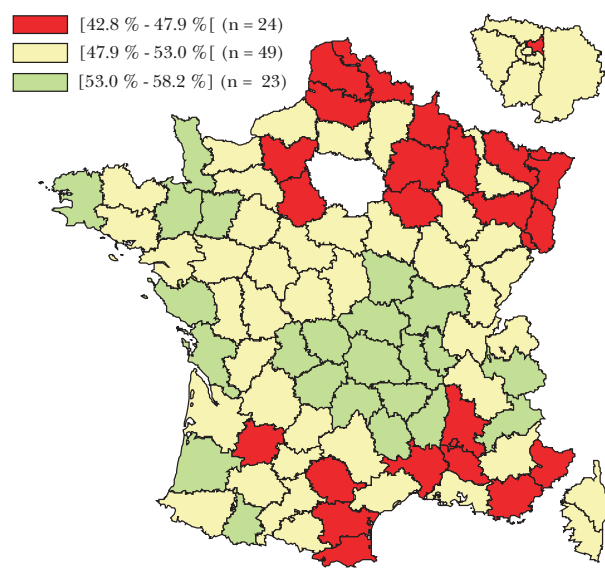
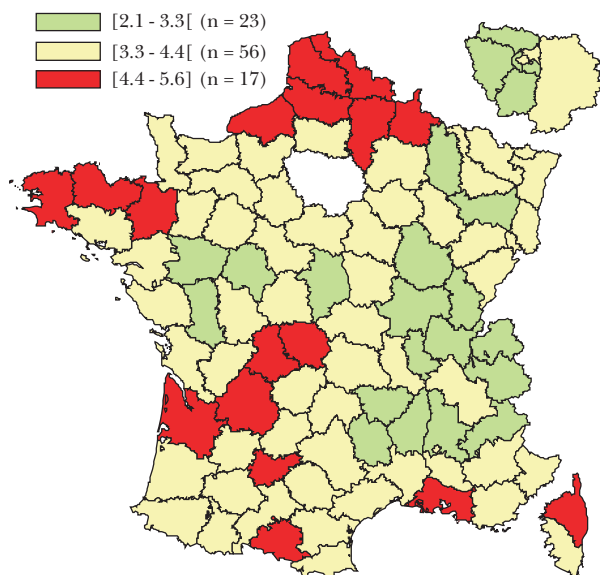
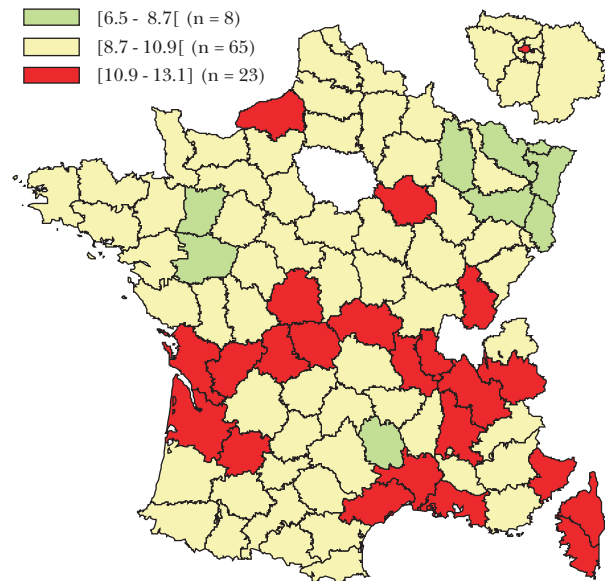
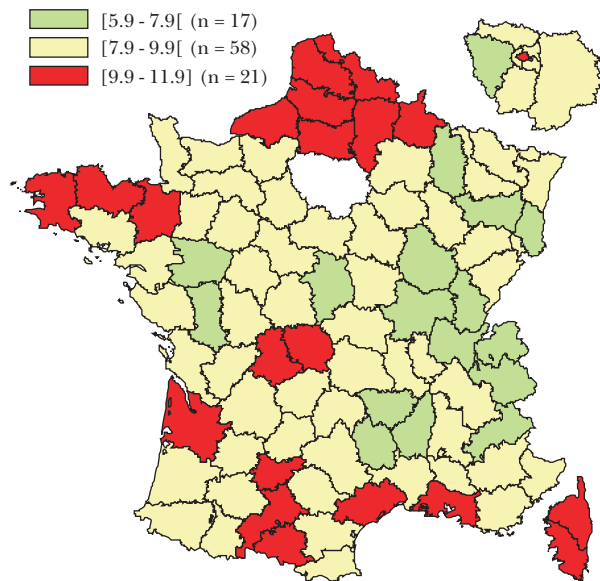


Figure 3. Taux annuel standardisé, par département, de consommateurs ayant eu au moins quatre remboursements d'anxiolytiques, 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

de 3,0 % à 5,1 %. L'indice de variation des taux départementaux était de 255. Dix-sept départements avaient un taux supérieur à 4,4 % (figure 5).

Les taux régionaux de consommateurs **d'antidépresseurs** variaient de 7,1 % à 12,0 % (tableau I). L'indice de variation des taux départementaux était de 202. La répartition selon les départements était proche de celle obtenue avec les anxiolytiques. Sur les dix-huit départements ayant un taux élevé

d'anxiolytiques, treize présentaient également un taux d'antidépresseurs élevé (figure 6). Parmi les consommateurs d'antidépresseurs, le pourcentage de personnes avec au moins quatre remboursements d'antidépresseurs a été étudié au niveau départemental. Les pourcentages les plus bas concernaient vingt-quatre départements positionnés aux extrémités nord et sud de la France (figure 7).



Les taux régionaux de consommateurs de **neuroleptiques** variaient de 2,3 % à 4,2 % (tableau I). L'indice de variation des taux départementaux était de 227. Seuls quatre départements avaient un taux supérieur à 4 %. La répartition des taux se faisait dans une opposition nord-sud, la majorité des taux bas se situant dans la moitié nord (figure 8). Le pourcentage de personnes avec au moins quatre remboursements de neuroleptiques a été étudié au niveau départemental. Les pourcentages les plus bas concernaient dix-neuf départements positionnés principalement aux extrémités nord et sud de la France (figure 9).

