uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTY OF GRADUATE AND POSTDOCTORAL STUDIES

Marilyn Guindon
AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (Psychologie clinique)
GRADE / DEGREE

Psychologie
FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Attitude des personnes âgées envers le vieillissement et les médications à action anxiolytique, sédative et hypnotique (ASH), principalement les BZ : implications pour la consommation actuelle et l'intention de consommer ces médicaments

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

P. Cappeliez
DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

L. Lemyre

P. Mercier

K. O'Connor

F. Tougas

Gary W. Slater
Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les médicaments à action anxiolytique, sédative et hypnotique (ASH), principalement les BZ : Implications pour la consommation actuelle et l'intention de consommer ces médicaments.

Marilyn Guindon

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en psychologie clinique

École de psychologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

Library and Archives Canada

Published Heritage Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et Archives Canada

Direction du Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-59491-9
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-59491-9

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

© Marilyn Guindon, Ottawa, Canada 2009

Remerciements

À cette étape-ci de mes études doctorales, j'aimerais exprimer toute ma gratitude envers les personnes qui ont contribué, directement ou indirectement, à la réalisation de ce projet de thèse.

Un merci particulier aux personnes à la source de ma passion pour les aînés, mes grands-parents, feu Georgette Guindon, Romuald Guindon et Romuald Lemieux pour avoir fait partie de ma vie. Un merci à ma grand-mère Georgette Lemieux pour sa si grande ouverture d'esprit qui m'inspire et me confirme à chaque seconde passée en sa présence, qu'il n'y a rien de plus beau que de vieillir !

Un merci particulier aussi à mon superviseur, le Dr. Philippe Cappeliez, pour sa disponibilité, son enthousiasme, intérêt et support pour le projet. Un merci également à tous les membres du comité, le Dr. Louise Lemyre, le Dr. Pierre Mercier et le Dr. Francine Tougas, pour leurs recommandations toujours pertinentes et questions stimulantes. Je m'en voudrais également de ne pas remercier le Dr. Daniel Coulombe ainsi que le Dr. Dwayne Schindler pour leurs conseils en matière de statistiques. Je ne voudrais également passer sous silence le Dr. Guilhème Pérodeau, qui a fortifié en moi cet intérêt, cette passion pour les personnes âgées lors des mes études bachelières. Enfin, j'aimerais souligner l'implication de Madame France Légaré, de l'Université Laval, qui m'a donné accès à son mémoire de Maîtrise et qui m'a inspiré l'inclusion du modèle de la Théorie du Comportement Planifié dans cette étude.

Je voudrais aussi prendre le temps de remercier toutes les organisations communautaires et de santé, les médias et personnes clés qui se sont impliqués et sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pu être possible. Monsieur Laurent Saumure, Président du Club l'Amicale des Jardins Bellerives à Rockland pour son enthousiasme et son aide précieuse dans ce projet. La relationniste, Rachel Langlois et l'infirmière, France, des Jardins Bellerives à Rockland. Mesdames Dorina Sarazin et Françoise Larose qui ont participé à l'entrevue de Radio-Canada ainsi que Monsieur René Petit, journaliste à Radio-Canada. Madame France Caouette, Directrice de l'Académie des Retraités de l'Outaouais. Le journal L'Estafette, pour la publicité internet. Patrick Voyer, journaliste à la Revue Gatineau pour l'article paru sur le projet de recherche. Tout le personnel du CHVO de Hull et Gatineau ainsi que des CLSC de la région de l'Outaouais. Les cliniques médicales de Gatineau et plus particulièrement, le Dr. Marc Régimbal et l'administratrice Diane, de la Clinique Médicale de Touraine. Les centres psychologiques et cliniques privées de Gatineau. Tous les participants et participantes qui ont pris part à ce beau projet ! Vous m'avez fait vivre de très beaux moments et, plus que jamais, m'avez confirmé que la gérontologie m'était une vocation prédestinée !

Un merci bien spécial à ma mère et meilleure amie, Nicole Lemieux, pour son amour inconditionnel, sa flexibilité et sa voiture ! Un merci à ma sœur et mon père pour l'ensemble de leur œuvre ! Un merci indescriptible à mon amie, Isabelle Castonguay, pour la traduction du Fact on Aging Quiz. Un merci à ma collègue et amie, Annie Robitaille, pour ses judicieux conseils et son calme apaisant ! Enfin, je tiens à souligner mon appréciation toute particulière

pour le support moral des personnes suivantes qui sont aussi de précieuses amies et qui, pour certaines, me suivent dans cette aventure depuis déjà 10 ans : Pascale, Martine, Lynne, Rebecca, Marie-Pierre, Katerine, et la dernière et non la moindre, ma partenaire de vie, Natalie, pour son amour et appui inconditionnel.

Table des matières

Remerciements 3

Liste des Annexes 8

Liste des Figures 10

Liste des Tableaux 11

Résumé 12

Chapitre 1 – Introduction 14

Médicaments psychotropes et benzodiazépines 16
Ampleur du problème 17
Conséquences de la consommation de psychotropes, en particulier de BZ 20

Indicateurs de la prise de médicaments psychotropes (BZ) 21
Variables sociodémographiques et de santé physique 21
Âge 21
Éducation 23
État civil 23
Occupation 24
Sexe 24
Hormonothérapie de remplacement 25
Santé Subjective 25
Santé mentale 26
Détresse psychologique et anxiété 26
Problèmes de sommeil 27
Facteurs psychosociaux 28
Rôle du médecin 29
Influence de l'industrie pharmaceutique 30
Demande des patients 31
Influence de la famille 32
Attitudes des personnes âgées à l'égard des médicaments psychotropes et en particulier des médicaments à action ASH (BZ) 33
Perception de contrôle 34

Infrastructure théorique de l'étude : Théorie du Comportement planifié (TCP) 36
Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement 39
Objectifs de la recherche 41
Questions de recherche et hypothèses 43
Questions de recherche 43
Hypothèses 44
Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les (BZ) 44
Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs 45
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs 46

Chapitre 2 – Méthodologie..... 47

Participants..... 47
Mesures d'exclusion et de contrôle..... 48
Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS)..... 48
Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (IASTA)..... 50
Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (IQSP)..... 51

Mesure des variables à l'étude..... 53
Variables sociodémographiques et de santé..... 53
Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz (FAQ)..... 54
Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle d'Attitude Toward Tranquillizer Scale (ATTS)..... 55
Mesure des normes subjectives et de la perception de contrôle..... 56
Mesure de consommation et d'intention de consommer des médicaments à action ASH (BZ)..... 58

Procédure..... 59
Analyses statistiques..... 61
Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ..... 61
Puissance statistique..... 61
Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs..... 62
Puissance statistique..... 62
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs..... 62
Puissance statistique..... 63

Chapitre 3 – Résultats..... 64

Caractéristiques de l'échantillon total..... 64
Caractéristiques des sous-échantillons des consommateurs et des non-consommateurs..... 66
Différences entre les consommateurs et non-consommateurs pour les variables sociodémographiques et personnelles..... 68
Différences entres les consommateurs et non-consommateurs pour les variables principales de l'étude..... 69
Description des principaux médicaments anxiolytiques utilisés par les consommateurs..... 72
Description des principaux médicaments sédatifs-hypnotiques utilisés par les consommateurs..... 74
Analyses préliminaires..... 76
Postulats de base et recodage des données..... 76
Fidélité et validité de certains questionnaires utilisés..... 77
Inter-corrélations entre les variables..... 80

Analyses principales..... 83
Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ..... 83

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs 88
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs 92
Résumé des résultats 96

Chapitre 4 - Discussion 97

Différences entre les consommateurs et les non-consommateurs 97
Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ 98
Âge 99
Sexe 99
Éducation 100
État civil 101
Occupation 102
Hormonothérapie de remplacement 102
Santé subjective 103
Anxiété 104
Problèmes de sommeil 105
Attitudes envers le vieillissement 105
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) 106
Normes subjectives 107
Perception de contrôle 108
Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ 109
Âge 110
État civil 111
Problèmes de sommeil 111
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) 112
Perception de contrôle 112
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ 113
Âge 114
État civil 114
Problèmes de sommeil 115
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) 115
Perception de contrôle 116
Hypothèse d'une dépendance 117
Discussion du modèle théorique : prédiction de l'intention et du comportement 118

Forces et limites de l'étude 122
Forces 122
Limitations méthodologiques 124

Recherches futures 126
Mesure des concepts de la TCP 126
Viabilité du modèle de la TCP 127

Implication pour la clinique et pistes d'intervention 131
Conclusions 136
Références 137

Liste des Annexes

Annexe A
Lettre d'approbation déontologique du Comité d'éthique et de la recherche en Sciences Sociales et Humanités (CER en SSH) de l'Université d'Ottawa.

Annexe B
Lettre d'approbation déontologique du Comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau (CSSSG).

Annexe C
Lettre d'autorisation pour le recrutement de participants à l'Académie des Retraités de l'Outaouais.

Annexe D
Lettre d'invitation de la Clinique Médicale de Touraine.

Annexe E
Formulaire de consentement (version approuvée par le CER en SSH).

Annexe F
Formulaire de consentement (version approuvée par le CSSSG).

Annexe G
Publicité pour le recrutement des sujets.

Annexe H
Texte de recrutement téléphonique.

Annexe I
Article dans le journal La Revue Gatineau.

Annexe J
Publicité dans le journal L'Estafette.

Annexe K
Questionnaire démographique.

Annexe L
Échelle de Statut Mentale Modifiée (3MS).

Annexe M
Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (IASTA).

Annexe N
Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (IQSP).

Annexe O

Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz (FAQ).

Annexe P

Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale (ATTS).

Annexe Q

Mesures des normes subjectives et de perception de contrôle.

Annexe R

Mesure de consommation et d'intention de consommer des médicaments à action ASH (BZ).

Annexe S

Lettre expliquant les limites du 3MS et liste des ressources disponibles.

Annexe T

Texte pour la relance de l'étude.

Annexe U

Résumé des principaux résultats de l'étude envoyé aux participants.

Liste des Figures

Figure 1
Théorie du Comportement Planifié
Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ..... 165

Figure 2
Théorie du Comportement Planifié
Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise médicaments à action ASH, surtout de BZ..... 166
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ..... 166

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques et personnelles de l'échantillon total (n = 154)

Tableau 2 : Données sociodémographiques, personnelles de l'échantillon de consommateurs (n = 62) et de non-consommateurs (n =92)

Tableau 3 : Moyennes, écarts-types et test de différences des principales variables de l'échantillon de consommateurs (n =62) et de non-consommateurs (n =92)

Tableau 4 : Classification des anxiolytiques utilisés par les consommateurs (n =41)

Tableau 5 : Classification des sédatifs-hypnotiques utilisés par les consommateurs (n = 26)

Tableau 6 : Fidélité et validité des questionnaires FAQ, normes subjectives et perception de contrôle

Tableau 7 : Corrélations entre les variables

Tableau 8 : Sous-étude 1 : variables prédictrices de la consommation actuelle de médicaments à action ASH (BZ)

Tableau 9 : Sous-étude 2 : variables prédictrices de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (BZ)

Tableau 10 : Sous-étude 3 : variables prédictrices de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH (BZ)

Résumé

La prise de médicaments psychotropes, entre autres, de médicaments à action anxiolytique, sédative et hypnotique (ASH) tels que les benzodiazépines (BZ), par les personnes âgées constitue un sérieux problème de santé publique. L'état de santé physique et mentale, des situations de vie comme le deuil ou la retraite, l'influence du médecin et de la famille, le poids de l'industrie pharmaceutique, ainsi que les demandes des patients âgés eux-mêmes sont parmi les facteurs les plus souvent évoqués pour expliquer cette consommation. Plus récemment, la recherche s'est penchée sur les attitudes des personnes âgées envers les ASH, plus précisément envers les BZ. S'appuyant sur la Théorie du Comportement Planifié (TCP ; Azjen, 1988), cette recherche a examiné dans quelle mesure les attitudes envers les médicaments à action ASH, surtout les BZ, les normes subjectives et la perception de contrôle, ainsi que les attitudes négatives envers le vieillissement, prédisent la consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ, l'intention d'en poursuivre la prise par les personnes âgées consommatrices et l'intention d'en débuter la prise par les personnes âgées non-consommatrices. Des personnes âgées de 55 à 93 ans (M = 68.6 ans) de la région d'Ottawa-Gatineau, au nombre de 154 dont 62 consommateurs d'ASH et de BZ et 92 non-consommateurs, ont participé au projet de recherche. Les résultats révèlent que le fait d'entretenir des attitudes favorables à l'égard des ASH, principalement des BZ, et d'avoir une perception de faible contrôle envers celles-ci en prédit le recours actuel. Par ailleurs, chez les personnes âgées consommatrices, ces deux mêmes variables représentent des prédicteurs significatifs de l'intention d'en poursuivre l'utilisation. Par contre, chez les personnes âgées non-consommatrices, seule la variable de la perception de contrôle prédit l'intention de débuter la prise d'ASH, principalement les BZ. Les forces et les limites de

l'étude, ses implications pour la pratique clinique et pour les recherches futures dans le domaine font l'objet de la discussion.

CHAPITRE 1

Introduction

La consommation excessive de psychotropes par les personnes âgées constitue un sérieux problème de santé publique. En 1993, alors que les personnes âgées ne constituaient que 7% de la population, 17% des prescriptions de psychotropes, toutes catégories confondues leur étaient destinées (Szwabo, 1993). Cette situation est inquiétante, car le vieillissement s'accompagne d'un accroissement de l'intolérance aux médicaments ainsi que d'une hausse de la sensibilité à la plupart des médicaments (Émond, 1995). Il semble bien que des facteurs psychologiques, comme les attitudes et croyances des personnes âgées à l'égard des psychotropes, influencent leur consommation. En effet, la prise de ces médicaments revêt une signification symbolique dans la vie psychologique et les interactions sociales de la personne âgée (Helman, 1981). Ainsi, l'utilisation quotidienne de psychotropes, année après année, et approuvée par un professionnel de la santé revêt un caractère normal pour l'utilisateur. Le médicament en arrive à faire partie intégrante du concept de soi et de l'image projetée sur l'entourage (conjoint, enfants, amis). En d'autres termes, la personne ne se sent bien que si elle s'appuie sur sa béquille pharmaceutique et sur la prescription routinière de son médecin traitant (Pérodeau, 1989). En plus de ces attitudes concernant les médicaments psychotropes, celles entretenues au sujet du vieillissement, peuvent constituer des déterminants significatifs de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Comme le souligne Collin (2001), si une personne se perçoit comme engagée dans un processus de détérioration inéluctable et irréversible, elle se sentira plus vulnérable et plus disposée à recourir aux services de professionnels de la santé et donc, éventuellement à des médicaments.

La présente recherche s'adresse aux médicaments prescrits habituellement aux personnes âgées pour les problèmes d'anxiété et de sommeil, donc aux médicaments à action anxiolytique, sédative et/ou hypnotique parmi lesquels figurent éminemment les benzodiazépines (BZ). Étant donné que les BZ sont les plus souvent prescrites aux personnes âgées qui se plaignent de problèmes d'anxiété et/ou de sommeil (Pérodeau, Paradis, Ducharme, Collin, & St-Jacques, 2003), les BZ sont mises à l'avant plan de ce présent projet de recherche.

Depuis une vingtaine d'années, la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (Azjen, 1988, 1991, 2001) a servi de cadre théorique pour comprendre l'intention d'adopter une série de comportements liés à la santé tels que la participation à un programme de conditionnement physique, l'utilisation de préservatifs lors de relations sexuelles et l'utilisation de médicaments. Plusieurs chercheurs ont aussi utilisé la Théorie du Comportement Planifié pour expliquer le phénomène de la consommation de médicaments dans diverses populations (Godin & Kok, 1996). Nous nous proposons d'employer ce modèle dans cette recherche en vue de comprendre le recours aux ASH, plus particulièrement aux BZ, par la personne âgée. Ce modèle s'articule autour des attitudes envers le comportement, des normes subjectives et de la perception de contrôle, notions qui seront détaillées plus loin. À ces variables, nous ajouterons les attitudes envers le vieillissement, une variable qui nous apparaît pertinente pour comprendre le phénomène de consommation des médicaments à action ASH, principalement des BZ, par les personnes âgées. Bien que la TCP s'adresse spécifiquement aux facteurs reliés à l'*intention* de produire un comportement, nous l'utiliserons aussi pour expliquer la *consommation actuelle* de médicaments à action ASH, principalement de BZ.

Dans le premier chapitre, les psychotropes et les BZ sont définis et leur champ d'action expliqué. L'ampleur du phénomène de la consommation de psychotropes et de BZ par les personnes âgées est circonscrite. Les raisons pour lesquelles leur consommation est problématique plus particulièrement pour les personnes âgées sont spécifiées. Les principaux indicateurs associés à la consommation de psychotropes, dont les BZ, par les personnes âgées, sont présentés. La Théorie du Comportement Planifié (TCP) qui sert d'infrastructure théorique à notre recherche y est décrite. Par ailleurs, la pertinence d'étudier les attitudes envers les psychotropes et le vieillissement ainsi que la pertinence d'utiliser la TCP pour expliquer le comportement de consommation des personnes âgées, sont justifiées. Les questions et les hypothèses de l'étude projetée portant sur les attitudes des personnes âgées envers les médicaments psychotropes, dont les BZ, et le vieillissement sont présentées. Dans le deuxième chapitre, la méthodologie utilisée pour l'étude, incluant les participants, les mesures d'exclusion et d'inclusion des variables, la procédure et les analyses statistiques qui ont été réalisées, y est décrite. Le troisième chapitre fait état des résultats de l'étude. Plus précisément, les analyses préliminaires, les caractéristiques de l'échantillon et les analyses principales de l'étude y sont détaillées. Dans le quatrième et dernier chapitre, les principaux résultats de l'étude, les forces et limitations méthodologiques de celle-ci ainsi que des pistes de recherche future font l'objet d'une discussion.

Médicament psychotropes et benzodiazépines

Les médicaments psychotropes sont définis comme des substances qui agissent sur le système nerveux central (SNC) et qui exercent un effet sur la conscience, les émotions ou le comportement (Cohen & Collin, 1997). On reconnaît six classes principales de médicaments psychotropes (Cohen, Cailloux-Cohen, & l'AGIDD, 1995 ; Perry, Alexander, & Liskow,

1997) : (a) les neuroleptiques ou antipsychotiques qui sont utilisés pour soulager les états délirants ou psychotiques aigus ; (b) les régulateurs de l'humeur ou normothymiques (le lithium et certains médicaments contre les convulsions), qui sont surtout utilisés pour soulager la dépression et les troubles bipolaires; (c) les antidépresseurs ou thymo-analeptiques (tricycliques, IMAO et inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine) pour régulariser les états dépressifs ; (d) les anxiolytiques ou tranquillisants (essentiellement les BZ) qui sont prescrits pour soulager les états d'angoisse, de phobie ou d'inquiétude diffuse ; (e) les sédatifs-hypnotiques ou somnifères qui sont prescrits pour soulager l'insomnie (parmi eux les BZ) ; et (f) les psychostimulants qui ont pour utilité la stimulation intellectuelle, l'éveil d'état asthénique. Il est important de noter que certains antidépresseurs sont utilisés aussi pour soulager l'anxiété et les difficultés de sommeil, en vertu du fait qu'ils possèdent aussi une action anxiolytique, sédative et/ou hypnotique.

Ampleur du problème

Les études sur la prévalence des troubles anxieux dans la population âgée sont peu nombreuses en raison des difficultés méthodologiques rencontrées (hétérogénéité des échantillons et non-utilisation de formats d'entrevue semi-structurées auprès des personnes âgées) (Hersen & Van Hasselt, 1992). Les études dont nous disposons (Gurian & Miner, 1991 ; Stanley, Beck, & Zebb, 1996) indiquent que les personnes de plus de 55 ans sont généralement moins anxieuses (prévalence de l'agoraphobie, de l'anxiété généralisée, de la phobie sociale, de phobies spécifiques et d'un trouble obsessionnel-compulsif) que les personnes de moins de 55 ans. Une étude plus récente (Grant et al., 2004) révèle toutefois que la prévalence à vie des troubles anxieux (phobie spécifique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, trouble panique et trouble obsessionnel-compulsif) est significativement plus élevée chez les personnes

de plus de 45 ans (n = 12 840) et de 65 ans et plus (n = 8205) en comparaison de personnes âgées entre 15 et 24 ans : 6.9% chez les plus vieux (45 ans et plus) contre 2% (prévalence la plus faible) chez les plus jeunes. En ce qui concerne les problématiques associées au sommeil, ce sont 17.7% des personnes âgées de 65 ans et plus qui en seraient affectées et les femmes seraient plus susceptibles que les hommes, dans une proportion de 2 :1, à vivre des difficultés liées au sommeil (Su, Huang, & Chou, 2004). Les plaintes les plus couramment formulées concerneraient, dans l'ordre : (1) la qualité pauvre du sommeil (2) la difficulté à s'endormir (3) la difficulté à demeuré endormi (4) l'éveil matinal (Su et al., 2004). Comparativement à la population générale (< 65 ans), pour laquelle la prévalence des troubles du sommeil se situe entre 9 et 12%, celle des personnes de plus de 65 ans se situerait entre 12 et 25% (Hohagen et al., 1994 ; Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1985 ; Morgan & Clarke, 1997).

Idéalement, une consommation appropriée consisterait en une utilisation de médicaments spécifiquement pour les problèmes présentés ainsi qu'en une connaissance adéquate des effets reliés à la prise de médicaments psychotropes (Cohen & Collin, 1997). La réalité est malheureusement toute autre. Aux États-Unis, en 1991, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus constituaient environ 13% de la population totale, elles recevaient 27% des BZ prescrites comme tranquillisants et 38% des BZ prescrites comme somnifères (Cohen & Collin, 1997). Des enquêtes européennes rapportent des résultats comparables. En France, une recherche portant sur un échantillon de 13 000 personnes de 12 à 75 ans confirme que plus l'âge avance, plus la consommation de médicaments psychotropes est importante : 25.2% des 65 ans et plus consomment des tranquillisants alors que 10.7% consomment des antidépresseurs (CFES, 2001). Une autre étude européenne révèle que 28.7% des personnes âgées de plus de 65 ans consomment des calmants ou somnifères et que 23% font usage de BZ dont 71% ont une

indication anxiolytique et 48% ont une longue demi-vie (plus de 20 heures) (Lechevallier, Fourrier, & Berr, 2003). Pour leur part, Pérodeau et collaborateurs (2003) indiquent que les BZ représentent 97.5% des anxiolytiques et sédatifs-hypnotiques (ASH) prescrits. Enfin, l'Étude des Trois Cités portant sur 9294 sujets âgés non-institutionnalisés, révèle que 40% des participants prennent au moins un médicament inapproprié, parmi lesquels 9.2% sont des BZ à longue durée d'action (Lechevallier-Michel, Berr, & Fourrier-Reglat, 2005).

En ce qui concerne la population âgée du Québec, les personnes âgées de 65 ans, qui représentent 13% de la population (Statistique Canada, 2000), consomment de 25 à 30 % de tous les médicaments disponibles (MSSS, 1995). Parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, pour une année, le taux de participation aux ordonnances de psychotropes était de 22% pour les femmes et de 15% pour les hommes (Santé-Québec, 1995). Parmi les psychotropes consommés, le groupe des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (ASH), se retrouvent au deuxième rang derrière les médicaments du système cardio-vasculaire (p.ex., cardiotropes) et ces produits représentent plus de 7% de la consommation de ce groupe d'âge (RAMQ, 1996, 1998, 2000).

Une étude très récente (Voyer et al., sous presse) menée auprès de 2785 personnes âgées de 65 ans et plus (moyenne = 74 ans) a rapporté que 25.4% de ces personnes consommaient des BZ (n = 707 participants). Près de 10% de ce sous-groupe (soit 2.5% de l'échantillon total) rencontraient les critères diagnostics du DSM-IV-TR pour une dépendance à ce type de médication. Par ailleurs, cette étude rapporte qu'une proportion importante du sous-groupe des consommateurs de BZ, soit 41%, se considéraient dépendants de ces médicaments, bien qu'ils ne rencontraient par les critères diagnostics du DSM-IV TR pour une dépendance aux BZ.

Conséquences de la consommation de psychotropes, en particulier de BZ

Cette consommation de psychotropes a des répercussions importantes sur la santé mentale et physique des aînés. De fait, les effets indésirables des médicaments s'avèrent plus fréquents chez les personnes âgées en raison des effets du vieillissement sur le métabolisme, d'un usage plus fréquent de produits pharmaceutiques, d'un emploi concomitant de plusieurs médicaments et de l'utilisation sur de longues périodes (Grenier & Barbeau, 1991). En 1987, l'OMS a estimé qu'environ 10 à 20% des hospitalisations gériatriques étaient liées à un usage inadéquat de médicaments génériques, y compris les BZ. Ces hospitalisations sont généralement causées soit par l'inobservance du traitement pharmaceutique, l'erreur thérapeutique, la prise concomitante de médicaments et d'alcool ou encore les erreurs commises lors de la prise des médicaments (Beaulieu & Ouellet, 2000). Les effets indésirables des psychotropes peuvent être décrits ainsi (Barbeau, Guimond, & Mallet, 1991) : (a) effet de sédation lié à une utilisation excessive, une accumulation des métabolites et une plus grande sensibilité des personnes âgées aux BZ ; (b) état confusionnel, ainsi que pertes de mémoire chez les gens âgés ; (c) amnésie antérograde, c'est-à-dire la perte de mémoire des événements passés (Cohen & Collin, 1997) ; (d) hypotension sévère, bradycardie (battement de cœur anormalement lent) et arrêt cardiaque dans certains cas si l'on injecte le BZ par voie parentérale (injection sous-cutanée) ; (e) insomnie et/ou anxiété de rebondissement suite au retrait de la BZ ; (f) perte de vigilance au début du traitement, à l'augmentation du dosage, ou suite à un changement de BZ ; (g) apparition d'une dépendance physique et psychologique à la BZ. Par ailleurs, plusieurs chercheurs (Greenblatt, Shader, & Harmatz, 1989 ; Greenblatt et al., 1991 ; Kirby et al., 1999 ; Ray, Fought, & Decker, 1992) révèlent qu'en plus des problèmes communs associés à la prise de psychotropes, parmi lesquels on retrouve les BZ, d'autres problèmes plus importants affectent considérablement la

santé de la personne âgée. En effet, il semblerait que les BZ à longue durée d'action ont tendance à s'accumuler dans l'organisme et ainsi à augmenter le potentiel sédatif du médicament de même qu'à provoquer un ralentissement psychomoteur notable. Ces effets sont d'autant plus importants que le processus d'élimination est notoirement beaucoup plus lent chez les personnes âgées comparativement aux plus jeunes. Ainsi, les personnes âgées qui prennent une BZ à longue durée d'élimination présentent un plus grand risque de chutes (Sorock & Shimkin, 1988 ; Tinetti, Speechley, & Gineter, 1988), de plus grands risques de fractures de la hanche (Ray, Griffin, & Downey, 1989) et d'accidents de voiture (Hemmelgarn, Suissa, Huang, Boivin, & Pinard, 1997). Enfin, un autre problème majeur concernant l'usage de BZ consiste en une dépendance pharmacologique qui peut se développer après seulement huit semaines de traitement. Ainsi, la dépendance constitue un obstacle majeur pour la personne désireuse de cesser le traitement. Une fois la tolérance installée, l'administration chronique de BZ peut avoir un effet rebond et produire des problèmes d'adaptation, notamment de l'anxiété, des attaques de panique, de la dépression, de l'agoraphobie, de l'insomnie et de l'hostilité (Bisserbe, Boulanger, & Boyer 1992). Dans le cas où la dépendance se transformerait en assuétude, peuvent survenir de sérieuses altérations du sommeil, de l'humeur, de l'appétit, des attitudes envers soi-même et les autres et des problèmes au niveau des relations interpersonnelles (Lader, 1988, 1994 ; Miller & Gold, 1990).

Indicateurs de la prise de médicaments psychotropes

Variables sociodémographiques et de santé physique

Âge. Les études tendent à démontrer de manière relativement constante, que l'on retrouve un plus grand nombre d'utilisateurs de médicaments à action ASH, principalement de BZ, parmi les personnes qui sont plus âgées. À titre illustratif, Ohayon et Caulet (1996) sont

parvenus à démontrer auprès d'un échantillon de personnes âgées entre 15 et 75 ans et plus, que le taux et la durée de consommation d'anxiolytiques et de sédatifs-hypnotiques (ASH) croissait avec l'avancement en âge. Plus précisément, ils ont établi que le taux de consommation des ASH était à 4.8% auprès du groupe des 15-44 ans comparativement à un taux de 24.3% chez les 65-74 ans et 32.8% chez les 75 ans et plus. Par ailleurs, ils sont parvenus à établir que la durée de consommation d'anxiolytiques passait à plus d'un an pour 62.5% des 15-44 ans, comparativement à des proportions de 78% pour les 65-74 ans et 80.2% pour les 75 ans et plus. Dans un même ordre d'idées, ils ont rapporté des proportions élevées de personnes de 45 ans et plus qui avaient recours à des sédatifs-hypnotiques depuis plus d'un an (71.3% des 45-64 ans ; 74% des 65-74 ans et 92.6% des 75 ans et plus). Enfin, l'étude d'Ohayon et Caulet (1996) a permis d'établir qu'environ 50% des personnes âgées de 75 ans et plus consomment un médicament sédatif-hypnotique depuis plus de 5 ans. D'autres chercheurs (Oude Voshaar et al., 2006 ; Zandstra et al., 2004), ont remarqué qu'un âge avancé était associé à l'utilisation chronique de BZ. Pour leur part, Fortin et collaborateurs (2006) ont démontré que la variable de l'âge avancé, parmi plusieurs autres facteurs étudiés, était associée tant à la consommation de courte qu'à la consommation de longue durée de BZ. Plus récemment, l'étude réalisée par Crabb (2008) avec un échantillon de personnes âgées représentatif de la population canadienne, a permis d'établir que le fait d'être âgé de 65 ans ou plus était associé à l'utilisation de BZ. Cette étude a démontré que chez des adultes âgés de 75 ans et plus la prévalence d'utilisateurs de sédatifs-hypnotiques était significativement plus importante qu'au sein de groupes de personnes plus jeunes. Finalement, il semblerait que les personnes plus âgées manifestent également de plus fortes intentions de recourir aux BZ (Van Hulten et al., 2003).

Éducation. La plupart des études portant sur la consommation de médicaments à action ASH, principalement les BZ, chez les personnes âgées, peignent un tableau contrasté en ce qui a trait au rôle de la variable de l'éducation dans le recours à ce type de médication. Certaines études (Fortin et al., 2006 ; Gray, Eggen, Blough, Buchner, & LaCroix, 2003) ont démontré qu'une scolarité plutôt élevée (12 années et plus) était associée à la prise de BZ à long terme. Alors que d'autres (Crabb, 2008 ; Marinier, Pihl, Wilford, & Lapp, 1985 ; Paterniti, Verdier-Taillefer, Dufouil, & Alperovitch, 2002 ; Zandstra et al., 2004) rapportent que les personnes âgées moins éduquées (< cinquième secondaire) ont davantage recours à la prise de BZ. Dans une recension de la documentation scientifique relativement récente, portant sur les facteurs associés à la prise de médicaments psychotropes par les personnes âgées, Voyer, Cohen, Lauzon et Collin (2004) ont fait remarquer que seulement 27% des études (Allard et al., 1995 ; Gleason et al., 1998 ; Paterniti, Dufouil, Bisserbe, & Alperovitch, 1999) incluant la variable de l'éducation ont identifié cette dernière comme une variable prédictrice significative du recours à ce type de médication. Certains problèmes méthodologiques des recherches peuvent en partie expliquer cet appui empirique relativement faible : auto-sélection des personnes âgées de 65 ans et plus (Gleason et al., 1998), variabilité des critères d'exclusion dans les études (personnes âgées confuses, handicapées, en institution, en traitement pour un cancer) (Allard et al., 1995 ; Gleason et al., 1998), variabilité de l'âge moyen des participants (entre 65.2 ans et 74.5 ans) (Allard et al., 1995 ; Gleason et al. ; Paterniti et al., 1999). Ces facteurs affectent vraisemblablement la représentativité des échantillons par rapport à la population de personnes âgées de 65 ans consommatrices de BZ.

État civil. De manière générale, les recherches tendent à démontrer que la variable de l'état civil, plus précisément le fait d'être seul, séparé, divorcé ou veuf, est associé à une

consommation plus importante de médicaments à action ASH, principalement les BZ, par les personnes âgées (Gray et al., 2003 ; Gustaffson, Isacson, Thorslund, & Sörbom, 1996 ; Jorm et al., 2000 ; Laurier, Dumas, & Grégoire, 1992 ; Swartz et al., 1991 ; Zandstra et al., 2004). Une étude récente a démontré que les personnes âgées consommatrices de BZ avaient peu ou pas de personnes à qui se confier, se sentaient moins soutenues socialement et vivaient généralement plus de solitude que les personnes âgées non-consommatrices (Pérodeau et al., 2006).

Occupation. D'après la recension de la documentation scientifique de Voyer et collaborateurs (2004), occuper un emploi qui requiert peu d'éducation, peu d'habiletés spécifiques et qui n'est pas bien rémunéré constituent des variables généralement associées à la présence de détresse psychologique dans la population adulte, y compris le segment plus âgé. Toutefois, les études qui ont abordé cette question ne sont pas parvenues à démontrer l'impact significatif de ces variables sur la prise de BZ par les personnes âgées (Graham et al., 1998 ; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000).

Sexe. Les recherches effectuées auprès de populations de personnes âgées démontrent, de manière constante, que les femmes présentent une consommation chronique de BZ plus élevée que les hommes (Dealberto, McAvay, Seeman, & Berkman, 1997 ; Fortin et al., 2005 ; Gray et al., 2003 ; Neutel, 2005 ; Pérodeau, King, & Ostoj, 1992). Par ailleurs, d'autres études ont révélé que les femmes âgées étaient plus enclines à révéler leurs difficultés émotives à leur médecin de famille (Caffetara, Kasper, & Bernstein, 1983 ; Hohmann, 1989 ; Isacson, Carsjo, Haglund, & Smedby, 1988 ; Jorm et al., 2000 ; Kirby et al., 1999 ; Laurier et al., 1992), à formuler une demande de prescription (Laurier et al., 1992 ; Hohmann, 1989 ; Jorm et al., 2000) et à entretenir des attitudes plus positives envers les médicaments psychotropes (Pérodeau et al., 1992). Enfin, 73% des études recensées par Voyer et collaborateurs (2004) supportaient l'idée

selon laquelle les femmes âgées, comparativement aux hommes âgés, sont plus sujettes à utiliser un médicament psychotrope. D'autres études (Graham, Carver, & Brett, 1995 ; Szwabo, 1993) portant sur les attitudes envers les psychotropes rapportent que les femmes seraient culturellement plus enclines à avoir recours au système de santé (3 243 355 de femmes ont consulté un médecin généraliste contre 2 864 820 hommes en 2000-2001) et à consommer davantage de médicaments psychotropes (22% pour les femmes contre 15% pour les hommes) (Cohen, & Collin, 1997 ; Statistique Canada, 2001). Il serait de surcroît, plus acceptable socialement pour celles-ci de gérer leur stress en prenant des médicaments alors que pour les hommes, leur exutoire au stress serait davantage lié à la consommation d'alcool (Graham et al., 1995 ; Szwabo, 1993).

Hormonothérapie de remplacement. La variable de l'hormonothérapie de remplacement ne joue pas un rôle clair dans le recours aux médicaments à action ASH, surtout aux BZ, par les femmes âgées. Toutefois, auprès de femmes ménopausées qui n'ont pas recours à l'hormonothérapie de remplacement, il existe une résurgence plus importante de problématiques liées au sommeil, notamment et principalement de l'insomnie. Ainsi les femmes qui ne recourent pas à cette médication sont plus sujettes à vouloir prendre des sédatifs-hypnotiques (somnifères) pour contrer leurs difficultés de sommeil (insomnie initiale, de maintien et terminale) (Brim, Ryff, & Kessler, 2004).