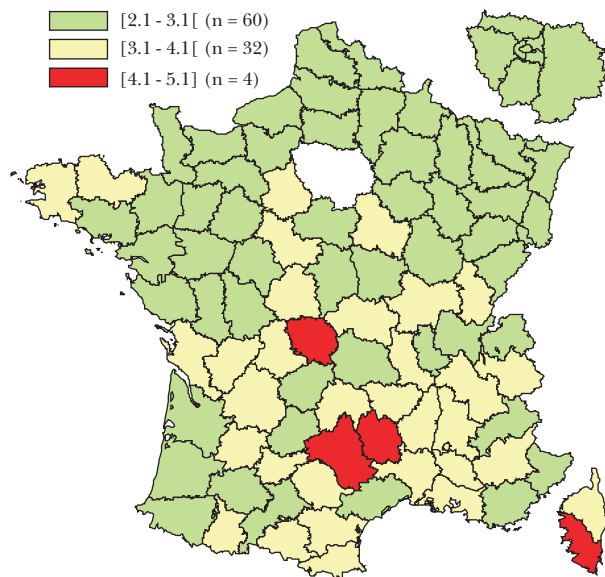


Figure 8. Taux annuel standardisé, par département, de consommateurs de neuroleptiques, 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

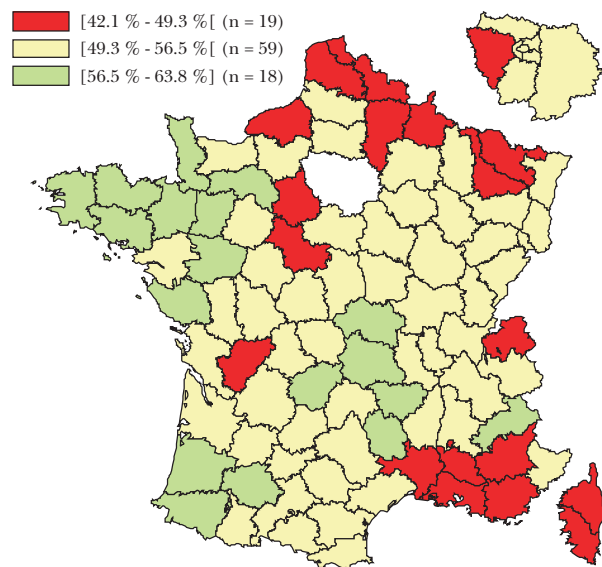


Figure 9. Pourcentage, par département, de consommateurs de neuroleptiques ayant eu au moins quatre remboursements de neuroleptiques, 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

Les taux régionaux de consommateurs de **médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique** variaient de 0,38 % à 0,86 % (tableau I) soit un indice de variation de 226. Les taux régionaux de consommateurs de lithium variaient de 0,07 % à 0,21 % (tableau I) soit un indice de variation de 300.

Les taux annuels départementaux standardisés de consommateurs ont été calculés uniquement pour les principales classes thérapeutiques (tableau III).

Tableau III
Taux annuels départementaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*^a

N°	Département	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques
01	Ain	23,1 ± 0,4	16,7 ± 0,4	6,5 ± 0,3	10,3 ± 0,3	3,0 ± 0,2
02	Aisne	26,5 ± 0,5	19,0 ± 0,4	10,6 ± 0,3	9,4 ± 0,3	2,9 ± 0,2
03	Allier	26,2 ± 0,6	19,6 ± 0,5	8,7 ± 0,4	11,1 ± 0,4	3,2 ± 0,2
04	Alpes-de-Haute-Provence	23,0 ± 0,9	17,1 ± 0,8	8,3 ± 0,6	9,4 ± 0,6	3,3 ± 0,4
05	Hautes-Alpes	22,5 ± 1,0	16,3 ± 0,9	7,4 ± 0,6	8,9 ± 0,7	2,3 ± 0,4
06	Alpes-Maritimes	26,4 ± 0,3	18,8 ± 0,3	9,4 ± 0,2	11,4 ± 0,2	3,1 ± 0,1
07	Ardèche	24,6 ± 0,6	17,9 ± 0,6	7,8 ± 0,4	10,4 ± 0,4	3,7 ± 0,3
08	Ardennes	25,5 ± 0,6	18,5 ± 0,5	10,1 ± 0,4	9,0 ± 0,4	2,7 ± 0,2
09	Ariège	25,1 ± 0,9	18,1 ± 0,8	10,0 ± 0,6	9,6 ± 0,6	3,2 ± 0,4

^a Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.

Tableau III (suite)
Taux annuels départementaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*^a

N°	Département	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques
10	Aube	26,4 ± 0,6	19,3 ± 0,6	9,3 ± 0,4	11,0 ± 0,4	2,7 ± 0,2
11	Aude	27,0 ± 0,7	19,5 ± 0,6	9,6 ± 0,4	10,4 ± 0,5	3,5 ± 0,3
12	Aveyron	24,2 ± 0,7	16,8 ± 0,6	8,7 ± 0,5	10,5 ± 0,5	4,2 ± 0,3
13	Bouches-du-Rhône	27,9 ± 0,2	20,5 ± 0,2	10,6 ± 0,2	11,7 ± 0,2	3,5 ± 0,1
14	Calvados	25,3 ± 0,4	17,7 ± 0,4	9,0 ± 0,3	9,4 ± 0,3	2,6 ± 0,1
15	Cantal	23,9 ± 1,0	18,1 ± 0,9	8,3 ± 0,6	9,5 ± 0,7	3,5 ± 0,4
16	Charente	27,5 ± 0,6	20,2 ± 0,5	8,9 ± 0,4	11,3 ± 0,4	3,5 ± 0,2
17	Charente-Maritime	27,0 ± 0,5	18,9 ± 0,4	9,3 ± 0,3	11,0 ± 0,3	3,5 ± 0,2
18	Cher	25,3 ± 0,6	18,9 ± 0,5	7,8 ± 0,4	10,1 ± 0,4	3,1 ± 0,2
19	Corrèze	26,1 ± 0,8	19,3 ± 0,7	8,7 ± 0,5	10,6 ± 0,5	3,0 ± 0,3
2A	Corse-du-Sud	28,1 ± 1,1	21,5 ± 1,0	10,2 ± 0,7	11,4 ± 0,8	4,8 ± 0,5
2B	Haute-Corse	26,8 ± 0,9	20,2 ± 0,9	10,3 ± 0,6	10,9 ± 0,7	3,7 ± 0,4
21	Côte-d'Or	25,1 ± 0,5	18,6 ± 0,4	7,9 ± 0,3	9,6 ± 0,3	2,8 ± 0,2
22	Côtes-d'Armor	27,2 ± 0,5	20,1 ± 0,5	10,8 ± 0,3	10,0 ± 0,3	3,5 ± 0,2
23	Creuse	28,5 ± 1,1	21,8 ± 1,0	10,0 ± 0,7	12,2 ± 0,8	4,2 ± 0,5
24	Dordogne	26,9 ± 0,6	19,5 ± 0,5	9,9 ± 0,4	10,8 ± 0,4	3,4 ± 0,2
25	Doubs	24,3 ± 0,5	17,5 ± 0,4	8,3 ± 0,3	10,2 ± 0,3	2,3 ± 0,2
26	Drôme	27,0 ± 0,5	19,5 ± 0,5	8,3 ± 0,3	11,3 ± 0,4	3,7 ± 0,2
27	Eure	24,8 ± 0,4	17,9 ± 0,4	8,8 ± 0,3	9,0 ± 0,3	2,7 ± 0,2
28	Eure-et-Loir	25,9 ± 0,5	17,6 ± 0,5	9,4 ± 0,4	10,6 ± 0,4	3,3 ± 0,2
29	Finistère	25,6 ± 0,4	18,2 ± 0,3	10,8 ± 0,3	10,0 ± 0,3	3,2 ± 0,2
30	Gard	25,9 ± 0,4	18,6 ± 0,4	9,4 ± 0,3	11,2 ± 0,3	3,3 ± 0,2
31	Haute-Garonne	26,3 ± 0,3	18,6 ± 0,3	10,4 ± 0,2	10,2 ± 0,2	2,9 ± 0,1
32	Gers	24,4 ± 0,9	17,7 ± 0,8	8,8 ± 0,6	9,7 ± 0,6	3,0 ± 0,4
33	Gironde	27,5 ± 0,3	19,4 ± 0,3	10,3 ± 0,2	11,1 ± 0,2	3,1 ± 0,1
34	Hérault	27,1 ± 0,4	19,8 ± 0,3	10,2 ± 0,3	11,2 ± 0,3	3,0 ± 0,1
35	Ille-et-Vilaine	25,1 ± 0,4	17,8 ± 0,3	10,1 ± 0,3	9,3 ± 0,2	3,1 ± 0,1
36	Indre	27,1 ± 0,7	19,3 ± 0,6	8,3 ± 0,5	11,5 ± 0,5	3,4 ± 0,3
37	Indre-et-Loire	23,8 ± 0,4	17,1 ± 0,4	8,3 ± 0,3	9,0 ± 0,3	2,4 ± 0,2
38	Isère	27,8 ± 0,3	19,6 ± 0,3	8,5 ± 0,2	12,7 ± 0,2	3,5 ± 0,1
39	Jura	24,9 ± 0,7	18,7 ± 0,6	7,1 ± 0,4	11,1 ± 0,5	3,4 ± 0,3
40	Landes	23,8 ± 0,6	17,0 ± 0,6	8,4 ± 0,4	9,1 ± 0,4	2,9 ± 0,3
41	Loir-et-Cher	25,0 ± 0,6	17,3 ± 0,5	8,8 ± 0,4	10,7 ± 0,4	3,3 ± 0,3
42	Loire	28,2 ± 0,4	21,3 ± 0,4	8,6 ± 0,2	13,1 ± 0,3	3,4 ± 0,2
43	Haute-Loire	23,0 ± 0,7	17,0 ± 0,7	7,6 ± 0,5	10,3 ± 0,5	3,4 ± 0,3
44	Loire-Atlantique	24,5 ± 0,3	16,6 ± 0,3	8,5 ± 0,2	9,9 ± 0,2	2,7 ± 0,1
45	Loiret	25,3 ± 0,4	18,4 ± 0,4	8,7 ± 0,3	10,3 ± 0,3	2,6 ± 0,2
46	Lot	23,7 ± 0,9	17,1 ± 0,8	8,5 ± 0,6	9,8 ± 0,6	2,9 ± 0,4
47	Lot-et-Garonne	26,9 ± 0,7	19,4 ± 0,6	9,7 ± 0,5	11,0 ± 0,5	3,4 ± 0,3
48	Lozère	22,4 ± 1,3	15,6 ± 1,2	7,6 ± 0,9	8,0 ± 0,9	5,0 ± 0,7
49	Maine-et-Loire	22,5 ± 0,4	16,7 ± 0,3	7,5 ± 0,2	7,6 ± 0,2	2,3 ± 0,1
50	Manche	23,6 ± 0,5	17,4 ± 0,4	8,1 ± 0,3	9,5 ± 0,3	2,6 ± 0,2
51	Marne	25,2 ± 0,5	17,7 ± 0,4	9,5 ± 0,3	9,3 ± 0,3	2,4 ± 0,2

^a Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.

Tableau III (suite)
Taux annuels départementaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*^a