Santé subjective. Parmi les nombreux indicateurs de la consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées, on relève la présence de maladies ou de problèmes de santé (Mellinger, Balter, & Uhlenhuth, 1984 ; Riska & Klaukka, 1984), ainsi que la perception subjective de l'état de santé (Beaulieu & Ouellet, 2000 ; Boyer, Bravo, Hébert, & Préville, 2000 ; Pérodeau, Lauzon, Lévesque, & Lachance, 2001 ; Rémondin,

Trempe, Olivier, & Potvin, 1995 ; Santé-Québec, 1995 ; Wells, Middleton, Lawrence, Lillard, & Safarik, 1985). En effet, une mauvaise santé physique (Allard, Allaire, Leclerc, & Langlois, 1995 ; Bourque, Blanchard, Sadéghi, & Arseneault, 1991 ; Gustafsson et al., 1996 ; Hendricks, Johnson, Sheahan, & Coons, 1991) et une évaluation négative de l'état de santé personnelle (Pérodeau & Ostoj, 1990) seraient les meilleurs facteurs prédictifs de la consommation de psychotropes, y compris les BZ. Plus précisément, la variable de la santé subjective apparaît, dans plusieurs études, comme étant reliée à la consommation actuelle et chronique de BZ. Selon Voyer et collaborateurs (2004), 87.5% des recherches rapportent une association entre la santé perçue et l'utilisation de médicaments psychotropes, dont 80% d'entre elles traitent spécifiquement des BZ. D'autres chercheurs (Marinier et al., 1985 ; Mishara & McKim, 1989) abondent dans le même sens et énoncent l'idée selon laquelle l'auto-évaluation que fait la personne âgée de son état de santé est fortement associée à son utilisation de médicaments psychotropes. Enfin, des recherches plus récentes (Fortin et al., 2006 ; Gray et al., 2003) ont démontré que l'état de santé perçue était également liée à la consommation chronique (> 12 mois) de BZ.

Santé mentale

Détresse psychologique et anxiété. Étant donné les indications des psychotropes, il n'est pas surprenant d'apprendre que les problèmes de santé mentale constituent un facteur prédictif d'une plus grande utilisation de ces produits auprès de personnes âgées. Allard et ses collègues (1995) rapportent qu'un niveau de bien-être psychologique plus bas est associé à une plus forte consommation par les personnes âgées. Speer et ses collègues (2004) ont démontré que les patients âgés qui souffraient de maladie mentale avaient tendance à utiliser plus de médicaments, dont des antidépresseurs, que les patients hospitalisés pour des

problèmes médicaux généraux. Cette étude a également documenté que les patients âgés souffrant de maladie mentale vivent plus d'événements de vie stressants (veuvage, moins de soins prodigués par la famille) comparativement, d'une part aux personnes plus jeunes souffrant, elles aussi, de maladie mentale et, d'autre part, aux personnes âgées hospitalisées pour des problèmes de santé physique.

Plus précisément, la dépression, l'anxiété, l'insomnie et une insatisfaction à l'égard de la vie sont associées à une consommation plus importante de psychotropes chez les personnes âgées (Antonijoan, Barbanoj, Torrent, & Fané, 1990 ; Gustafsson et al., 1996 ; Hendricks et al., 1991 ; Pérodeau & Ostoj, 1992). Pour sa part, Crabb (2008) est parvenue à démontrer que la présence de dépression majeure, de troubles anxieux et de problèmes de santé physique constituaient les prédicteurs les plus fiables de la consommation de BZ par les personnes âgées. La documentation scientifique existante est constante en ce qui concerne la contribution de l'anxiété dans l'explication du recours au BZ au sein de la population générale de même qu'auprès de populations de personnes âgées (Crabb, 2008 ; Marinier et al., 1985 ; Parr, Kavanagh, Young, & McCafferty, 2006 ; Simon & Ludman, 2006 ; Taylor, McCracken, Wilson, & Copeland, 1998). Certains chercheurs (Gray et al., 2003 ; Jorm et al., 2000 ; Parr et al., 2006 ; Taylor et al., 1998) ont également démontré que le fait de vivre de l'anxiété était associé à une utilisation prolongée de BZ (> 12 mois). Enfin, d'après Parr et collaborateurs (2006), la présence d'anxiété sévère constituerait la raison principale justifiant la demande d'une BZ de la part de patients âgés.

Problèmes de sommeil. Des études récentes (Parr et al., 2006 ; Simon, & Ludman, 2006 ; Voyer et al., 2004) ont démontré que la présence de problèmes de sommeil, plus précisément d'insomnie, représentait une raison majeure du recours aux BZ par des personnes adultes de

différents âges. À cet égard, Simon et Ludman (2006) ont établi que parmi les 129 personnes de leur échantillon de consommateurs de BZ (âgés entre 25-79 ans, âge moyen de 50 ans), 80 % d'entre eux, soit 103 personnes, identifiaient la présence d'insomnie ou d'anxiété comme étant la première raison pour laquelle ils prenaient une BZ. Par ailleurs, l'étude d'Ohayon et Caulet (1995) a révélé que la présence de difficultés de sommeil, par exemple de l'insomnie primaire, était clairement associée à la prise de médicaments psychotropes par les personnes âgées. Également, l'étude de Crabb (2008) a révélé que chez des personnes affligées de dépression majeure, la consommation de BZ à action sédative-hypnotique était le fait des personnes âgées de 75 ans et plus, alors que les BZ à action anxiolytique étaient surtout utilisées par les personnes âgées dépressives de 45 à 74 ans. Cela signifie que les problèmes de sommeil manifestés par les personnes âgées dépressives constituent un facteur clé dans la prescription de BZ à action sédative-hypnotique. Pour sa part, l'étude de Morin, Bélanger et Bernier (2004) souligne que les difficultés de sommeil, plus spécifiquement l'insomnie, permettent de prédire l'utilisation à long terme, voire chronique (> 12 mois) de BZ. Enfin, Jorm, Christensen, Griffiths et Rodgers (2002) ont rapporté, auprès d'un échantillon de 425 personnes dont plus de la moitié étaient âgées de 45 et plus (52.9% soit 225 personnes), qu'un sommeil de pauvre qualité était associé à l'usage chronique de BZ.

Facteurs psychosociaux

Certains facteurs psychosociaux influencent la consommation de psychotropes. Outre, le manque de moyens financiers, un manque de soutien social (absence de conjoint, absence d'aidant naturel), voire l'isolement social de la personne âgée, sont des variables associées à une consommation élevée de médicaments psychotropes (Bron & Lowack, 1987 ; Fynlayson, 1995).

Tel que mentionné plus haut, à un âge plus avancé, les personnes sont confrontées à une série de pertes qui nécessitent un ajustement, comme par exemple, le retrait du marché du travail, le départ des enfants, le décès du conjoint, les maladies, les déménagements et les déracinements par rapport au milieu de vie qui offrait un réseau social (amis, voisins, famille) (Cohen, & Collin, 1997). Ces sources de stress peuvent constituer des causes de dépression et amener la personne âgée à recourir à un médicament psychotrope (Cohen, & Collin, 1997). Dans un même ordre d'idées, ces événements peuvent mener à l'isolement ce qui peut représenter un facteur incitatif du recours à un psychotrope, au même titre que la dépression (Bron, & Lowack, 1987 ; Finlayson, 1995).

Rôle du médecin

Le rôle du médecin auprès de la personne âgée a un impact très important dans le recours aux médicaments psychotropes. En effet, il apparaît que pour le médecin la difficulté de refuser un médicament, la crainte de perdre la clientèle, l'incertitude face à un diagnostic seraient des facteurs qui influencent la décision de prescrire (tous les médicaments y compris les psychotropes) (Bradley, 1992 ; Chinburapa, Larson, & Brucks, 1993). Les médecins qui ont un volume de pratique élevée, qui revoient leurs patients sur une base régulière, et qui ressentent une responsabilité limitée par rapport à ceux-ci seraient les plus enclins à prescrire (Cormack & Howells, 1992 ; Davidson, Molly, Somers, & Bédard, 1994 ; Hartezema & Christensen, 1983). Par ailleurs, les profils de prescriptions ont tendance à varier en fonction de l'âge et du sexe du médecin. Ainsi, les médecins plus jeunes sont plus favorables à l'utilisation d'ASH (Linn, 1971), alors que les médecins âgés, de sexe masculin et qui n'ont pas d'affiliation universitaire sont les plus susceptibles de fournir une prescription inappropriée précisément auprès de la clientèle âgée (Monette, Tamblyn, McLoed, Gayton,

& Laprise, 1994). Les caractéristiques de la clientèle constituent un autre facteur rattaché à la consommation de psychotropes, parmi lesquelles on retrouve les BZ. À ce titre, les médecins canadiens prescrivent davantage de psychotropes aux femmes qu'aux hommes lorsque les symptômes ont trait à un trouble de l'humeur (Cooperstock, & Sims, 1971). Enfin, le manque de connaissance des médecins à l'égard de problèmes vécus par la clientèle âgée, leurs difficultés à différencier les signes du vieillissement des signes liés à des maladies sont autant d'éléments qui favorisent la prescription inappropriée de psychotropes aux gens âgés (Beall, Baumhover, Maxwell, & Pieroni, 1996 ; Ferry, Lamy, & Becker, 1985 ; Monette et al., 1994). Par ailleurs, certains médecins croient qu'empêcher la prescription de psychotropes risquerait d'accentuer les problèmes d'anxiété et d'insomnie des patients et ainsi, favoriserait la résurgence des comportements agressifs et/ou dangereux pour l'entourage (Collin, Damestoy, & Lalande, 1999). En outre, les médecins craignent que, sans psychotrope, les patients somatisent davantage et ainsi, utilisent plus fréquemment les services d'un médecin ou des médicaments accessibles pour obtenir l'effet sédatif souhaité (Collin et al., 1999). Pour leur part, Van Hulten et collaborateurs (2001) ont démontré que l'exercice d'une pression par le médecin généraliste sur la prise du médicament influençait positivement l'intention qu'avaient les participants âgés d'y recourir.

Influence de l'industrie pharmaceutique L'industrie pharmaceutique exerce une influence indéniable sur les pratiques de prescription de tous les médicaments par les médecins, et cela vaut aussi pour les psychotropes (Cohen & Collin, 1997). Ainsi, on sait que les médecins qui prescrivent le plus de médicaments sont ceux qui entretiennent des contacts plus réguliers avec l'industrie pharmaceutique, sous la forme de participation à des conférences ou séminaires entièrement défrayés par l'industrie et de nombreuses visites de

représentants (Williams, Cockerill, & Lowy, 1995). Ces interactions entre l'industrie pharmaceutique et les médecins ont un impact direct sur les pratiques de prescription de ces derniers. Ainsi, à titre d'exemple, un médecin va préférer prescrire un nouveau médicament rapidement plutôt que de prescrire un médicament générique (Wazana, 2000), une prescription qui peut s'avérer injustifiée (Wazana, 2000).

La publicité des compagnies pharmaceutiques adressée aux utilisateurs de médicaments, amène, elle aussi, son lot de difficultés. Ainsi, environ 64% des médecins américains disent ressentir une pression à prescrire un médicament annoncé à la télévision (Mintzes et al., 2002).

Demande des patients

La demande des patients à l'endroit du médecin constitue un autre élément pouvant expliquer le recours important de la clientèle âgée aux psychotropes. Certaines études (Collin, Damestoy, & Lalande, 1997 ; Roberge, Genest, Beauchemin, & Parent, 1995) indiquent qu'au Québec le renouvellement de prescriptions est davantage motivé par la demande du patient que par une indication médicale. Tamblyn (1996) rapporte qu'à la fin d'une consultation médicale environ 68% des patients âgés s'attendent à recevoir une prescription alors que celle-ci n'est justifiée que dans 45% des cas. Ainsi, les attentes des patients âgés de même que la pression qu'ils exercent sur le médecin traitant peuvent expliquer en partie la prescription excessive de psychotropes à cette clientèle. Dans la plupart des cas, les médecins prescriront les médicaments demandés par les patients, tout en ressentant une forte ambivalence quant au choix du traitement (Mintzes et al., 2002). Par ailleurs, d'après l'étude très récente de Préville et collaborateurs, (2008), ce sont 42.2% des personnes âgées rencontrant les critères diagnostics pour un trouble de l'humeur ou d'anxiété

qui avaient consulté un professionnel de la santé au cours de la dernière année. La très grande majorité, soit 79%, se sont adressées à un médecin généraliste. Pour sa part, Crabb (2008) a démontré que les personnes âgées de 65 ans et plus souffrant de dépression étaient moins portées à consulter un professionnel de la santé (médecin généraliste) au sujet de leurs difficultés émotionnelles et problèmes de santé mentale. Toujours selon Crabb (2008), ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu un diagnostic comorbide de dépression et d'anxiété, qui sont les moins susceptibles de consulter un professionnel de la santé mentale (psychologue et psychiatre), mais également un médecin généraliste.

Influence de la famille

Le rôle de la famille dans la consommation de psychotropes par la personne âgée n'est pas clair (Mishara & Legault, 1999). Certains auteurs (Allard et al., 1995 ; Allard, Allaire, Leclerc, & Langlois, 1997 ; Mishara, 1996) suggèrent que de mauvaises relations familiales peuvent provoquer une détresse psychologique importante chez la personne âgée qui, à son tour, conduirait au recours à la médication (Allard et al., 1995). Certaines familles inciteraient le parent âgé à trouver un remède chimique à ses problèmes (Mishara, 1996 ; Pérodeau et al., 2003). Certains chercheurs affirment même que la présence de consommateurs de BZ dans le ménage est associée à la prise de BZ et contribue, dans certains cas, à en prédire la consommation de longue durée (Dufouil & Alpérovitch, 1998 ; Ettorre, Klaukka, & Riska, 1994 ; Fortin et al., 2006 ; Osterweis, Bush, & Zuckerman, 1979). L'étude de Pérodeau et collègues (2004) a tenté d'approfondir la question de la contribution de la famille dans le phénomène du recours aux benzodiazépines par les personnes âgées. Plus précisément, ils sont parvenus à démontrer que l'aidante naturelle (p.ex., brue, fille, petite-fille, sœur), membre de la famille à part entière, jouait un rôle central auprès de la

consommatrice et pouvait contribuer à ce que celle-ci en poursuivre ou cesse l'utilisation. Par ailleurs, il semblerait que le ou la conjoint(e) (Mishara, 1996 ; Robidas, 1987 ; Voyer et al., 2004) ainsi que les ami (es) agiraient également à titre de personnes influentes dans le recours aux BZ par la personne âgée, en ce sens qu'elles fournissent des opinions diversifiées sur la médication et leur expérience de cette dernière (Cohen & Collin, 1997 ; Gustafsson et al., 1996 ; Mishara, 1996).

Par contre, une autre étude (Dupré-Lévêque, & Raynault, 1997) suggère que les enfants sont impliqués de manière constructive dans les soins aux parents vieillissants. Ces auteurs indiquent que le noyau familial a tendance à se resserrer autour de la personne âgée lorsque celle-ci vit diverses pertes (p.ex., perte du conjoint) et que la famille, contrairement à la croyance populaire, s'implique positivement (p.ex., accompagne le parent âgé chez le médecin) dans le processus de consommation de psychotropes par le parent âgé. Le rôle qu'exerce la famille dans la consommation de psychotropes par la personne âgée reste donc une question sujette à débats.

Attitudes des personnes âgées à l'égard des psychotropes et en particulier des médicaments à action ASH (BZ)

Les variables des attitudes ont attiré l'intérêt de plusieurs chercheurs dans la dernière décennie. Il faut toutefois noter que les recherches se sont centrées sur les attitudes des personnes âgées à l'égard des psychotropes en général. Ce sont plusieurs chercheurs (Clinthorne, Cisin, Balter, Mellinger, & Unlenhuth, 1986 ; Illife et al., 2004 ; Manheimer et al., 1973 ; Pérodeau & Ostoj, 1990 ; Pérodeau et al., 1992 ; Pérodeau et al., 2006 ; Van Hulten et al., 2001 ; Van Hulten et al., 2003) qui se sont intéressés à la variable des attitudes envers les médicaments psychotropes auprès de populations de personnes âgées et qui sont

parvenus à démontrer qu'elle en prédisait la consommation. À titre d'exemple, Pérodeau et Ostoj (1990) sont parvenues à établir que l'entretien d'attitudes favorables vis-à-vis des psychotropes constituait une variable-clé dans la prise de psychotropes par les personnes âgées consommatrices. Données à l'appui, la quasi-totalité des consommateurs (94%) estimaient cette médication comme étant efficace. Par ailleurs, leur étude a mis en évidence que les consommateurs étaient moins préoccupés par les dangers psychologiques rattachés à la prise de médicaments psychotropes. D'autres études (Pérodeau et al., 1992 ; Pérodeau et al., 2006), ont également démontré qu'une attitude plus positive envers les psychotropes, y compris les benzodiazépines, en prédisait l'utilisation.

Van Hulten et collaborateurs (2001) ont aussi démontré que l'attitude constituait un bon prédicteur de l'intention d'utiliser des benzodiazépines à court terme (< 6 mois). Plus récemment, Van Hulten et collaborateurs (2003) ont reproduit ce résultat auprès de consommateurs âgés et expérimentés (> 12 mois). Enfin, Iliffe et collègues (2004) ont établi que ce sont les attitudes envers l'efficacité des psychotropes, plus précisément les sédatifs-hypnotiques dans le cadre de cette étude, qui incitent les personnes âgées à cesser ou poursuivre la prise de la médication. Plus précisément, si la personne âgée éprouve encore des difficultés de sommeil après la prise de la médication et qu'elle l'évalue comme lui apportant peu d'aide, elle en cesse l'utilisation. Par contre, si elle considère qu'elle l'aide dans la réduction de ses difficultés de sommeil, elle a tendance à vouloir en poursuivre l'utilisation.

Perception de contrôle

La perception d'un faible contrôle envers la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, est une variable du modèle de la Théorie du Comportement Planifié qui sera

exposée plus bas. La documentation scientifique (Armitage, 2003 ; Armitage & Conner, 2001 ; Azjen, 2002 ; Cloutier & Leroux, 1998) suggère que la variable de la perception de contrôle constitue le meilleur déterminant, parmi l'ensemble des variables du modèle de la TCP, de l'intention comportementale. Dans un même ordre d'idées, c'est également cette variable du modèle de la TCP qui, via l'intention comportementale, est le meilleur prédicteur du comportement (Armitage & Conner, 2001). Les méta-analyses effectuées sur les variables de la TCP en lien avec des comportements liés à la santé (p.ex., cesser de fumer la cigarette, faire de l'exercice, prendre des suppléments vitaminiques) ont clairement démontré que la variable de la perception de contrôle constituait un important prédicteur du comportement. Dans les faits, celle-ci permettait d'expliquer, en moyenne, de 7 à 12% de la variance d'un comportement (Godin & Kok, 1996). Dans le domaine particulier de la consommation de BZ, Van Hulten et collaborateurs (2003) ont démontré que la perception d'une inaptitude à en cesser la consommation par soi-même, était liée à la consommation actuelle de ce type de médication auprès de consommateurs âgés de longue date (> 12 mois). Ces mêmes chercheurs ont également mis en évidence le fait que la perception d'un faible contrôle était encore plus importante chez les personnes ayant recours à une BZ à haut potentiel de dépendance. Déjà, Helman (1981) avait souligné que les consommateurs de psychotropes ont généralement tendance à minimiser leur perte de contrôle plus particulièrement sur la prise de BZ, minimisent les effets indésirables, ainsi que le pouvoir de ces médicaments sur eux. Ce faisant, ils en viennent à croire que leur prise de psychotropes est sous leur contrôle, justifiant ainsi le fait qu'ils y ont recours et qu'ils éprouvent une certaine réticence à en cesser la consommation (Helman, 1981).

Infrastructure théorique de l'étude : Théorie du Comportement Planifié (TCP)

Plusieurs facteurs de différents ordres peuvent contribuer à prédire la consommation de psychotropes en général et de BZ en particulier chez des personnes âgées. Les études sur le sujet sont limitées par l'absence de modèles théoriques sous-tendant l'examen des variables potentiellement impliquées. Nous proposons d'investiguer la contribution de plusieurs variables clés en nous appuyant sur la Théorie du Comportement Planifiée (Ajzen, 1988). Ce modèle, qui sera détaillé plus bas, présente l'avantage de traiter de trois notions qui nous apparaissent centrales pour la compréhension du phénomène de consommation de médicaments à action anxiolytique, sédative et hypnotique, plus précisément de BZ, chez les personnes âgées, soit les attitudes envers le comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle. Comme nous l'avons vu plus haut, si des variables comme les attitudes et les normes subjectives ont fait l'objet de recherches antérieures, elles ont rarement été étudiées de manière indépendante et avec l'appui d'un cadre théorique pouvant nous procurer les moyens d'interpréter les résultats.

Il convient d'abord de définir les notions de croyances et d'attitudes qui constituent le noyau de cette théorie. Les chercheurs qui ont étudié l'attitude (Azjen, 2001 ; Brendl, & Higgins, 1996 ; Eagly, & Chaiken, 1993 ; Petty, Wegener, & Fabrigar, 1997 ; Tesser, & Martin, 1996) la définissent comme un ensemble d'évaluations d'objets psychologiques qui possèdent de nombreuses caractéristiques, par exemple bonnes ou mauvaises, nuisibles ou bénéfiques, plaisantes ou déplaisantes, agréables ou désagréables. Plus précisément, Eagly et Chaiken (1993) avancent que l'attitude est un construit psychologique inobservable qui peut se manifester en une structure tridimensionnelle : (1) cognitive, (2) affective et (3) comportementale. La composante cognitive se rapporte à la connaissance factuelle ou aux

croyances envers les objets et/ou personnes générateurs d'attitudes. La composante affective consiste dans l'évaluation positive ou négative, la réponse émotive de l'individu envers un référent concerné (objets et/ou personnes générateurs d'attitude). Finalement, la composante comportementale correspond aux actions déployées par l'individu envers les référents d'attitude. L'attitude donc, consiste en une orientation de la pensée, des dispositions profondes de l'être humain devant certains objets, personnes, valeurs ou croyances.

La TCP postule que l'action d'une personne est guidée par trois éléments principaux : (1) les attitudes au sujet des conséquences d'un comportement et l'évaluation des conséquences (attitudes comportementales) ; (2) les attitudes au sujet des attentes normatives (pression sociale) et la motivation à satisfaire ces attentes (attitudes normatives) ; (3) les attitudes à propos des facteurs pouvant faciliter ou contrecarrer la performance d'un comportement et le pouvoir perçu de ces facteurs (attitudes de contrôle). Par exemple, l'absence ou la présence de contres indications médicales, l'absence ou la présence d'un handicap physique, le fait d'avoir des ressources financières suffisantes ou insuffisantes, sont des facteurs qui peuvent faciliter l'adoption d'un comportement, notamment la prise de BZ.

Il est à noter que les normes subjectives, dans ce modèle, représentent les attentes des personnes importantes dans la vie de l'individu qui doit prendre la décision d'agir ou non. Or ces dernières se sont formées sur la base d'attitudes envers un comportement que l'on juge adéquat ou inadéquat. Ainsi, dans son processus de prise de décision, tout en étant influencé par ses propres attitudes et sa perception de contrôle envers un comportement donné, l'individu prendra également en considération les attentes de son entourage avant de se former une intention comportementale et d'opter finalement, pour le comportement désiré.

Pour sa part, la notion de perception de contrôle fait référence aux attentes qu'a un individu envers sa capacité d'agir en tenant compte des ressources dont il dispose de même que des obstacles qu'il peut rencontrer. Ainsi, l'individu prendra en compte les ressources personnelles (p.ex., besoins) et matérielles (p.ex., argent) qu'il possède en vue de se former une intention comportementale qui le conduira à adopter ou non le dit comportement.

Considérées ensemble, l'attitude envers le comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle conduisent à l'intention d'adopter un comportement. En général, plus l'attitude et les normes subjectives sont favorables à un comportement donné et plus le contrôle perçu sur le comportement est faible, plus la personne devrait vouloir réaliser le comportement.

Selon la TCP l'intention est le facteur qui prédit le mieux l'adoption d'un comportement, reposant sur les trois types d'informations mentionnées : la dimension attitudinale, les normes subjectives, ainsi que la perception de contrôle sur le comportement en fonction de la présence potentielle de barrières. Seul bémol, Armitage et Conner (2001) nous avisent que parmi l'ensemble des variables du modèle de la TCP ce sont généralement les normes subjectives qui contribuent le moins à prédire l'intention comportementale et donc, le comportement.

Enfin, la Théorie du Comportement Planifié de Azjen (1988) permet l'incorporation de variables considérées importantes dans le domaine de la santé (Valois, Godin, & Desharnais, 1991). Tel que mentionné par Légaré, Dodin et Godin (1995), « elle constitue un modèle de prédiction du comportement le plus développé à ce jour et a fait l'objet de plusieurs études appliquées ayant porté sur divers comportements liés à la santé » (p. 9). La Théorie du Comportement Planifié (Azjen, 1988), a été récemment appliquée au domaine de la prescription et de la consommation de médicaments (Légaré, Godin, Dodin, Turcot-

Lemay, & Laperrière, 2003 ; Van Hulten et al., 2001, 2003). C'est une théorie qui permet non seulement de comprendre et prédire le recours aux médicaments, mais qui fournit aux professionnels de la santé de l'information leur permettant d'agir sur certaines composantes qui sont directement liées au médicament. Plus précisément dans le domaine de la santé, la TCP est particulièrement valable pour décrire les comportements qui sont sous la volonté de la personne, c'est-à-dire sous un contrôle qui lui est intrinsèque (Godin & Kok, 1996).

Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement

Les attitudes envers le vieillissement ne font pas partie intégrante du modèle de la TCP. Cependant nous pensons qu'elles peuvent constituer un déterminant important de la consommation des médicaments psychotropes, en particulier des BZ. À ce sujet, la littérature scientifique nous informe des contributions potentielles des attitudes des personnes âgées envers le vieillissement dans le recours aux BZ. Bien que les personnes âgées entretiennent généralement des attitudes positives envers les groupes de personnes âgées et elles-mêmes en tant que personnes vieillissantes (Chasteen, 2000 ; Erber, Szuchman, & Rothberg, 1990 ; Harris, 1975), elles demeurent tout de même plutôt pessimistes par rapport à leur propre vieillissement, surtout au niveau de leur santé physique, et s'attendent à vivre, en raison de cela, un déclin fonctionnel dans tous les domaines de leur vie (Ryff, 1991). Dans les faits, le concept de « personne âgée » demeure corrélé négativement au concept de « personne idéale » (Netz & Ben-Sira, 1993). En particulier, on sait qu'une santé physique défaillante justifierait une attitude négative envers la personne âgée (Milligan, Prescott, Powell, & Furchtgott, 1989). Par ailleurs, tel qu'écrit par Barbeau et al. (1991) : « Au niveau culturel, notre société qui valorise l'individualisme, l'efficacité, le progrès et l'avenir, ne semble pas proposer à la personne vieillissante des valeurs qui lui permettraient de s'actualiser et, par le

fait même, de consolider son identité. Ainsi, l'individu vieillissant est nécessairement dépouillé de certains éléments constitutifs de sa personnalité qui affirmaient son identité » (p.61). Il en découle une perception âgiste qui affecte l'individu âgé de même que l'ensemble des milieux qu'il fréquente. Il y a tout lieu de croire que les perceptions négatives qu'entretiennent les personnes âgées et le personnel soignant (infirmière, pharmacien, médecin) envers le vieillissement viennent conforter des attitudes de démission de la part de tous et par conséquent, justifient l'utilisation de psychotropes auprès de la population âgée. La tendance à associer le vieillissement à la maladie, une attitude de banalisation de la vieillesse, l'impression de perdre son identité, peuvent conduire les médecins à prescrire peut-être trop facilement un psychotrope pour atténuer ce qu'ils peuvent percevoir comme de la détresse (Barbeau et al., 1991). Certains chercheurs avancent même l'idée selon laquelle la personne âgée aurait intériorisé une image négative du vieillissement, ce qui l'amènerait à vivre plus d'impuissance et la ferait opter plus aisément pour l'utilisation exclusive de médicaments psychotropes afin de soulager ses problèmes d'anxiété, d'insomnie ou de dépression (Collin, 2001 ; Voyer, 2001). D'autres (Fernandez & Cassagne-Pinel, 2001), abondent dans le même sens et expliquent que le fait d'être retraité, isolé ou d'avoir peur de perdre son autonomie liée à la maladie, amènent les personnes âgées à développer une image négative de la vieillesse. Ce faisant et parce qu'elles sont moins prédisposées que les personnes plus jeunes à vouloir recourir, entre autres, à la psychothérapie pour s'adapter aux stresseurs qui surviennent (Collin, 2001 ; Voyer, 2001) ou à consulter des professionnels de la santé au sujet de leur santé mentale et/ou santé émotionnelle (Crabb, 2008), elles optent plus aisément pour un médicament afin de soulager leur détresse psychologique (Barbeau et al., 1991). Enfin, Morin et collaborateurs (2004) précisent que les personnes âgées qui vivent

de l'insomnie ont souvent tendance à attribuer ce problème au processus naturel du vieillissement et à croire que la seule intervention possible, pour ralentir ce processus, soit la médication.

En somme, la documentation scientifique semble suggérer que les personnes âgées auraient, pour la plupart, développé une image du vieillissement qui soit plutôt négative (craintes entretenues à l'égard de la santé physique et mentale), qu'elles seraient moins favorables, ouvertes à la psychothérapie pour soulager leurs maux et donc, qu'elles choisiraient d'emblée les médicaments psychotropes comme solution à leurs problèmes. Tout cela, mis dans un contexte culturel et médical défavorable au vieillissement qui amène souvent l'individu âgé à se désengager face à ce processus et à s'en remettre aux médecins qui eux, prescrivent facilement un psychotrope sous prétexte qu'on ne peut pas influencer les causes de la détresse psychologique autrement.

Objectifs de la recherche

Cette recherche vise à déterminer l'importance relative des variables psychologiques sur lesquelles la TCP met l'accent (attitudes envers le comportement, normes subjectives, perception de contrôle) et des attitudes à l'égard du vieillissement sur (1) la consommation actuelle de médicaments à action ASH, plus particulièrement de BZ (voir Figure 1) (2) l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, plus particulièrement de BZ chez les consommateurs (voir Figure 2) et (3) l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, plus particulièrement de BZ chez les non-consommateurs (voir Figure 2).

Les études existantes sur le sujet présentent plusieurs limitations. Plusieurs d'entre elles sont de nature purement qualitative (p. ex., Collin et al., 1997 ; Collin, 2001). Aussi, la majorité des études traitant de l'utilisation de psychotropes se centrent sur la contribution de

variables psycho-sociales (p.ex., santé mentale, deuil, situation financière, etc.) de même que sur les variables de santé liées au phénomène de consommation de médicaments psychotropes et précisément de BZ par les personnes âgées. Des variables comme les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle ont été très peu étudiées dans l'explication du phénomène. En outre, il faut noter que l'ensemble des études qui ont utilisé ce cadre théorique envisageaient principalement la question du point de vue du médecin plutôt que de celui de l'utilisateur du médicament, c'est-à-dire qu'elles s'intéressaient au prescripteur du médicament plutôt qu'au consommateur de celui-ci.

La présente recherche est originale sur plusieurs plans. D'abord, l'étude s'attache à examiner la consommation, mais également le processus qui y mène (intention). Cette démarche est importante pour saisir les facteurs impliqués dans le recours aux médicaments à action ASH, surtout de BZ (p.ex., les attitudes), pour adopter une approche proactive à l'endroit des personnes âgées qui désirent en consommer. La présente étude examine des variables personnelles (attitudes ; croyances) qui influencent déjà ou qui pourraient influencer le recours aux médicaments à action ASH, en particulier les BZ. Ainsi le concept d'attitude, concept fondamental lié au processus de prise de décision (Hogg & Cooper, 2003), apparaît comme étant un élément intéressant à explorer dans la compréhension du phénomène de la consommation de médicaments à actionASH, principalement de BZ, par les personnes âgées. Par conséquent, l'identification des attitudes à l'origine de la consommation de ces médicaments par cette population précisera lesquelles pourraient être ciblées en vue de les modifier pour minimiser le recours à ce type de médication.

De surcroît, l'étude tente d'examiner, pour la première fois, l'influence de la perception du vieillissement dans le recours à la médication par les personnes âgées. Une telle approche

offre le potentiel d'identifier dans quelle mesure les fausses croyances entretenues à l'égard du vieillissement contribuent à entretenir la consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ.

Notons aussi que l'étude produira un travail de pionnier en ce qu'elle implique la création d'une série d'instruments pour évaluer la quantité, la fréquence et la durée de la consommation des médicaments à action ASH, surtout des BZ (consommateurs), les normes subjectives, la perception de contrôle ainsi que l'intention comportementale.

Questions de recherche et hypothèses

Questions de recherche

1. Dans quelle mesure les attitudes envers le comportement de consommer des médicaments à action ASH, surtout des BZ, les normes subjectives, la perception de contrôle ainsi que les attitudes envers le vieillissement prédisent-elles la *consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ,* une fois prise en compte la contribution des variables sociodémographiques et de santé (âge, anxiété, éducation, état civil, état de santé perçu, état du sommeil, hormonothérapie de remplacement, occupation, et sexe) ?
2. Dans quelle mesure les attitudes envers le comportement de consommer des médicaments à action ASH, surtout des BZ, les normes subjectives, la perception de contrôle ainsi que les attitudes envers le vieillissement prédisent-elles *l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ,* chez les individus qui en consomment déjà ?
3. Dans quelle mesure les attitudes envers le comportement, les normes subjectives, la perception de contrôle ainsi que les attitudes envers le vieillissement prédisent-elles

l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les individus qui n'en consomment pas ?

Hypothèses

Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ

Hypothèse 1. On s'attend à ce que les variables suivantes représentent des variables prédictrices significatives :

1. Un âge plus avancé.
2. Un plus haut niveau d'anxiété.
3. Une scolarisation moindre (moins de 8 années).
4. Le statut de célibataire, divorcé, séparé ou veuf.
5. Le statut de retraité.
6. Un mauvais état de santé perçu.
7. Un mauvais état de sommeil.
8. Le fait de ne pas recourir à l'hormonothérapie de remplacement.
9. Le sexe féminin.

Les attitudes au sujet du vieillissement, les attitudes envers le comportement de consommer des médicaments à action ASH, pincipalement des BZ, les normes subjectives et la perception de contrôle envers le comportement seront des variables prédictrices significatives de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Plus précisément :

Hypothèse 2. Une perception plus négative du vieillissement sera reliée à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 3. Une attitude plus positive envers les médicaments ASH (BZ) sera reliée à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 4. Une pression et une attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer des BZ, seront reliées positivement à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 5. Une perception de plus faible contrôle sur la prise de BZ, sera reliée positivement à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs

Les attitudes au sujet du vieillissement, les attitudes envers le comportement de consommer des médicaments à action ASH, surtout des BZ, les normes subjectives et la perception de contrôle envers le comportement seront des variables prédictrices significatives de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Plus précisément, pour les consommateurs :

Hypothèse 6. Une perception plus négative du vieillissement, sera reliée à une intention plus forte de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 7. Une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH (BZ), sera reliée à une intention plus forte de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 8. Une pression et une attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer des BZ, seront reliées à une intention plus forte de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 9. Une perception de plus faible contrôle sur la prise de BZ, sera reliée à une intention plus forte de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de méicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs

Les attitudes au sujet du vieillissement, les attitudes envers le comportement de consommer des médicaments à action ASH, surtout des BZ, les normes subjectives et la perception de contrôle envers le comportement seront des variables prédictrices significatives de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Plus précisément, pour les non-consommateurs :

Hypothèse 10. Une perception plus négative du vieillissement, sera reliée à une intention plus forte de débuter la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 11. Une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH (BZ), sera reliée à une intention plus forte de débuter la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 12. Une pression et une attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer des BZ, seront reliées à une intention plus forte de débuter la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Hypothèse 13. Une perception de plus faible contrôle sur la prise de BZ, sera reliée à une intention plus forte de débuter la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

CHAPITRE 2

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés par l'entremise : a) d'associations de personnes à la retraite, soit l'Académie des Retraités de l'Outaouais (ARO), l'Association Nationale des Retraités Fédéraux (ANRF), district de l'Outaouais, et l'Association des Retraités de l'Éducation du Québec (AREQ), district de l'Outaouais ; b) de la maison de retraite Les Jardins Bellerive ; c) des CLSC de la région de l'Outaouais ainsi que du CHVO de Gatineau (secteur Gatineau et Hull) ; d) de diverses cliniques médicales de l'Outaouais, principalement la Clinique Médicale de Touraine ; e) de la communauté par l'intermédiaire d'affiches, de communiqués de presse aux médias et d'annonces par courriel (Annexe G). Afin d'augmenter le recrutement de consommateurs, nous avons rédigé, avec l'autorisation et l'aide du Dr. Marc Régimbal de la Clinique Médicale de Touraine, une lettre invitant la clientèle âgée de cette clinique à participer au projet de recherche (Annexe D).