N°	Département	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques
52	Haute-Marne	25,3 ± 0,8	19,2 ± 0,7	8,2 ± 0,5	9,9 ± 0,5	2,8 ± 0,3
53	Mayenne	23,1 ± 0,6	17,1 ± 0,6	8,2 ± 0,4	8,6 ± 0,4	2,7 ± 0,2
54	Meurthe-et-Moselle	24,4 ± 0,4	17,1 ± 0,3	8,8 ± 0,3	8,8 ± 0,3	2,3 ± 0,1
55	Meuse	22,9 ± 0,8	16,9 ± 0,7	7,6 ± 0,5	7,7 ± 0,5	2,6 ± 0,3
56	Morbihan	23,5 ± 0,4	16,5 ± 0,4	9,6 ± 0,3	9,1 ± 0,3	2,7 ± 0,2
57	Moselle	24,3 ± 0,3	17,4 ± 0,3	8,8 ± 0,2	7,7 ± 0,2	2,2 ± 0,1
58	Nièvre	25,3 ± 0,7	19,1 ± 0,7	8,3 ± 0,5	9,3 ± 0,5	2,5 ± 0,3
59	Nord	27,2 ± 0,2	18,7 ± 0,2	11,6 ± 0,1	9,4 ± 0,1	2,5 ± 0,1
60	Oise	25,6 ± 0,4	18,2 ± 0,3	10,0 ± 0,3	9,1 ± 0,2	2,6 ± 0,1
61	Orne	24,8 ± 0,6	17,9 ± 0,6	8,4 ± 0,4	9,3 ± 0,4	2,9 ± 0,2
62	Pas-de-Calais	27,3 ± 0,3	19,3 ± 0,2	11,7 ± 0,2	9,2 ± 0,2	2,6 ± 0,1
63	Puy-de-Dôme	24,1 ± 0,4	17,9 ± 0,4	8,2 ± 0,3	9,7 ± 0,3	3,0 ± 0,2
64	Pyrénées-Atlantiques	23,2 ± 0,4	16,1 ± 0,4	8,4 ± 0,3	9,6 ± 0,3	2,8 ± 0,2
65	Hautes-Pyrénées	24,9 ± 0,7	18,1 ± 0,7	9,0 ± 0,5	9,9 ± 0,5	3,3 ± 0,3
66	Pyrénées-Orientales	23,7 ± 0,6	16,8 ± 0,5	9,0 ± 0,4	9,6 ± 0,4	3,7 ± 0,2
67	Bas-Rhin	24,0 ± 0,3	17,2 ± 0,3	8,9 ± 0,2	7,5 ± 0,2	2,4 ± 0,1
68	Haut-Rhin	20,6 ± 0,3	14,3 ± 0,3	7,6 ± 0,2	6,5 ± 0,2	2,2 ± 0,1
69	Rhône	27,6 ± 0,3	19,9 ± 0,2	8,2 ± 0,2	13,1 ± 0,2	3,1 ± 0,1
70	Haute-Saône	26,0 ± 0,7	18,9 ± 0,6	8,7 ± 0,5	10,8 ± 0,5	3,1 ± 0,3
71	Saône-et-Loire	25,8 ± 0,5	19,4 ± 0,4	7,1 ± 0,3	10,7 ± 0,3	3,7 ± 0,2
72	Sarthe	25,4 ± 0,5	18,3 ± 0,4	9,1 ± 0,3	10,5 ± 0,3	2,9 ± 0,2
73	Savoie	21,6 ± 0,5	13,6 ± 0,4	5,9 ± 0,3	11,3 ± 0,4	3,2 ± 0,2
74	Haute-Savoie	20,8 ± 0,4	14,2 ± 0,3	6,2 ± 0,2	8,8 ± 0,3	2,4 ± 0,1
75	Paris	27,7 ± 0,2	19,0 ± 0,2	10,1 ± 0,2	11,5 ± 0,2	3,0 ± 0,1
76	Seine-Maritime	27,7 ± 0,3	19,2 ± 0,3	10,9 ± 0,2	11,0 ± 0,2	3,0 ± 0,1
77	Seine-et-Marne	23,6 ± 0,3	16,3 ± 0,2	8,2 ± 0,2	9,8 ± 0,2	2,2 ± 0,1
78	Yvelines	23,3 ± 0,3	16,4 ± 0,2	7,8 ± 0,2	9,3 ± 0,2	2,2 ± 0,1
79	Deux-Sèvres	24,1 ± 0,6	17,6 ± 0,5	7,6 ± 0,4	9,4 ± 0,4	2,9 ± 0,2
80	Somme	28,7 ± 0,5	20,6 ± 0,4	11,9 ± 0,3	10,5 ± 0,3	3,0 ± 0,2
81	Tarn	23,9 ± 0,6	17,4 ± 0,5	8,5 ± 0,4	8,9 ± 0,4	3,2 ± 0,2
82	Tarn-et-Garonne	26,5 ± 0,8	19,1 ± 0,7	9,9 ± 0,6	10,9 ± 0,6	3,7 ± 0,3
83	Var	25,7 ± 0,4	18,3 ± 0,3	9,6 ± 0,2	10,8 ± 0,3	3,1 ± 0,1
84	Vaucluse	25,7 ± 0,5	18,2 ± 0,4	8,7 ± 0,3	10,7 ± 0,3	3,4 ± 0,2
85	Vendée	23,7 ± 0,5	16,7 ± 0,4	8,3 ± 0,3	9,4 ± 0,3	2,9 ± 0,2
86	Vienne	24,8 ± 0,6	18,0 ± 0,5	8,1 ± 0,4	10,1 ± 0,4	2,9 ± 0,2
87	Haute-Vienne	29,6 ± 0,6	22,3 ± 0,6	10,0 ± 0,4	13,0 ± 0,5	4,0 ± 0,3
88	Vosges	22,7 ± 0,5	16,0 ± 0,5	7,7 ± 0,3	7,9 ± 0,3	2,6 ± 0,2
89	Yonne	25,3 ± 0,6	18,8 ± 0,5	8,2 ± 0,4	10,0 ± 0,4	3,2 ± 0,2
90	Territoire de Belfort	24,2 ± 0,8	17,9 ± 0,8	8,6 ± 0,6	9,7 ± 0,6	2,4 ± 0,3
91	Essonne	23,1 ± 0,3	16,2 ± 0,3	8,3 ± 0,2	9,3 ± 0,2	2,3 ± 0,1
92	Hauts-de-Seine	23,2 ± 0,3	16,2 ± 0,2	8,1 ± 0,2	9,4 ± 0,2	2,2 ± 0,1
93	Seine-Saint-Denis	24,7 ± 0,3	17,7 ± 0,2	8,9 ± 0,2	9,4 ± 0,2	2,4 ± 0,1
94	Val-de-Marne	23,3 ± 0,3	16,3 ± 0,2	8,1 ± 0,2	9,4 ± 0,2	2,3 ± 0,1
95	Val-d'Oise	22,7 ± 0,3	16,1 ± 0,2	8,2 ± 0,2	8,7 ± 0,2	2,3 ± 0,1

^a Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.

2. Taux bruts

Afin de disposer d'une quantification en valeur absolue, les taux bruts annuels régionaux de consommateurs (tableau IV) et de consommateurs ayant eu

au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique (tableau V) ont été calculés pour l'ensemble des psychotropes et pour chaque classe thérapeutique.

Tableau IV
Taux bruts annuels régionaux (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

Région	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques	Sevrage alcool ^a	Lithium
Ile-de-France	23,0	16,2	8,0	9,4	2,3	0,45	0,15
Champagne-Ardenne	25,4	18,4	9,4	9,7	2,6	0,53	0,11
Picardie	25,9	18,5	10,3	9,3	2,7	0,62	0,09
Haute-Normandie	26,3	18,5	10,0	10,2	2,8	0,60	0,10
Centre	25,8	18,4	8,9	10,4	3,0	0,60	0,11
Nord - Pas-de-Calais	26,0	18,1	11,0	8,9	2,4	0,82	0,07
Lorraine	23,9	17,0	8,4	8,0	2,3	0,48	0,07
Alsace	22,0	15,6	8,1	7,0	2,2	0,39	0,09
Franche-Comté	24,7	18,0	8,1	10,3	2,7	0,49	0,10
Basse-Normandie	24,7	17,7	8,7	9,4	2,7	0,55	0,16
Pays de la Loire	23,9	16,9	8,3	9,2	2,7	0,50	0,14
Bretagne	25,8	18,4	10,6	9,7	3,2	0,63	0,22
Limousin	30,8	23,0	10,8	13,2	4,1	0,53	0,11
Auvergne	26,0	19,3	9,0	10,7	3,4	0,62	0,14
Poitou-Charentes	27,3	19,5	9,2	11,0	3,4	0,52	0,13
Aquitaine	27,4	19,3	10,2	11,0	3,2	0,53	0,17
Midi-Pyrénées	26,4	18,8	10,1	10,3	3,3	0,47	0,17
Bourgogne	26,5	19,8	8,2	10,4	3,3	0,53	0,13
Rhône-Alpes	25,7	18,4	7,7	11,8	3,2	0,44	0,17
Languedoc-Roussillon	27,3	19,7	10,2	11,2	3,5	0,60	0,13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28,0	20,3	10,4	11,7	3,4	0,55	0,13
Corse	29,0	21,9	11,0	11,7	4,4	0,45	0,20

^a Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

Tableau V
Taux bruts annuels régionaux (%) de consommateurs de psychotropes, en 2000, selon la classe thérapeutique, chez les personnes ayant eu au moins quatre remboursements, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

Région	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques	Sevrage alcool ^a	Lithium
Ile-de-France	9,7	5,7	3,0	4,5	1,2	0,14	0,11
Champagne-Ardenne	11,5	7,3	4,0	4,5	1,4	0,18	0,09
Picardie	11,7	7,3	4,5	4,4	1,4	0,20	0,07
Haute-Normandie	12,0	7,1	4,4	5,1	1,4	0,17	0,08
Centre	12,3	7,8	3,7	5,4	1,6	0,21	0,09
Nord-Pas-de-Calais	11,4	6,8	4,7	4,0	1,1	0,24	0,05
Lorraine	10,2	6,1	3,3	3,7	1,2	0,13	0,05
Alsace	10,0	6,2	3,4	3,2	1,2	0,10	0,07
Franche-Comté	11,5	7,6	3,4	5,1	1,4	0,17	0,08

Tableau V (suite)
Taux bruts annuels régionaux (%) de consommateurs de psychotropes, en 2000, selon la classe thérapeutique, chez les personnes ayant eu au moins quatre remboursements, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*

Région	Psychotropes	Anxiolytiques	Hypnotiques	Anti-dépresseurs	Neuroleptiques	Sevrage alcool ^a	Lithium
Basse-Normandie	11,8	7,4	3,8	4,9	1,5	0,19	0,14
Pays de la Loire	11,5	7,4	3,7	4,9	1,5	0,16	0,10
Bretagne	13,3	8,5	5,2	5,4	1,9	0,24	0,18
Limousin	16,7	11,2	5,4	7,7	2,3	0,24	0,09
Auvergne	13,7	9,2	4,3	6,2	2,0	0,23	0,11
Poitou-Charentes	13,3	8,3	4,2	5,8	1,7	0,18	0,10
Aquitaine	13,3	7,9	4,8	5,8	1,7	0,19	0,14
Midi-Pyrénées	12,1	7,2	4,5	5,3	1,8	0,15	0,14
Bourgogne	13,4	9,0	3,7	5,6	1,8	0,17	0,10
Rhône-Alpes	12,1	7,6	3,0	6,2	1,7	0,14	0,13
Languedoc-Roussillon	12,5	7,8	4,5	5,4	1,8	0,19	0,10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12,8	8,0	4,6	5,7	1,7	0,18	0,10
Corse	12,6	8,5	4,8	5,9	2,0	0,15	0,16

^a Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

DISCUSSION

Les données utilisées correspondent à des médicaments délivrés et remboursés, identifiés à partir du codage des médicaments. Ces données permettent une approche de la consommation médicamenteuse ambulatoire. La consommation médicamenteuse lors des séjours hospitaliers dans les établissements publics ou participant au service public hospitalier n'est pas enregistrée par nos données. Dans l'analyse des résultats, on doit garder à l'esprit les limites liées au mode de recueil de l'information. Le remboursement d'un médicament n'est pas strictement superposable à sa prise effective. De même un médicament peut avoir été prescrit sans que l'ordonnance ait été délivrée. L'automédication reste une information non prise en compte [21, 22] tout comme le détournement ultérieur des prescriptions [23].

Si l'achat d'un médicament peut, parfois, ne pas être suivi de sa prise effective [24-26], il est toujours précédé par une approche clinique réalisée par le professionnel qui en a établi la prescription. A défaut de permettre une mesure de la morbidité psychiatrique, ces indicateurs de consommation sont *a priori* le reflet des prescriptions induites par la perception qu'ont les médecins des états morbides de leurs patients. Pour autant, ce lien entre morbidité et prescription ne se résume pas à une simple relation univoque. La décision de prescrire un psychotrope est, le plus souvent, le résultat d'une somme

de facteurs, de natures diverses, qui interfèrent avec cette perception de la morbidité. Au nombre de ces facteurs, citons la formation initiale et continue, l'aptitude à gérer l'attente et la demande des patients, le rôle inducteur joué par l'industrie pharmaceutique, le mode de paiement à l'acte [17]. Aujourd'hui dans le système de soins français, l'éventuelle implication de ces différents facteurs dans la genèse des écarts spatiaux constatés reste à démontrer.

1. Psychotropes

Cette entité, construite en regroupant les différentes classes thérapeutiques, constitue un ensemble hétérogène, cliniquement peu spécifique. Elle présentait l'indice de variation des taux départementaux de consommateurs le plus faible. Les disparités régionales mises en évidence par notre étude étaient identiques à celles retrouvées par l'analyse de la répartition géographique des ventes des médicaments psychotropes [27]. Cette étude montrait de fortes ventes en région Limousin, suivie par la région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec à l'opposé des ventes relativement basses en régions Alsace, Lorraine et Ile-de-France. En 1998, l'analyse des affections de longue durée (ALD)⁶ en rapport avec une affection psychiatrique (psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale) retrouvait les taux d'incidence annuels ALD les

⁶ La participation financière à la charge des assurés sociaux (ticket modérateur) est supprimée lorsque les soins prodigués sont en rapport avec une des trente affections de longue durée inscrites sur une liste fixée par voie réglementaire (art. L. 322-3-3 et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale).

plus faibles en Alsace, en Lorraine et dans le Nord-Pas-de-Calais [28]. Une enquête de prévalence ALD réalisée en 1994 faisait, pour les affections psychiatriques, un constat identique pour ces trois régions [29]. Dans cette étude, la région Limousin avait un taux de prévalence ALD en rapport avec une affection psychiatrique trois fois supérieur à l'Alsace (respectivement, 21‰ et 7‰).

2. Neuroleptiques

Nos résultats mettent en évidence un indice de variation important (du simple au double) des taux départementaux. Cette situation est provoquée par une distribution asymétrique, due à quatre départements présentant des taux élevés. S'agissant d'une classe pharmaceutique ayant des indications thérapeutiques reconnues et spécifiques, l'explication des écarts constatés suggère l'existence d'une morbidité différente dans ces départements.

Ainsi, en Lozère — département qui diffère fortement du reste de la région Languedoc-Roussillon — tous les autres taux observés étaient bas, excepté ceux des neuroleptiques. Faut-il rattacher cette caractéristique de consommation à l'existence d'une offre de soins particulière (taux d'équipement en psychiatrie générale quatre fois plus élevé, taux d'équipement pour adultes handicapés dix fois plus élevé que dans le reste de la région) [30], ou bien doit-on rechercher d'autres facteurs explicatifs ?

Cette offre élevée induit probablement des transferts de population qui peuvent influencer sur la prévalence de certaines affections. Aujourd'hui, les modes de prise en charge en secteur psychiatrique évoluent largement vers des prises en charge ambulatoire ou à temps partiel [31]. Dès lors, la consommation médicamenteuse induite par ces prises en charge est évaluée par nos données qui ne mesurent que la consommation ambulatoire. Survenant dans un département peu habité, ces fluctuations deviennent, dès lors, plus aisément perceptibles. Cette offre excédentaire dans des zones éloignées de la demande de soins est décrite par E. Vigneron [32] comme un anachronisme qui n'est pas sans conséquence car le *choix d'une hospitalisation lointaine est un choix par défaut, un choix de « désespoir »*. Au regard de la cartographie départementale de l'offre psychiatrique hospitalière et de l'offre en établissements pour adultes handicapés [30], ce lien avec la consommation reste moins explicite pour les trois autres départements ayant un taux élevé.