Deux formulaires de consentement furent créés pour les fins de l'étude, le premier, en réponse aux exigences du Comité d'Éthique de Recherche en Sciences Sociales et Humanités de l'Université d'Ottawa (Annexe E), et le second, en réponse aux exigences du Comité d'Éthique de la Recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau (Annexe F), pour permettre le recrutement de participants via les CLSC ainsi que du CHVO de Gatineau (secteur Gatineau et Hull). Dans les deux cas, le recrutement s'est fait principalement par le biais d'une affiche apposée sur les murs des salles d'attente des cliniques médicales, cliniques privées, CLSC et hôpitaux de l'Outaouais. Dans quelques rares cas, l'infirmière responsable des visites à domicile pour les CLSC, nous a mise en contact avec des personnes âgées intéressées à participer au projet par l'intermédiaire de l'affiche. En

ce qui a trait au recrutement de participants via la Clinique Médicale de Touraine, le Dr. Marc Régimbal s'est assuré de remettre la lettre d'invitation co-signée par l'étudiante de doctorat à toutes les personnes rencontrant les critères d'inclusion et d'exclusion du projet de recherche. À cela s'ajoutait l'envoi d'un courriel qui reprenait les grandes lignes de la publicité utilisée dans les cliniques médicales et hôpitaux, par : (a) la directrice de l'Académie des Retraités de l'Outaouais (ARO) ; (b) la responsable de l'Association Nationale des Retraités Fédéraux (ANRF), district de l'Outaouais ; (c) la responsable de l'Association des Retraités de l'Éducation du Québec (AREQ), district de l'Outaouais, à tous leurs membres (au total, plus de 2000 membres). Par ailleurs, le recrutement de participants via Les Jardins Bellerive, a été rendu possible grâce à l'intervention de l'infirmière du centre avec laquelle nous avons établi une liste de candidats potentiels pouvant participer au projet de recherche, sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion de celui-ci. Enfin, Patrick Voyer du journal La Revue Gatineau, a écrit un article sur le projet de recherche (Annexe I), René Petit du Téléjournal Magazine de Radio-Canada a présenté un reportage concernant la thématique de l'étude et le journal l'Estafette a fait paraître la publicité du projet dans son journal mensuel ainsi que sur son site internet (Annexe J).

Mesures d'exclusion et de contrôle

Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS). L'Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS) (Teng, & Chui, 1987) est un instrument d'évaluation du fonctionnement cognitif général (Annexe L). Elle constitue une version améliorée de l'Échelle de Statut Mental de Folstein (MMSE) en termes de fidélité, sensibilité et spécificité (Hébert, Bravo, & Girouard, 1992). Les items ajoutés à cet instrument évaluent la mémoire à long terme, la fluidité verbale ainsi que la capacité à effectuer des associations sémantiques. Le 3MS comprend 15 items groupés sous 9

catégories : (a) Orientation spatiale (10 points) ; (b) Enregistrement de trois mots (3 points) ; (c) Réversibilité mentale (7 points) ; (d) Rappel de trois mots (9 points) ; (e) Orientation temporelle (15 points) ; (f) Langage (28 points) ; (g) Associations sémantiques (6 points) ; (h) Construction visuelle (13 points) ; (i) Deuxième rappel de trois mots (9 points) (Hébert et al., 1992). Le score maximal est de 100 points. Selon les données de Cappeliez et collègues (1996), pour un sujet avec 8 années ou plus de scolarité, un score inférieur à 80 suggère une atteinte cognitive. Pour un sujet avec 7 années ou moins de scolarité, un score inférieur à 72 dénote une atteinte cognitive. Le temps de passation de cet instrument est de 5 à 10 minutes et il peut être administré dans le contexte d'une entrevue (Cappeliez et al., 1996).

En ce qui concerne les propriétés psychométriques du 3MS (Teng, & Chui, 1987), la fidélité test-retest de la version originale anglaise est de 0.91 à 0.93 (Teng, Chui, Hubbard, & Corgiat, 1987). La sensibilité de ce même instrument original est de 91%, alors que sa spécificité est de 95% utilisé avec un seuil critique de 80 pour le dépistage de la démence (Teng, Chui, & Gong, 1990). Hébert et ses collaborateurs (1992), dans l'adaptation française du 3MS auprès de personnes âgées institutionnalisées de plus de 60 ans, ont rapporté une fidélité test-retest de 0.94, une fidélité inter-juges, pour l'item du pentagone, de 0.95. Pour cet échantillon (86 sujets) la cohérence interne s'élevait à 0.89. Pour leur part, Cappeliez et ses collaborateurs (1996) ont rapporté une cohérence interne de l'adaptation française du 3MS de 0.80 pour un échantillon de 94 sujets. En ce qui a trait à la sensibilité et spécificité de l'instrument dans le contexte du diagnostic de la démence, celles-ci étaient respectivement de 80% et 81% en adoptant le seuil critique de 80 pour tous les participants et de 80% et 96% en adoptant le seuil critique de 80 pour les personnes avec 8 années ou plus de scolarisation et de 72 pour les personnes avec 7 années ou moins de scolarisation (Cappeliez et al., 1996).

Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (IASTA). Il s'agit de la version française du State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) qui a été validée auprès de personnes âgées (Bouchard, Gauthier, Ivers, & Paradis, 1996 ; Bouchard, Ivers, Gauthier, Pelletier, & Savard, 1998 ; Gauthier & Bouchard, 1993) (Annexe M). L'IASTA est un questionnaire divisé en deux sections distinctes comprenant chacune vingt énoncés, soit l'échelle d'anxiété situationnelle (Forme Y1) qui évalue l'état émotionnel actuel du sujet et l'échelle de trait d'anxiété (Forme Y2) qui évalue l'état émotionnel habituel du sujet. Dans le cadre de la présente étude, c'est l'échelle de trait d'anxiété qui a été utilisée (Forme Y2), car nous voulions évaluer le niveau habituel d'anxiété des participants. La version adaptée aux personnes âgées de 65 ans et plus a subi quelques adaptations (Bouchard et al., 1996). D'abord, la taille des caractères du questionnaire a été doublée pour une meilleure lisibilité des items. Également, les chercheurs ont ajouté une présentation du contexte général de l'échelle au tout début de celle-ci. Enfin, les chiffres de l'échelle Likert ont été supprimés et les choix de réponses ont plutôt été regroupés sur une échelle allant de « presque jamais » à « presque toujours ». Les items de ce questionnaire couvrent les domaines suivants : (a) tension ; (b) appréhension ; (c) nervosité ; (d) activité cognitive ; (e) anxiété motrice. Onze énoncés évaluent la présence d'affect négatif et 9 révèlent la présence d'affect positif. Le score global varie entre 20 et 80 pour chaque échelle. Plus le score est élevé, plus l'anxiété est élevée. Le temps requis pour compléter le questionnaire varie entre 10 et 15 minutes. En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de l'IASTA, Gauthier et Bouchard (1993) précisent que les versions française et anglaise sont statistiquement équivalentes. La consistance interne de la forme Y2 est de 0.90 pour l'échantillon de femmes et d'hommes (Gauthier, & Bouchard, 1993). La structure factorielle de l'instrument (ensemble de la matrice de corrélation) révèle des coefficients de 0.94

pour les femmes et de 0.95 pour les hommes ce qui indique que l'IASTA possède des propriétés psychométriques comparables à celles du STAI (Gauthier, & Bouchard, 1993). La validité de construit, pour sa part, révèle un *r* de 0.89 (auprès d'étudiants en situation d'examen et d'étudiants en situation de non-examen) pour l'échelle de traits d'anxiété (Forme Y2). Plus précisément en ce qui a trait aux propriétés psychométriques de la version francophone adaptée à une population âgée de 65 ans et plus, l'étude de Bouchard et ses collaborateurs (1998) révèle un *r de* 0.88 pour l'échelle de traits d'anxiété. Ceci indique que la stabilité test-retest de l'échelle de traits d'anxiété, version adaptée aux personnes âgées de 65 et plus, est très élevée (temps écoulé entre les deux passations : 35 jours). Si nous ne disposons pas de données sur la consistance interne de la version française avec une population de personnes âgées, sur la base d'une autre étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale avec une version traduite de l'IASTA, on peut inférer que les propriétés psychométriques de cet instrument sont adéquates. En effet, cette étude a permis d'établir la consistance interne de l'instrument traduit à 0.94 et 0.86 pour les échantillons masculin et féminin à l'échelle d'anxiété situationnelle et à 0.90 pour l'échelle de trait d'anxiété pour les deux échantillons (Gauthier & Bouchard, 1993).

Indice de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (IQSP). Il s'agit de la version française du Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997 ; Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) (Annexe N). C'est un instrument qui permet : (a) de déterminer les différentes manifestations des problèmes de sommeil sur une période d'un mois d'un point de vue quantitatif et qualitatif ; (b) de calculer un score global renseignant sur le nombre et la sévérité des troubles de sommeil (Carpenter, & Andrykowski, 1998). L'IQSP comporte 24 questions. Dix-neuf sont complétées par le participant et les cinq questions

restantes, par le partenaire de chambre ou de lit du participant. Les items de ce questionnaire couvrent les domaines suivants : (a) qualité du sommeil ; (b) latence du sommeil ; (c) durée du sommeil ; (d) efficacité habituelle du sommeil ; (e) perturbation du sommeil ; (f) prise de médicaments pour dormir ; (g) perturbation durant la journée. Les réponses aux questions exigent soit l'indication d'une quantité (p.ex., Question #4 : nombre d'heures de sommeil par nuit) ou l'utilisation d'une échelle de type Likert répartie en quatre points (p.ex., Question #5 : « pas durant le dernier mois » à « 3 fois ou plus par semaine »). Le score total peut varier entre 0 et 21. Plus il est élevé, plus cela révèle la sévérité d'un trouble du sommeil. Dans le cadre de la présente étude, c'est le score aux dix-neuf premières questions (questions posées au participant seulement) qui a été cumulé, les cinq autres questions, s'adressant au partenaire de chambre ou de lit, n'étant pas pertinentes vu la nature de l'échantillon. Le temps requis pour compléter le questionnaire varie entre 5 à 10 minutes (Buysse et al., 1989).

En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de la version originale anglaise du PSQI, Carpenter et Andrykowski (1998) ainsi que Buysse et collègues (1989) précisent que la consistance interne de cet instrument varie entre 0.80 et 0.83. La validité de construit, pour sa part, révèle un *r* variant de 0.37 pour les items non reliés aux problèmes de sommeil (p.ex., nausée, vomissement) et de 0.69 pour les items liés aux problèmes de sommeil (p.ex., sommeil peu reposant ou difficultés de sommeil au cours de la dernière semaine) (Carpenter & Andrykowski, 1998). Par ailleurs, l'étude de validation de Buysse et collègues (1989), révèle des proportions de 89.6% pour la sensibilité et de 86.5% pour la spécificité pour l'insomnie psychophysiologique en utilisant un score critique de 5 (Gp_1 : personnes n'ayant pas de problème de sommeil ; Gp_2 : personnes ayant un problème de sommeil occasionné par la présence de symptômes de dépression ; Gp_3 : personnes ayant un problème de sommeil

provenant d'une population clinique référée par un médecin généraliste pour évaluation psychiatrique). Quant aux propriétés psychométriques de la version française du PSQI, soit l'IQSP, l'étude de Blais et collaborateurs (1997) fait état des indices de validité interne et de fidélité test-retest de l'instrument. Plus précisément, l'alpha de Cronbach de l'instrument est de 0.88 (n = 79), indiquant une bonne consistance interne de la version française de l'IQSP. Étant donné une corrélation test-retest moyenne, *r* de 0.62 (deux semaines après la première passation), les chercheurs ont appliqué la technique de Haccoun (1987) afin de démontrer que l'instrument traduit est en mesure de produire les mêmes inférences lorsque corrélé à l'instrument originel. La corrélation entre la version anglaise au Temps 1 et française au Temps 2 (deux semaines après la première passation) et la version française au Temps 1 et anglaise au Temps 2 révèle un *r* de 0.94. De la même manière, la corrélation entre la version anglaise aux Temps 1 et 2 (deux semaines après la première passation) est de 0.87. Enfin, la corrélation entre la version française des Temps 1 et 2 (deux semaines après la première passation) est de 0.89. Il appert que l'instrument démontre une bonne stabilité temporelle lorsque administré de nouveau deux semaines après la première passation (Blais et al., 1997). Somme toute, les propriétés psychométriques de la version originale anglaise (PSIQ) ainsi que celles de la version française (IQSP) apparaissent adéquates (Blais et al., 1997 ; Buysse et al., 1989 ; Carpenter & Andrykowski, 1998).

Mesures des variables à l'étude

Variables sociodémographiques et de santé. Les caractéristiques sociodémographiques et de santé suivantes ont été évaluées au moyen d'un questionnaire démographique incluant des questions au sujet de : l'âge, du sexe, de l'éducation, de l'état civil, de l'occupation, de la prise d'hormones de remplacement et de l'état de santé subjective (Annexe K). L'inclusion d'une

mesure de santé subjective dans l'étude est pertinente pour plusieurs raisons. D'après la thèse de doctorat de Sophie Guindon (2007), « la santé subjective représente une mesure économique et valide de l'état de santé général, fortement liée à l'utilisation des services de santé (Ferraro et al., 1997 cité dans Guindon, S., 2007) » (p. 14). De plus, il apparaît que « la santé subjective tend à être congruente avec l'état de santé tel qu'évalué par un médecin (Duckitt, 1983 ; Idler, Hudson, & Leventhal, 1999 ; LaRue, Bank, Jarvik, & Hetland, 1979 ; Leinonen, Heikkinen, & Jylhä, 2002 ; Maddox & Douglas, 1973 ; Melin & Bygren, 1993 ; Schulz et al., 1994, cités dans Guindon, S., 2007) » (p. 11). Enfin, il semble qu'elle soit en mesure de prédire l'espérance de vie suggérant ainsi que « la santé subjective englobe d'autres facteurs et/ou processus importants qui ne sont pas nécessairement mesurés par des indicateurs plus objectifs de la santé » (Guindon, S., 2007, p. 15). Dans le cadre de la présente recherche, la santé subjective a été évaluée à l'aide d'une échelle en 7 points allant de « Très Mauvaise » à « Excellente ».

Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz (FAQ). Notre version du FAQ (Harris, Changas, & Palmore, 1996 ; Matthews, Tindale, & Norris, 1984 ; Palmore, 1977, 1980) est un instrument qui porte principalement sur les conceptions concernant la santé physique, la santé mentale ainsi que de la vie sociale des personnes âgées (Annexe O). Cet instrument a été développé pour évaluer la présence d'attitudes négatives envers le vieillissement chez les personnes âgées (Palmore, 1981). Dans un premier temps, le questionnaire a été traduit en français pour les fins de cette étude, et plus précisément, la version originale anglophone du FAQ a été remise à deux traductrices bilingues. Par la suite, les versions ont été comparées puis corrigées. La version originale anglophone du FAQ (Harris et al., 1996 ; Matthews et al., 1984 ; Palmore, 1977, 1980) comprend 25 questions à choix multiples. Parmi les 25 questions de la version originale du FAQ, les 14 qui comportent des

réponses signifiant la présence d'un biais négatif envers le vieillissement ont été sélectionnées (p.ex. : « Le bonheur chez les personnes âgées est moins courant que chez les personnes plus jeunes »). Chaque item pour lequel la personne avait choisi une réponse signifiant un biais négatif a été scoré pour 1 point. Le score de biais négatifs peut donc se situer entre 0 et 14. Plus le score est élevé, plus il y a présence de biais négatifs. Cette adaptation française du FAQ prend approximativement de 5 à 10 minutes à compléter et peut être administrée dans le cadre d'une entrevue.

Les propriétés psychométriques de la version originale anglaise du FAQ, version à choix multiples, sont insatisfaisantes. En effet, la consistance interne de cet instrument s'élève à 0.36 (Harris, & Changas, 1994). La fidélité de la version originale n'est pas connue. Cette situation et le fait de la traduction de l'échelle nous a incité à vérifier la fidélité test-retest de même que la validité de l'instrument avec une partie de l'échantillon. Ces résultats seront rapportés dans le chapitre Résultats.

Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale (ATTS). Les attitudes envers les médicaments à action ASH, principalement les BZ, ont été mesurées à l'aide de questions formulées par Caplan, Abbey, Abramis, Andrews, Conway et French (1984) et conçues dans le cadre de leur étude sur l'utilisation de psychotropes dans la population générale. L'échelle contient 7 items qui consistent en diverses opinions sur le bien-fondé de l'utilisation de tranquillisants (médicaments pour « les nerfs ou pour dormir »). Ce questionnaire (Annexe P) a pour but d'évaluer les attitudes des gens envers les anxiolytiques et les sédatifs-hypnotiques (ASH). Le score est obtenu grâce à une échelle en 5 points allant de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord ». Le score total peut varier entre 7 et 35. Plus celui-ci est élevé, plus il

est indicateur d'une attitude positive envers les médicaments en question. Plus précisément, un score élevé aux items A, C, D et G et faible aux items B, E et F (items inversés) est indicateur d'une attitude positive envers les médicaments en question. Le questionnaire prend environ 5 minutes à compléter et peut être rempli par l'entremise d'une entrevue avec le participant.

Les propriétés psychométriques de la version originale de l'ATTS (Caplan et al., 1984) sont satisfaisantes. En effet, la consistance interne de l'échelle atteint 0.78 pour l'ensemble de l'échantillon de 675 personnes, dont 209 sont des personnes âgées de 55 à 95 ans. Par ailleurs, la consistance interne de l'échelle atteint 0.80 pour l'échantillon de femmes (n = 391) et 0.76 pour l'échantillon d'hommes (n = 284). En ce qui concerne l'adaptation française de l'ATTS, Pérodeau et Ostoj (1992) ont démontré que cette dernière avait une consistance interne de 0.74 en utilisant un échantillon de 237 personnes âgées entre 65 et 75 ans. Enfin, il est à noter que la stabilité temporelle de cet instrument n'est pas connue.

Mesures des normes subjectives et de la perception de contrôle. La mesure des normes subjectives, ainsi que celle de la perception de contrôle, se basent sur le modèle de la TCP (Azjen, 1988, 2001). S'inspirant de travaux connexes réalisés par Légaré et al. (1995), travaux portant sur le recours à l'hormonothérapie de remplacement auprès de femmes pré-ménopausées, nous avons construit un questionnaire qui évalue l'influence des personnes de l'entourage (enfants, conjoint, amis) et du médecin sur la consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Il s'agit de 6 questions (Annexe Q) qui s'adressent à l'influence (positive ou négative) qu'exercent ces personnes sur la prise ou non de ces médicaments par la personne âgée (p.ex., mes enfants m'encourageraient à prendre un médicament pour les nerfs ou pour dormir). Chaque question propose un choix de cinq réponses sur une échelle de type Likert allant de « Non, pas du tout » à « Oui, fortement ». Le score

maximum pour chaque item est de 5 points (de « Non, pas du tout » : 1 point à « Oui, fortement » : 5 points). Le score total de l'échelle peut se situer entre 6 et 30 points et indique jusqu'à quel point les personnes entourant la personne âgée exercent une influence ou non sur la prise d'une benzodiazépine par la personne âgée. Le questionnaire prend environ 5 minutes à compléter et il peut être rempli par l'entremise d'une entrevue avec le participant.

Les propriétés psychométriques de la version de la mesure de la norme subjective dans l'étude de Légaré et collègues (1995) révèlent un degré de consistance interne de 0.84. Toutefois, il n'y a pas été fait mention de la stabilité temporelle de l'instrument. Dans le cas de la présente étude, comme la mesure des normes subjectives est complètement originale, les propriétés psychométriques de l'instrument ont été vérifiées afin d'en déterminer la stabilité temporelle et validité (voir chapitre des Résultats).

L'échelle de perception de contrôle, qui émane aussi des travaux réalisés par Légaré et al. (1995), comporte 6 items qui évaluent la mesure dans laquelle la personne âgée se perçoit comme pouvant choisir librement de prendre ou non une médication à action ASH, principalement une BZ (Annexe Q). Chaque question offre un choix de cinq réponses de type Likert allant de « Très en désaccord » ou « Très improbable » (score de 1) à « Très en accord » ou « Très probable » (score de 5). Le score à l'item 1 est inversé, c'est-à-dire que « Très en désaccord » vaut 5 points alors que « Très en accord » vaut 1 point. Le score total de l'échelle peut donc se situer entre 6 et 30 points. Plus le score est élevé, plus la personne âgée se perçoit comme disposant de peu de contrôle sur la prise de ces médicaments. En d'autres termes, un score plus élevé reflète une plus grande incapacité de la personne à exercer un choix libre, donc un degré plus élevé de dépendance par rapport aux médicaments à action ASH, particulièrement aux BZ. Le questionnaire prend environ 5 minutes à compléter et il peut être rempli par

l'entremise d'une entrevue avec le participant. Les propriétés psychométriques des échelles des normes subjectives et de la perception de contrôle (fidélité test-retest et validité interne) ont été vérifiées avec une proportion de l'échantillon.

Les propriétés psychométriques de la version de la mesure de la perception de contrôle, dans l'étude de Légaré et collègues (1995), n'ont pu être déterminées car il n'y avait qu'un seul item visant cette variable. Dans le cas de la présente étude, comme la mesure de la perception de contrôle comprend plusieurs items et qu'elle est originale, les propriétés psychométriques de l'instrument ont été vérifiées afin d'en déterminer la stabilité temporelle et la validité (voir chapitre des Résultats).

Mesure de consommation et d'intention de consommer des médicaments à action ASH (BZ). La mesure de consommation est la même que celle utilisée par Pérodeau et Ostoj (1990, 1992). Elle évalue : (1) la consommation antérieure de médicaments à action ASH (BZ) : durée et fréquence de la consommation ; (2) la consommation actuelle de ces médicaments : type, dosage, durée et fréquence (Annexe R).

La mesure de l'intention, pour sa part, a été formulée à partir de celle utilisée dans la recherche de Légaré et collègues (1995). Il s'agit d'une question (Annexe R) sur l'intention de continuer (pour les consommateurs) ou de débuter (pour les non consommateurs) la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, au cours de la prochaine année. Quatre réponses sont possibles dans un format de type Likert de 1 à 4 points (« Non, certainement pas », « Non, probablement pas », « Oui, probablement », « Oui, certainement »). Un score plus élevé pour la personne consommatrice de ces médicaments manifeste une plus forte intention de poursuivre la prise de ces médicaments pour la prochaine année, et un score plus élevé pour la personne non-

consommatrice indique une plus forte intention de débuter la prise de ces médicaments au courant de la prochaine année.

Procédure

Les critères d'inclusion étaient : (a) être âgé d'au moins 55 ans ; (b) parler français ou avoir une bonne compréhension du français écrit et oral ; (c) vivre de manière autonome dans la communauté. Les critères d'exclusion étaient : (a) avoir une atteinte cognitive telle qu'évaluée au moyen du 3MS (voir les seuils critiques ci-dessous) ; (b) indication par le participant ou la participante que ses conditions de santé ne lui permettent pas de participer (p.ex., arthrose, handicap visuel et/ou auditif, paralysie).

Par ailleurs, dans la mesure où les BZ représentent le groupe principal de médicaments prescrits par les médecins aux personnnes âgées et que la littérature est plus abondante et constante en ce qui a trait au phénomène de consommation de BZ par cette population, nous avons cherché surtout à recruter des personnes âgées consommatrices de BZ, mais nous avons accepté également la participation des personnes âgées qui faisaient présentement usage d'autres médicaments à action ASH, tels que certains antidépresseurs.

Aussi, nous avons cherché à respecter la proportion de deux femmes pour un homme (Cohen & Collin, 1997), dans le recrutement des participants consommateurs en misant davantage sur des lieux où l'on retrouve plus de femmes (p.ex., Académie des Retraités de l'Outaouais, Association des Retraités de l'Enseignement du Québec) et en précisant aux médecins généralistes nous fournissant des références que nous cherchions davantage des candidates féminines pour le projet de recherche.

Les personnes intéressées par le projet de recherche ont été contactées individuellement, informées du propos de la recherche et invitées à prendre rendez-vous avec

l'étudiante de doctorat. Selon les préférences et la mobilité du participant, les rencontres pouvaient se dérouler : (a) au bureau de l'étudiante situé sur le campus de l'Université d'Ottawa ; (b) dans un local de l'Académie des Retraités de l'Outaouais ; (c) dans un local de la Clinique Médicale de Touraine ou ; (d) dans un local des Jardins Bellerive. Afin d'éliminer l'effet de problèmes de vision ou d'écriture causés par un handicap quelconque ou simplement en raison de l'âge avancé du participant, les questionnaires furent administrés dans le cadre d'une entrevue d'une durée approximative de 45 à 75 minutes. Avant de débuter l'entrevue, chaque participant devait prendre connaissance du formulaire de consentement et le signer pour attester de sa participation volontaire au projet de recherche. Par la suite, nous avons administré le 3MS pour dépister un déficit cognitif chez le participant. Dans le cas où le participant présentait un déficit cognitif décelé à l'aide du 3MS, une lettre lui expliquant les limites de cet instrument lui était remise de même que diverses ressources à contacter (Annexe S). Les personnes ne présentant pas de déficit cognitif selon les normes envisagées (voir plus haut dans la description du 3MS) ont ensuite répondu aux questionnaires de l'étude.

Ce sont 154 personnes âgées, 62 consommateurs et 92 non-consommateurs, qui ont été recrutés dans le cadre de la présente recherche. Les caractéristiques des participants seront présentées dans le chapitre Résultats.

Afin de vérifier la fidélité et la validité (consistance interne) des instruments traduits et créés, nous avons administré (envoi postal avec instructions) (Annexe T) une seconde fois, trois mois après la première administration, le questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du FAQ, le questionnaire sur les normes subjectives, ainsi que celui sur la perception de contrôle, à un sous-échantillon de participants sélectionnés au hasard (n = 47).

Une fois le projet de recherche terminé, une lettre résumant les principaux résultats de l'étude fût envoyée à tous les participants (Annexe U).

Analyses statistiques

Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Une analyse de régression logistique hiérarchique a été effectuée en trois étapes successives afin de tester les hypothèses portant sur la consommation actuelle de ces médicaments. Cette analyse implique l'ensemble de l'échantillon (consommateurs et non-consommateurs). Étape 1 : introduction en bloc des variables suivantes : caractéristiques sociodémographiques et de santé (âge, anxiété, éducation, état civil, état de santé perçu, état du sommeil, hormonothérapie de remplacement, occupation et sexe). Étape 2 : introduction de la variable des attitudes envers le vieillissement. Étape 3 : introduction en bloc des trois variables du modèle de la Théorie du Comportement Planifiée, soit les attitudes envers le comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle. La variable dépendante dichotomique était : (1) consommation de médicaments à action ASH (BZ) (score de 1) (2) non-consommation (score de 2).

Puissance statistique. La puissance statistique de l'échantillon total (n = 154) a été calculée à l'aide du programme informatique PASS 2008 (Hintze, 2008). Plus précisément, nous avons pris la plus forte corrélation existante entre la variable dépendante et les variables indépendantes (0.55, Tableau 7), de même que l'alpha (0.05), la taille de l'échantillon (n = 154) et la taille de l'effet attendu (0.80) pour déterminer la puissance statistique de notre échantillon. Pour 154 participants, nous obtenons une puissance statistique de 39% à un niveau de signification .05. Ceci signifie que nous avons 39% de chances de rejeter une hypothèse nulle erronée (H_0). Autrement dit, on peut s'attendre dans seulement 39% des cas à relever un résultat

significatif. Comme nous le verrons plus loin, malgré cette puissance relativement faible, nous avons obtenu des résultats significatifs (Tableau 8) au sein de l'échantillon (voir la section des Résultats).

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de *médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs.* Pour le sous-échantillon de consommateurs, une analyse de régression logistique hiérarchique a été effectuée sur la base des variables qui se sont avérées être des prédicteurs significatifs dans le modèle de régression logistique final de l'étude 1. Étape 1 : introduction en bloc des variables sociodémographiques et de santé. Étape 2 : introduction en bloc des variables du modèle de la TCP, sur la variable dépendante dichotomique : (1) intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (BZ) (score de 1) (2) intention de ne pas poursuivre la prise de ces médicaments (score de 2).

Puissance statistique. La puissance statistique de l'échantillon de consommateurs (n = 62) a été calculée à l'aide du programme informatique PASS 2008 (Hintze, 2008). Toute comme pour l'étude 1, nous avons pris la plus forte corrélation existante entre la variable dépendante et les variables indépendantes (0.55, Tableau 7), de même que l'alpha (0.05), la taille de l'échantillon (n = 62) et la taille de l'effet attendu (0.80) pour déterminer la puissance statistique de notre échantillon. Pour 62 participants, nous obtenons une puissance statistique de 19% à un niveau de signification .05. Ceci signifie que nous avons 19% de chances de rejeter une hypothèse nulle erronée (H_0). Autrement dit, on peut s'attendre dans seulement 19% des cas à relever un résultat significatif. Il est à noter que malgré cette faible puissance, des résultats significatifs ont été obtenus (Tableau 9) au sein de l'échantillon (voir la section des Résultats).

Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs. Pour le sous-échantillon de non-consommateurs, une analyse de

régression logistique hiérarchique a été effectuée sur la base des variables qui se sont avérées être des prédicteurs significatifs dans le modèle de régression logistique final de l'étude 1. Étape 1 : introduction en bloc des variables sociodémographiques et de santé. Étape 2 : introduction en bloc des variables du modèle de la TCP, sur la variable dépendante dichotomique : (1) intention de débuter la prise de médicaments à action ASH (BZ) (score de 1) (2) intention de ne pas débuter la prise de ces médicaments (score de 2).

Puissance statistique. La puissance statistique de l'échantillon de non-consommateurs (n = 92) a été calculée à l'aide du programme informatique PASS 2008 (Hintze, 2008). Ici aussi, nous avons pris la plus forte corrélation existante entre la variable dépendante et les variables indépendantes (0.55, Tableau 7), de même que l'alpha (0.05), la taille de l'échantillon (n = 92) et la taille de l'effet attendu (0.80) pour déterminer la puissance statistique de notre échantillon. Pour 92 participants, nous obtenons une puissance statistique de 26% à un niveau de signification .05. Ceci signifie que nous avons 26% de chances de rejeter une hypothèse nulle erronée (H_0). Autrement dit, on peut s'attendre à relever un résultat significatif dans seulement 26% des cas. Il est à noter que malgré cette faible puissance, des résultats significatifs ont été obtenus (Tableau 10) au sein de l'échantillon (voir la section des Résultats).

CHAPITRE 3

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon total

Le tableau 1 présente l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et personnelles de l'échantillon total (n = 154). Ce sont cent cinquante-quatre adultes âgés (96 femmes, 58 hommes), qui ont participé au projet de recherche, soit 62.4 % de femmes et 37.6 % d'hommes. Cet échantillon de 2 femmes : 1 homme correspond à la représentation des femmes et des hommes dans ce groupe d'âge dans la population en général. Plus précisément en ce qui concerne l'âge, 60 (39%) participants étaient âgés de 55 à 64 ans, 54 (35%) participants de 65 à 74 ans, 32 (20.8%) participants de 75 à 84 ans, et 8 (5.2%) participants de 85 ans et plus.

Tableau 1

Données sociodémographiques et personnelles de l'échantillon total (n =154)

Variables	Moyenne	ÉT	*n*	(%)
Âge	68.6	(9.15)		
Éducation	14.57	(5.4)		
Santé Subjective	5.45	(1.15)		
Sexe				
Femmes			96	(62.3%)
Hommes			58	(37.7%)
État civil				
Marié			80	(52%)
Veuf			28	(18.2%)
Séparé/divorcé			26	(16.9%)
Célibataire			13	(8.4%)
Conjoint de fait			7	(4.5%)
Occupation				
Retraité			131	(85%)
Travailleur temps plein			17	(11%)
Travailleur temps partiel			6	(4%)
Hormones				
Oui			18	(27.7%)
Non			136	(72.3%)
Consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ				
Oui			62	(40.2%)
Non			92	(59.8%)
Intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ (consommateurs, n =62)				
Oui			49	(79%)
Non			13	(21%)
Intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ (non-consommateurs, n =92)				
Oui			20	(21.7%)
Non			72	(70.3%)

Caractéristiques des sous-échantillons des consommateurs et des non-consommateurs

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et personnelles pour les sous-échantillons des consommateurs et des non-consommateurs.

L'échantillon des consommateurs (n = 62) est composé de 44 femmes et de 18 hommes, soit 64.5% de femmes et 35.5% d'hommes. En ce qui concerne l'âge, 20 (32.3%) participants étaient âgés de 55 à 64 ans, 16 (25.8%) participants de 65 à 74 ans, 18 (29%) participants de 75 à 84 ans, et 8 (12.9%) participants de 85 ans et plus. Des 44 femmes composant l'échantillon de consommateurs de BZ, 9 (14.5%) prenaient également des hormones de remplacement.

L'échantillon des non-consommateurs (n = 92) est composé de 52 femmes et de 40 hommes, soit 56.5% de femmes et 43.5% d'hommes. En ce qui concerne l'âge, 40 (43.5%) participants étaient âgés de 55 à 64 ans, 38 (41.3%) participants de 65 à 74 ans et 14 (15.2%) participants de 75 à 84 ans, et aucun de 85 ans et plus. Des 52 femmes composant l'échantillon de non-consommateurs, 9 (9.8%) prenaient également des hormones de remplacement.

Tableau 2

Données sociodémographiques, personnelles de l'échantillon de consommateurs (n = 62) et de non-consommateurs (n = 92)

Variables	Consommateurs		Non-consommateurs		
	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT	*t*
Âge	71.4	(11.07)	66.75	(7.08)	3.14**
Éducation	13.19	(5.71)	15.5	(5.01)	- 2.65**
Santé Subjective	4.95	(1.22)	5.78	(0.97)	- 4.69***
	N (%)		*N* (%)		x^2
Sexe					
Femmes	44 (64.5%)		52 (56.5%)		0.16
Hommes	18 (35.5%)		40 (43.5%)		
État civil					
Marié	20 (32.3%)		60 (65.2%)		10.84**
Veuf	19 (30.6%)		14 (15.2%)		
Séparé/divorcé	12 (19.4%)		9 (9.8%)		
Célibataire	10 (16.1%)		6 (6.5%)		
Conjoint de fait	1 (1.6%)		3 (3.3%)		
Occupation					
Retraité	53 (85.5%)		78 (84.8%)		0.01
Travailleur temps plein	8 (12.9%)		9 (9.8%)		
Travailleur temps partiel	1 (1.6%)		5 (5.4%)		
Hormones					
Oui	9 (14.5%)		9 (9.8%)		0.80
Non	53 (85.5%)		83 (90.2%)		
Intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ (consommateurs, n = 62)					
Oui	49(79%)				
Non	13 (21%)				
Intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ (non-consommateurs, n = 92)					
Oui			20 (21.7%)		
Non			72 (78.3%)		

* $p < .05$
** $p < .01$
*** $p < .001$

Différences entre les consommateurs et non-consommateurs pour les variables sociodémographiques et personnelles

Le tableau 2 présente les résultats des tests de différences entre consommateurs et non-consommateurs effectués sur les variables sociodémographiques et personnelles. L'échantillon des consommateurs est significativement plus âgé, moins scolarisé et perçoit sa santé comme moins bonne que l'échantillon de non-consommateurs. En ce qui a trait à l'état civil, la différence significative entre les consommateurs et les non-consommateurs est attribuable au fait que les consommateurs vivent seuls (célibataires, divorcés, séparés et veufs) dans une plus grande proportion que les non-consommateurs qui eux, sont en majorité en situation de couple.

Différences entre les consommateurs et non-consommateurs pour les variables principales de l'étude

Le tableau 3 présente les résultats des tests de différences effectués avec les variables principales de l'échantillon de consommateurs et de non-consommateurs. Sont aussi inclus les résultats à la deuxième prise de mesure, trois mois après la première (T_2), pour le sous-échantillon qui a servi à la vérification des propriétés psychométriques de certains instruments (22 consommateurs et 25 non-consommateurs).