Le pourcentage de consommateurs de neuroleptiques ayant eu au moins quatre remboursements diffère selon les départements. Aujourd'hui, dans la schizophrénie, l'usage des neuroleptiques est préconisé en cures continues à dose modérée, mais parallèlement on estime que la mauvaise observan-

ce des traitements concerne au moins 30 % des personnes [33]. Ce dernier élément suffit sans doute à expliquer une partie des différences rencontrées.

3. Lithium

Le lithium était à la fois la classe la moins prescrite et celle qui présentait, pour les taux régionaux, l'indice de variation le plus large (du simple au triple). Du fait du caractère ciblé des indications thérapeutiques, le premier facteur à évoquer pour expliquer ces écarts est une disparité régionale de la morbidité. L'enquête de prévalence ALD réalisée en 1994 retrouvait, en région Bretagne, les taux régionaux les plus élevés pour les troubles de l'humeur et la schizophrénie [29]. Ce résultat semble cohérent avec des taux de consommation élevés retrouvés dans cette région, tout particulièrement pour le lithium.

4. Médicaments de la dépendance alcoolique

Pour les médicaments utilisés dans la dépendance alcoolique, deux régions se démarquent : l'Alsace avec un taux particulièrement bas et, à l'opposé, le Nord - Pas-de-Calais avec un taux très supérieur aux autres régions. Parmi les régions à taux élevés, on retrouvait la Bretagne et la Picardie.

Une enquête réalisée en 2000 auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé montrait des proportions de patients à risque d'alcoolisation excessive plus élevées en Bretagne, en région Centre et dans le Nord - Pas-de-Calais [34]. L'analyse des données de mortalité liée à une consommation excessive d'alcool retrouve un arc de la Bretagne à la Champagne-Ardenne, en passant par la Normandie, la Picardie et le Nord - Pas-de-Calais [35, 36].

5. Antidépresseurs

Une enquête réalisée en 1996-1997, par interrogatoire de 18 289 personnes, n'a pas mis en évidence d'influence nette de la région sur le taux de malades dépressifs [13]. Si l'on retient cette hypothèse d'une morbidité homogène entre les régions, plusieurs éléments pourraient expliquer ces écarts de consommation : un défaut de diagnostic [14, 37-39], un non-respect des indications ou des règles de prescription du produit [14, 40, 41], ou encore la non observance du traitement [24, 42, 43]. Sur un même secteur géographique, ces facteurs peuvent être concomitants. L'analyse de la part respective de ces différents facteurs dans la constitution des écarts passe par la réalisation d'enquêtes complémentaires.

Les antidépresseurs sont *a priori* des traitements de fond. En dehors d'une mauvaise compliance du patient, ils ne devraient pas se limiter à des prescriptions isolées. L'arrêt du traitement médicamenteux

d'un épisode dépressif isolé ne s'envisage que six mois à un an après l'obtention de la rémission clinique [44, 45]. Parmi les consommateurs d'antidépresseurs, la proportion de personnes ayant eu au moins quatre remboursements était très variable selon les départements.

6. Anxiolytiques et hypnotiques

Ces médicaments ont en commun de correspondre à des réponses thérapeutiques essentiellement symptomatiques. Une étude analysant, en France, la plainte d'insomnie, retrouvait des variations régionales avec des taux beaucoup plus élevés dans le Nord de la France [46]. Parmi les personnes ayant une plainte d'insomnie, 30 % d'entre elles seulement avaient un diagnostic d'insomnie répondant aux critères de la classification DSM IV⁷, 33 % avaient un diagnostic de troubles anxieux, 12 % de troubles dépressifs et 25 % ne répondaient pas aux conditions d'un quelconque diagnostic [46].

L'analyse de la disparité des taux départementaux impose un regard croisé avec la prise en compte des différentes classes thérapeutiques. Dans la région Nord - Pas-de-Calais, on retrouve un taux bas pour les antidépresseurs, et un taux élevé à la fois pour les hypnotiques et les médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique. Cette situation permet d'évoquer soit un possible déficit de diagnostic en matière de maladie dépressive lié à une réponse thérapeutique plus volontiers centrée sur le symptôme [47], ou soit des troubles du sommeil plus fréquents du fait d'une morbidité liée à l'alcool plus élevée dans cette population [48].

En matière d'anxiolytiques, les départements ayant les taux les plus élevés ont une répartition très regroupée selon un axe transversal. Cette répartition se superpose en grande partie avec celle retrouvée pour les antidépresseurs. Ce constat interroge sur l'identification des facteurs qui induisent ces prescriptions élevées sur un même secteur géographique.

La prescription prolongée d'anxiolytiques et d'hypnotiques est en contradiction avec les recommandations médicales [49] et les références médicales opposables établies dans le cadre des conventions entre les médecins et les caisses d'assurance maladie [50]. La non-prise en compte de ces règles de prescription pour des cas individuels peut toujours être discutée [17], mais cette objection n'est plus recevable dès lors qu'elle s'applique au plus grand nombre [51]. Ces situations, estimées à partir des taux de personnes ayant eu au moins quatre remboursements, variaient selon les départements et la classe thérapeutique (anxiolytique ou hypnotique).

En matière d'intoxication médicamenteuse volontaire, les psychotropes — en particulier les benzodiazépines — sont les substances les plus souvent employées dans ce type de passage à l'acte [52]. A défaut de disposer de données décrivant ce type de situation, nous avons rapproché nos données des données de mortalité [36]. La mortalité par suicide présente un très fort taux de disparité spatiale (variant de 1 à 10) selon un axe nord-ouest-sud-est. Les régions allant de la Bretagne au Nord - Pas-de-Calais sont en situation de surmortalité, alors qu'à l'inverse l'est et le sud-ouest sont en situation nette de sous-mortalité. Nous ne retrouvons pas au niveau de nos données un tel gradient, avec une couverture spatiale aussi caractérisée.

7. Recherche de facteurs de disparité

L'approche départementale a permis de mettre en évidence des disparités intra-régionales. C'est l'exemple de la région Rhône-Alpes qui, avec un taux régional moyen de consommation de psychotropes, présente à la fois les taux départementaux les plus élevés (Loire, Isère, Rhône) et les plus bas (Savoie, Haute-Savoie). C'est aussi l'exemple de Paris qui se différencie du reste de la région Ile-de-France. De tels constats interrogent sur l'identification des facteurs qui génèrent une telle opposition sur des secteurs géographiques aussi proches. En matière de prescriptions d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs, l'analyse des études publiées permet de recenser certains facteurs souvent évoqués comme possiblement associés à ces prescriptions.