Les scores des consommateurs sont significativement différents des non-consommateurs pour la mesure d'anxiété, de trouble du sommeil, d'attitudes envers les tranquillisants, de normes subjectives (T_1 et T_2), ainsi que de perception de contrôle (T_1 et T_2). Plus spécifiquement, comparativement aux non-consommateurs, les consommateurs rapportent un degré plus élevé d'anxiété et de problèmes de sommeil. Il est à noter que ces niveaux restent cependant dans la fourchette du niveau modéré pour l'anxiété tout comme pour les problèmes de sommeil. Par ailleurs, bien que les attitudes des consommateurs envers les BZ soient également plutôt modérées, les consommateurs sont plus favorables aux médicaments à action ASH, surtout aux BZ, que les non-consommateurs. Il n'y a pas de différence significative entre les consommateurs et non-consommateurs en ce qui a trait aux attitudes négatives envers le vieillissement. Les consommateurs ressentent une influence plus forte des membres de l'entourage (conjoint, enfant, amis, médecin) dans l'encouragement à consommer ces médicaments comparativement aux non-consommateurs. Cette différence est présente aux deux temps de mesure pour le sous-échantillon testé deux fois. Les consommateurs manifestent un moindre contrôle sur leur prise de ces médicaments (plus grande dépendance), que les non-consommateurs. Rappelons qu'un score plus élevé à cette

mesure reflète un contrôle plus faible. Cette différence est aussi présente aux deux temps de mesure pour le sous-échantillon testé deux fois.

Tableau 3

Moyennes, écarts types et test de différences des principales variables de l'échantillon de consommateurs (n = 62) et de non-consommateurs (n = 92)

Instruments de mesure	Groupes	Moyenne	*t*
IASTA	C	36.84 (9.27)	4.63***
	NC	30.68 (7.19)	
IQSP	C	7.87 (4.03)	7.14***
	NC	4.12 (2.49)	
ATTS	C	22.48 (4.95)	5.12***
	NC	18.21 (5.17)	
FAQ (T_1)	C	6.92 (2.26)	1.77
	NC	6.28 (2.14)	
Normes subjectives (T_1)	C	18.16 (4.80)	5.62***
	NC	13.38 (5.42)	
Perception de contrôle (T_1)	C	16.29 (3.96)	12.55***
	NC	8.82 (3.63)	
FAQ (T_2)	C	7.14 (2.17)	1.41
	NC	6.28 (1.99)	
Normes subjectives (T_2)	C	20.59 (3.75)	6.58***
	NC	11.88 (5.11)	
Perception de contrôle (T_2)	C	15.77 (2.91)	7.37***
	NC	9.04 (3.40)	

*** $p < .001$

Note.

IASTA = Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété. IQSP = Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh. ATTS = Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale. FAQ = Questionnaire sur le vieillissement adaptation française du Facts on Aging Quiz. (T_1) = première administration. (T_2) = deuxième administration 3 mois après la première administration à un échantillon de 22 consommateurs et 25 non-consommateurs.

Description des principaux anxiolytiques utilisés par les consommateurs

Pour catégoriser les médicaments à action anxiolytique et sédative-hypnotique, nous nous sommes basés sur la classification de Cohen et al. (1995) et Perry et al. (1997). Les types de médicaments à action anxiolytique utilisés par les consommateurs sont présentés au Tableau 4. Quarante et une personnes parmi les 62 consommateurs de médicaments à action ASH, utilisent des médicaments à action anxiolytique. La grande majorité de ces médicaments (83%) sont des BZ dont le Lorazépam, Clonazépam et Oxazépam. Dix-sept pour cent de ces consommateurs prennent un médicament pour sa propriété anxiolytique autre qu'une BZ. Parmi ces médicaments, on retrouve des antidépresseurs avec action anxiolytique (p.ex., Paroxétine) ou anxiolytique et sédative (p.ex., Doxépine ; un seul participant). Par ailleurs, la durée moyenne de consommation varie considérablement selon le type de médicament consommé. Pour la très grande majorité des consommateurs (93%), la prise de médicaments est plutôt de longue durée (> 12 mois).

Tableau 4

Classification des anxiolytiques utilisés par les consommateurs (n = 41)

Médicaments	N (%)	Dosage moyen	Dosage Étendue	Durée Étendue
Alprazolam	2 (4.8 %)	0.5 mg	s/o	15 – 25 ans
Bromazépam	2 (4.8 %)	4.5 mg	3 – 6 mg	16 – 32 ans
Clonazépam	10 (24.4 %)	1.07 mg	0.25 – 5 mg	2 mois – 29 ans
Lorazépam	13 (31.8 %)	1.4 mg	0.5 – 5 mg	4 – 32 ans
Oxazépam	7 (17.1 %)	15.7 mg	5 – 30 mg	6 mois – 30 ans
Autres	7 (17.1 %)	71.4 mg	20 – 150 mg	3.5 mois – 26 ans

Note.

Autres = antidépresseur tricyclique pour la dépression et l'anxiété (Doxépine); Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérontonine pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Paroxétine).

Description des principaux sédatifs-hypnotiques utilisés par les consommateurs

Les médicaments à action sédative-hypnotique utilisés par les consommateurs sont présentés au Tableau 5. Parmi les 62 participants consommateurs de médicaments à action ASH, surtout de BZ, il est à noter que 5 consommaient de manière concomitante un anxiolytique et un sédatif-hypnotique. Ceci explique que le nombre de consommateurs d'anxiolytiques (n = 41) additionné au nombre de consommateurs de sédatifs-hypnotiques (n = 26) dépasse le nombre total de participants consommateurs (n = 62). Parmi les médicaments à action sédative-hypnotique les plus utilisés, on retrouve le Témazépam, une BZ à action hypnotique, la Doxylamine (un anti-histaminique avec action hypnotique) et le Trazodone (un anti-dépresseur avec action hypnotique). Les autres médicaments sédatifs-hypnotiques communs sont le Nitrazépam et le Zopiclone, des BZ hypnotiques. Parmi les consommateurs qui prennent un médicament sédatif-hypnotique classifié comme « Autres », on retrouve des sédatifs-hypnotiques antihistaminiques communs ou consommés par un seul participant (p.ex., Doxylamine). Également, la durée moyenne de consommation des sédatifs-hypnotiques varie considérablement selon le type de médicament. Pour la très grande majorité des consommateurs (92%), la prise de sédatifs-hypnotiques est aussi plutôt de longue durée (> 12 mois).

Tableau 5

Classification des sédatifs-hypnotiques utilisés par les consommateurs (n = 26)

Médicaments	N (%)	Dosage moyen	Dosage Étendue	Durée Étendue
Nitrazépam	1 (3.9 %)	10 mg	10 mg	30 ans
Témazépam	5 (19.2 %)	38 mg	15 – 100 mg	1 – 20 ans
Zopiclone	3 (11.5 %)	6.2 mg	3.5 – 7.5 mg	6 mois – 10 ans
Autres	17 (65.4 %)	75.6 mg	15 – 150 mg	1 – 32 ans

Note.

Autres = sédatif-hypnotique antihistaminique (Doxylamine); antidépresseur et sédatif (Trazodone).

Analyses préliminaires

Postulats de base et recodage des données. Il n'y avait pas de données manquantes. Les postulats de base suivants ont été vérifiés : normalité, linéarité et multicolinéarité. Bien que la régression logistique n'exige pas une distribution normale et linéaire des prédicteurs (Tabachnick & Fidell, 2001), la variable de la perception de contrôle, présentant une dissymétrie modérément positive, a tout de même été transformée à l'aide de la méthode « Square Root « (SQRT) afin d'en améliorer la normalité, linéarité et l'homoscédasticité. La variable de l'occupation a été transformée en variable dichotomique étant donné qu'une majorité de participants possédaient le statut de retraité (85%), en contraste avec le statut d'employé à temps plein (11%) et à temps partiel (4%). Nous avons regroupé le statut d'employé à temps plein et temps partiel sous une même catégorie afin d'améliorer la normalité de la distribution pour cette variable.

Par ailleurs, nous avons vérifié la présence de valeurs extrêmes multivariées par l'entremise d'une régression linéaire. La distance de Mahalanobis ne dépassant pas le seuil critique de 34.528 à $p = .001$ pour les 13 variables indépendantes, aucune valeur extrême multivariée ne fut identifiée.

La régression logistique suppose l'indépendance des variables prédictrices. Dans le cas où les variables prédictrices ne sont pas indépendantes (multicolinéarité) il y a de fortes probabilités que les coefficients soient estimés incorrectement. Nous avons utilisé le facteur d'inflation de la variance des prédicteurs (Variance Inflation Factor) pour vérifier la présence de multicolinéarité. Pour chacune des variables prédictrices, la valeur de l'indice variait entre 1.119 à 1.826. La valeur du facteur d'inflation ne dépassant pas le seuil critique de 10, on peut conclure en l'absence de multicolinéarité.

La variable *état civil* qui présentait plusieurs catégories a été recodée en variable dichotomique pour les fins de l'analyse de régression logistique. Les catégories (1 = marié(e) et 2 = conjoint(e) de fait) ont été regroupées sous la catégorie (0 = en couple) et les catégories (3 = séparé(e)/divorcé(e), 4 = célibataire et 5 = veuf/ve) ont été regroupées sous la catégorie (1 = non marié). Ce fut également le cas pour la variable dépendante de l'intention qui présentait plusieurs catégories et qui a été recodée en variable dichotomique. Les catégories (1 = non, certainement pas et 2 = non, probablement pas) ont été regroupées sous la catégorie (0 = non) et les catégories (3 = oui, probablement et 4 = oui, certainement) sous la catégorie (1 = oui).

Fidélité et validité de certains questionnaires utilisés. Comme mentionné plus haut, quarante-sept participants sélectionnés au hasard (22 consommateurs et 25 non-consommateurs) ont complété trois questionnaires (Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz, Normes subjectives et Perception de contrôle) une seconde fois, trois mois après la première administration. Les résultats, incluant le coefficient de Pearson entre les deux administrations, ainsi que l'alpha de Cronbach, pour la mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale (ATTS), Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz (FAQ), Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz – post (FAQ – post), Normes subjectives, Normes subjectives – post, Perception de contrôle ainsi que Perception de contrôle – post, sont rapportés au Tableau 6. Pour chacune des échelles, le coefficient de Pearson se situait au-dessus de .60, ce qui appuie la fidélité des instruments. Pour la mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale (ATTS) et la mesure des Normes

subjectives, l'alpha de Cronbach se situait au-dessus du seuil critique de .70, reflétant un bon indice de validité interne. Toutefois, pour l'échelle de Perception de contrôle ainsi que pour le Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz, l'alpha de Cronbach est plutôt faible à respectivement 0.56 et 0.61.

Tableau 6

Fidélité et validité des questionnaires FAQ, normes subjectives et perception de contrôle

Instrument de mesure	# d'items	Corrélation de Pearson	Alpha de Cronbach
ATTS	7	-	0.86**
FAQ	14	0.78**	0.61**
Normes subjectives	6	0.74**	0.88**
Perception de contrôle	6	0.62**	0.56**

** $p < .01$

Note. ATTS = Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adapation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale. FAQ = Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz.

Inter-corrélations entre les variables. Les relations entre les variables de l'étude ont été examinées au moyen des corrélations de Pearson (entre variables continues) et bisérialles (entre variables dichotomiques et variables continues). Les résultats de cette analyse se trouvent au Tableau 7. En examinant les données, on observe qu'il existe plusieurs liens significatifs entre les variables bien que les corrélations soient, pour la très grande majorité des variables, plutôt modérées. D'abord, à un alpha de .01, un âge plus avancé est associé à un niveau de scolarité moindre et à un statut de personne non mariée (célibataire, divorcé, séparé ou veuf). Par ailleurs, l'âge est corrélé négativement avec l'occupation. Ceci reflète le fait qu'il y a un plus grand nombre de personnes retraitées au sein des personnes plus âgées. Comparativement aux hommes, il y a plus de femmes âgées qui sont mariées ou conjointes de fait et elles vivent davantage d'anxiété et de problèmes liés au sommeil. Par ailleurs, les femmes âgées de cet échantillon sont plus éduquées que les hommes. En ce qui a trait au niveau d'éducation, à un alpha de .01, il est corrélé négativement avec l'état civil, la présence d'anxiété et la perception de contrôle. Plus précisément, un niveau d'éducation plus élevé est associé à un statut de personne mariée, à un niveau d'anxiété moindre et à un plus grand contrôle quant au choix prendre ou non des médicaments à action ASH, particulièrement des BZ.

En ce qui concerne la santé subjective, à un alpha de .01, celle-ci est corrélée négativement avec le niveau d'anxiété, les problèmes de sommeil, de même que les normes subjectives et la perception de contrôle. Il semble donc qu'un état de santé perçu comme étant mauvais, soit associé à une plus forte présence de problèmes d'anxiété et de sommeil, à une impression plus importante d'être encouragé par l'entourage immédiat à prendre un médicament pour l'anxiété et/ou l'insomnie, ainsi qu'à une perception de contrôle moindre quant au choix de recourir ou non à ce type de médication. Le niveau d'anxiété est corrélé positivement, à un

alpha de .01, aux problèmes de sommeil ainsi qu'à la perception de contrôle. Ceci signifie qu'un niveau d'anxiété plus élevé est associé à la présence de plus de problèmes de sommeil. D'autre part, plus le niveau d'anxiété est élevé, moins la personne âgée se perçoit en contrôle (décider librement) de prendre ou non des médicaments à action ASH, particulièrement des BZ. En ce qui a trait à la qualité du sommeil, tout comme pour celle de l'anxiété, à un alpha de .01, elle est corrélée positivement aux normes subjectives ainsi qu'à la perception de contrôle. Une présence plus forte de problèmes liés au sommeil est associée à un entourage immédiat plus favorable à la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de benzodiazépines par la personne âgée et à un moindre sentiment de contrôle (décider librement) quant à la prise ou non de ces médicaments. Pour sa part, la variable des attitudes envers le vieillissement est corrélée positivement, à un alpha de .01, aux normes subjectives ainsi qu'à la perception de contrôle. Ceci signifie qu'un degré plus fort d'attitudes négatives envers le vieillissement, est associé à un niveau plus élevé d'attitudes favorables de la part de l'entourage envers le recours aux médicaments à action ASH, particulièrement aux BZ ainsi qu'à un sentiment de contrôle moindre. Enfin, les normes subjectives sont corrélées positivement avec la perception de contrôle. Plus les gens de l'entourage immédiat sont favorables à la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ par la personne âgée, moins cette dernière se perçoit en contrôle d'y recourir ou non.

Tableau 7

Corrélations entre les variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Âge		-.05	-.41**	.53**	-.41**	-.16*	.15	.08	.04	.19*	-.15	-.01	.16*
2. Sexe			.21**	-.23**	-.06	.035	.28**	-.22**	-.28**	-.13	-.01	.07	-.07
3. Éducation				-.46**	.17*	.14	-.05	-.26**	-.19*	-.19*	.13	-.07	-.24**
4. État civil					-.15	-.16	-.09	.15	.13	.15	-.11	.01	.14
5. Occupation						.09	-.13	.06	.14	-.08	.03	-.03	-.09
6. Santé							-.05	-.35**	-.36**	-.02	-.17*	-.22**	-.31**
7. Hormones								-.01	-.19*	-.17*	-.06	.07	-.04
8. IASTA									.49**	.09	.16*	.17*	.30**
9. IQSP										.07	.14	.21**	.36**
10. ATTS											-.08	.01	.12
11. FAQ												.55**	.41**
12. Normes Subjectives													.54**
13. Perception de Contrôle													

Note.
1. IASTA = Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété. IQSP = Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh. ATTS = Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), adaptation française de l'échelle Attitude Toward Tranquillizer Scale. FAQ = Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz.
2. Corrélations bi-variées qui ont été effectuées avec les données brutes continues (Corrélations de Pearson).
3. État civil, Hormones, Occupation et Sexe sont des variables dichotomiques (Corrélations bisérialles).
*$p < .05$, **$p < .01$

Analyses principales

Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ. Une analyse de régression logistique hiérarchique a été effectuée afin d'évaluer dans quelle mesure : (1) les caractéristiques sociodémographiques et de santé (âge, sexe, éducation, état civil, occupation, état de santé subjective, hormonothérapie de remplacement) ; (2) la variable « attitudes envers le vieillissement » et ; (3) les trois variables du modèle de la Théorie du Comportement Planifié, soit les attitudes envers les médicaments à action ASH, particulièrement les benzodiazépines, les normes subjectives et la perception de contrôle, rendent compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de benzodiazépines. Les trois blocs de variables ont été introduits de la manière suivante dans l'analyse : Étape 1 : introduction en bloc des variables sociodémographiques et de santé ; Étape 2 : variable des attitudes envers le vieillissement et ; Étape 3 : introduction en bloc des variables de la TCP (attitudes envers les médicaments à action ASH, BZ), normes subjectives et perception de contrôle. Aux étapes 1 et 2, la contribution de toutes les variables a été évaluée simultanément. Par contre, à l'étape 3 les variables de la TCP ont été entrées séquentiellement. Si l'inclusion d'une des variables contribuait au modèle, alors elle était retenue et les autres étaient par la suite re-testées pour voir si elles contribuaient encore au succès du modèle. Si elles ne le faisaient pas, elles étaient retirées. L'utilisation de cette méthode permet d'arriver au plus petit set possible de variables prédictrices à inclure dans le modèle. Le tableau 8 présente les résultats de cette analyse.

Le critère de correction de Bonferroni n'a pas été employé dans ce modèle étant donné l'indépendance du phénomène étudié dans les sous-études 1, 2 et 3.

Le modèle de l'étape 1, avec l'inclusion des variables sociodémographiques et de santé, covarie de manière significative avec la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ (chi-carré omnibus = 70.63, dl = 9, $p < .001$). Ce modèle rend compte de 37 à 50% de la variance de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, permettant de classifier avec succès 88% des non-consommateurs et 69% des consommateurs, pour un pourcentage total de 81%. Il ressort que, parmi les variables sociodémographiques et de santé, l'état civil et les problèmes de sommeil sont les variables significativement liées à la consommation actuelle de ces médicaments. Les valeurs des coefficients indiquent qu'être célibataire, divorcé/séparé, ou veuf (plutôt qu'en couple) est associé à une augmentation du risque d'être consommateur par un facteur de 0.24. Par ailleurs, une augmentation d'une unité au score de problèmes de sommeil est associée à une augmentation du risque d'être consommateur par un facteur de 0.74.

L'hypothèse 1 de l'étude proposait qu'un âge plus avancé, une scolarisation moindre (moins de 8 années), le statut de veuf ou de célibataire, le sexe féminin, un plus haut niveau d'anxiété, un mauvais état de sommeil, le fait de ne pas recourir à l'hormonothérapie de remplacement et un mauvais état de santé perçu, seraient reliés à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Cette hypothèse est partiellement appuyée par les résultats. Seuls l'état civil (être célibataire, divorcé, séparé ou veuf) et la présence de problèmes de sommeil plus importants (p.ex., insomnie) sont liés de manière significative à la consommation actuelle de ces médicaments BZ.

Le modèle de l'étape 2, avec l'inclusion de la variable des attitudes envers le vieillissement, n'apporte pas d'ajout significatif à l'explication de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ (chi-carré omnibus = 0.45, dl = 1, NS). Ce

modèle explique un pourcentage inchangé de la variance de la consommation (37-50%). Il permet de classifier avec succès 88% des non-consommateurs et 68% des consommateurs, ce qui n'est pas un progrès par rapport au modèle de l'étape 1. En somme, il en ressort que la variable des attitudes envers le vieillissement n'apporte rien à l'explication de la consommation actuelle de ces médicaments en sus des variables déjà inclues dans le modèle de l'étape 1. Ainsi, il en ressort que l'hypothèse 2 de cette étude, qui proposait que la présence d'une perception plus négative du vieillissement serait reliée positivement à la consommation actuelle de ces médicaments, est infirmée.

Finalement, le modèle de l'étape 3, avec l'inclusion des variables issues de la TCP ajoute un poids significatif à l'explication de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ (chi-carré omnibus = 72,50, dl = 2, $p < .001$). Ce modèle rend compte de 61 à 82% de la variance dans la consommation actuelle de BZ, permettant de classifier avec succès 92% des non-consommateurs et 90% des consommateurs. Au total, 92% des classifications, sur base de ce modèle complet, sont exactes. De ce modèle final, il ressort qu'un âge plus avancé, un statut de non-marié (célibataire, divorcé, séparé ou veuf) et la présence de problèmes de sommeil plus importants, ainsi que des attitudes favorables vis-à-vis de ces médicaments et une moindre perception de contrôle, sont les variables qui covarient avec la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Les valeurs des coefficients indiquent qu'une augmentation d'une année en âge est associée à une augmentation du risque de consommation par un facteur de 0.88. Une augmentation d'une unité au score de troubles du sommeil est associée à une augmentation du risque de consommation par un facteur de 0.69. Le statut de non marié, plutôt que marié, est associé à une augmentation de ce risque par un facteur de 0.15. Une augmentation d'une

unité au score des attitudes favorables envers les médicaments à action ASH (BZ), est associée à une augmentation de ce même risque par un facteur de 0.86. Finalement, une augmentation d'une unité au score de perception de contrôle (dans la direction d'une perception plus faible) est associée à une augmentation du risque de consommation par un facteur de 0.03.

Ainsi donc, l'hypothèse 3, qui proposait que la présence d'une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH, principalement les BZ, rendrait compte de la consommation actuelle, est appuyée par les résultats. Pour sa part, l'hypothèse 4 de l'étude, qui proposait que la présence d'une attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer des BZ, serait reliée positivement à la consommation actuelle de ces médicaments est infirmée. Cette variable, en raison de l'utilisation de la méthode d'introduction séquentielle qui retire automatiquement les variables qui ne contribuent pas au succès du modèle testé, ne ressort pas dans la dernière itération et donc, n'a pas été retenue pour expliquer le modèle. Enfin, l'hypothèse 5 de l'étude, qui proposait qu'une perception de faible contrôle sur la prise de ces médicaments serait reliée positivement à leur consommation actuelle est appuyée par les résultats. La pertinence de deux des trois variables de la TCP se trouve donc appuyée par les résultats.

Tableau 8

Sous-étude 1 : variables prédictrices de la consommation actuelle de médicaments à action ASH (BZ)

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	ΔR^2 Cox & Snell	ΔR^2 Nagelkerke
Étape 1 : variables sociodémographiques et de santé						0.37	0.50
Âge	-0.06	0.03	3.50	0.06	0.95		
Éducation	-0.01	0.04	0.08	0.77	0.99		
État civil	-1.43	0.45	9.97	0.00**	0.24		
Hormonothérapie	0.24	0.66	0.13	0.72	1.27		
Occupation	-0.17	0.65	0.07	0.79	0.84		
Santé subjective	0.41	0.21	3.65	0.06	1.51		
Sexe	-0.26	0.50	0.28	0.59	0.77		
Anxiété	-0.04	0.03	1.92	0.17	0.96		
Problèmes de sommeil	-0.30	0.08	14.50	0.00**	0.74		
Étape 2 : variables sociodémographiques, de santé et des attitudes envers le vieillissement						0.37	0.50
Âge	-0.05	0.03	3.22	0.07	0.95		
Éducation	-0.02	0.05	0.13	0.72	0.98		
État civil	-1.41	0.45	9.80	0.01**	0.24		
Hormonothérapie	0.12	0.69	0.03	0.86	1.13		
Occupation	-0.17	0.65	0.07	0.79	0.84		
Santé subjective	0.41	0.22	3.61	0.06	1.51		
Sexe	-0.26	0.50	0.28	0.60	0.77		
Anxiété	-0.04	0.03	1.75	0.19	0.96		
Problèmes de sommeil	-0.30	0.08	14.51	0.00**	0.74		
Attitudes envers le vieillissement	-0.07	0.10	0.45	0.50	0.93		
Étape 3 : variables sociodémographiques, de santé, des attitudes envers le vieillissement et de la TCP						0.61	0.82
Âge	-0.13	0.06	6.01	0.01**	0.88		
Éducation	-0.10	0.08	1.60	0.21	0.91		
État civil	-1.89	0.71	7.00	0.01**	0.15		
Hormonothérapie	0.65	1.17	0.31	0.58	1.91		
Occupation	-1.26	1.05	1.43	0.23	0.28		
Santé subjective	0.29	0.33	0.77	0.38	1.34		
Sexe	0.11	0.79	0.02	0.89	1.11		
Anxiété	-0.05	0.05	1.10	0.30	0.95		
Problèmes de sommeil	-0.37	0.13	7.77	0.01**	0.69		
Attitudes envers le vieillissement	-0.04	0.16	0.08	0.78	0.96		
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ)	-0.15	0.08	4.01	0.04*	0.89		
Normes subjectives				[0.64]			
Perception de contrôle	-3.39	0.73	21.63	0.00**	0.03		

*$p < .05$, **$p < .01$,

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs. Les cinq variables qui se sont avérées covarier significativement avec la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ (Sous-étude 1), ont été introduites de la manière suivante dans l'analyse de régression logistique (n = 62 consommateurs) : Étape 1 : introduction en bloc des variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil; Étape 2 : introduction en bloc des : variables des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) et de la perception de contrôle. Dans l'étape 1, la contribution de toutes les variables du bloc a été évaluée simultanément. Lors de l'étape 2, chaque variable a été entrée séquentiellement et sa valeur évaluée. Lorsque l'ajout de cette variable contribuait au modèle, elle était alors retenue et les autres étaient par la suite re-testées pour voir si elles contribuaient encore au succès du modèle. Si elles ne le faisaient pas, elles étaient retirées. L'utilisation de cette méthode permet d'arriver au plus petit set possible de variables prédictrices inclues dans le modèle. Le Tableau 9 présente les résultats de cette analyse.

Le critère de correction de Bonferroni n'a pas été employé dans ce modèle étant donné l'indépendance du phénomène étudié dans les sous-études 1, 2 et 3.

Le modèle de l'étape 1, avec l'inclusion des variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil, covarie de manière significative avec l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ (chi-carré omnibus = 11.10, dl = 3, $p < .05$). Ce modèle rend compte de 16 à 26% de la variance de l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments, permettant de classifier avec succès 31% des consommateurs qui ne désirent pas poursuivre la prise de ces médicaments et 92% des consommateurs qui désirent en poursuivre la prise, pour un pourcentage total de 79%. Seule la variable des problèmes de sommeil s'avère significative. Une augmentation d'une (1) unité du score à la

mesure de problèmes de sommeil est associée à une augmentation du risque de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ, par un facteur de 0.76.

Le modèle de l'étape 2, avec l'inclusion de la variable des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) et de la variable de la perception de contrôle est relié de manière significative à l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments (chi-carré omnibus = 28.55 dl = 2, $p < .00$). Ce modèle rend compte de 47 à 74% de la variance de l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments permettant de classifier avec succès 77% des consommateurs qui ne désirent pas poursuivre la prise de ces médicaments, et 92% des consommateurs qui désirent poursuivre la prise de ces médicaments pour un pourcentage total de 89%. La variable des problèmes de sommeil s'avère également significative dans ce modèle. Une augmentation d'une unité au score à la mesure de problèmes de sommeil est associée à une augmentation du risque de poursuivre la prise de ces médicaments, par un facteur de 0.64. Par ailleurs, la variable des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) de même que celle de la perception de contrôle sont significativement impliquées dans l'explication de l'intention de continuer la prise de ces médicaments. Les valeurs des coefficients suggèrent qu'une augmentation d'une unité au score des attitudes favorables envers ces médicaments, est associée à une augmentation de la chance de vouloir poursuivre la prise de ces médicaments par un facteur de 2.01 et qu'une augmentation d'une unité au score de perception de contrôle (dans la direction d'un moindre contrôle) est associée à un risque plus grand de continuer la prise de ces médicaments par un facteur de 87.65.

Ainsi, l'hypothèse 7 qui proposait qu'une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH, surtout les BZ, serait reliée à une intention plus forte de poursuivre la prise de ces médicaments, est appuyée par les résultats. De la même manière,

l'hypothèse 9 de l'étude, qui proposait qu'une perception de faible contrôle sur la prise de médicaments à action ASH, surtout des BZ, rendrait compte d'une intention plus forte de poursuivre la prise de ces médicaments, est appuyée par les résultats. Par ailleurs, au départ, nous n'avions pas émis l'hypothèse que les problèmes de sommeil covarieraient avec l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, par les consommateurs. Toutefois, dans le cadre du modèle réduit proposé ci-haut, cette variable s'avère significative dans l'explication de ce phénomène.

Enfin, notons que les hypothèses 6 et 8 de l'étude, qui, la première, proposait que la présence d'une perception plus négative du vieillissement rendrait compte de l'intention de poursuivre la consommation de médicaments à action ASH, surtout de BZ, et la deuxième, que la présence d'une attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer ces médicaments, rendrait compte de l'intention d'en poursuivre la consommation, sont infirmées.

Tableau 9

Sous-étude 2 : variables prédictrices de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (BZ)

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	ΔR^2 Cox & Snell	ΔR^2 Nagelkerke
Étape 1						0.16	0.26
Âge	0.01	0.04	0.02	0.90	1.01		
État civil	-0.46	0.82	0.31	0.58	0.63		
Problèmes de sommeil	-0.28	0.10	8.47	0.01**	0.76		
Étape 2						0.47	0.74
Âge	0.14	0.09	2.36	0.12	1.16		
État civil	0.65	1.23	0.28	0.60	1.92		
Problèmes de sommeil	-0.45	0.19	5.71	0.02*	0.64		
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ)	0.70	0.28	6.24	0.01*	2.01		
Perception de contrôle	4.47	2.01	4.96	0.03*	87.65		

*$p < .05$, **$p < .01$

Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les non-consommateurs. Les cinq variables qui se sont avérées covarier de manière significative avec la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ (Sous-étude 1), ont également été introduites dans l'analyse de régression logistique de la manière suivante (n = 92 non-consommateurs) : Étape 1 : introduction en bloc des variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil; Étape 2 : introduction en bloc des variables des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) et de la perception de contrôle. Dans l'étape 1, la contribution de toutes les variables du bloc a été évaluée simultanément. Lors de l'étape 2, chaque variable a été entrée séquentiellement et sa valeur évaluée. Lorsque l'ajout de cette variable contribuait au modèle, elle était alors retenue et les autres étaient par la suite re-testées pour voir si elles contribuaient encore au succès du modèle. Si elles ne le faisaient pas, elles étaient retirées. L'utilisation de cette méthode permet d'arriver au plus petit set possible de variables prédictrices inclues dans le modèle. Le Tableau 10 présente les résultats de cette analyse.

Le critère de correction de Bonferroni n'a pas été employé dans ce modèle étant donné l'indépendance du phénomène étudié dans les sous-études 1, 2 et 3.

Le modèle de l'étape 1, avec l'inclusion des variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil, n'est pas significatif dans l'explication de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ (chi-carré omnibus = 0.99, dl = 3, NS). En somme, aucune de ces variables ne rend compte de l'intention de débuter la prise de ces médicaments chez les non-consommateurs.

Le modèle de l'étape 2, avec l'inclusion des variables d'attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) et de la perception de contrôle, covarie significativement

avec l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ (chi-carré omnibus = 12.31, dl = 4, $p < .02$). Ce modèle rend compte de 13 à 19% de la variance de l'intention de débuter la prise de ces médicaments, permettant de classifier avec succès 99% des non-consommateurs qui ne désirent pas débuter la prise de ces médicaments et 25 % de ceux qui envisagent d'en débuter la prise. La variable des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) n'a pas été retenue dans le modèle en raison de l'inclusion séquentielle des variables qui retire automatiquement celles qui ne contribuent pas au succès du modèle testé. La variable des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) ne ressort pas dans la dernière itération et donc, n'a pas été retenue pour expliquer le modèle. Par contre, la valeur du coefficient pour la perception de contrôle indique qu'une augmentation d'une unité de score à la perception de contrôle est associée à une augmentation de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, par un facteur de 4.79.

Ainsi, l'hypothèse 11 de l'étude qui proposait qu'une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH (BZ), serait reliée à une intention plus forte d'en débuter la prise, est infirmée par les résultats. Toutefois, l'hypothèse 13 de l'étude, qui proposait qu'une perception de faible contrôle sur la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, rendrait compte d'une intention plus forte d'en débuter la prise, est appuyée par les résultats.

Enfin, notons que les hypothèses 10 et 12 de l'étude, qui, la première, proposaitqu'une perception plus négative du vieillissement rendrait compte de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, et la deuxième,

qu'une pression et attitude favorable de la part de la famille et du médecin à consommer ces médicaments rendrait compte de l'intention d'en débuter la prise, sont infirmées.

Tableau 10

Sous-étude 3 : variables prédictrices de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, (BZ)

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	ΔR^2 Cox & Snell	ΔR^2 Nagelkerke
Étape 1						0.01	0.02
Âge	-0.01	0.04	0.09	0.77	0.99		
État civil	0.40	0.55	0.53	0.47	1.49		
Problèmes de sommeil	0.65	0.10	0.42	0.52	1.07		
Étape 2						0.13	0.20
Âge	-0.03	0.40	0.40	0.53	0.98		
État civil	0.81	0.60	1.81	0.18	2.25		
Problèmes de sommeil	0.10	0.11	0.80	0.37	1.10		
Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ)				[0.19]			
Perception de contrôle	1.57	0.50	9.84	0.01**	4.79		

**$p < .01$

Résumé des résultats

Variables reliées à la consommation actuelle de médicaments à action ASH (BZ)

L'âge, l'état civil et les problèmes de sommeil rendent compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de benzodiazépines. Plus précisément, un âge plus avancé, le fait d'être célibataire, divorcé, séparé ou veuf (plutôt que marié), ainsi que la présence de problèmes de sommeil, telle que l'insomnie, sont associés à la prise actuelle de ce type de médication dans notre échantillon de personnes âgées. De plus, entretenir des attitudes favorables à l'égard des ces médicaments et avoir une perception de faible contrôle personnel sur leur consommation, indice d'une plus grande dépendance, est aussi relié à la consommation.

Variables associées à l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (BZ)

Le fait de vivre des difficultés de sommeil, telle l'insomnie, est associé à une intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, principalement de benzodiazépines, par les personnes âgées consommatrices. De plus, les attitudes favorables à l'égard des médicaments à action ASH, principalement des benzodiazépines, ainsi qu'une perception de faible contrôle en ce qui a trait à la prise de ces médicaments, chez les personnes âgées qui en consomment déjà, rendent compte de l'intention d'en poursuivre l'utilisation.

Variables associées à l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH (BZ)

La perception de contrôle rend compte de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de benzodiazépines, chez les personnes âgées non-consommatrices. Plus précisément, le sentiment d'avoir un faible contrôle sur la prise de ces médicaments est relié, pour les personnes âgées qui n'en consomment pas, à l'intention d'y recourir.

CHAPITRE 4

Discussion

L'objectif de cette recherche consistait à déterminer dans quelle mesure des variables sociodémographiques et de santé, les attitudes négatives envers le vieillissement ainsi que les variables du modèle de la TCP, seraient reliées à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ, à l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments chez les consommateurs ainsi qu'à l'intention d'en débuter la prise chez les non-consommateurs.

Ce chapitre propose une interprétation des résultats basée sur la littérature de recherche sur les BZ qui est la plus constante dans le domaine de la consommation de psychotropes par les personnes âgées. Nous pensons que ces considérations pourront être généralisées à l'ensemble des consommateurs de médicaments utilsés pour leurs propriétés anxiolytique, sédative et hypnotique. Ce chapitre comprend la discussion des résultats, des forces et des limitations de ce projet de recherche, ainsi que la présentation d'avenues de recherche future et des implications cliniques de l'étude.

Différences entre les consommateurs et les non-consommateurs.

La lecture des Tableaux 2 et 3 nous apprend que les consommateurs diffèrent des non-consommateurs sur plusieurs des variables étudiées : âge, éducation, santé subjective, état civil, anxiété, problèmes de sommeil, ainsi qu'attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ), normes subjectives et perception de contrôle. Par contre, plusieurs de ces variables, à savoir l'éducation, la santé subjective, l'anxiété et les normes subjectives ne ressortent pas comme étant des variables prédictrices significatives de la consommation actuelle de médicaments à action ASH (BZ) (sous-étude 1), de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (BZ) (sous-étude 2) et de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH

(BZ) (sous-étude 3). Pour expliquer cette disparité dans les résultats des deux types d'analyse, il faut rappeler que, dans l'analyse de régression logistique hiérarchique, chaque VI est évaluée selon ce qu'elle ajoute à la prédiction de la VD au point même de son inclusion dans l'analyse, en d'autres termes selon sa contribution unique à cette étape du test du modèle. L'objectif de cette analyse est de déterminer l'ensemble le plus parcimonieux de prédicteurs de la VD en rapport avec le modèle théorique de départ. La quantité de variance partagée par les VD, et cela en fonction même de leur ordre d'introduction, a donc un impact déterminant sur la signification des résultats.

Ainsi donc, même si certaines des VI n'ajoutent pas de pouvoir de prédiction supplémentaire de la VD, leur intérêt n'est pas nul pour autant. A cet égard, il ne faudrait pas entièrement éliminer le fait que, comparativement aux non consommateurs, les consommateurs de notre échantillon s'avèrent être moins scolarisés, rapportent une pire santé subjective et un niveau plus élevé d'anxiété, et ressentent une plus grande pression en faveur de la consommation de la part de leur entourage.

Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ

En premier lieu, nous nous attendions à ce que un âge plus avancé, le sexe féminin, une plus faible scolarisation, le statut de célibataire, divorcé, séparé ou veuf, le statut de retraité, le fait de ne pas recourir à l'hormonothérapie de remplacement, un mauvais état de santé perçu, un plus haut niveau d'anxiété et un mauvais état de sommeil, soient reliées à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Une fois ces variables prises en compte, nous formulions les hypothèses qu'une perception plus négative du vieillissement, et ensuite les variables de la Théorie du Comportement Planifié (TCP), à savoir : une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH (BZ), une attitude plus favorable de l'entourage et du

médecin à consommer des médicaments à action ASH, principalement des BZ, et une perception de faible contrôle sur la prise de ces médicaments, rendraient compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ.

Les résultats indiquent qu'un âge plus avancé, le fait d'être non marié (célibataire, divorcé, séparé ou veuf) et la sévérité des problèmes de sommeil sont reliés à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Par ailleurs, le fait d'entretenir des attitudes plus favorables envers les médicaments à action ASH (BZ) ainsi qu'une perception de faible contrôle sur la prise de ces médicaments sont reliés à la consommation actuelle. Plus précisément, ces variables rendent compte de 61 à 82% de la variance expliquée dans la consommation actuelle de ces médicaments par les personnes âgées.

Âge. Un âge plus avancé s'avère être un prédicteur significatif de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Ce résultat est constant avec la littérature existante à l'effet que l'on retrouve plus d'utilisateurs de ces médicaments chez les personnes plus avancées en âge (Voyer et al., 2004). L'étude d'Ohayon et Caulet (1996) démontre que le taux (quantité) de même que la durée de consommation d'anxiolytiques (A) et de sédatifs-hypnotiques (SH) croissent avec l'âge. En ce qui a trait au taux de consommation des ASH, celui-ci passe à 15.6% chez les sujets âgés entre 45-64 ans, à 24.3% chez les 65-74 ans, pour atteindre une proportion de 32.8% des sujets étant âgés de 75 ans et plus. Pour sa part, la durée de consommation d'anxiolytiques est de plus d'un an pour 67.4% des sujets âgés de 45-64 ans, de 78% pour les 65-74 ans et de 80.2% auprès des 75 ans et plus.

Sexe. Cette étude ne démontre pas de lien significatif entre le sexe féminin et la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Pourtant, plusieurs recherches effectuées auprès de populations de personnes âgées ont rapporté cette

association avec la consommation chronique de BZ (Dealberto et al., 1997 ; Fortin et al., 2005 ; Gray et al., 2003 ; Neutel, 2005 ; Pérodeau et al., 1992). Voyer et collaborateurs (2004), ont identifié, parmi les études recensées, que 73% d'entre elles supportaient le fait que les femmes âgées, comparativement aux hommes âgés, sont plus sujettes à utiliser un médicament psychotrope. Parmi les explications possibles du résultat que nous avons obtenu, il se pourrait que l'échantillon de personnes âgées consommatrices (n = 62) soit trop petit pour permettre la détection d'une différence significative entre les hommes et femmes âgés. Par ailleurs, comme l'échantillon est plutôt homogène et donc, comparable sur plusieurs paramètres, il se pourrait que les hommes et femmes consommateurs de notre échantillon présentent des caractéristiques relativement semblables qui rendent impossible la détection de différences sur la seule base de leur sexe.

Éducation. La variable de l'éducation ne s'est pas avérée significative dans la présente étude sur la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Pourtant, il est à noter que les consommateurs se distinguent des non-consommateurs par un niveau d'éducation inférieur (respectivement, 13 et 16 années, en moyenne). Les études portant sur la consommation de BZ chez les personnes âgées, sont plutôt inconstantes en ce qui a trait à la contribution de la variable de l'éducation dans le recours à ce type de médication. Certaines d'entre elles ont démontré qu'une scolarité de moyenne à élevée était associée à la prise de BZ à long terme (Fortin et al., 2006 ; Gray et al., 2003). Par contre, d'autres (Crabb, 2008 ; Marinier et al., 1985 ; Paterniti et al., 2002 ; Zandstra et al., 2004) rapportent que ce sont les personnes âgées moins éduquées (< cinquième secondaire) qui ont le plus souvent recours aux BZ. Une recension d'écrits, (Voyer et al., 2004), a conclu que très peu d'études (seulement 27% de celles

recensées) ont mis en évidence un lien significatif entre la variable de l'éducation et le recours aux BZ.

Dans le cadre de notre étude, le fait que le niveau général de scolarisation de l'échantillon total était relativement élevé (scolarité moyenne : 14.6 ans) pourrait expliquer le résultat obtenu. Par ailleurs, une inspection des inter-corrélations entre les différentes variables (voir Tableau 7) révèle qu'un niveau d'éducation élevée est associé à un niveau d'anxiété moindre ainsi qu'à une perception de meilleur contrôle quant au choix de prendre ou non des médicaments à action ASH, principalement des BZ. On peut donc penser que plusieurs des personnes plus éduquées de notre échantillon disposent d'autres ressources que le recours à ces médicaments pour composer avec l'anxiété. Cette piste serait intéressante à poursuivre dans une reccherche ultérieure.

État civil. Le statut de non-marié (célibataire, divorcé, séparé ou veuf) rend compte de de manière significative de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ. En effet, les consommateurs vivent seuls (célibataires, divorcés, séparés ou veufs) dans une plus grande proportion que les non-consommateurs qui eux, sont en majorité en situation de couple. Ce résultat est constant avec celui de plusieurs autres études qui démontrent que le fait d'être seul, séparé, divorcé ou veuf est associé à une consommation plus importante de BZ (Gray et al., 2003 ; Laurier et al., 1992 ; Swartz et al., 1991 ; Zandstra et al., 2004). Certains chercheurs (Gray et al., 2003 ; Zandstra et al., 2004) ont avancé que cet état amènerait régulièrement la personne âgée à ressentir de la solitude qui, elle, serait susceptible de provoquer une certaine détresse psychologique ou de l'accentuer (Laurier et al., 1992) et qui, par conséquent, pourrait inciter la personne âgée à recourir aux BZ.

En lien avec ce qui précède, il semblerait que les consommateurs de BZ ont tendance à évaluer leurs relations sociales comme étant plus négatives, comparativement aux non-consommateurs, ce qui conforterait une impression d'isolement, un sentiment de solitude chez ces derniers (Gray et al., 2003). Enfin, d'après Pérodeau et collaborateurs (2006), les personnes âgées consommatrices de BZ ont peu ou pas de personnes à qui se confier, se sentent moins soutenues socialement et donc, vivent généralement plus de solitude que les personnes âgées non-consommatrices.

Occupation. D'après Voyer et collaborateurs (2004), occuper un emploi qui requiert peu d'éducation, peu d'habiletés spécifiques et qui n'est pas très bien rémunéré constituent des variables qui sont généralement associées à la présence de détresse psychologique auprès d'une population adulte et pourraient également être présentes au sein de populations de personnes âgées. Toutefois, les études qui se sont penchées sur cette question ne sont pas parvenues à démontrer un impact significatif de ces variables sur la prise de BZ par les personnes âgées. En accord lien avec les autres études sur le sujet, celle-ci n'a pas mis en évidence de lien entre le statut d'occupation et la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ, par les personnes âgées.

Hormonothérapie de remplacement. Bien qu'il existe une résurgence plus importante de problèmes liés au sommeil parmi les femmes ménopausées qui n'ont pas recours à l'hormonothérapie de remplacement, notamment et principalement de l'insomnie (Brim et al., 2004), aucune étude n'est parvenue jusqu'ici à établir un lien clair entre ce phénomène et le recours aux BZ par les femmes âgées. Toutefois, il semble que les femmes qui n'ont pas recours à cette médication sont plus sujettes à vouloir recourir à des sédatifs-hypnotiques (somnifères) pour contrer leurs difficultés de sommeil (insomnie initiale, de maintien et

terminale) (Brim et al., 2004). Dans le cadre de la présente étude, les consommatrices d'hormones étaient peu nombreuses (n = 18). Qui plus est, seulement 9 d'entre elles prenaient également un médicament à action ASH, principalement une BZ. Ainsi, il se peut que ce soit en raison de ce faible échantillon que la variable de l'hormonothérapie de remplacement ne soit pas reliée à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ, par les personnes âgées.

Santé subjective. La variable de la santé subjective apparaît, dans plusieurs études, comme étant reliée à la consommation actuelle et chronique de BZ. Selon Voyer et collaborateurs (2004), 87.5% des recherches rapportent une association entre la santé perçue et l'utilisation de médicaments psychotropes, dont 80% d'entre elles traitent spécifiquement des BZ. D'autres chercheurs (Marinier et al., 1985 ; Mishara & McKim, 1989) abondent dans le même sens et énoncent l'idée selon laquelle l'auto-évaluation que fait la personne âgée de son état de santé est fortement associée à son utilisation de médicaments psychotropes. Enfin, des recherches plus récentes (Fortin et al., 2006 ; Gray et al., 2003) ont démontré que l'état de santé perçu était également liée à la consommation chronique (> 12 mois) de BZ.

L'absence de relation entre la santé subjective et la consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ, dans la présente étude peut s'expliquer de plusieurs façons. D'abord, et ce malgré une différence significative entre consommateurs et non-consommateurs au niveau de la perception de leur état de santé, celle-ci demeure plutôt positive dans les deux sous-groupes (respectivement 4.95 points et 5.78 sur une échelle de 7 points). Notons également que, bien que les consommateurs diffèrent significativement des non-consommateurs en ce qui a trait à l'anxiété et aux problèmes de sommeil vécus, ces difficultés demeurent tout même dans la fourchette modérée. Ces résultats peuvent contribuer à une évaluation globale de la santé

comme étant plus positive, et conséquement limiter la capacité d'établir une relation avec la prise de BZ par les personnes âgées.

Anxiété. Avec constance, les recherches tracent un lien entre l'anxiété et la consommation de BZ, en général dans la population adulte, aussi bien que chez les personnes âgées (Crabb, 2008 ; Marinier et al., 1985 ; Parr et al., 2006 ; Simon & Ludman, 2006 ; Taylor et al., 1998). D'après Crabb (2008) et Parr et collègues (2006), une anxiété de degré sévère constitue la raison principale pour une prise de BZ de la part du patient âgé. Par ailleurs, plusieurs auteurs (Gray et al., 2003 ; Jorm et al., 2000 ; Morin et al., 2004 ; Parr et al., 2006 ; Taylor et al., 1998) ont établi que le fait de vivre de l'anxiété était associé à l'utilisation prolongée (> 12 mois) de BZ.

Il est donc surprenant de constater que la variable de l'anxiété ne rend pas compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ, dans la présente étude. D'abord, il convient d'établir que les niveaux d'anxiété vécus par les consommateurs ainsi que les non-consommateurs se retrouvent dans la fourchette se situant de faible à modérée (respectivement, 31 et 36, en moyenne pour les non-consommateurs et consommateurs). Ainsi, il apparaît que la présence d'une anxiété de faible à moyenne et donc, possiblement tolérable, ne parvienne à justifier le recours actuel à ces médicaments. Dans un même ordre d'idées, les dosages d'anxiolytiques prescrits aux personnes âgées de cette étude, comparativement aux dosages de sédatifs-hypnotiques, sont beaucoup moins importants. Par ailleurs, bien que les consommateurs soient significativement plus anxieux que les non-consommateurs, il appert que l'anxiété qu'ils vivent soit moins pertinente que la présence de difficultés de sommeil pour expliquer leur consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ.

Problèmes de sommeil. La présence de difficultés de sommeil et l'intensité de celles-ci sont reliées de manière significative à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ. Ce résultat appuie celui d'études récentes (Parr et al., 2006 ; Simon, & Ludman, 2006 ; Voyer et al., 2004) qui ont démontré que la présence de problèmes de sommeil, plus précisément d'insomnie, constitue l'une des raisons principales pour lesquelles les adultes et adultes âgés ont recours aux BZ. Plus particulièrement, l'étude de Simon et Ludman (2006) a établi que parmi les 129 personnes de leur échantillon de consommateurs de BZ (âgés entre 25-79 ans, âge moyen de 50 ans), 80 % d'entre eux, soit 103 personnes, identifiaient la présence d'insomnie ou d'anxiété comme étant la première raison pour laquelle ils prenaient une BZ. Aussi, l'étude d'Ohayon et Caulet (1995) a révélé que la présence de difficultés de sommeil, par exemple de l'insomnie primaire, était clairement associée à la prise de médicaments psychotropes par les personnes âgées de 55 ans et plus (n = 368, É = 55 à 100 ans). Par ailleurs, Crabb (2008) a montré l'importance des prescriptions de sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées dépressives. Ainsi, il semblerait que les problèmes de sommeil constituent une indication majeure de l'utilisation de BZ à indication sédative-hypnotique auprès de personnes âgées dépressives. Dans le cadre de la présente étude, ce sont les anxiolytiques qui sont consommés en plus grand nombre. Toutefois, il apparaît que ce sont les problèmes de sommeil qui posent le plus de détresse aux personnes âgées de l'échantillon. Sur la base des résultats de Crabb (2008), on peut soupçonner la présence concomitante de dépression.

Attitudes envers le vieillissement. Dans le cadre de la présente recherche, les attitudes négatives envers le vieillissement n'apparaissent pas liées à la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ. D'abord, les attitudes des consommateurs et non-consommateurs envers le vieillissement sont plutôt modérées en ce qui concerne les aspects négatifs, voire

neutres et elles ne sont pas significativement différentes. Par ailleurs, la validité de l'instrument utilisé (FAQ) est faible ce qui indique que le construit théorique est possiblement mal mesuré. À cet égard, il aurait peut être été plus pertinent d'évaluer l'anxiété des personnes âgées en rapport au vieillissement (p.ex., peur de la maladie, peur de la solitude, peur de la mort, etc.) plutôt que d'évaluer leurs attitudes plus générales envers ce phénomène.

Cela dit, l'idée d'examiner les attitudes envers le vieillissement en lien avec la consommation d'anxiolytiques reste intéressante. En effet, certains auteurs avancent que la personne âgée aurait intériorisé une image négative du vieillissement, ce qui l'amènerait à vivre plus d'impuissance et la ferait opter plus aisément pour l'utilisation exclusive de médicaments psychotropes afin de soulager ses problèmes d'anxiété, d'insomnie ou de dépression (Collin, 2001 ; Voyer, 2001). D'autres (Fernandez & Cassagne-Pinel, 2001), abondent dans le même sens et expliquent que le fait d'être retraité, isolé et que la peur de perdre son autonomie liée à la maladie, amènent les personnes âgées à développer une image négative de la vieillesse. Ce faisant et parce qu'elles sont moins prédisposées que les personnes plus jeunes à vouloir recourir, entre autres, à de la psychothérapie pour s'adapter aux stresseurs qui surviennent, elles optent plus aisément pour une médication afin de soulager leur détresse psychologique (Barbeau et al., 1991).

Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ). L'attitude favorable envers la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, est reliée de manière significative à la consommation actuelle de ces médicaments. Ce résultat concorde avec celui de plusieurs études qui se sont intéressées à l'impact de l'attitude de personnes âgées envers les médicaments psychotropes sur leur consommation (Clinthorne et al., 1986 ; Manheimer et al.,1973 ; Pérodeau et Ostoj, 1990). Pérodeau et Ostoj (1990) posent une question importante, à savoir si c'est

l'attitude qui précède la décision d'utiliser des psychotropes ou si elle constitue plutôt une conséquence de son utilisation. Pérodeau et collaborateurs (1992) ont répliqué ces résultats en ajoutant qu'une attitude plus positive envers les psychotropes prédisait l'utilisation d'un plus grand nombre de psychotropes. Une étude encore plus récente (Pérodeau et al., 2006) réitère les mêmes constats, à savoir que les consommateurs sont plus positifs envers le bien-fondé des benzodiazépines, et qu'ils semblent être moins conscients des effets néfastes associés à la consommation chronique de ces médicaments.

Normes subjectives. La variable des normes subjectives ne rend pas compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, par les personnes âgées. À cet égard, dans la littérature existante, l'apport de la variable des normes subjectives (p.ex., famille et médecin) dans l'explication du recours aux BZ par les personnes âgées, n'est pas toujours clair. D'abord, en ce qui a trait à l'influence de la famille sur la prise de BZ, les études qui se sont penchées sur cette question, pour un bon nombre des recherches qualitatives, peignent un tableau contrasté. Selon Mishara et Legault (1999), il n'a pas encore été prouvé que la famille joue un rôle significatif dans la prise de médicaments des aînés. D'autres auteurs, reconnaissent la contribution de la famille au phénomène de la consommation de BZ par les personnes âgées, affirmant que la présence de consommateurs de BZ dans le ménage est associée à la prise de BZ par la personne âgée (Dufouil & Alpérovitch, 1998 ; Ettorre et al., 1994 ; Fortin et al., 2006 ; Osterweis et al., 1979). Une étude qualitative, celle de Pérodeau et al. (2004), a tenté d'approfondir cette question en s'intéressant à la relation aidante-aidée (p.ex., relation mère/fille, relation sœur/sœur, relation belle-mère/brue et grand-mère/petite-fille) dans le contexte de la prise de médicaments psychotropes par des femmes âgées. Cette étude montre que l'aidante, membre de la famille à part entière, joue un rôle

important auprès de la consommatrice et peut contribuer à ce que celle-ci en poursuivre ou cesse l'utilisation.

En ce qui concerne le rôle du médecin généraliste sur la prise de BZ par les personnes âgées, Van Hulten et collaborateurs (2001) ont démontré que l'exercice d'une pression par le médecin généraliste sur la prise du médicament influençait positivement l'intention qu'avaient les sujets d'y recourir.

Bref, il semble que les normes subjectives (p.ex., famille et médecin) peuvent contribuer, dans une certaine mesure, à expliquer l'intention comportementale de recourir à ces médicaments. Toutefois, Armitage et Conner (2001) nous expliquent que parmi l'ensemble des variables du modèle de la TCP ce sont généralement les normes subjectives qui contribuent le moins à prédire l'intention comportementale et donc, le comportement. Il se pourrait donc que la contribution de cette variable dans l'explication du recours aux médicaments à action ASH, particulièrement aux BZ, par les personnes âgées soit simplement moins importante que l'on ne le pense. Alternativement, il reste possible que ce que nous avons tenté de mesurer à l'aide de notre échelle n'évalue pas correctement le phénomène de l'influence de l'entourage sur la prise de ces médicaments. À cet égard, notre échelle ne comprenait qu'un item pour évaluer l'impact du médecin de famille sur la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, par la personne âgée. Par ailleurs, le modèle de la TCP a été préalablement conçu pour prédire l'intention. Dans le cadre de la présente étude, nous cherchions plutôt à prédire le comportement de consommation, phénomène différent et pour l'explication duquel l'utilisation de ce modèle théorique pourrait ne pas être approprié.

Perception de contrôle. Nos résultats concernant la pertinence de la perception de contrôle concordent bien avec les recherches existantes. En effet, la littérature de recherche sur

le sujet (Armitage & Christian, 2003 ; Armitage & Conner, 2001 ; Azjen, 2002 ; Cloutier & Leroux, 1998) suggère que la variable de la perception de contrôle (attentes d'un individu envers sa capacité d'adopter un comportement donné en tenant compte des ressources qu'il possède, de même que des obstacles qu'il peut rencontrer) constitue le meilleur déterminant, parmi l'ensemble des variables du modèle de la TCP, de l'intention comportementale. Selon Armitage et Conner (2001), c'est la variable du modèle de la TCP qui, via l'intention comportementale, permet le mieux de prédire le comportement. Les méta-analyses effectuées sur les variables de la TCP en lien avec des comportements liés à la santé (p.ex., cesser de fumer la cigarette, faire de l'exercice, prendre des suppléments vitaminiques) ont clairement démontré que la variable de la perception de contrôle constituait un important prédicteur du comportement. Dans les faits, celle-ci permettait d'expliquer, en moyenne, de 7 à 12% de la variance d'un comportement (Godin & Kok, 1996). Dans le domaine particulier de la consommation de BZ, Van Hulten et collaborateurs (2003) ont démontré, avec un échantillon de consommateurs de BZ de longue durée (> 12 mois), que la perception d'une inaptitude à en cesser la consommation par soi-même, était liée à la consommation actuelle de ce type de médication. Ces mêmes chercheurs ont également remarqué que chez les personnes âgées ayant recours à une BZ à haut potentiel de dépendance, la perception d'un faible contrôle était encore plus importante. Cette réflexion sur la dépendance sera poursuivie plus loin.

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ

D'abord, les variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil, variables prédictrices significatives du premier modèle (consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ), ont été incluses afin de savoir si elles parvenaient également à rendre compte de l'intention d'en poursuivre la prise chez les personnes âgées consommatrices.

Une fois ces variables prises en compte, nous formulions les hypothèses que les variables de la Théorie du Comportement Planifié (TCP), significatives du premier modèle (consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ), à savoir : une attitude plus positive envers les médicaments à action ASH (BZ) et une perception de faible contrôle sur la prise de ces médicaments, seraient reliées à l'intention d'en poursuivre la prise.

Les résultats indiquent que la sévérité des problèmes de sommeil est reliée à l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Par ailleurs, le fait d'entretenir des attitudes plus favorables envers ces médicaments ainsi qu'une perception de faible contrôle sur la prise de ceux-ci contribuent également à l'explication de l'intention de poursuivre la prise de ces. Plus précisément, ces variables rendent compte de 47 à 74% de la variance de l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments par les personnes âgées consommatrices.

Âge. En ce qui concerne l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs (sous-étude 2), l'âge ne s'avère pas en être un prédicteur significatif. Ce résultat est étonnant puisque la littérature démontre bien qu'un âge plus avancé est généralement associé à l'usage chronique de BZ (> 12 mois) (Fortin et al., 2006 ; Laurier et al., 1992 ; Morin et al., 2004 ; Ohayon et Caulet, 1996 ; Oude Voshaar et al., 2006 ; Simon & Ludman, 2006 ; Van Hulten et al., 2003 ; Zandstra et al., 2004). Selon Ohayon et Caulet (1996), la majorité des personnes âgées en consomme depuis plus d'un an (71.3% des 45-64 ans; 74% des 65-74 ans et 92.6% des 75 ans et plus), et pour la moitié des 92.6% personnes âgées de 75 ans et plus, les SH sont consommés depuis plus de 5 ans. Rappelons toutefois que la variable de l'âge s'est avérée significative avec l'échantillon de consommateurs actuels de médicaments à action ASH, surtout de BZ. L'âge pourrait donc ne pas être une variable significative en ce qui

concerne l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments, mais plutôt en ce qui a trait au comportement de consommation. Aussi, mentionnons que la taille de l'échantillon utilisé pour la seconde étude (n = 62) est très inférieure à celle de l'échantillon utilisé pour la première étude (n =154) ce qui pourrait expliquer ce résultat non-significatif.

État civil. En ce qui a trait à l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, chez les consommateurs, l'état civil (non-marié/marié) n'en est pas un prédicteur significatif. Ce résultat est plutôt inconstant avec la littérature existante qui nous informe que ce sont surtout les personnes qui sont soit divorcées soit veuves qui font une utilisation de BZ à plus long terme (Gustaffson et al., 1996). Jorm et al. (2000) ajoutent d'ailleurs que le fait de vivre une rupture de couple constitue un facteur précipitant pour le développement d'une variété de problèmes de santé mentale, notamment de l'insomnie. Voyer et collaborateurs (2004) avancent l'idée que ce sont davantage les événements de vie stressants affectant le couple (p.ex., problèmes de santé mentale, problèmes de santé et décès du conjoint) plutôt que le statut marital, qui viennent justifier le recours aux BZ. Notons que la taille de l'échantillon utilisé cette étude (n = 62) est nettement inférieure à celle de l'échantillon utilisé pour la première étude (n =154) ce qui pourrait expliquer ce résultat non-significatif.

Problèmes de sommeil. La présence de difficultés de sommeil s'avère en être une variable prédictrice significative. À ce sujet, l'étude de Morin et collaborateurs (2004) souligne que les difficultés de sommeil, plus spécifiquement l'insomnie, permettent de prédire l'utilisation à long terme, voire chronique (> 12 mois) de BZ. Ces mêmes chercheurs ajoutent que les individus vivant avec de l'insomnie ont généralement tendance à attribuer la présence de leurs difficultés de sommeil au vieillissement normal, ce qui les amènent très souvent à voir la médication comme étant la seule solution pour ralentir ce processus. Une autre étude (Jorm et

al., 2002), a démontré qu'une pauvre qualité de sommeil (sommeil peu reposant), auprès d'un échantillon de 425 personnes dont plus de la moitié étaient âgées de 45 et plus (52.9% soit 225 personnes), était associée à l'usage chronique de BZ.

Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ). L'attitude favorable, positive envers les médicaments à action ASH, surtout les BZ, est une variable prédictrice significative. À cet égard, l'étude d'Iliffe et al. (2004) a démontré que les attitudes des patients envers l'efficacité des sédatifs-hypnotiques motivaient leur cessation ou continuation. Plus précisément, lorsque les personnes évaluaient que leur médication était peu utile et qu'ils avaient encore des difficultés de sommeil même après la prise de celle-ci, ils en cessaient la consommation. Alors que les personnes qui trouvaient que leur médication était très utile dans la réduction de leurs difficultés de sommeil, avaient tendance à vouloir en poursuivre l'utilisation. Dans le même sens, Van Hulten et collaborateurs (2001) ont démontré, sur la base du modèle de la Théorie du Comportement Planifié, que l'attitude constituait l'un des prédicteurs de l'intention d'utiliser des benzodiazépines à court terme (< 6 mois). Plus récemment, Van Hulten et collaborateurs (2003) ont établi, auprès des consommateurs chroniques de BZ (> 12 mois), que l'attitude prédisait l'intention de recourir à cette médication, mais qu'elle avait un impact indirect sur la durée de l'utilisation de BZ.

Perception de contrôle. La variable de la perception de contrôle rend compte de manière significative de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ, par les personnes âgées consommatrices. En accord avec les résultats de notre étude, dans une étude réalisée auprès de 41 personnes ayant recours à des médicaments psychotropes, Helman (1981) a mis en évidence que les consommateurs de psychotropes avaient tendance à minimiser, voire nier leur perte de contrôle sur la prise de psychotropes de même qu'à en minimiser les

effets. Ce faisant, ils en viennent à croire qu'ils sont sous l'emprise de leurs médicaments, justifiant ainsi le fait qu'ils y ont recours et qu'ils éprouvent une certaine réticence à en cesser la consommation.

Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ

De la même façon que dans la sous-étude 2, les variables de l'âge, de l'état civil et des problèmes de sommeil, variables prédictrices significatives du premier modèle (consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ), ont été ajoutées à celui-ci afin de déterminer si elles étaient reliées à l'intention de débuter la prise de ces médicaments auprès de personnes âgées non-consommatrices. Une fois ces variables prises en compte, nous formulions les hypothèses que les variables de la Théorie du Comportement Planifié (TCP), significatives du premier modèle (consommation actuelle de médicaments à action ASH, surtout de BZ), à savoir : une attitude plus positive envers ces médicaments et une perception de faible contrôle sur la prise de ceux-ci, prédiraient l'intention d'en débuter la prise.

Les résultats indiquent que seule une perception de faible contrôle sur la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, est reliée à l'intention d'en débuter la prise par les personnes âgées non-consommatrices. Plus précisément, cette variable rend compte de 13 à 19% de la variance de l'intention de débuter la prise de ces médicaments par les personnes âgées non-consommatrices.

Bien que les variables de l'âge, de l'état civil, des problèmes de sommeil et des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ) ne s'avèrent pas être des prédicteurs significatifs de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, par les non-consommateurs, il demeure tout de même intéressant d'en discuter en lien avec la littérature existante.

Âge. L'âge ne s'avère pas être un prédicteur significatif de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, chez les non-consommateurs (sous-étude 3). Dans le cadre de la présente étude, on note que le groupe de non-consommateurs est plus jeune de 5 ans comparativement à celui des consommateurs. À ce sujet, d'autres études qui ont comparé des groupes de consommateurs et de non-consommateurs de BZ auprès d'une population de personnes âgées, nous présentent des données similaires à l'effet que les groupes de non-consommateurs de BZ sont généralement plus jeunes d'environ 3 ans (Marinier et al., 1985 ; Pérodeau et al., 2001 ; Van Hulten et al., 2003 ; Voyer, Cappeliez, Pérodeau & Préville, 2005). L'étude de Van Hulten et collaborateurs (2003) illustre bien ce phénomène. Dans leur étude, le groupe de consommateurs a une moyenne d'âge de 61 ans (n = 142 personnes de 45-64 ans; n = 83 personnes de 64 ans >) comparativement à 47 ans pour celui des non-consommateurs. Qui plus est, la variable de l'âge pour les consommateurs, est associée à une intention plus forte d'utiliser des BZ alors qu'elle ne l'est pas pour le groupe de non-consommateurs.

État civil. L'état civil, pour sa part, ne constitue pas un prédicteur significatif de l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, auprès de l'échantillon de non-consommateurs. Dans ce contexte-ci, la combinaison du statut marital (marié) au fait de ne pas avoir recours à ces médicaments, peut agir comme un facteur protecteur d'un recours éventuel aux médicaments à action ASH, principalement aux BZ. Par cela, nous voulons dire que les personnes mariées vivent généralement moins de solitude du simple fait qu'elles ont un partenaire de vie et que la présence de celui-ci pourrait agir, au même titre que la médication, comme appui psychologique par temps de crises ou transitions de vie. L'éventuel recours à un médicament à action ASH, principalement une BZ, ne constituerait pas

l'ultime solution pour soulager la personne âgée de ces divers symptômes. Elle se tournerait d'abord vers son conjoint pour obtenir le support nécessaire. Par ailleurs et tel qu'amené par Voyer et collaborateurs (2004), il se pourrait tout simplement que ce soit l'absence d'événements de vie stressants pour le couple (p.ex., problèmes de santé mentale, problèmes de santé et décès du conjoint) davantage que le statut marital (marié), qui explique le fait que les personnes âgées non-consommatrices, dans cette étude-ci, n'envisagent pas de débuter la prise de ces médicaments.

Problèmes de sommeil. L'intensité des difficultés de sommeil n'est pas reliée à l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, auprès de l'échantillon de non-consommateurs (sous-étude 3). Il est à noter que les non-consommateurs rapportent un très faible degré de difficultés de sommeil, ce qui expliquerait l'absence de recours à ces médicaments pour cette indication.

Attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ). La variable des attitudes envers les médicaments à action ASH, (BZ) n'est pas reliée à l'intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement de BZ, par les non-consommateurs. Si l'on fait référence à l'étude de Pérodeau et Ostoj (1990) mentionnée plus haut, celle-ci concluait en se demandant si c'était l'attitude qui précédait la décision de prendre des psychotropes ou si cette dernière était plutôt une résultante de son utilisation. Pour répondre à cette question, il serait nécessaire d'entreprendre des études longitudinales. En effet, il appert que les attitudes favorables envers les médicaments à action ASH (BZ), prédisent la continuation de leur usage par les consommateurs, mais pas l'intention de commencer à en prendre chez les non-consommateurs. Cela donne à penser que ces attitudes positives se développent et se renforcent au cours de la consommation. Selon Van Hulten et collaborateurs (2003), l'intention de prendre

de BZ chez les consommateurs inexpérimentés (non-consommateurs) serait plus faible que chez les consommateurs expérimentés (> 12 mois), principalement parce qu'ils ont eu plus de temps pour éprouver les effets de la consommation de BZ. En d'autres termes, la consommation de BZ renforcerait les attitudes favorables des consommateurs envers celles-ci (p.ex., constatation d'effets positifs, évitement d'une dissonance cognitive).

Perception de contrôle. La variable de la perception de contrôle rend compte, de façon significative, de l'intention des non-consommateurs d'en débuter la prise. Il se pourrait que les personnes âgées non-consommatrices désireuses de recourir à un médicament à action ASH, surtout une BZ, croient davantage aux effets bénéfiques du médicament (élément externe) et qu'elles aient ainsi une perception plus vague du contrôle, de l'impact réel qu'elles peuvent avoir sur la prise ou non du médicament. BZ. En contre partie, les personnes âgées non-consommatrices qui n'ont pas l'intention de recourir à un médicament à action ASH, surtout une BZ, ont possiblement une perception plus juste du contrôle, de l'impact de leurs caractéristiques personnelles et comportements (éléments internes) sur la prise ou non de ce médicament.

Il convient ici de relever le paradoxe de la poursuite de l'utilisation de médicaments à action ASH, principalement de BZ, pour soulager des problèmes d'anxiété et de sommeil qui en fait se maintiennent. En effet, la prise de ces médicaments engendre plusieurs effets secondaires à long terme (Barbeau et al., 1991) qui peuvent faire perdurer la détresse initiale, l'accentuer ou même générer d'autres difficultés (p.ex., effet rebond de l'anxiété et/ou des difficultés de sommeil suite au retrait de la BZ) (Barbeau et al., 1991). Par ailleurs, la prise de tels médicaments n'apporte aucune nouvelle ressource psychologique susceptible d'aider la personne à mieux composer avec les stresseurs (p.ex., décès du conjoint, déménagement, maladie, perte du réseau social, retraite) à l'origine du développement de l'anxiété et/ou des

problèmes de sommeil. Enfin, l'usage préventif, la mise en réserve et la réduction du dosage de la BZ en raison de la peur d'une dépendance (Voyer et al., sous presse) témoignent de l'existence de la BZ comme béquille chimique (Pérodeau, 1989) dont se servent les personnes âgées sous prétexte de ne pouvoir altérer leur souffrance autrement.

Hypothèse d'une dépendance

L'étude toute récente de Voyer et de ses collaborateurs (sous presse) avec des personnes de plus de 65 ans, a rapporté que 2.5% de celles qui faisaient un usage courant de BZ rencontraient les critères diagnostics du DSM-IV-TR pour une dépendance à une substance (ASH). Fait intéressant, 41% de ces personnes âgées qui prenaient des BZ et qui ne rencontraient pas les critères diagnostics du DSM-IV-TR pour une dépendance à une substance, se considéraient toutefois comme dépendantes des BZ. Le phénomène de dépendance est donc possiblement plus répandu qu'il n'y paraît et notre résultat sur la perception de faible contrôle sur la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, peut être interprété comme reflétant une dépendance.

Comme le soulignent les auteurs, cet écart entre la dépendance telle qu'évaluée par les critères diagnostics et la perception subjective des personnes âgées remet en question certains des critères diagnostics du DSM-IV-TR pour évaluer la présence d'une dépendance à une substance. Parmi ces derniers, les critères portant sur les activités (activités professionnelles, sociales ou récréatives) et sur le retrait social seraient inappropriés à la réalité des personnes âgées dépendantes des BZ. Ces chercheurs ont conclu à la possibilité de considérer des critères diagnostics atypiques en ce qui concerne les personnes âgées, tels que, par exemple, l'usage prophylactique (à titre préventif), la mise en réserve de BZ et la réduction du dosage en raison de la peur de la dépendance.