La précarité professionnelle et financière est souvent avancée comme un facteur lié à la consommation de psychotropes [27,53-59]. En 1997, 2,4 millions de ménages (10 %) ont déclaré un revenu annuel inférieur à 50 % du revenu médian par unité de consommation. Les zones les moins affectées se situaient en Ile-de-France et en Alsace, et les plus touchées à l'ouest d'une ligne allant de la Bretagne à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (tout particulièrement la Corse, le Languedoc-Roussillon et le Limousin). En matière de chômage de longue durée (supérieure à un an), les zones d'emploi d'Alsace, de Franche-Comté, de Rhône-Alpes étaient globalement peu touchées par ce type de chômage. Il en va de même pour bon nombre de zones d'emploi de Bretagne et de Pays de Loire [58]. En Ile-de-France et en Alsace, les ménages déclarent des revenus fiscaux par unité de consommateurs plus élevés qu'ailleurs [60]. De tels constats tracent une piste de recherche pour étudier dans quelles mesures les écarts observés, en matière de

⁷ Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV.

consommation de psychotropes, pourraient être expliqués par ces facteurs de précarité.

L'environnement de travail est également suggéré comme un possible facteur inducteur d'une consommation de psychotropes. Une étude sur l'évolution des conditions de travail entre 1991 et 1998 atteste d'une augmentation générale des facteurs de pénibilité mentale et psychologique, alors même que les pénibilités physiques n'ont pas régressé [61]. Le lien entre la charge mentale et la santé est loin d'être établi mais différentes enquêtes mettent en évidence les effets pathogènes de certains éléments de l'organisation du travail [62, 63]. Ce domaine reste malgré tout peu exploré. Nous n'avons trouvé aucune étude permettant de quantifier cette consommation de psychotropes induite par l'environnement professionnel, et *a fortiori* d'en évaluer la répartition spatiale.

Parmi les facteurs pouvant générer des disparités, l'offre de soins peut être évoquée. Dans le domaine hospitalier, le nombre de lits et places en psychiatrie générale, pour 1 000 habitants, varie selon les régions [30]. La comparaison des données régionales d'équipement hospitalier avec nos données de consommation ne permet pas d'avancer l'existence d'un lien entre ces deux phénomènes. Ainsi, si les taux de consommation entre la Bretagne et le Nord - Pas-de-Calais sont proches, en Bretagne le taux d'équipement est deux fois plus élevé. A l'inverse avec des taux d'équipement équivalents, le Nord - Pas-de-Calais et l'Alsace ont des taux de consommation très différents. La comparaison avec l'offre en psychiatrie libérale départementale ne permet pas non plus d'évoquer un possible lien [64]. En dehors de quelques situations extrêmes, cette offre restait homogène au plan départemental. Parmi les 11 départements ayant une densité élevée (écart à la moyenne supérieur à +10 %), on trouvait autant de départements ayant une consommation basse ou élevée. Ce constat, fait aujourd'hui, ne permet pas de préjuger de l'impact que pourra avoir l'évolution attendue de cette offre sur la consommation. A l'horizon 2020, le nombre de psychiatres devrait baisser, en France, de 41 % [65]. Le choix d'une échelle pour représenter les disparités spatiales d'un problème de santé n'est pas sans conséquence sur la perception et l'interprétation du phénomène que l'on entend étudier. Dans l'analyse des disparités spatiales, il n'existe pas d'échelle unique et pertinente fixée *a priori* [66]. La compréhension de ces situations passera par la mise en œuvre d'études complémentaires incluant un niveau infra-départemental que nous n'avons pas pris en compte. Nos données mettent en évidence des disparités spatiales, plus ou moins importantes selon les classes thérapeutiques. Un tel constat pose plus d'interrogations qu'il n'apporte de réponses. L'identification des causes de ces

écarts devrait, dans l'avenir, contribuer à obtenir une meilleure utilisation de ces traitements.

Groupe Médipath (CNAMTS)

Robert Bourrel, médecin-conseil chef de service, Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées, Michel Damagnez, pharmacien-conseil, Échelon local du service médical de Carcassonne, Martial Lombart, pharmacien-conseil, Échelon local du service médical de Séstet, Sophie Pépin, pharmacien-conseil chef de service, Direction du service médical, Michelle Ricatte, pharmacien-conseil chef de service, Direction du service médical, Philippe Ricordeau, médecin-conseil chef de service, Direction du service médical, Yves Singlan, pharmacien-conseil, Échelon local du service médical de Quimper, Alain Weill, médecin-conseil chef de service, Direction du service médical.

RÉFÉRENCES

1. Chambaretaud S. La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et Résultats* 2000, n° 47 (www.sante.gouv.fr).
2. Zarifian E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris: Ministère du Travail et des Affaires sociales ; 1996, 366 p.
3. Legrain M, Lecomte T. Psychotropes et société. La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens. *Bull Acad Natl Med* 1997;181:1073-87.
4. Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Paris : Agence du médicament. Direction des études et de l'information pharmaco-économiques. Juillet 1998, 29 pages. (www.afssaps.sante.fr).
5. Balsan D, Chambaretaud S. Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats* 2002, n° 166 (www.sante.gouv.fr).
6. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *Medic'Assurance maladie : les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 1999 et 2000*. Paris : CNAMTS, avril 2001.
7. Lecadet J, Vidal P, Baris B et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:75-84.
8. Michalak EE, Wilkinson C, Hood K, Srinivasan J, Dourick, Dunn G. Prevalence and risk factors of depression in a rural setting. Results from the North Wales arm of ODIN project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:567-71.
9. Dufouil C, Dartigues JF, Fuhrer R. Symptômes dépressifs chez les personnes âgées : comparaison entre des populations rurales et urbaines. *Rev epidemiol Sante Publique* 1995;43:308-15.
10. Kovess V, Murphy HB, Tousignant M. Urban-rural comparisons of depressive disorders in French Canada. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:457-66.
11. Haxaire C, Brabant-Hamonic J, Wald P, Achard P. Usages et compétences familiales en matière de psychotropes, comparaison entre zones rurales (bocage ouest-ornais et nord-mayennais) et zones urbaines (Val-de-Marne). Paris : Ministère de la Santé, Direction de la recherche, des