Si l'on revient à la définition de la perception de contrôle (attentes d'un individu envers sa capacité d'agir en tenant compte des ressources dont il dispose de même que des obstacles qu'il peut rencontrer) en même temps que l'on considère les critères atypiques trouvés par Voyer et collaborateurs (sous presse), on peut supposer qu'il existe un lien entre ces deux facteurs. Par exemple, la présence de stresseurs multiples, l'usage prophylactique, la mise en réserve et la réduction du dosage en raison de la peur de la dépendance sont autant d'obstacles qui peuvent venir influencer négativement la perception de contrôle d'un individu envers la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ. En ce sens, ils peuvent contribuer à ce que l'individu soit réticent à cesser le médicament et donc, désireux d'en poursuivre la prise ou même, dans le cas d'une personne âgée non-consommatrice, tenté d'y recourir, si l'on tient compte des critères atypiques suivants : la présence de stresseurs multiples, la minimisation de la molécule et la réserve.

Discussion du modèle théorique : prédiction de l'intention et du comportement

À la suite d'une recension de la littérature, Armitage et Conner (2001) ont avancé que dans le modèle de la Théorie du Comportement Planifié, les attitudes parviennent à prédire l'intention, mais qu'elles sont d'habitude liées à la prédiction du comportement de manière plus indirecte. En ce sens, nous sommes en droit de nous demander ce qui fait qu'elles sont reliées également et directement à la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ (sous-étude 1), dans le cadre de cette recherche. D'après certains chercheurs (Staats & Staats, 1958, Zajonc, 1968), il s'agierait là d'un simple conditionnement dû à une exposition répétée de l'individu au médicament, qui constituerait une condition suffisante pour la formation d'une attitude lui étant favorable. Il se pourrait également que ce soit d'autres déterminants de l'attitude qui contribuent à lier celle-ci à la prise actuelle de

médicaments à action ASH, principalement de BZ, par les personnes âgées consommatrices. D'après Fishbein et Azjen (1975), l'évaluation que fait l'individu de l'importance, de la proéminence et de la solidité de ses croyances au sujet d'un objet donné, de ses attributs et caractéristiques de même qu'au sujet de ses conséquences, aboutit, le plus souvent, en une estimation subjective que la performance du comportement désiré résultera aux conséquences anticipées vis-à-vis de l'objet convoité. En termes plus clairs, l'évaluation subjective que font les consommateurs des attributs, caractéristiques et conséquences de la prise de ces médicaments les amènent à y recourir dans l'espoir de soulager leurs difficultés. En plus, le fait qu'ils en consomment déjà depuis longtemps (> 12 mois) et donc, qu'ils aient pu expérimenter l'effet principal visé par ceux-ci (réduction de l'anxiété et/ou des difficultés de sommeil), contribuent à ce qu'ils en endossent la prise comme moyen pour soulager leurs symptômes. En ce sens, l'idée d'un conditionnement, renforcement positif des attitudes amenées plus haut se vaut, puisque la simple réduction de la symptomatologie renforce la prise de ces médicaments.

En ce qui a trait à la variable des normes subjectives, la littérature nous informe que celle-ci s'avère être le plus faible prédicteur de l'intention comportementale au sein du modèle de la TCP (Armitage et Conner, 2001 ; Shepperd, Hartwick, & Warshaw, 1988 ; Van der Putte, 1991). La faiblesse de cette composante tient surtout au fait qu'il n'y a qu'une minorité d'individus pour lesquels les actions sont motivées par la pression sociale perçue (Trafimow & Finlay, 1996). En ce sens, il n'est pas étonnant que la variable des normes subjectives ne rend pas compte de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ, ni de l'intention d'en poursuivre ou débuter la prise.

Pour sa part, la perception de contrôle, variable qui consiste aux attentes d'un individu envers sa capacité d'adopter un comportement donné en prenant en compte les ressources qu'il

possède de même que les obstacles qu'il peut rencontrer, amène également sa part d'interrogations. Rappelons-nous que ce concept de la théorie s'intéresse à la perception d'une présence des ces facteurs facilitant/aggravant qui favorisent ou empêchent la réalisation d'un comportement. En d'autres termes, si la personne croit avoir les ressources et opportunités et perçoit rencontrer peu d'obstacles ou être en mesure de les gérer, elle devrait avoir davantage confiance en sa capacité d'adopter le comportement donné (Ajzen, 2002). Plus précisément, Azjen (2002) parle d'un facteur de locus de contrôle interne et externe (auto-efficacité) de même que d'une perception de contrôle ou de manque de contrôle (contrôlabilité) en rapport à la réalisation d'un comportement. Il explique qu'il se peut que les personnes questionnées au sujet de leur *habileté à réaliser un comportement* donné (auto-efficacité) considèrent surtout les facteurs internes au détriment de ceux qui leur sont externes. Dans un même ordre d'idées, les facteurs externes deviennent plus facilement accessibles lorsque les individus considèrent que la *réalisation du comportement* est totalement entre leurs mains (contrôlabilité) (Azjen, 2002). Les particularités de la variable de la perception de contrôle ont fait l'objet de recherches (Armitage & Conner, 1999a ; Armitage & Conner, 1999b ; Manstead & van Eekelen, 1998 ; Sparks, Guthrie, & Shepherd, 1997 ; Terry & O'Leary, 1995) qui confirment la difficulté à mettre en évidence des distinctions entre les facteurs internes et externes de contrôle.

Bien que les recherches (Trafimow, Sheeran, Conner, & Finlay, 2002) tendent à démontrer la supériorité de la notion d'efficacité personnelle sur celle de la contrôlabilité dans la prédiction de l'intention et du comportement, il n'en demeure pas moins que la base conceptuelle de ces deux facteurs est plutôt hétéroclite (Rhodes & Courneya, 2003). En effet, l'efficacité personnelle est à la fois définie comme une dimension qui réfère à la facilité/difficulté (Sparks et al., 1997 ; Trafimow et al., 2002) d'adopter un comportement ou

encore, une dimension de contrôle interne (Armitage & Conner, 1999a). Quant au concept de contrôlabilité, celui-ci est encore plus vaste tel que le laisse sous-entendre les différentes terminologies employées : contrôle externe (Armitage & Conner, 1999a), lieu de contrôle (Armitage & Conner, 1999a), attente d'un résultat (White, Terry, & Hogg, 1994), contrôle volitif (Trafimow et al., 2002) et contrôle perçu (Sparks et al.,1997). En ce sens et comme l'ont souligné Rhodes et Courneya (2003), le modèle de la TCP est valide en soit, mais le concept de la perception de contrôle n'est pas optimal. Ils concluent en mentionnant que seul le facteur de contrôlabilité reflète adéquatement la perception de contrôle comprise dans la TCP et qu'en raison de cela, seuls des items qui mesurent cet aspect devraient être créés.

Pour revenir au propos de notre recherche, il semble que les notions d'efficacité personnelle (capacité d'adopter un comportement en fonction de facteurs internes) et de contrôlabilité (réalisation d'un comportement en fonction de facteurs externes) permettraient d'expliquer l'intention et le comportement de consommation de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ. Plus concrètement, les personnes âgées consommatrices et non-consommatrices qui se perçoivent capables de prendre ou non ces médicaments, sur la base de leurs caractéristiques personnelles (efficacité personelle) et/ou pour qui la réalisation du comportement de consommation de ces médicaments est totalement accessible (contrôlabilité), en consommeraient ou auraient davantage l'intention d'en poursuivre ou d'en débuter l'utilisation.

Par ailleurs, il se pourrait que la notion de perception de contrôle ne soit pas la même pour les consommateurs de médicaments à action ASH, principalement de BZ, et les non-consommateurs. En effet, il se pourrait que les consommateurs soient davantage influencés par des facteurs externes (p.ex., effets anticipés du médicament) dans la réalisation du

comportement (contrôlabilité). Alors, que les non-consommateurs seraient plus enclins à considérer les facteurs internes (p.ex., caractéristiques personnelles) influençant l'adoption du comportement. Ce serait ces éléments qui, pour les consommateurs et non-consommateurs, seraient pris en compte dans la formation de leur intention de poursuivre ou débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Dans le même sens, peut-être y a t-il présence d'un lieu proximal versus distal de contrôle. C'est-à-dire que plus la personne se rapproche de l'adoption d'un comportement, plus ce sont des facteurs externes (contrôlabilité) qui sont sollicités alors que plus elle s'en éloigne, plus ce sont les facteurs internes (efficacité personnelle) qui sont pris en compte.

Forces et limites de l'étude

Forces

L'une des forces de la présente étude est qu'elle s'adresse aux variables psychologiques sous-tendant la consommation de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ, dans un domaine de recherche jusqu'ici largement dominé par une perspective épidémiologique centrée sur les facteurs de risque. Jusqu'à maintenant, les recherches qui se sont penchées sur le phénomène de la consommation de ces médicaments par les personnes âgées ont surtout tenté d'aborder cette problématique d'un point de vue sociodémographique (p.ex., âge, état civil), de santé physique et/ou psychologique (Allard et al., 1995 ; Antonijoan et al., 1990 ; Bourque et al., 1991 ; Gustafsson et al., 1996 ; Hendricks et al., 1991 ; Pérodeau & Ostoj, 1992). Bien que plusieurs chercheurs (Clinthorne et al., 1986 ; Manheimer et al., 1973 ; Pérodeau, 1989 ; Pérodeau & Ostoj, 1990, 1992 ; Pérodeau et al., 1992 ; Pérodeau et al., 2003) se soient intéressés aux attitudes envers les médicaments psychotropes et plus précisément les BZ, la pression ressentie par les membres de l'entourage et le contrôle perçu en lien avec la prise ou

non de BZ par les personnes âgées sont des variables qui n'ont pas été étudiées systématiquement. Qui plus est, à quelques rares exceptions près (Van Hulten et al., 2001 ; Van Hulten et al., 2003), ces recherches ont été effectuées sans l'appui d'un modèle théorique. Ainsi, l'utilisation d'un modèle théorique, celui de la Théorie du Comportement Planifié (TCP), constitue une autre force de ce projet de recherche. Celui-ci permet d'explorer la contribution d'autres variables personnelles (p.ex., attitudes envers le vieillissement, normes subjectives et perception de contrôle) dans la compréhension du phénomène.

Un autre avantage de cette recherche consiste en l'homogénéité de l'échantillon sur la base des caractéristiques suivantes : âge similaire, éducation similaire, milieux de recrutement similaires (Académie des Retraités de l'Outaouais (ARO) ; Association Nationale des Retraités Fédéraux (ANRF), district de l'Outaouais ; Association des Retraités de l'Éducation du Québec (AREQ), district de l'Outaouais ; maison de retraite Les Jardins Bellerive ; CLSC de la région de l'Outaouais ; CHVO de Gatineau (secteur Gatineau et Hull) ; Clinique Médicale de Touraine ; communauté de la ville d'Ottawa-Gatineau), consommateurs et non-consommateurs de médicaments à action ASH, principalement de BZ (69%). Par ailleurs, l'échantillon composé en majorité de femmes (62.3%) respecte la répartition des genres (2 femmes : 1 homme) que l'on retrouve dans la littérature scientifique s'intéressant au phénomène de la consommation de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ, chez les personnes âgées (Cohen & Collin, 1997 ; Su et al., 2004). La nature de notre échantillon réduit la variance au sein de celui-ci et par conséquent, augmente le niveau de confiance en la validité des résultats obtenus pour les populations partageant des caractéristiques similaires.

Une autre contribution du présent projet de recherche consiste en la création d'échelles pour évaluer certaines composantes du modèle de la TCP, notamment, une échelle pour les

normes subjectives, la perception de contrôle et l'intention comportementale (poursuivre la prise et de débuter la prise de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ). Cela dit, les propriétés psychométriques de certaines d'entre elles n'étant pas adéquates, ces échelles doivent être améliorées et évaluées de manière plus rigoureuse dans de futures recherches.

Limitations méthodologiques

La nature du devis de recherche utilisé, un devis transversal et corrélationnel (régression), ne permet pas d'établir l'existence de relations causales entre les variables (Tabachnick & Fidell, 2001). Ainsi, il faut demeurer prudent quant à l'interprétation des relations entre les variables étudiées. Dans cette perspective, l'utilisation d'un devis longitudinal serait souhaitable puisqu'il pourrait prendre en considération les interactions existantes entre les variables sur une plus longue période de temps (Keefe et al., 2002).

Il convient de mentionner, en raison de la taille relativement faible de l'échantillon, que la puissance statistique des trois études est relativement faible. Cela a pu contribuer à ce que certaines des variables ne ressortent pas comme significatives dans le modèle de régression logistique (Howell, 1982).

Même si les consommateurs de BZ étaient largement majoritaires, notre échantillon était hétérogène du point de vue du type de médicament consommé pour des problèmes d'anxiété et de sommeil. Ceci reflète la réalité de la pratique clinicienne et ajoute de la pertinence à notre étude. Par contre, cette hétérogénéité fragilise notre interprétation des résultats basée largement sur la consommation des BZ.

D'autres limitations, celles-ci en lien avec la construction et l'utilisation de certains instruments de mesure, sont importantes à considérer. D'abord, notons la validité faible du FAQ qui indique que les items de l'instrument sont peu représentatifs du construit que l'on tente de

mesurer. Tel que mentionné précédemment, il aurait sans doute été plus pertinent de mesurer l'anxiété des personnes âgées en rapport au vieillissement (p.ex., peur de la maladie, peur de la solitude, peur de la mort, etc.) plutôt que d'évaluer leurs attitudes plus générales envers ce phénomène.

De plus, l'échelle des normes subjectives que nous avons construite comprenait des items uniques pour évaluer l'importance de la pression exercée par les membres de l'entourage du consommateur de médicaments à action ASH, principalement de BZ, et non-consommateur. Ainsi, une seule question avait été créée pour mesurer un construit (p.ex., une question pour évaluer la perception du conjoint, du médecin, etc.). Pour pallier ce problème, il aurait été préférable d'utiliser plusieurs items pour chacune des dimensions des normes subjectives.

Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence la validité relativement faible de la mesure de la perception de contrôle, variable-clé de nos trois études. Il serait souhaitable de définir, encore plus exhaustivement, ce que l'on entend par « perception de contrôle » afin de créer des items qui permettraient de mieux cerner le phénomène en question.

Enfin, plus directement en lien avec la TCP, celle-ci nous indique clairement les variables qui devraient être manipulées pour engendrer un changement dans les intentions et le comportement. Cependant, elle demeure muette quant aux stratégies à employer pour modifier ces différents prédicteurs (Fife-Schaw, Sheeran, & Norman, 2007). Aussi, les interventions qui s'appuient sur la TCP produisent rarement des changements au niveau des attitudes, normes et subjectives et de la perception de contrôle (Hardeman et al., 2002). Ce faisant, il devient difficile d'inférer que ces prédicteurs auront un impact éventuel sur l'intention ou le comportement.

Recherches futures

D'abord, sur un plan plus pratique et tel que suggéré par Voyer et collaborateurs (2005), il serait important d'établir un portrait plus juste de l'état de santé mentale des personnes âgées qui consomment des médicaments à action ASH, principalement des BZ, à long terme afin d'être davantage outillé pour cerner leurs besoins psychologiques. À titre d'exemple, « un problème de santé mentale comme la dépression, qui amène une personne à recourir à une BZ, peut être différent d'un problème de santé mentale comme l'insomnie qui découle d'une dépression (en est un symptôme) et qui en justifie très souvent la prise à long terme » (Voyer et al., 2005, p.216). Développer une description plus étayée de l'état de santé mentale (p.ex., anxiété généralisée; dépression et symptomatologie associée) des personnes âgées qui a débuté ou cessé la prise de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ, permettra de renforcer la pratique pluridisciplinaire de soins prodigués aux personnes âgées.

Mesure des concepts de la TCP

Les trois composantes de la TCP, soit les attitudes envers le comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle, méritent que l'on y consacre davantage de recherches.

En ce qui a trait à l'attitude, la complexité des dimensions qui la constituent, soit la dimension affective, cognitive et comportementale, rend sa définition laborieuse (Polizzi, 2003). Plus précisément, il serait souhaitable que de futures recherches s'intéressent à la composante affective de l'attitude (Ajzen & Fishbein, 2004). Cela aurait pour effet d'en améliorer la définition et l'opérationnalisation pour la création d'échelles de mesure. Par ailleurs, il y aurait lieu de créer une échelle d'attitude envers les médicaments à action ASH, principalement les BZ, qui comprenne des sous-échelles mesurant, par exemple, l'attitude envers l'efficacité d'un

tel médicament ou le risque que représente la prise de celui-ci, de manière à mieux préciser les éléments attitudinaux qui en sous-tendent la consommation.

Du côté des normes subjectives, l'utilisation de plusieurs items pour évaluer la contribution de chacun des éléments qui les composent (p.ex., la famille, le médecin, les amis, etc.) serait pertinente parce qu'elle permettrait de déterminer, selon le phénomène étudié et à l'aide d'analyses plus poussées, le sous-groupe qui exerce une influence sur l'intention et le comportement étudié.

Pour sa part, la perception de contrôle demeure un concept théorique complexe. Il est difficile d'en évaluer toutes les facettes. Néanmoins il est impératif que cette variable de modèle de la TCP soit mieux opérationnalisée lors de la création d'échelles de mesure.

Enfin, la création d'un instrument de mesure portant sur les attitudes envers le vieillissement, pertinent à la problématique de la consommation de médicaments à action ASH, principalement de BZ, par les personnes âgées, serait un ajout important dans la mesure où il permettrait d'indiquer si cette variable mérite davantage d'attention dans l'explication de ce phénomène.

Viabilité du modèle de la TCP

Les études réalisées auprès de familles et de médecins pour tenter d'en déterminer l'influence sur le recours aux médicaments à action ASH, essentiellement aux BZ, par les personnes âgées, sont plutôt disparates. À titre d'exemple, en ce qui a trait au rôle de la famille, certaines soulignent qu'elle exerce une influence positive (p.ex., participation active dans le processus de décision du parent, présence de soutien) dans le recours aux psychotropes par le parent âgé, alors que d'autres indiquent qu'elle exerce une influence négative (p.ex., incite le parent vieillissant à se médicamenter). Il serait pertinent de clarifier cette ambivalence lors de

futures recherches. Par ailleurs, il serait souhaitable que cette question soit étudiée de manière empirique car, jusqu'à ce jour, les recherches qui se sont penchées sur cette thématique l'ont surtout abordée de manière qualitative (Collin, 2001 ; Collin et al., 1999 ; Pérodeau et al., 2004).

En ce qui a trait à la perception de contrôle, Fife-Schaw et ses collaborateurs (Fife-Schaw et al., 2007) nous rappellent que la perception de contrôle n'est pas toujours le reflet exact du contrôle réel qu'a une personne sur un comportement donné. Pour cette raison, d'autres recherches doivent être réalisées afin de préciser si la perception de contrôle découle d'une approximation de contrôle ou plutôt d'un contrôle réel pouvant être exercé sur le comportement. Par ailleurs, considérant que les individus sont plus ou moins capables de juger du contrôle qu'ils possèdent envers un comportement donné (Langer, 1975), il pourrait être intéressant, par exemple, de tester l'hypothèse selon laquelle un lieu de contrôle interne augmente l'acuité du jugement de la personne âgée en lien avec la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ. Ce genre de recherches permettrait, entre autres, d'augmenter l'efficacité de nos interventions en matière de santé. Dans ce même contexte, le modèle hiérarchique d'Azjen (2002), qui propose que la perception de contrôle se compose des concepts d'auto-efficacité (habileté à exécuter un comportement) et de contrôlabilité (exécution d'un comportement), mériterait que davantage d'études lui soient consacrées. À ce titre, l'étude réalisée par Rhodes et Courneya (2003) auprès d'un échantillon d'étudiants en santé et d'un échantillon de personnes survivantes à différents types de cancer, a démontré que, pour les jeunes en santé, c'était l'efficacité personnelle qui avait plus d'impact sur l'intention d'accomplir une tâche, une notion qu'ils envisageaient plutôt en termes motivationnels. Par contre, pour les personnes ayant survécu à un cancer, c'était la contrôlabilité qui, prédisait l'intention d'accomplir une tâche donnée, contrôlabilité qui était perçue en termes de confiance,

difficulté et facilité, facteurs influençant la motivation à réaliser la tâche. Enfin, il serait intéressant que de nouvelles recherches se penchent sur l'existence possible d'un lien entre les critères atypiques formulés par Voyer et collaborateurs (sous presse) et la perception de contrôle. Plus précisément, la présence de stresseurs multiples, l'usage prophylactique, la mise en réserve, les tentatives d'arrêts, la réduction du dosage en raison de la peur de la dépendance, tous des critères atypiques relevés par Voyer et collaborateurs (sous presse) et qui font obstacle à l'arrêt de la BZ, pourraient être utilement incorporés dans de nouvelles échelles en lien avec la variable de la perception de contrôle spécifiquement liées au phénomène de la consommation de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ.

Outre la spécification des composantes de la perception de contrôle, il pourrait être pertinent de s'intéresser à la viabilité de l'intention (Azjen, 1991), notion qui suppose que l'intention se concrétise davantage si la personne possède un contrôle actuel (au moment de l'adoption du comportement) et réel sur le comportement. Cela nous permettrait, entre autres, d'expliciter la difficulté de traduire les intentions en actions (Fife-Schaw et al., 2007).

Sur un plan plus théorique, le modèle de l'efficacité personnelle (Bandura, 1977, 1986, 1992) qui se centre sur le degré de conviction de la personne quant à ses chances de réaliser un comportement et de parvenir aux résultats attendus, suggère quelques pistes intéressantes. D'abord, la perception d'efficacité personnelle naît des « croyances que les individus entretiennent au sujet de leurs capacités à exercer un certain contrôle sur le niveau de fonctionnement des événements qui viennent affecter leur vie » (Bandura, 1991, p.257). En ce sens, les notions d'efficacité personnelle et de perception de contrôle, bien qu'elles partagent un même continuum d'idées, demeurent différentes sur quelques points. Ainsi on peut noter que l'efficacité personnelle se préoccupe davantage des perceptions cognitives de contrôle basées

sur des facteurs de contrôle internes (p. ex., stratégies d'adaptation), alors que la perception de contrôle de la TCP est le reflet de facteurs de contrôle externes (p. ex., opportunités). Sur ce point Bélanger, Morin, Bastien et Ladouceur (2005) ont démontré que les personnes qui n'avaient pas réussi à cesser la prise de BZ, avaient une perception relativement pauvre de leur efficacité personnelle. D'autres chercheurs (O'Connor et al., 2004), ajoutent que la notion d'efficacité personnelle est influencée par les succès du consommateur de BZ désireux d'en cesser la consommation : la perception d'efficacité personnelle serait positivement influencée par le nombre de succès rattachés à la cessation du médicament (O'Connor et al., 2004). En somme, il apparaît que cesser la consommation d'un médicament psychotrope (principalement la BZ) est davantage motivée par des causes externes (p.ex., effets bénéfiques du médicament) qu'internes, ce qui expliquerait pourquoi un bon nombre de personnes consommatrices parviennent difficilement à en cesser l'utilisation. Il se pourrait également que les personnes âgées non-consommatrices désireuses de débuter la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, aient un lieu de contrôle externe, d'où une perception plus vague du réel contrôle qu'elles peuvent exercer sur la prise éventuelle du médicament. Plusieurs chercheurs (Azjen & Madden, 1986 ; Norman, Conner, & Bell, 2000) avancent que les personnes qui ont un lieu de contrôle interne en rapport à un comportement donné, portent généralement un jugement plus juste en rapport au contrôle réel qu'elles peuvent exercer sur un comportement. Ainsi, une perception de faible contrôle, surtout déterminée par des facteurs externes et non intrinsèques, justifierait la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement de BZ, et l'intention d'en poursuivre l'utilisation chez les consommateurs, de même que l'intention d'en débuter la prise auprès des non-consommateurs. Tel qu'indiqué

précédemment, il pourrait également et tout simplement s'agir de la manifestation d'une dépendance à ce type de médication.

Implications pour la clinique et pistes d'intervention

Une contribution centrale du présent projet de recherche repose sur le fait qu'il met en relief les facteurs contribuant à l'intention de recourir aux médicaments à action ASH, essentiellement aux BZ, et à leur recours actuel, permettant la mise en place d'interventions ancrées sur un modèle théorique éprouvé. À ce titre, la Théorie du Comportement Planifiée (TCP) a été largement utilisée pour prédire et expliquer certains comportements, mais a également été utilisée pour mettre en place des interventions comportementales (Ajzen & Manstead, 2007). Plus particulièrement en ce qui a trait aux comportements liés à la santé (p. ex., auto-examen des testicules, exercice physique et prise de vitamines C) différents programmes d'intervention (programmes de promotion et de prévention) ont été mis en place au cours des dernières années (Hardeman et al., 2002). Parmi les plus populaires, des programmes d'information, de persuasion, d'apprentissage et de pratique de nouvelles habiletés, de modelage, d'encouragement et de support social, tous ayant pour assise la TCP, ont fait l'objet de quelques études (Hardeman et al., 2002). À titre d'exemple, Brubaker et Fowler (1990) ont mis en place un programme d'intervention visant à encourager des hommes de niveau collégial à mener un auto-examen des testicules (AET), en tentant d'influencer les croyances à l'origine de leurs attitudes comportementales, normatives et de contrôle. Pour ce faire, ils ont d'abord demandé à un premier groupe (n = 40) d'écouter un message audio persuasif d'une durée de 10 minutes basé sur la Théorie du Comportement Planifié au sujet de l'AET (p.ex., items pour la perception de contrôle : « L'AET n'est pas une pratique difficile à exécuter »; « L'AET permet une détection précoce du cancer »). Pour sa part, le second groupe (n = 37) devait écouter un

message audio d'une durée de 10 minutes fournissant de l'information générale au sujet du cancer des testicules (p.ex., « Le cancer des testicules est sérieux »; « Voici les façons de traiter ce type de cancer »). Quant au troisième groupe, le groupe contrôle (n = 37), celui-ci ne recevait aucune information. Une fois l'écoute des messages persuasif et informatif terminée, les trois groupes se voyaient remettre un questionnaire (utilisant une échelle Likert en 7 points) comprenant des items portant sur leur intention de performer l'AET au cours du prochain mois, leurs attitudes envers l'AET (< 1 mois), les personnes significatives qui sont favorables à l'AET (< 1 mois), leur niveau de confiance à pouvoir exécuter l'AET et leur expérience de l'AET (< 1 mois). Une fois le questionnaire complété, deux suivis (à des intervalles de 1 et de 4 semaines) ont été fait auprès des sujets afin de savoir s'ils avaient pratiqué l'AET suite aux interventions. Les résultats de cette étude ont démontré que les sujets ne recevant aucune information exécutaient l'AET dans 19% des cas, que ceux recevant de l'information au sujet du cancer des testicules pratiquaient l'AET dans 44% des cas contre 71% pour ceux ayant écouté un message persuasif reposant sur la TCP au sujet de l'AET. Cette étude a permis de démontrer que les individus exposés au message persuasif rapportaient une intention plus forte de pratiquer l'AET, étaient plus favorables à la pratique de l'AET, perçevaient une plus grande pression de la part de leur entourage à performer l'AET, et se sentaient plus confiants de pouvoir exécuter l'AET correctement, comparativement au groupe ayant reçu un message informatif et au groupe contrôle. En somme, Brubaker et Fowler (1990) ont démontré qu'un changement au niveau de la structure des attitudes envers le comportement, des normes subjectives et de la perception de contrôle des individus, affecte positivement l'intention de performer l'AET.

Plus directement en lien avec les résultats de la présente étude, diverses interventions pourraient être envisagées. Dans un premier temps, il convient de préciser que seuls Van Hulten

et ses collaborateurs (2001, 2003) se sont intéressés à la consommation de BZ par les personnes âgées du point de vue de la TCP. Toutefois, tous demeurent muets en ce qui concerne les types d'interventions qui pourraient être mises en place sur la base de ce modèle théorique.

Parmis les programmes d'interventions les plus couramment utilisés pour tenter d'influencer, de modifier la structure des attitudes auprès de différents groupes de personnes, Hardeman et al. (2002) insistent pour dire que la persuasion (Petty & Cacciopo, 1986) est sans aucun doute l'intervention la plus employée. Ainsi, il pourrait être intéressant d'appliquer le modèle de communication persuavive de Petty et Cacciopo (1986) auprès de personnes âgées concernées par la prise de médicaments à action ASH, principalement de BZ, afin de savoir si leurs attitudes envers ces médicaments peuvent être influencées, voire modifiées de sorte à diminuer leur prise de ces médicaments ou leur intention d'en poursuivre la prise.

Nonobstant ce qui précède, il demeure que les comportements qui s'inscrivent dans le registre des dépendances et/ou habitudes sont difficiles à changer (Azjen & Manstead, 2007). Même si la plupart des gens qui sont prisonniers de dépendances voudraient changer, il leur est souvent difficile de concrétiser leurs bonnes intentions (Gollwitzer, 1993 ; Heckhausen, 1991). C'est dire que les interventions en matière de modification de comportements gagneraient à éveiller un sentiment de contrôle sur le comportement afin de solidifier les intentions d'arrêter les comportements nocifs (Azjen & Manstead, 2007).

Pour éveiller et renforcer le sentiment de contrôle des personnes âgées consommatrices et non-consommatrices de médicaments à action ASH, principalement de BZ, davantage d'informations au sujet de ces médicaments et des options alternatives (p. ex., psychothérapie) pourraient leur être dispensées afin qu'elles puissent poser un choix éclairé sur l'intervention à privilégier. Par ailleurs, le pouvoir décisionnel des personnes âgées serait sans aucun doute

accentué si elles étaient directement impliquées dans le processus visant le recours éventuel à un tel médicament qui serait alors mieux adapté à ses besoins. Plus précisément en ce qui concerne les personnes âgées consommatrices de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ, Voyer et Martin (2003) proposent la mise en place d'un programme de sevrage souple qui vise principalement les personnes âgées souffrant de difficultés de sommeil. Ce programme a la particularité de s'adresser à ces difficultés en donnant une certaine lalitude, un certain pouvoir d'action aux personnes âgées qui consomment surtout des BZ. À ce titre, le médecin est invité à : (1) déterminer, avec le patient, de combien la dose du médicament sera réduite ; (2) envisager les difficultés psychologiques qui pourraient être rencontrées (p.ex., anxiété et insomnie) ; (3) identifier les effets secondaires possibles ; (4) introduire des techniques comportementales pour améliorer la qualité du sommeil ; (5) établir une liste d'endroits à contacter si la personne âgée se sent anxieuse par rapport à certains symptômes. Par ailleurs, Voyer et Martin (2003) insistent sur le fait qu'un tel programme doit demeurer flexible quant aux objectifs à atteindre. À ce sujet, ils indiquent que bien qu'il soit idéal de viser la cessation complète de la prise de BZ, il se peut qu'il ne soit possible que d'en réduire partiellement la consommation, ce qui est tout aussi acceptable. Aussi, ils recommandent de diminuer progressivement le dosage du médicament/semaine et de ne pas aller au-delà du seuil de 25%, car autrement nous augmentons les risques d'échec du plan de sevrage. Enfin, ils spécifient que la personne âgée doit pouvoir être libre d'augmenter légèrement le dosage de sa médication si elle se sent anxieuse ou éprouve des difficultés de sommeil et que le programme de sevrage ne devrait pas avoir de temps limite. Cette dernière mesure, directement liée à la perception de contrôle du modèle de la TCP, n'est certes pas à négliger dans un tel programme.

Plus en lien avec les difficultés de sommeil, Voyer et Martin (2003) proposent la mise en place de techniques comportementales afin d'améliorer la qualité du sommeil des personnes âgées, problématique pour laquelle elles ont généralement recours aux médicaments à action ASH, principalement aux BZ. D'abord, disent-ils, il faut éliminer les substances que l'on sait nuisibles à la qualité du sommeil (p.ex., alcool, café, chocolat) et éviter l'exposition à des stimuli environnementaux qui risquent de perturber le sommeil (p.ex., bruit, lumière). Également, il faut créer un processus Stimulus-Réponse quifavorisera la qualité du sommeil: (1) en déterminant une heure de lever relativement constante que l'on doit maintenir au minimum 6 semaines ; (2) en cessant les activités stimulantes une heure avant d'aller au lit ; (3) en allant se coucher que lorsque nous sommes somnolents ; (4) en se créant un rituel nous préparant au sommeil (p.ex., se brosser les dents, prendre un bain) ; (5) en évitant de faire des lectures, écouter la radio et/ou la télévision au lit ; (6) en sortant de lit lorsque nous ne parvenons pas à nous endormir à l'intérieur de 20 minutes ; (7) en limitant les siestes au cours de la journée ; (8) en promouvant l'utilisation de techniques de relaxation, de massages, de musique de détente ou d'appareils créant un bruit de fond pour favoriser le sommeil et enfin ; (9) en rassurant les personnes âgées quant aux conséquences de l'insomnie (p.ex., perte d'énergie, perturbation de l'humeur et difficultés de concentration). À ce type de traitement, Davidson (2008) ajoute qu'il serait profitable d'incorporer la technique de la restriction du sommeil afin que celui-ci puisse être plus efficace et regénérateur, ainsi que de cibler les croyances et les stéréotypes associés au sommeil. Enfin, la recherche a démontré que les personnes âgées consommatrices de médicaments à action ASH, essentiellement de BZ, vivaient plus de solitude principalement suite au décès d'un proche ou d'un divorce. Par ailleurs, la recherche met en évidence que ce genre de pertes est généralement associé à une plus grande détresse psychologique. En ce sens,

il pourrait être pertinent de mettre en place un programme de soutien psychologique pour les personnes âgées qui font face à un deuil avant de leur prescrire d'emblée un médicament à action ASH, principalement une BZ. À ce sujet, un programme de visites à domicile pourrait être mis en place afin de faciliter ces transitions de vie et par le biais duquel, le réseau de support social de la personne âgée pourrait être davantage sollicité.

De telles mesures, si elles ne peuvent prévenir l'utilisation de ces médicaments par les personnes âgées, pourront au moins améliorer leur qualité de vie et peut-être, engendrer l'amorce d'un changement de leurs attitudes et perception de contrôle sur leurs difficultés et la prise de ces médicaments pour y remédier.

Conclusions

Cette recherche a démontré l'importance de la perception de contrôle dans le recours ou recours éventuel aux médicaments à action ASH, surtout aux BZ. Plus précisément, elle a fait ressortir la pertinence de s'intéresser davantage au pouvoir décisionnel des personnes âgées quant à la prise de ces médicaments. Il est nécessaire de consacrer plus d'études empiriques et longitudinales à ce dernier phénomène, ainsi qu'à l'examen de modèles d'intervention visant à réduire l'utilisation de médicaments à action ASH, surtout de BZ, par les personnes âgées.

À ce titre, les attitudes envers le comportement, les normes subjectives de même que la perception de contrôle pourraient être ciblées dans le but de modifier l'intention et le comportement de consommation de tels médicaments par les personnes âgées. En conséquence, les générations futures de personnes âgées seront plus disposées à essayer des moyens autres que le recours aux médicaments à action ASH, particulièrement aux BZ, pour soulager leurs souffrances physiques et psychologiques.

Références

Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G., & Langlois, S.-P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 20,* 193-204.

Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G., & Langlois, S.-P. (1997). L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. *Santé Mentale au Québec, 22*(1), 164-182.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior.* Milton Keynes: Open University Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes, 50*, 179-211.

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology, 52,* 27-58.

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions raised by a reasoned action approach: reply to Ogden. *Health Psychology, 23*(4), 431-434.

Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22,* 453-474.

Ajzen, I., & Manstead, A. S. R. (2007). Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behavior. Dans K. van den Bos, M. Hewstone, J. De Wit, H. Schut & M. Stroebe (Eds.), *The scope of social psychology: Theory and applications* (pp. 43-63). New York: Psychology Press.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC.

Antonijoan, R. M., Barbanoj, M. J., Torrent, J., & Fané, F. (1990). Evaluation of psychotropic drug consumption related to psychological distress in the elderly: hospitalized vs nonhospitalized. *Neuropsychobiology, 23*(1), 25-30.

Armitage, C. J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: how are distal perceptions of control related to proximal perception of control? *Psychology and Health, 18*(6), 723-738.

Armitage, C. J., & Christian, J. (2003). From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social, 22,* 187-195.

Armitage, C. J., & Conner, M. (1999a). Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 72-90.

Armitage, C. J., & Conner, M. (1999b). The theory of planned behavior: assessment of predictive validity and 'perceived control'. *British Journal of Social Psychology, 38*, 35-54.

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology, 40*, 471-499.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 248-287.

Bandura, A. (1992). On rectifying the comparative anatomy of perceived control: comments on 'cognates of personal control'. *Applied and Preventive Psychology, 1*, 121-126.

Barbeau, J., Guimond, J., & Mallet, L. (1991). *Médicaments et personnes âgées.* Canada : Edisem et Manoine.

Beall, C. S., Baumhover, L. A., Maxwell, A. J., & Pieroni, R. E. (1996). Normal vs pathological aging: knowledge of family practice residents. *The Gerontologist, 36*(1), 113-117.

Beaulieu, M., & Ouellet, N. (2000). *Les facteurs psychosociaux reliés à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées du Bas Saint-Laurent : rapport de recherche.* Rimouski : Université du Québec à Rimouski.

Bélanger, L., Morin, C. M., Bastien, C., & Ladouceur, R. (2005). Self-efficacy and compliance with benzodiazepine taper in older adults with chronic insomnia. *Health Psychology, 24*(3), 281-287.

Bisserbe, J.-C., Boulanger, J.-P., & Boyer, P. (1992). Les benzodiazépines dans le traitement de la pathologie anxieuse : indications. *Perspective Psychiatrique, 35*(5), 283-287.

Blais, F., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie : validation de trois questionnaires. *L'Encéphale, 23*(6), 447-453.

Bouchard, S., Gauthier, J., Ivers, H., & Paradis, J. (1996). Adaptation de l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait aux personnes âgées de 65 ans et plus (IASTA-Y65+). *Canadian Journal on Aging, 15,* 500-513.

Bouchard, S., Ivers, H., Gauthier, J., Pelletier, M.-H., & Savard, J. (1998). Psychometric properties of the French version of the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) for people aged 65 years old and over. *Canadian Journal on Aging, 17*, 440-453.

Bourque, P., Blanchard, L., Sadéghi, M.-R., & Arseneault, A.-M. (1991). État de santé, consommation de médicaments et symptômes de la dépression chez les personnes âgées. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement, 10*(4), 308-319.

Boyer, R., Bravo, G., Hébert, R., & Préville, M. (2000). *Prévalence de la détresse psychologique sévère, utilisation des services de santé et consommation de psychotropes chez les personnes âgées en perte d'autonomie : rapport de recherche.* Conseil Québécois de la Recherche Sociale (C. Q. R. S.).

Bradley, C. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice, 422,* 454-458.

Brendl, C. M., & Higgings, E. T. (1996). Principles of judging valence: What makes events positive or negative? In *Advances in Experimental Social Psychology*, ed., MP Zanna, 28: 95-160. San Diego, CA: Academic.

Brim, O. G., Ryff, C. D., & Kessler, R. C. (2004). *How healthy are we?: a national study of well-being at midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Bron, B., & Lowack, A. (1987). Abuse of and dependence on alcohol and drugs in the elderly. *Zeitschrift fur Gerontologie, 20*(4), 219-226.

Brubaker, R. G., & Fowler, C. (1990). Encouraging college malest to perform testicular self-examination: evaluation of a persuasive message based on the revised theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1411-1422.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193-213.

Cafferata, G. L., Kasper, J., & Bernstein, A. (1983). Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. *Journal of Health & Social Behavior, 24*(2), 132-143.

Caplan, R. D., Abbey, A., Abramis, D. J., Andrews, F. M., Conway, T. L., & French Jr., J. R. P. (1984). *Tranquilizer use and well-being: a longitudinal study of social and psychological effects.* Institute for Social Research, University of Michigan.

Cappeliez, P., Quintal, M., Blouin, M., Gagné, S., Bourgeois, A., Finlay, M., & Robillard, A. (1996). Les propriétés psychométriques de la version française du Modified Mini-Mental State (3MS) avec des patients âgés suivis en psychiatrie gériatrique. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 41*, 114-121.

Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(1), 5-13.

CFES (2001). *Baromètre santé 2000*, Paris, CFES.

Chasteen, A. L. (2000). The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. *Basic and Applied Social Psychology, 22*(3), 147-156.

Chinburapa, V., Larson, L. N., & Brucks, M. (1993). Physician prescribing decisions: the effects of situational involvement and task complexity on information acquisition and decision making. *Social Science and Medicine, 36*(11), 1473-1482.

Clinthorne, J. K., Cisin, J. H., Balter, M. B., Mellinger, G. D., & Unlenhuth, E. H. (1986). Changes in popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *Archives of General Psychiatry, 43*(6), 527-532.

Cloutier, C., & Leroux, Y. (1998). Prédiction de l'intention créatrice à l'aide du modèle du comportement planifié de Ajzen. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 30*(3), 182-192

Cohen, D., Cailloux-Cohen, S., & l'AGIDD (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme.* Montréal : Éditions de l'Homme.

Cohen, D., & Collin, J. (1997). *Les toxicomanies reliées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits.* Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Collin, J. (2001). Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation. *Revue Québécoise de Psychologie, 22*(2), 75-97.

Collin, J., Damestoy, N., & Lalande, R. (1997). *Analyse de la perspective des omnipraticiens face à la prescription de psychotropes dans les tours d'habitation pour personnes retraitées et semi-retraitées de Laval.* Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

Collin, J., Damestoy, N., & Lalande, R. (1999). La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences Sociales et Santé, 17*(2), 31-51.

Cooperstock, R., & Sims, M. (1971). Mood-modifying drugs prescribed in a Canadian city: hidden problems. *American Journal of Public Health, 61*(5), 1007-1016.

Cormack, M. A, & Howells, E. (1992). Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Family Practice, 9*(4), 466-471.

Crabb, R. (2008). Utilization of mental health care services among older adults with depression in Canada. Thèse de doctorat inédite. Université d'Ottawa : École de psychologie, Faculté des sciences sociales.

Davidson, J. R. (2008). Insomnia: therapeutic options for women. *Sleep Medicine Clinics, 3*, 109-119.

Davidson, W., Molly, D. W., Somers, G., & Bédard, M. (1994). Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. *Canadian Medical Association Journal, 150*(6), 917-921.

Dealberto, M.-J., McAvay, G. J., Seeman, T., & Berkman, L. (1997). Psychotropic drug use and cognitive decline among older men and women. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(5), 567-574.

Duckitt, J. H. (1983). Psychological factors related to subjective health perception among elderly women. *Humanitas Sciences Research Council,* 9(4), 441-449.

Dufouil, C., & Alpérovitch, A. (1998). Concordance for psychotropic drug use in older married couples. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(8), 1059-1060.

Dupré-Lévêque, D., & Raynault, C. (1997). Santé mentale, psychotropes et personnes âgées en institution. *Mire Infos, 37*, 10-15.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Forth Worth, TX : Harcourt Brace.

Émond, L. (1995). *Profil des personnes âgées de l'Outaouais*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais. Direction de la santé publique.

Erber, J. T., Szuchman, L. T., & Rothberg, S. T. (1990). Everyday memory failure: age differences in appraisal and attribution. *Psychology and Aging, 5*, 236-241.

Ettorre, E., Klaukka, T., & Riska, E. (1994). Psychotropic drugs – long term use, dependency and the gender factor. *Social Science and Medicine, 39*(12), 1667-1673.

Fernandez, L., & Cassagne-Pinel, C. (2001). Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'Encéphale, XXVII*, 459-474.

Ferraro, K. F., Farmer, M. M., & Wybraniec, J. A. (1997). Health trajectories: Long-term dynamics among black and white adults. *Journal of Health and Social Behavior, 31*(1), 38-54.

Ferry, M. E., Lamy, P. P., & Becker, L. A. (1985). Physicians knowledge of prescribing for the elderly: a study of primary care physicians in Pennsylvania. *The American Geriatrics Society, 33*(9), 616-625.

Fife-Schaw, C., Sheeran, P., & Norman, P. (2007). Simulating behaviour change interventions based on the theory of planned behaviour: impacts on intention an action. *British Journal of Social Psychology, 43*, 43-68.

Finlayson, R. E. (1995). Misuse of prescription drugs. *The International Journal of the Addictions, 30*(13-14), 1871-1901.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to the theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Fortin, D., Préville, M., Ducharme, C., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J.-P., Trottier, L., & Bérard, A. (2005). Facteurs associés à la consommation de courte et de longue durée des benzodiazépines chez les personnes âgées du Québec. *Canadian Journal on Aging. 24*(2), 103-114.

Fortin, D., Préville, M., Ducharme, C., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J.-P., Trottier, L., & Bérard, A. (2006). Facteurs associés à la consommation de courte et de longue durée de benzodiazépines chez les personnes âgées du Québec. *La Revue Canadienne du Vieillissement, 24*(2), 103-114.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 25*(4), 559-578.

Gleason, P. P., Schulz, R., Smith, N. L., Newsom, J. T., Kroboth, P. D., Kroboth, F. J., &, Psaty, B. M. (1998). Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *Journal of General Internal Medicine, 13*, 243-250.

Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its application to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*(2), 87-98.

Gollwitzer, P. M., (1993). Goal achievement: the role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). Chichester, UK: Wiley.

Graham, K., Carver, V., & Brett, P. J. (1995). Alcohol and drug use by older women: results of a national survey. *Canadian Journal on Aging/Revue Canadienne du Vieillissement, 14*(4), 769-791.

Graham, K., Clarke, D., Bois, C., Carver, V., Marshman, J., & Smythe, C. (1998). Depressant medication use by older persons in the broader social context relating to use of psychoactive substances. *Journal of Substance Misuse, 3*, 161-169.

Grant, B. F, Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 61*, 807-816.

Gray, S. L., Eggen, A. E., Blough, D., Buchner, D., & LaCroix, A. Z. (2003). Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(5), 568-576.

Greenblatt, D.J., Harmatz, J. S., Shapiro, L., Engelhardt, N., Gouthro, T. A., & Shader, R. I. (1991). Sensitivity to triazolam in the elderly. *New England Journal of Medicine, 324*, 1691-1698.

Greenblatt, D. J., Shader, R. I., & Harmatz, J. S. (1989). Implications of altered drug disposition in the elderly : studies of benzodiazepines. *Journal of Clinical Pharmacology, 29,* 866-872.

Grenier, L., & Barbeau, G. (1991). Effets indésirables des médicaments. Dans Gilles Barbeau, Jean Guimond & Louise Mallet, *Médicaments et personnes âgées*, chapitre 13 (p. 159-174). Canada : Edisem et Manoine.

Guindon, S. (2007). Vers un modèle intégratif de la santé subjective à l'âge adulte avancé : Contributions du bien-être psychologique et du soutien social. Thèse de doctorat inédite. Université d'Ottawa : École de psychologie, Faculté des sciences sociales.

Gurian, B. S., & Miner, J. H. (1991). Clinical presentation of anxiety in the elderly. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (dir.), *Anxiety in the elderly. Treatment and research* (pp. 31-44). New York: Springer.

Gustafsson, T. M., Isacson, D. G. L., Thorslund, M., & Sörbom, D. (1996). Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *Journal of Applied Gerontology, 15*(2), 238-254.

Haccoun, R. R. (1987). A new technique for verifying the equivalence of translated psychological measures. *Revue Québécoise de Psychologie, 8*(3), 30-39.

Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D. W., Bonetti, D., Wareham, N. J., & Kinmonth, A. L. (2002). Application of the Theory of Planned Behaviour in behaviour change interventions: a systematic review. *Psychology and Health, 17*, 123-158.

Harris, L. (1975). *The myth and reality of aging in America.* Washington, DC: National Council on Aging.

Harris, D. K., & Changas, P. S. (1994). Revision of Palmore's second Facts on Aging Quiz from a true-false to a multiple choice format. *Educational Gerontology, 20*(8), 741-754.

Harris, D. K., Changas, P. S., & Palmore, E. B. (1996). Palmore's first fact on aging quiz in a multiple-choice format. *Educational Gerontology, 22*, 575-589.

Hartzema, A. G., & Christensen, D. B. (1983). Non medical factors associated with the prescribing volume among family practitioner in a HMO. *Medical Care, 21,* 990-1000.

Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du modified mini-mental state (3MS). *La Revue de Gériatrie, 17*(8), 443-450.

Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action.* New York: Springer.

Helman, C. G. (1981). Patients' perceptions of psychotropic drugs. *Journal of the Royal College of General Practitioners, 31*, 107-112.

Hemmelgarn, B., Suissa, S., Huang, A., Boivin, J. F., & Pinard, G. (1997). Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *The Journal of the American Medical Association, 278,* 27-31.

Hendricks, J., Johnson, T. P., Sheahan, S. L., & Coons, S. J. (1991). Medication use among older persons in congregate living facilities. *Journal of Geriatric Drug Therapy, 6,* 47-61.

Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1992). Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly. *Clinical Psychology Review, 12,* 619-640.

Hintze, J. L. (2008). Power analysis and sample size software (PASS). Kaysville, Utah: USA.

Hogg, M. A., & Cooper, J. (2003). *The Sage Handbook of social psychology.* London: Sage Publications.

Hohagen, F., Kappler, C., Schranom, E., Weyerrer, S., Riemann, D., & Berger, M. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90,* 102-108.

Hohmann, A. A. (1989). Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care, 27*(5), 478-490.

Howell, D. C. (1982). *Statistical methods for psychology.* Boston: Duxbury Press.

Idler, E. L., Hudson, S. V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging, 21*(3), 458-476.

Illife, S., Curran, H. V., Collins, R., Yuen, K. S., Fletcher, S., & Woods, B. (2004). Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging & Mental Health, 8*(3), 242-248.

Isacson, D., Carsjo, K., Haglund, B., & Smedby, B. (1988). Psychotropic drug use in a Swedish community: Patterns of individual use during 2 years. *Science & Medicine, 27*(3), 263-267.

Insitut de la Statistique du Québec (1998). Consommation de médicaments, Enquête sociale et de santé (2ème Éd). *Médicaments prescrits ou non prescrits pris de façon régulière selon la durée d'utilisation et la classe, ensemble des médicaments de la classe, Chapitre 22.* Consulté le 27 décembre 2008, http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2-8.pdf

Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia, 176*, S84-S96.

Jorm, A. F., Grayson, D., Creasey, H., Waite, L., & Broe, G. A. (2000). Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 24*(1), 7-10.

Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L. H., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 640-655.

Kirby, M., Denihan, A., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D., & Lawlor, B.A. (1999). Benzodiazepine use among the elderly in the community. *International Journal of Psychiatry, 14*(4), 280-284.

Lader, M. (1988). The psychopharmacology of addiction-benzodiazepine tolerance and dependance. In M. Lader (Ed.). *Psychopharmacology of Addiction* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press.

Lader, M. (1994). Anxiolytic drugs: dependence, addiction and abuse. *European Neuropsychopharmacology, 4*(2), 85-91.

Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*, 311-328.

LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. (1979). Health in old age: How do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology, 34*(5), 687-691.

Laurier, C., Dumas, J., & Grégoire, J. P. (1992). Factors related to benzodiazepine use in Quebec – a secondary analysis of survey data. *Journal of Pharmacoepidemiology, 2*, 73-86.

Lechevallier, N., Fourrier, A., & Berr, C. (2003). Utilisation de benzodiazépines chez les sujets âgés : données de la cohorte EVA. *Revue Épidémiologique de Santé Publique, 51,* 317-326.

Lechevallier-Michel, N., Berr, C., & Fourrier-Reglat, A. (2005). Incidence et caractéristiques de l'utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA. *Thérapie, 60*(6), 561-566.

Légaré, F., Dodin, S., & Godin, G. (1995). *Prise de l'hormonothérapie de remplacement à la ménopause : problématique et développement d'un protocole de recherche visant à en étudier les déterminants.* Mémoire de maîtrise inédit. Université Laval : Département de médecine sociale et préventive.

Légaré, F., Godin, G., Dodin, S., Turcot-Lemay, L., & Laperrière, L. (2003). Adherence to hormone replacement therapy: a longitudinal study using the theory of planned behavior. *Psychology and Health, 18*(3), 351-371.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up in older people. *Archives of Gerontology & Geriatrics, 35*(1), 79-92.

Linn, L. S. (1971). Physician characteristics and attitudes toward legitimate use of psychotherapeutic drugs. *Journal of Health and Social Behavior, 12,* 132-140.

Maddox, G. L., & Douglas, E. B. (1973). Self-assessments of health: A longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior, 14*, 87-93.

Manheimer, D. I., Davidson, S. T., Balter, M. B., Mellinger, G. D., Cisin, I. H., & Parry, H. J. (1973). Popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *American Journal of Psychiatry, 130*(11), 1246-1253.

Manstead, A. S. R., & van Eekelen, S. A. M. (1998). Distinguishing between perceived behavioural control and self-efficacy in the domain of academic achievement intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 28*, 1375-1392.

Marinier, R. L., Pihl, R. O., Wilford, C., & Lapp, J. E. (1985). Psychotropic drug use by women: demographic, lifestyle, and personality correlates. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, 19,* 40-45.

Matthews, M., Tindale, J. A., & Norris, J. E. (1984). The Facts on Aging Quiz: a canadian validation and cross-cultural comparison. *Canadian Journal on Aging, 3*(4), 165-174.

Melin, A.-L., & Bygren, L. O. (1993). Perceived functional health of frail elderly in a primary home care program and correlation of self-perception with objective measurements. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 21*(4), 256-263.

Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1984). Prevalence and correlates of the long-term regular use of anxiolytics. *The Journal of the American Medical Association, 251*(3), 375-379.

Mellinger, G. D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985). Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Archives of General Psychiatry, 42,* 225-232.

Miller, N. S., & Gold, M. S. (1990). Benzodiazepines: reconsidered. *Advances in Alcool & Substance Abuse, 8*(3/4).

Milligan, W. L., Prescott, L., Powell, D. A., & Furchtgott, E. (1989). Attitudes toward aging and physical health. *Experimental Aging Research, 15*, 33-41.

Mintzes, B., Barer, M. L., Kravitz, R. L., Kazanjian, A., Bassett, K., Lexchin, J., Evans, R. G., Pan, R., & Marion, S. A. (2002). Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patient's requests on prescribing decisions: two sites cross sectional survey. *British Medical Journal, 321*, 278-279.

Mishara, B. (1996). L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaires sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention. *Santé Mentale au Québec, 22*(1), 200-215.

Mishara, B. L., & Legault, A. (1999). *La consommation de médicaments chez les personnes âgées : une perspective psychosociale.* Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Université du Québec à Montréal.

Mishara, B. L., & McKim, W. A. (1989). *Drogues et vieillissement.* Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin.

Monette, J., Tamblyn, R. M., McLoed, P. J., Gayton, D. C., & Laprise, R. (1994). Do medical education and practice characteristics predict innapropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly. *Academic Medicine, 69* (suppl.), s10-s12.

Morgan, K., & Clarke, D. (1997). Longitudinal trends in late-life insomnia: implications for prescribing. *Age and Aging, 26*, 179-184.

Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Insomnia and chronic use of benzodiazepines: a randomized clinical trial of supervised tapering, cognitive-behavior therapy, and a combined approach to facilitate benzodiazepine discontinuation. *American Journal of Psychiatry, 161*, 332-342.

Morin, C. M., Bélanger, L., & Bernier, F. (2004). Correlates of benzodiazepine use in individuals with insomnia. *Sleep Medicine, 5*, 457-462.

MSSS (1995). *Le Québec comparé.* Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Gouvernement du Québec.

Neutel, C. I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry, 17*(3), 189-197.

Netz, Y., & Ben-Sira, D. (1993). Attitudes of young people, adults, and older adults from three-generation families toward the concepts "ideal person", "youth", "adult", and "older person". *Educational Gerontology, 19,* 607-621.

Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (2000). The theory of planned behaviour and exercise: evidence fir the moderating role of past behaviour. *British Journal of Health Psychology, 5*, 249-261.

O'Connor, K. P., Marchand, A., Bélanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., Turcotte, J., Dupuis, G., Harel, F., & Lachance, L. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: a replication. *Addictive Behaviors, 29*, 583-593.

Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1995). Insomnia and psychotropic drug consumption. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 19*, 421-431.

Ohayon, M. M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(7), 457-464.

Osterweis, M., Bush, P. J., & Zuckerman, A. E. (1979). Family context as a predictor of individual medicine use. *Social Science & Medicine, 13A*, 287-291.

Oude Voshaar, R., Gorgels, W., Mol, A., van Balkom, A., Breteler, M., van de Lisdonk, E., Mulder, J., & Zitman, F. (2006). Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use by minimal intervention: a 2-year follow-up study. *Family Practice, 20*(4), 370-372.

Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist, 17,* 315-320.

Palmore, E. (1980). The facts on aging quiz: a review of findings. *The Gerontologist, 20,* 669-672.

Palmore, E. B. (1981). The Facts on Aging Quiz: Part Two. *The Gerontologist, 21*(4), 431-437.

Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Young, R. M., & McCafferty, K. (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine, 62*, 1237-1249.

Paterniti, S., Verdier-Taillefer, M.-H., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 181*(5), 406-410.

Paterniti, S., Dufouil, C., Bisserbe, J.-C., & Alperovitch, A. (1999). Anxiety, depression, psychotropic drug use and cognitive impairment. *Psychological Medicine, 29*, 421-428.

Pérodeau, G. (1989). Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants. *Le Gérontophile, 11*(1), 12-14.

Pérodeau, G., & Galbaud du Fort, G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events and mental health in the elderly. *Journal of Applied Gerontology, 19*, 23-41.

Pérodeau, G., Grenon, É., Préville, M., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., Suissa, A., & Olivier, C. (2006). Consommation de benzodiazépines: attitudes des médecins, pharmaciens et consommateurs. *8ième Congrès international francophone de gérontologie et de gériatrie.* Québec : Québec.

Pérodeau, G., King, S., & Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: an exploratory model. *Canadian Journal on Aging/Revue Canadienne du Vieillissement, 11*(4), 347-369.

Pérodeau, G., Lauzon, S., Lévesque, L., & Lachance, L. (2001). Mental health, stress correlates and psychotropic drug use or non-use among aged caregivers to elders with dementia. *Aging & Mental Health, 5*(3), 225-234.

Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1990). *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par les personnes âgées en maintien à domicile : Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la recherche sociale.* Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun.

Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1992). *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées.* Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun.

Pérodeau, G., Paradis, I., Ducharme, F., Collin, J., & St-Jacques, J. (2003). Dynamique familiale et médicament psychotropes : les femmes âgées consommatrices et leurs aidantes : enjeux psychosociaux de la santé. J. Levy, D., Maisonneuve, H. Bilodeau et C. Garnier (Éds.) : Presses de l'Université du Québec (pp. 275-286).

Pérodeau, G., Voyer, P., Paradis, I., Collin, J., Lauzon, S., & Ducharme, F. (2004). Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias. *Vie et Vieillissement, 2*(3), 37-44.

Perry, P. J., Alexander, B., & Liskow, B. I. (1997). *Psychotropic drug handbook* (7th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change.* New York: Springer.

Petty, R. E., Wegener, D. T., & Fabrigar, L. R. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual Review of psychology, 48*, 609-647.

Polizzi, K. G. (2003). Assessing attitudes toward the elderly: Polizzi's refined version of the Aging Sementic Differential. *Educational Gerontology. 29*(3), 197-216.

Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M. C., Streiner, D., Cairney, J., Brassard, J., & le comité scientifique de l'Étude ESA (2008). *Prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées vivant à domicile.* Consulté le 27 décembre 2008 du site http://www.usherbrooke.ca/axe_rech_sante_mentale/

Ray, W. A., Fought, R. L., & Decker, M. D. (1992). Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *American Journal of Epidemiology, 136*, 873-883.

Ray, W. A., Griffin, M. R., & Downey, W. (1989). Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *Journal of the American Medical Association, 262,* 3303-3307.

Régie de l'assurance maladie du Québec (1996, 1998, 2000). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées.* Bibliothèque Nationale du Québec.

Rémondin, M., Trempe, N., Olivier, C., & Potvin, L. (1995). *Évaluation d'un programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées.* Hull (QC) : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Rhodes, R. E., & Courneya, K. S. (2003). Self-efficacy, controllability and intention in the theory of planned behavior: measurement redundancy or causal independence? *Psychology and Health, 18*(1), 79-91.

Riska, E., & Klaukka, T. (1984). Use of psychotropic drugs in Finland. *Social Science & Medicine, 19*(9) 983-989.

Roberge, R. F., Genest, A., Beauchemin, J. P., & Parent, M. (1995). Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les personnes âgées en centre d'accueil. *Canadian Family Physician, 41*, 800-805.

Robidas, G. (1987). *La problématique santé-personnes âgées, région des Laurentides.* Volume 1. District de santé communautaire Saint-Jérôme.

Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tales of shifting horizons. *Psychology and Aging, 6*, 286-295.

Santé Québec (1995). Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., Levasseur, M. (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Schulz, R., Mittlemark, M., Kronmal, R., Polak, J., Hirsch, C. H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of Aging and Health, 6*, 419-447.

Shepperd, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research, 15*, 325-343.

Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2006). Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care. *General Hospital Psychiatry, 28*, 374-378.

Sorock, G. S., & Shimkin, E. E. (1988). Benzodiazepine sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Archives of Internal Medicine, 148*(11), 2441-2444.

Sparks, P., Guthrie, C. A., & Shepherd, R. (1997). The dimensional structure of the perceived behavioral control construct. *Journal of Applied Social Psychology, 27*(5), 418-438.

Speer, D., Dupree, L. W., Vega, C., Schneider, M. G., Hanjian, J. M., & Ross, K. (2004). Age and mental health status differences in medical service utilization in an integrated primary care setting. *Clinical Gerontologist, 27*(4), 71-82.

Spielberger, C. D. (1983). *Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y).* Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Staats, A. W., & Staats, C. K. (1958). Attitudes established by classical conditioning. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 57*, 37-40.

Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1996). Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 827-838.

Statistique Canada (2000). *Série de profils du centre Canadien de la statistique juridique : les personnes âgées au Canada.* Gouvernement du Canada : Statistique Canada.

Statistique Canada (2001). *Consultation d'un médecin, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus.* Canada : Ottawa.

Su, T. P., Huang, S. R., & Chou, P. (2004). Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 706–713.

Swartz, M., Landeman, R., George, L. K., Melville, M., Blazer, D., & Smith, K. (1991). Benzodiazepine anti-anxiety agents: prevalence and correlates of use in a southern community. *American Journal of Public Health, 81*, 592-596.

Szwabo, P. A. (1993). Substance abuse in older women. *Clinics in Geriatric Medicine, 9*(1), 197-208.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Northridge : Allyn and Bacon.

Tamblyn, R. (1996). Medication use in seniors: challenges and solutions. *Thérapie, 51*, 269-282.

Taylor, S., McCracken, C. F. M., Wilson, K. C. M., & Copeland, J. R. M. (1998). Extent and appropriateness of benzodiazepine use. Results from an elderly urban community. *The British Journal of Psychiatry, 173*(11), 433-438.

Teng, E. L., & Chui, H. C. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*(8), 314-318.

Teng, E. L., Chui, H. C., & Gong, A. (1990). Comparisons between the Mini-Mental State Exam (MMSE) and its modified version – the 3MS test. *Psychogeriatrics: Biomedical and Social Advances.* Tokyo: Escerpta Medica, pp. 189-192.

Teng, E. L., Chui, H. C., Hubbard, D., & Corgiat, M. D. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) Test. *Clinical Neuropsychology, 1*, 293.

Terry, D. J., & O'Leary, J. E. (1995). The theory of planned behavior: the effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology, 34*, 199-220.

Tesser, A., & Martin, L. (1996). The psychology of evaluation. In *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*, ed. ET Higgins, AW Kruglanski, pp. 400-432. New York: Guilford.

Tinetti, M. E., Speechley, M., & Gineter S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine, 319*(26), 1701–1707.

Trafimow, D., & Finlay, K. A. (1996). The importance of subjective norms for a minority of people: between subjects and within-subjects analyses. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 820-828.

Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K .A. (2002). Evidence that perceived behavioral control is a multidimensional construct: perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology, 41*, 101-121.

Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R. (1991). Théories de prédiction du comportement : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement interpersonnel, la théorie du comportement planifié. *Monographies du Département de Mesure et Évaluation, 4*(1), Université Laval.

Van der Putte, B. (1991). *20 years of the theory of reasoned action of Fishbein and Ajzen. A meta-analysis.* Unpublished manuscript, University of Amsterdam.

Van Hulten, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2001). Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharmacy World & Science, 23*(2), 70-75.

Van Hulten, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science & Medicine, 56*, 1345-1354.

Voyer, P. (2001). *L'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez des aînés vivant dans la communauté.* Thèse de doctorat inédite. Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

Voyer, P., Cappeliez, P., Pérodeau, G., & Préville, M. (2005). Mental health for older adults and benzodiazepine use. *Journal of Community Health Nursing, 22*(4), 213-229.

Voyer, P., Cohen, D., Préville, M., Roussel-Roy, M.-È., Berbiche, D., & Béland, S.-G. (sous presse). Examination of DSM-IV-TR criteria and addiction criteria for benzodiazepine dependance among a random sample of seniors. *Aging and Mental Health.*

Voyer, P., Cohen, D., Lauzon, S., & Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: a review of empirical studies. *BMC Nursing, 3*(3).

Voyer, P., & Martin, L. S. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 11-21.

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of American Medical Association, 283, 373-380.

Wells, B. G., Middleton, B., Lawrence, G., Lillard, D., & Safarik, J. (1985). Factors associated with the elderly falling in intermediate care facilities. *Drug Intelligence & Clininal Pharmacology, 19,* 142-145.

White, K. M., Terry, D. J., & Hogg, M. A. (1994). Safer sex behavior: the role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 2164-2192.

Williams, A. P., Cockerill, R., & Lowy, F. H. (1995). The physician as prescriber: relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry and prescription volume. *Health and Canadian Society, 3* (1-2), 135-166.

Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology Monograph Supplement, 9*(2), 1-27.

Zandstra, S. M., van Rijswijk, E., Rijnders, C., van de Lisdonk, E. H., Bor, J. H. J., van Weel, C., & Zitman, F. G. (2004). Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behaviour and psychological characteristics. *Family Practice, 21*(3), 266-269.

Liste des figures

Figure 1. Théorie du Comportement Planifié (TCP). Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ

Figure 2. Théorie du Comportement Planifié (TCP). Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ. Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ.

Théorie du Comportement Planifié (TCP)

Sous-étude 1 : consommation actuelle de médicaments à action ASH, dont les BZ

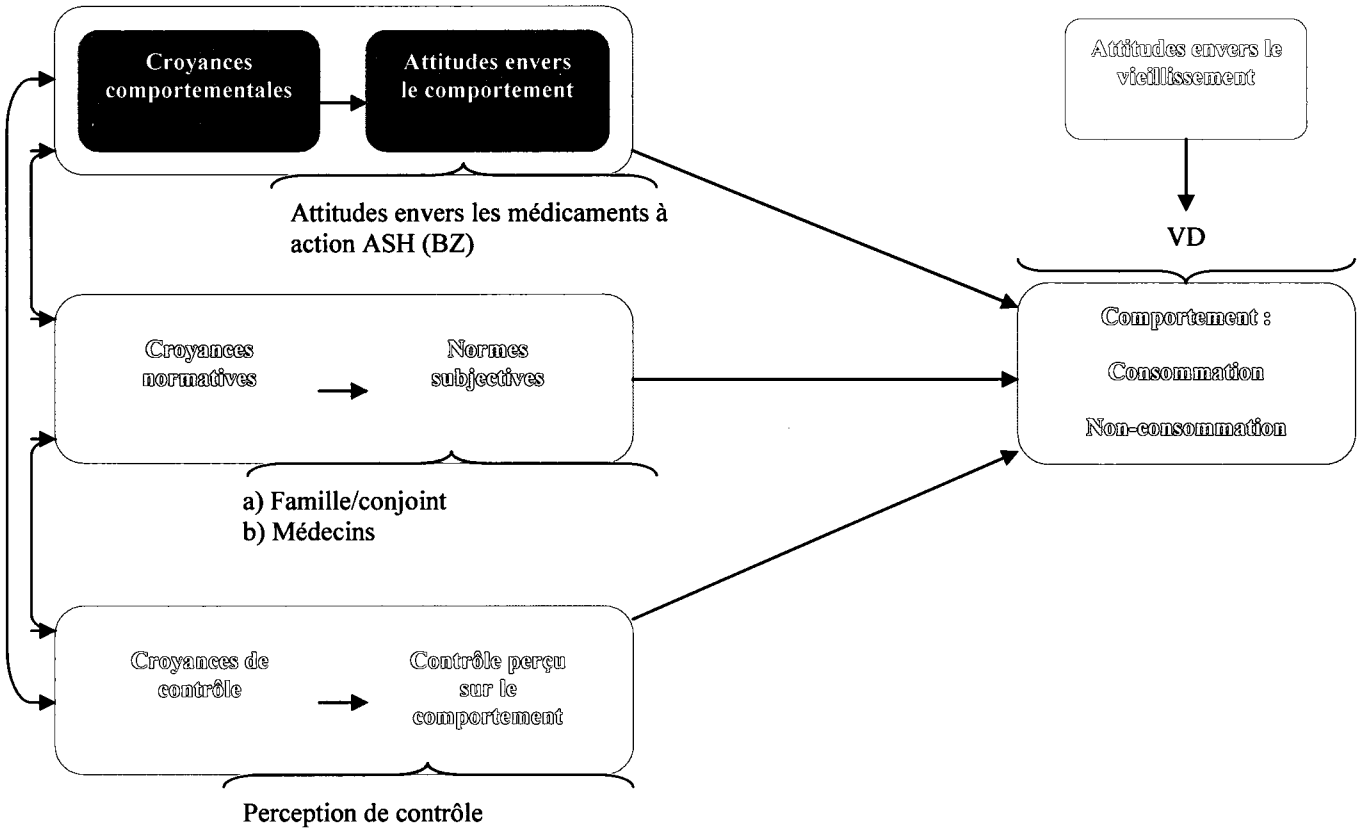

Figure 1. Théorie du Comportement Planifié (Azjen, 1988) tel qu'adapté au domaine de la prescription et de la consommation de médicaments par Légaré et al. (2003).

Théorie du Comportement Planifié (TCP)

Sous-étude 2 : intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ
Sous-étude 3 : intention de débuter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ

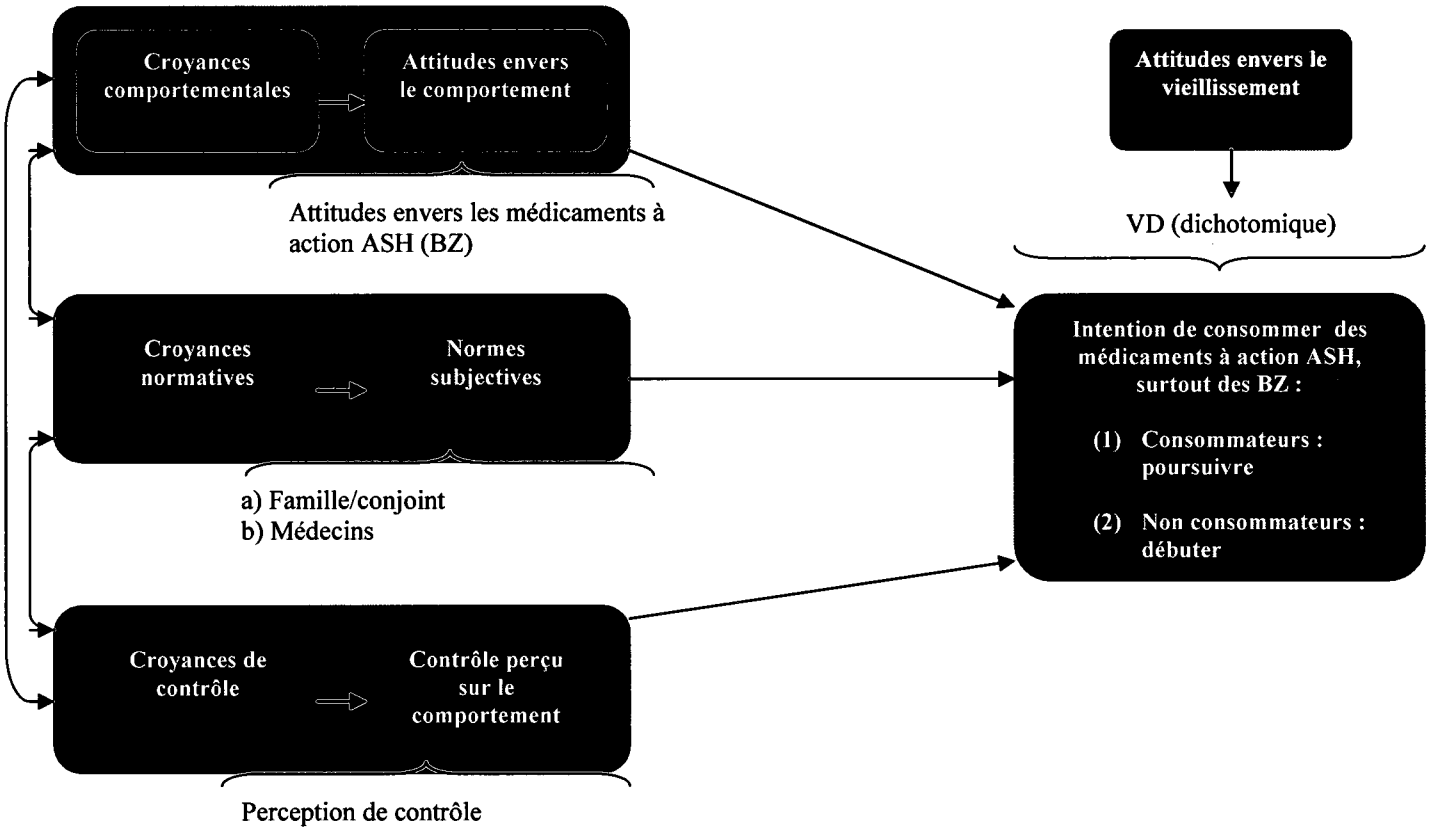

Figure 2. Théorie du Comportement Planifié (Azjen, 1988) tel qu'adapté au domaine de la prescription et de la consommation de médicaments par Légaré et al. (2003).