- études, de l'évaluation et des statistiques. Cahiers de Recherche de la MIRE, sept. 1999, n° 6.
12. Le Pape A, Lecomte Th. Aspects socio-économiques de la dépression. Evolution 1980-81/1991-92. Paris : Centre de recherche et de documentation en économie de la santé ; 1996/06, n° 1128, 84 p.
 13. Le Pape A, Lecomte Th. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. Paris : Centre de recherche et de documentation en économie de la santé ; 1999/09, n° 1277, 100 p.
 14. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry 1999; 174:312-21.
 15. Alonso J, Ferrer B, Romera B et al. The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project : rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res 2002;11:55-67.
 16. Kovess-Masféty V. Les indicateurs de santé mentale. ADSP—Actualité et Dossier en Santé Publique 2003;42:53-57.
 17. Lemoine P. Médicaments psychotropes : le big deal ? Revue Toxibase mars 2001, 1:1-11 (www.drogue.gouv.fr).
 18. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. La population protégée par les régimes de sécurité sociale. Répartition géographique par département et par circonscription de caisse primaire au 31 décembre 1999. Paris : CNAMTS, Dossier Etudes et Statistiques ; 2001, n° 48.
 19. Wonnacot TH et RJ. Statistique. (Economie, Gestion, Sciences, Médecine). Paris: Economica ; 1995.
 20. Jouglé E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Rev Epidemiol Sante Publique 1997;45:78-84.
 21. Montastruc JL, Bagheri H, Geraud T, Lapeyre-Mestre M. Pharmaco-vigilance de l'automédication. Thérapie 1997;52:105-10.
 22. Hugues FC, Le Jeunne C, Saubadu S, Eme D, Denormandie P. Enquête sur l'automédication. Thérapie 1990.45:325-9.
 23. Laure P, Binsinger C. Les médicaments détournés. Paris : Masson, 2003.
 24. Baumann M, Trincard M. Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. Encephale 2002;28:389-96.
 25. Wasserfallen JB, Bourgeois R, Büla C, Yersin B, Buclin T. Composition and cost of drugs stored at home by elderly patients. Ann Pharmacother 2003;37:731-37.
 26. Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA. Rev Epidemiol Sante Publique 2003;51:317-26.
 27. Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT 2002, 368 p.
 28. Weill A, Vallier N, Schwartz D, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 1998. Nouvelles déclarations 1998. Données du régime général de l'assurance maladie. Paris : CNAMTS, avril 2001.
 29. Borges Da Silva Ge, Borges Da Silva Gi, Fender P, Brunel M, Allemand H. Prévalence des affections psychiatriques des affiliés du régime général par région. Ann Med Psychol 1999;157:700-13.
 30. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Statistiques et indicateurs de la santé et du social – Statiss 2002. (www.sante.gouv.fr/dress/statiss).
 31. Casadebaig F, Ruffin D, Quemada N. Caractéristique de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Evolution clinique et démographique. Rev Epidemiol Sante Publique 2001;49:513-21.
 32. Vigneron E. La santé n'est pas un marché. In: Vigneron E (dir.). Pour une approche territoriale de la santé. La Tour d'Aigues (France) : Editions de l'Aube ; 2002. p. 17-41.
 33. Fédération française de psychiatrie – Union nationale des amis et familles de malades mentaux. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizo-phréniques. Paris, 13 et 14 janvier 1994. (www.anaes.fr)
 34. Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Paris : Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats ; sept. 2002, n° 192.
 35. Michel E, Jouglé E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats ; janv. 2002, n° 153.
 36. Salem G, Rican S, Jouglé E. L'atlas de la santé en France. Vol. 1 : les causes de décès. Paris : John Libbey Eurotext ; 2000.
 37. Laukkala T, Isometsa E, Hamalainen J, Heikkinen M, Lindeman S, Aro H. Antidépresseur treatment of depression in the Finnish general population. Am J Psychiatry 2001;158:2077-9.
 38. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psychiatry 1991;48:700-6.
 39. Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression Research in European Society II): A patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. Int Clin Psychopharmacol 1999;14:139-51.
 40. Rouillon F, Blachier C, Dreyfus JP, Bouhassira M, Allicar MP. Etude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale. Encephale 1996 ; 22 Spec. n° 1 : 39-48.
 41. Olié JP, Elomari F, Spadone C, Lepine JP. Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française. Encephale 2002;28:411-7.
 42. Gasquet I, Bloch J, Cazeneuve B, Perrin E., Bouhassira M. Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs. Encephale, 2001;27:83-91.
 43. Spadone C. Observance thérapeutique dans les troubles dépressifs récurrents. Encephale 2002;28:255-9.
 44. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Médicaments antidépresseurs, recommandations et références médicales. Concours Medical 1996 ; suppl. n° 42 (www.anaes.fr).
 45. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et références professionnelles, Paris : Anaes, mai 2002 (www.anaes.fr).
 46. Ohayon MM, Lemoine P. Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française. Encephale 2002; 28:420-8.
 47. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity and insomnia disorders in the general population. Compr Psychiatry 1998;39:185-97.
 48. Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Rapport au Directeur général de la Santé. Paris : La Documentation Française ; 2002.
 49. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. In : Recommandations et références médicales 1995. Paris : ANAES, Tome 2, janv. 1995. (www.anaes.fr).
 50. Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes; arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins spécialistes (JO 29 mars).
 51. Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP, Bisserte JC. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. Encephale 1996;22:187-96.
 52. Palazzolo J, Favre P, Julerot JM, Bougerol T. Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. Encephale 2002;28:39-50.
 53. Guilbert P, Baudier F, Gautier A (sous la direction). Baromètre santé 2000, résultats. Vanves : CFES 2001, vol. 2, 480 p.
 54. Kovess V, Gysens S, Poinsard R, Chanoit PF. La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMIstes à Paris. Inf Psychiatr 1995;71:273-85.

55. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157:98-112.
56. Guignon N, Mormiche P, Sermet C. La consommation régulière de psychotropes. *INSEE Première* ; 1994;310:1-4.
57. Anguis M, de Peretti C. Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. Paris : Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et Résultats* ; 2003, n° 231.
58. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (France). *Rapport 2001-2002*. Paris : La Documentation française 2002, 127 p.
59. Legrand C, Le Moigne P, De Ridder G. Carte noire pour nuits blanches : la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise. De l'analyse spatiale aux comportements de santé. In : Bussi M. (coord), *Carte noire pour nuits blanches. Rapport de recherche pour le PIREN-CNRS, 1993* ; pp. 186-212.
60. Rouxel M. La carte de France des revenus déclarés. *Insee Première* ; 2003, n° 900 (www.insee.fr).
61. Hamon-Cholet S, Rougerie C. La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés. *Econ Stat* 2000 ; n° 339-340 : 243-55 (www.insee.fr).
62. Mignien L, Buisset C, Hiault A, Volkoff S, Montford C. Consommation de psycho-actifs chez les salariés occupant des emplois administratifs dans l'enquête E.S.T.E.V. *Arch Mal Prof Med Trav* 1998;59:430-2.
63. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health* 2000;90:1765-70.
64. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. *La population protégée par les régimes de sécurité sociale. Divers aspects de la démographie médicale*. Paris : CNAMTS, *Dossier Etudes et Statistiques* ; 2001, n° 46.
65. Niel X. *La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002*. Paris : Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et Résultats* ; mars 2002, n° 161.
66. Rican S, Salem G, Jouglu E. Disparités géographiques de mortalité par cancers broncho-pulmonaires en France et échelle spatiales d'analyse : intérêt du changement d'échelle en géographie de santé. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1999;47:411-20.