Université d'Ottawa University of Ottawa

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES ET HUMANITÉS

ATTESTATION D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche en Sciences Sociales et Humanités de l'Université d'Ottawa a examiné la demande d'approbation déontologique pour le projet intitulé **Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les benzodiazépines : implications pour la consommation actuelle de benzodiazépines et l'intention d'en consommer (Dossier # 11-05-01),** présenté par Marilyn Guindon et supervisé par Philippe Cappeliez de l'École de psychologie. Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes déontologiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comités d'éthique de l'Université d'Ottawa et a donc accordé une catégorie 1a (approbation) à ce projet.

La présente attestation est valide pour un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

_____ 27 janvier 2006

Catherine Paquet — Date
Responsable de l'éthique en recherche
Pour le Président du CÉR en Sciences Sociales et Humanités
Richard Clément

Annexe B

Lettre d'approbation déontologique du Comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau (CSSSG)

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

DÉCISION DU
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

NUMÉRO DU PROJET :	**PROJET 300-060620**
TITRE DU PROJET :	**Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les benzodiazépines : implications pour la consommation actuelle de benzodiazépines et l'intention d'en consommer**
CHERCHEUR PRINCIPAL :	Marilyn Guindon, candidate au PhD en psychologie clinique – Université d'Ottawa
Co-chercheur :	D[r] Philippe Cappeliez, Université d'Ottawa
Collaborateurs internes :	Martine Foucault, archiviste Chantale Duguay, dir. adj. santé communautaire
DATE DE LA RÉUNION DU COMITÉ :	Le 20 juin 2006

Présences:

M[me] Chantal Beauvais, PhD, personne versée en éthique	secrétaire
M[me] Chantal Boislard, chef du programme FER	observatrice
M. Michel Chevalier, représentant de la collectivité	membre
M[me] Diane Goulet-Contois, intervenante	membre
M[me] Louise Lapierre, chercheure externe	membre
M[e] Jacques Maziade, expert juridique	président
M. Hubert Sauvé, représentant de la collectivité	membre
D[r] George Shenouda, chercheur externe	membre

RÉSUMÉ :

Le projet de recherche vise à déterminer l'importance relative de variables psychologiques telles que les attitudes envers le comportement de consommer, le sentiment de pression exercée par la famille et le médecin (normes subjectives) et la perception de contrôle, ainsi que les attitudes à l'égard du vieillissement, sur la consommation actuelle de benzodiazépines (BZ) (étude 1) et sur l'intention de débuter la prise de BZ chez les non-consommateurs et l'intention de continuer d'en prendre chez les consommateurs (étude 2).

Les membres du CER ont pris connaissance des documents suivants pour l'évaluation du projet déposé par M[me] Marilyn Guindon :

- Formulaire de *Renseignements sur le projet de recherche* (déposé le 5 juin 2006)
- Protocole de recherche
- Formulaire de consentement (révisé le 17 juillet 2006)

Hôpital de Gatineau
909, boulevard La Vérendrye Ouest
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Téléphone : 819-561-8100

Hôpital de Hull
116, boulevard Lionel-Émond
Gatineau (Québec) J8Y 1W7
Téléphone : 819-535-6000

Annexe E

Formulaire de consentement – version approuvée par le CER en SSH

Titre du projet : Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les benzodiazépines : implications pour la consommation actuelle de benzodiazépines et l'intention d'en consommer.

Chercheur(e) : Marilyn Guindon
Candidate au doctorat en psychologie clinique
École de psychologie, Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4456; courriel : mguin092@uottawa.ca

Superviseur : Dr. Philippe Cappeliez
Directeur de recherche
École de psychologie, Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4806; courriel : pcappeli@uottawa.ca

Je suis invité(e) à participer à une recherche menée par Marilyn Guindon étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Professeur Philippe Cappeliez. Cette recherche s'adresse aux attitudes des personnes âgées à l'égard de certains médicaments (pour les nerfs ou pour dormir) et du vieillissement.

Ma participation inclut soit avoir une courte entrevue soit répondre à une série de questionnaires sur ma perception de l'usage de ces médicaments et du vieillissement en général. La rencontre sera d'une durée d'environ 45 minutes et sera menée par l'étudiante.

Je comprends que, par ma participation à cette étude, je vais être amené(e) à donner des informations personnelles, ce qui pourrait susciter quelques réactions émotionnelles. Les chercheurs m'ont assuré que l'étude sera effectuée de façon à minimiser ces risques. En cas de réactions émotionnelles importantes, je peux contacter Marilyn Guindon ou le Dr. Philippe Cappeliez qui m'orienteront vers des services appropriés à mes besoins. Je peux aussi contacter les ressources suivantes en cas de besoin :

Centre d'aide 24/7 595-9999	Ligne d'écoute, situation de crise, renseignements sur les ressources de la communauté.
Tel-Aide Outaouais 741-6433	Ligne d'écoute, situation de crise, renseignements sur les ressources de la communauté.
Centre des services psychologiques de l'Université d'Ottawa 562-5289	Services psychologiques desservant la communauté d'Ottawa et les régions environnantes.
Services psycho-gériatriques communautaires d'Ottawa-Carleton 562-9777	Services psychologiques, counselling.

Ma participation à cette recherche permettra : (a) de créer une brochure informative portant sur les BZ qui sera accessible aux usagers de ces médicaments et intervenants ; (b) d'identifier les attitudes à l'origine de la consommation de BZ; (c) de distinguer le recours sain aux BZ (p.ex. raisons de santé) du recours malsain aux BZ.

J'ai l'assurance des chercheurs que l'information que je partagerai restera strictement anonyme et confidentielle, et seulement accessible aux deux personnes susmentionnées (M. Guindon et P. Cappeliez).

L'anonymat sera assuré par un code (initiales) inscrit sur les formulaires à la place de mon nom. Les données recueillies sur papier seront conservées dans un classeur verrouillé au laboratoire de recherche du superviseur Dr. Philippe Cappeliez et les données électroniques seront conservées sur un disque dur au même laboratoire.

Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de m'en retirer en tout temps, et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives et sans être pénalisé(e) d'aucune manière.

Je,_____, accepte de participer à cette recherche menée par Marilyn Guindon, candidate au doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa, laquelle est supervisée par le professeur Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de me retirer de la recherche.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure ou son superviseur aux adresses, courriels et numéros indiqués ci-haut.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, je peux m'adresser au Responsable de la déontologie en recherche : Université d'Ottawa, 550, rue Cumberland, pièce 159, (613) 562-5841 ou ethics@uottawa.ca

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une que je peux garder.

Signature du/de la participant(e) : _____ Signature du chercheur(e) : _____

Date : _____ Date : _____

Je désire recevoir une lettre qui résumé les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante (adresse postale ou courriel) :

_____

Annexe F

Formulaire de consentement – version approuvée par le CSSSG

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

uOttawa

Université d'Ottawa
École de psychologie

University of Ottawa
School of psychology

Titre du projet : Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les benzodiazépines : implications pour la consommation actuelle de benzodiazépines et l'intention d'en consommer.

Ce projet s'adresse plus particulièrement aux gens qui ont une bonne connaissance du français.

Nombre de participants requis par l'étude (TOTAL) : 180.

Nombre de participants que l'on escompte recruter par l'intermédiaire du CSSSG : 70.

Chercheur(e) : Marilyn Guindon
Candidate au doctorat en psychologie clinique
École de psychologie, Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4456; courriel : mguin092@uottawa.ca

Superviseur : Dr. Philippe Cappeliez
Directeur de recherche
École de psychologie, Université d'Ottawa
(613) 562-5800 poste 4806; courriel : pcappeli@uottawa.ca

Je suis invité(e) à participer à une recherche menée par Marilyn Guindon étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Professeur Philippe Cappeliez. Cette recherche s'adresse aux attitudes des personnes âgées à l'égard de certains médicaments (pour les nerfs ou pour dormir) et du vieillissement.

Ma participation inclut soit avoir une courte entrevue soit répondre à une série de questionnaires sur ma perception de l'usage de ces médicaments et du vieillissement en général. La rencontre sera d'une durée d'environ 45 à 75 minutes et sera menée par l'étudiante.

Téléphone/Phone 613 562-5799
Télécopieur/Fax 613 562-5147
145 Jean-Jacques Lussier
Ottawa ON KIN 6N5 Canada

Je comprends que, par ma participation à cette étude, je vais être amené(e) à donner des informations personnelles, ce qui pourrait susciter quelques réactions émotionnelles. Les chercheurs m'ont assuré que l'étude sera effectuée de façon à minimiser ces risques. En cas de réactions émotionnelles importantes, je peux contacter Marilyn Guindon ou le Dr. Philippe Cappeliez qui m'orienteront vers des services appropriés à mes besoins. Je peux aussi contacter les ressources suivantes en cas de besoin :

Centre d'aide 24/7 595-9999	Ligne d'écoute, situation de crise, renseignements sur les ressources de la communauté.
Tel-Aide Outaouais 741-6433	Ligne d'écoute, situation de crise, renseignements sur les ressources de la communauté.
Centre des services psychologiques de l'Université d'Ottawa 562-5289	Services psychologiques desservant la communauté d'Ottawa et les régions environnantes.
Services psycho-gériatriques communautaires d'Ottawa-Carleton 562-9777	Services psychologiques, counselling.

Ma participation à cette recherche permettra : (a) de créer une brochure informative portant sur les « pilules pour les nerfs ou pour dormir » qui sera accessible aux usagers de ces médicaments et intervenants ; (b) d'identifier les attitudes à l'origine de la consommation de « pilules pour les nerfs ou pour dormir »; (c) de distinguer le recours sain aux « pilules pour les nerfs ou pour dormir » (p.ex. raisons de santé) du recours malsain à ces médicaments.

J'ai l'assurance des chercheurs que l'information que je partagerai restera strictement anonyme et confidentielle, et seulement accessible aux deux personnes susmentionnées (M. Guindon et P. Cappeliez).

L'anonymat sera assuré par un code (initiales) inscrit sur les formulaires à la place de mon nom. Les données recueillies sur papier seront conservées dans un classeur verrouillé au laboratoire de recherche du superviseur Dr. Philippe Cappeliez et les données électroniques seront conservées sur un disque dur au même laboratoire.
Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de m'en retirer en tout temps, et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives et sans être pénalisé(e) d'aucune manière.

Je,_____, accepte de participer à cette recherche menée par Marilyn Guindon, candidate au doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa, laquelle est supervisée par le professeur Philippe Cappeliez. Je comprends que le fait de signer ce formulaire de consentement ne limite en aucun cas mon droit de me retirer de la recherche.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure ou son superviseur aux adresses, courriels et numéros indiqués ci-haut.

Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez rejoindre le secrétariat de Comité d'éthique de la recherche au (819) 561-8144. Ce comité est chargé d'évaluer les aspects scientifique et éthique des projets de recherche qui se déroulent au CSSSG. Vous pouvez également vous adresser au Responsable de la déontologie en recherche : Université d'Ottawa, 550, rue Cumberland, pièce 159, (613) 562-5841 ou ethics@uottawa.ca

Si vous avez des questions ou commentaires concernant vos droits en tant qu'usager du CSSSG, vous adresser à la Commissaire locale adjointe à la qualité des services au (819) 595-6101 (hôpital de Hull et de Gatineau).

En acceptant de participer à ce projet de recherche, je consens à ce que le chercheur transmettre au CER de l'établissement, aux seules fins de la constitution du répertoire des participants à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Mon nom codé (initiales et date de naissance)
- Le numéro du projet de recherche
- La date de début et de fin de ma participation à ce projet.

Le répertoire sert à assurer ma protection en tant que sujet de recherche et permettra à l'établissement d'assumer ses responsabilités au niveau de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis par le chercheur seront détruits au plus tard douze mois suivant la fin de ma participation au projet. Le répertoire est soumis aux règles en matière de respect de la vie privée et de la protection de la confidentialité applicables.

Les données recueillies ne serviront qu'aux seules fins de cette étude.

En aucun temps, le sujet ne renonce à ses droits légaux en participant à l'étude.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une que je peux garder.

Signature du/de la participant(e) : **Signature du chercheur(e) :**

_____ _____

Date : _____ Date : _____

Je désire recevoir une lettre qui résumé les principaux résultats de cette étude à l'adresse suivante (adresse postale ou courriel) :

_____

Annexe G

Publicité pour le recrutement des sujets

uOttawa
L'Université canadienne
Canada's university

RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT & LES MÉDICAMENTS POUR LES « NERFS » OU POUR « DORMIR »

uOttawa
L'Université canadienne
Canada's university

Nous invitons toute *personne âgée de 55 ans ou plus* à participer à cette recherche qui implique une rencontre d'une heure quinze minutes (75 minutes) pour compléter quelques questionnaires portant sur votre attitude à l'égard du vieillissement et des médicaments utilisés pour les « nerfs » ou pour « dormir ». Cette étude est dirigée par l'étudiante de doctorat Marilyn Guindon de l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa sous la supervision du Docteur Philippe Cappeliez. Vous pouvez rejoindre l'étudiante au numéro de téléphone qui apparaît ci-dessous.

Veuillez contacter Marilyn Guindon au **(613) 562-5800 poste 4456** ou par courriel à l'adresse suivante : mguin092@uottawa.ca

562-5800 poste 4456	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**	**562-5800 poste 4456**

Annexe H

Texte de recrutement téléphonique

Bonjour, pourrais-je parler avec Monsieur ou Madame X ? Bonjour Monsieur/Madame X, avez-vous quelques minutes à m'accorder ? Je me présente, mon nom est Marilyn Guindon, je suis étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa et que je vous téléphone en réponse à votre courriel et/ou au message que vous avez laissé sur ma boîte vocale concernant le projet de recherche sur les attitudes à l'égard du vieillissement et des médicaments psychotropes.

Le projet de recherche pour lequel vous avez manifesté un intérêt vise à mieux comprendre comment les attitudes des personnes âgées à l'égard des médicaments psychotropes (pour les nerfs ou pour dormir) ainsi qu'à l'égard du vieillissement en expliquent la consommation.

Votre participation implique que vous participiez soit à une courte entrevue qui portera sur votre perception de l'usage que font les gens des médicaments psychotropes et du vieillissement ou soit que vous répondiez à une série de questionnaires sur les attitudes que vous entretenez à l'égard de la médication (psychotropes) et du vieillissement. Le projet de recherche nécessite une seule rencontre d'une durée approximative de 75 minutes (1h15) et sera menée par l'étudiante de doctorat. Comme les participants viennent de plusieurs secteurs de la région d'Ottawa-Gatineau, la rencontre peut se dérouler, au choix, sur le campus de l'Université d'Ottawa dans le laboratoire de recherche occupé par l'étudiante, dans un bureau de l'Académie des Retraités de l'Outaouais ou encore dans un bureau de la Clinique Médicale de Touraine.

Avez-vous des questions jusqu'à maintenant ? Avant de conclure, j'aurais deux questions spécifiques à vous poser. D'abord, quel âge avez-vous ? Cette information me permet de savoir à quelle catégorie d'âge vous appartenez de façon à classifier les participants. Par ailleurs, au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé un médicament pour gérer l'anxiété, un médicament pour vous aider à dormir ou les deux? Cette information me permet simplement de savoir si vous prenez des médicaments pour « les nerfs ou pour dormir » ou si vous n'en prenez pas.

Avez-vous des questions ? Êtes-vous toujours intéressé(e) à participer au projet de recherche ? Quand aimeriez-vous que l'on se rencontre ?

Merci beaucoup de l'intérêt que vous manifester pour le projet de recherche. Votre collaboration est grandement appréciée. Au revoir et au plaisir de vous rencontrer prochainement.

Annexe I

Article dans le Journal La Revue Gatineau

Une thèse révolutionnaire pour Marilyn Guindon
L'étudiante au doctorat scrute les aînés à la loupe

Texte par Patrick Voyer
patrick.voyer@transcontinental.ca

La Gatinoise de 25 ans Marilyn Guindon a toujours aimé être entourée de personnes âgées. Tellement, qu'elle leur consacre sa thèse en psychologie clinique; un boulot qui, sous plusieurs facettes comme nous le verrons plus loin, n'a jamais été réalisé.

L'étudiante à l'Université d'Ottawa s'est intéressée à la consommation «inquiétante» de psychotropes chez les aînés. En effet, ce type de «bonbon qui sauve la vie» représente 7% des médicaments avalés, un peu derrière les cardiotropes. Lorsque Marilyn a pris connaissance de ces chiffres de la Régie de l'assurance maladie du Québec, un déclic s'est produit : elle irait sonder des aînés pour savoir si les psychotropes entraînent des effets négatifs et si leur «popularité» s'explique de quelque manière.

La réponse est affirmative, bien entendu. Toutefois, c'est là que sa thèse est d'une importance capitale. «Nous incluons la perception négative du vieillissement. C'est une variable qui n'a jamais été incluse dans une étude comme ça», assure-t-elle.

En gros, lorsque Marilyn rencontre une personne âgée, elle lui demande si elle se sent impliquée dans sa vie. Elle essaie de comprendre si la perception de la vieillesse est acceptée ou non par l'individu. Des questions plus poussées lui permettent enfin de se rendre compte si les psychotropes influencent leur attitude. «Ça nous permet de prévenir la prise de médicament ou de comprendre les éléments psychologiques qui poussent les personnes âgées à les prendre, souligne l'étudiante. Ça aura plus d'impact sur la communauté.»

Les études antérieures effectuées sur le sujet ne restaient qu'en surface. On traitait des données socio-démographiques (âge, sexe, état de santé), mais on ne fusionnait pas les raisons aux conséquences. Marilyn souhaite que cette recherche contribue à discerner autrement la consommation. Après tout, on n'a qu'un âge d'or à vivre, alors autant bien le traverser!

Les médicaments «béquilles»...

Ce qu'a constaté Marilyn jusqu'à présent lors de ses nombreux stages (clinique hospitalière, centre de réadaptation neuropsychologique, entre autres), c'est que les aînés n'entrevoient pas nécessairement cette période de leur existence avec un grand sourire dans le visage. L'anxiété, la paranoïa, la sédentarité, l'insomnie, ne sont pas des phénomènes exclusivement réservés aux travailleurs! Ils minent la confiance et l'humeur des doyens de notre société.

Malgré la peine ou la douleur qu'entraînent ces constats, Marilyn Guindon et ses collaborateurs, dont le Dr Philippe Cappeliez, déconseillent l'absorption de «médicaments miracles» pour simplifier les choses simples... «Si les gens appréhendent le moment du repos, alors ce n'est plus du repos!», estime-t-elle. Son étude vise à clarifier ce genre de tare et à tenter de dénicher des solutions.

S'il est sans doute trop tard pour certaines personnes âgées, la thèse de Marilyn rejoindra les plus jeunes d'entre elles. Est-ce que les médicaments psychotropes sont vraiment la seule option afin de goûter pleinement à la vie? C'est un débat très chaud qui occupe les journées de l'étudiante et qui fera jaser encore longtemps si on jette un oeil dans notre boule de cristal...

Il n'y pas si loin de la coupe aux lèvres...

Marilyn Guindon est persuadée que la prochaine génération de personnes âgées, formée par les babyboomers, sera dissemblable de celle des grands-parents actuels.

« Ce sera une population plus active, plus éduquée et qui va se mobiliser davantage si on réussit à avoir leurs services. Nos institutions (hôpitaux, résidences, programmes de santé) c'est un peu à travers eux qu'on va les avoir, croit la jeune femme. Les bénévoles de demain se trouvent dans cette cohorte d'âge.»

Le tableau n'est pas si barbouillé, pense l'étudiante. Un mouvement de prise de conscience commence sérieusement à se développer au sein des 40-60 ans. «Il ne faut pas se leurrer, la situation est peut-être désastreuse pour les personnes atteintes de démence, mais celle des 'jeunes vieux' comme on les appelle, n'est pas si pire! Il ne faut pas être alarmiste, mais proactif, penser 'prévention' versus 'intervention'», nuance-t-elle.

«On veut une qualité et on va se la donner tout simplement, tranche Marilyn Guindon. Pour cela, il ne faut pas avoir peur de sonner aux portes, de s'allier aux gens qui ont une certaine force en eux.» Cette philosophie est celle de l'ouverture aux idées des autres, de l'écoute et de l'accueil que pratiquent déjà des millions d'aînés.

Parmi la cinquantaine de personnes visitées par Marilyn depuis le début (elle en rencontrera 260 en tout), plusieurs l'ont traitée comme si elle était leur petite-fille! Les gens ne sont pas effrayés de répondre à ses questions sur leur consommation de médicaments. Alors, elle estime que les croyances qui suggèrent que les aînés de la génération d'avant-guerre se ferment comme une huître lorsqu'on les sonde, sont dépassées. «Les gens sont enthousiastes, il n'y a pas de bougons, ils sont gentils!», lance-t-elle en ajoutant que la population est beaucoup plus cynique envers la vieillesse que les personnes vieillissantes le sont avec elles-mêmes.

Marilyn couvre toute la ville de Gatineau et va rencontrer les volontaires chez eux, question de les mettre à l'aise et de mieux accommoder les personnes à mobilité réduite qui voudraient participer à sa thèse. Cette proximité qu'elle instaure, cette passion pour autrui, elle lui vient de sa famille, qui a toujours été impliquée de près ou de loin dans la société. Sa principale source de motivation lui vient de sa grand-mère maternelle, une ancienne travailleuse sociale qui consomme elle-même des psychotropes...

Il est important pour elle de suivre la voie tracée par sa famille. C'est pourquoi, en plus de bosser dur sur sa thèse, elle chante dans des maisons de personnes âgées et elle passe du temps avec des individus en perte d'autonomie. «Je ne sais pas ce que je vais faire plus tard (après son doctorat en psychologie qui se terminera dans deux ans et demi), mais je sais que je travaille avec mon cœur et je continuerai tant que j'aurai la flamme», conclut-elle.

Pour participer en tant que «cobaye» à l'importante thèse de Marilyn Guindon ou pour toute information, on peut la rejoindre à son bureau de l'Université d'Ottawa au (613) 562-5800 - poste 4456- ou par courriel au mguin092@uottawa.ca.

Marilyn Guindon travaille d'arrache-pied dans son «modeste» bureau pour tenter de mesurer les impacts des psychotropes sur les personnes âgées.

L'Université d'Ottawa est une deuxième maison pour la Gatinoise, elle y passe le plus clair de son temps afin de préparer son avenir et cultiver sa passion des aînés.

Annexe J

Publicité dans le Journal L'Estafette

L'Estafette, #2006 - 13

Ret
L'Estaf

Recherche de candidats,étude sur les médicaments

RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT ET LES MÉDICAMENTS
Nous sommes présentement à la recherche de personnes âgées de 55 ans ou plus qui consomment des médicaments pour les "nerfs" (anxiété) ou pour "dormir" (insomnie) afin de participer à une rencontre d'environ 45 minutes qui implique de compléter divers questionnaires portant sur vos attitudes à l'égard du vieillissement et de ces médicaments. Tous les renseignements fournis au cours de cette rencontre demeureront strictement confidentiels et seront conservés sous clés dans le laboratoire de recherche de gérontopsychologie clinique de l'Université d'Ottawa

Plus de détails sur l'étude et les chercheurs

Par ailleurs, il est à noter que l'étudiante de doctorat peut se déplacer à votre domicile pour aller vous rencontrer. Ainsi, aucun déplacement n'est requis de votre part pour participer à ce projet.

Cette étude est dirigée par l'étudiante de doctorat Marilyn Guindon de l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa sous la supervision du Docteur Philippe Cappeliez.

Tout récemment, le projet a également reçu l'appui du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau (CSSG). Cela fait en sorte que l'ensemble du territoire de l'Outaouais (CLSC et CHVO) sera couvert.

Pour participer à la recherche, vous pouvez contacter Marilyn Guindon au (613) 562-5800 poste 4456 ou lui faire parvenir un courriel aux adresses suivantes : mguin092@yahoo.ca ou mguin092@uottawa.ca
En espérant vous compter en grand nombre,

Recevez nos plus cordiales salutations !

Marilyn Guindon, Candidate au doctorat en psychologie clinique
Dr. Philippe Cappeliez

Marilyn Guindon, B.Sc. psychologie
Candidate au Ph. D., Psychologie clinique : Gérontopsychologie clinique
Université d'Ottawa
120 Université Bureau 615
Tél : (613) 562-5800, poste 4456

Annexe K

Questionnaire démographique

Code : ____

Dire : « Je vais maintenant vous poser des questions d'ordre général ».

1. Sexe :
   - ❑ Féminin
   - ❑ Masculin

2. Âge : ____ ans

3. État civil:
   - ❑ Marié(e)
   - ❑ Conjoint(e) de fait
   - ❑ Séparé(e) ou divorcé(e)
   - ❑ Célibataire
   - ❑ Veuf(ve)
   - ❑ Autre (spécifiez) _____

4. Occupation :

Retraité(e)	Employé(e) temps plein	Employé(e) temps partiel
____	____	____

5. En commençant par la première année, combien d'années d'éducation avez-vous complété ? ____ ans

6. Comment considérez-vous votre état de santé présent ?

____ 1	____ 2	____ 3	____4	____ 5	____ 6	____7
Très mauvais			Moyen			Excellent

7. Prenez-vous des hormones de remplacement (pour la ménopause) ?

   - ❑ Oui
   - ❑ Non

Annexe L

Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS)
(Teng, & Chui, 1987) (Hébert et al., 1992)

Matériel nécessaire: *montre (chronomètre), crayon à mine de plomb muni d'une gomme à effacer, feuille de papier d'environ* 8'' x 10''

1. Lieu et date de naissance
Date : Année Mois Jour **0 1 2 3**
Lieu : Ville **0 1 2**
Province

2. Enregistrement # **(nombre d'essais :)**
#1 CHEMISE, BLEU, HONNÊTETÉ **0 1 2 3**
#2 (ou : CHAUSSURE, BRUN, MODESTIE)
#3 (ou : CHANDAIL, BLANC, CHARITÉ)

3. Réversibilité mentale
Compte à rebours de 5 à 1
Exact **(2)**
1 à 2 erreurs ou omissions **(1)**
3 erreurs ou plus **(0)**
Épeler à l'envers le mot MONDE (ednom) **0 1 2 3 4 5**

4. Premier rappel
Rappel spontané **(3)**
Après « Quelque chose pour se vêtir » **(2)**
Après « CHAUSSURE, CHEMISE, CHANDAIL » **(1)**
Encore incorrect **(0)**

Rappel spontané **(3)**
Après « Une couleur » **(2)**
Après « BRUN, BLANC, BLEU » **(1)**
Encore incorrect **(0)**

Rappel spontané **(3)**
Après « Une qualité » **(2)**
Après « HONNÊTETÉ, CHARITÉ, MODESTIE » **(1)**
Encore incorrect **(0)**

5. Orientation temporelle
Année
Exact **(8)**
Marge d'erreur de 1 an **(4)**
Marge d'erreur de 2-5 ans **(2)**
Erreur de plus de 5 ans **(0)**
Saison
Exacte ou erreur d'un mois **(1)**
Erreur de plus d'un mois **(0)**
Mois
Exacte ou marge d'erreur de 5 jours **(2)**
Erreur d'un mois **(1)**
Erreur de plus d'un mois **(0)**
Date du jour
Exacte **(3)**
Erreur de 1-2 jours **(2)**
Erreur de 3-5 jours **(1)**
Erreur de plus de 5 jours **(0)**
Jour de semaine
Exact **(1)**
Inexact **(0)**

6. Orientation spatiale
Province ou département **(0) ou (2)**
Pays **(0) ou (1)**
Ville ou village **(0) ou (1)**
HÔPITAL(CLINIQUE)/MAGASIN/MAISON **(0) ou (1)**

7. Dénomination
Front Menton Épaule Coude Jointure **0 1 2 3 4 5**

8. Évocation de mots
Animaux à quatre (1 point chacun)
(30 secondes)

9. Associations sémantiques
Bras-Jambes
Parties du corps, membres, extrémités **(2)**
Se plient, sont longs, ont des muscles **(1)**
Incorrect, ne sait, sont différents **(0)**
Rire-Pleurer
Sentiments, émotions **(2)**
Expressions, bruits, faits avec la bouche **(1)**
Incorrect, ne sait pas, sont différents **(0)**
Manger-Dormir
Essentiels à la vie **(2)**
Fonctions corporelles, activités quotidiennes, bons pour nous **(1)**
Incorrect, ne sait pas, sont différents **(0)**

10. Répétition
« JE VEUX ALLER CHEZ MOI » **(2)**
1 ou 2 mots omis ou erronés **(1)**
Plus de 2 mots omis ou erronés **(0)**
« PAS DE – SI NI – DE MAIS » **0 1 2 3**

11. Consigne écrite « FERMEZ VOS YEUX »
Ferme les yeux sans incitation **(3)**
Ferme les yeux avec incitation **(2)**
Lit à haute voix seulement (spontanément ou sur demande) mais ne ferme par les yeux **(1)**
Ne lit pas correctement et ne ferme pas les yeux **(0)**

12. Écriture (1 minute)
« JE VEUX ALLER CHEZ MOI » **0 1 2 3 4 5**

13. Copie de deux pentagones (1 minute)
5 côtés approximativement égaux **(4) (4)**
5 côtés inégaux (>2 : 1) **(3) (3)**
Autre figure fermée **(2) (2)**
2 lignes ou plus **(1) (1)**
Moins que 2 lignes **(0) (0)**
Intersection
Intersection à 4 angles fermés **(2)**
Intersection de moins de 4 angles fermés **(1)**
Pas d'intersection **(0)**

14. Consignes en 3 étapes
_____ PRENEZ CE PAPIER DE LA MAIN DROITE/GAUCHE **(0) (1)**
_____ PLIEZ-LE EN DEUX ET **(0) (1)**
_____ REDONNEZ-LE MOI **(0) (1)**

15. Deuxième rappel
Rappel spontané **(3)**
Après : « Quelque chose se vêtir » **(2)**
Après : « CHAUSSURE, CHEMISE, CHANDAIL » **(1)**
Encore incorrect **(0)**
Rappel spontané **(3)**
Après : « Une couleur » **(2)**
Après : « BRUN, BLANC, BLEU » **(1)**
Encore incorrect **(0)**
Rappel spontané **(3)**
Après : « Une qualité » **(2)**
Après : « HONNÊTETÉ, CHARITÉ, MODESTIE » **(1)**
Encore incorrect **(0)**

Date : _____ **Cotation totale :** (3MS) /100 (MMSE) /30

Annexe M

Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété
(Gauthier, & Bouchard, 1993)

Nom _____ Date _____

CONSIGNES : Vous trouverez ci-dessous un certain nombres d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le mot approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

1. En général, je me sens bien

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

2. En général, je me sens nerveux (se) et agité(e)

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

3. En général, je me sens content (e) de moi-même

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

4. En général, je voudrais être aussi heureux (se) que les autres semblent l'être

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

5. En général, j'ai l'impression d'être un (e) raté (e)

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

6. En général, je me sens reposé (e)

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

7. En général, je suis d'un grand calme

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

8. En général, je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

9. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

10. En général je suis heureux (se)

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

11. En général j'ai des pensées troublantes

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

12. En général, je manque de confiance en moi

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

13. En général, je me sens en sécurité

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

14. En général, prendre des décisions m'est facile

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

15. En général, je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

16. En général, je suis satisfait (e)

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

17. En général, des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

18. En général, je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

19. En général, je suis une personne qui a les nerfs solides

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

20. En général, je deviens tendu (e) ou bouleversé (e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents

PRESQUE TOUJOURS
SOUVENT
QUELQUEFOIS
PRESQUE JAMAIS

Annexe N

Indices de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (IQSP)
(Buysse, Reynolds, Monk, Breman & Kupfer, 1989)

Instructions :
Les questions suivantes font référence à vos habitudes de sommeil au cours du dernier mois seulement. Vos réponses devraient correspondre aux meilleures estimations possibles pour la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions.

1. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous couché ? — Heure habituelle du coucher : _____

2. Durant le dernier mois, combien de temps (en minutes) avez-vous pris pour vous endormir à chaque soir ? — Nombre de minutes : _____

3. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levé le matin ? — Heure habituelle du lever : _____

4. Durant le dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous eu par nuit (ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit) ? — Nombre d'heure sommeil par nuit : _____

Pour chacune des questions suivantes, cochez la meilleure réponse. S.V.P., répondez à toutes les questions.

5. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous...

   a) ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes.

   Pas durant le dernier mois _____ | Moins qu'une fois par semaine _____ | Une ou deux fois par semaine _____ | 3 fois ou plus par semaine _____

   b) vous réveilliez au milieu de la nuit ou tôt le matin.

   Pas durant le dernier mois _____ | Moins qu'une fois par semaine _____ | Une ou deux fois par semaine _____ | 3 fois ou plus par semaine _____

   c) deviez vous lever pour aller à la salle de bain.

   Pas durant le dernier mois _____ | Moins qu'une fois par semaine _____ | Une ou deux fois par semaine _____ | 3 fois ou plus par semaine _____

d) ne pouviez pas respirer facilement.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

e) toussiez ou ronfliez bruyamment.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

f) aviez trop froid.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

g) aviez trop chaud.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

h) aviez fait de mauvais rêves.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

i) ressentiez de la douleur.

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

j) autre(s) raison(s), s.v.p. décrivez :

_____

À quelle fréquence durant le dernier mois avez-vous eu de la difficulté à dormir pour cette (ces) raison(s) ?

Pas durant le dernier mois _____ Moins qu'une fois par semaine _____ Une ou deux fois par semaine _____ 3 fois ou plus par semaine _____

6. Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil ?

Très bien _____ Plutôt bien _____ Plutôt mal _____ Très mal _____

7. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris une médication (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir ?

Très bien _____ Plutôt bien _____ Plutôt mal _____ Très mal _____

8. Durant le dernier mois, combien de fois avez –vous eu de la difficulté à rester éveillé pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale ?

Très bien _____ Plutôt bien _____ Plutôt mal _____ Très mal _____

9. Durant le dernier mois, jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités ?

Très bien _____ Plutôt bien _____ Plutôt mal _____ Très mal _____

Annexe O

Questionnaire sur le vieillissement, adaptation française du Facts on Aging Quiz (Harris, Changas, & Palmore, 1996)

Instructions :

Maintenant, nous vous encourageons à participer à ce questionnaire afin de vérifier vos connaissances sur le vieillissement.

---

1. La proportion de personnes de plus de 65 ans qui sont séniles (dégradation de la mémoire, ou démence) est :

    a. d'environ 1 sur 100
    b. d'environ 5 sur 100
    c. d'environ 1 sur 2
    d. la majorité

2. Le bonheur chez les personnes âgées est :

    a. rare
    b. moins courant que chez les personnes plus jeunes
    c. à peu près aussi courant que chez les personnes plus jeunes
    d. plus courant que chez les personnes plus jeunes

3. Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans vivant dans des établissements de soins de longue durée (telles que des maisons de repos, des hôpitaux psychiatriques, des résidences pour les personnes âgées) est d'environ :

    a. 5 %
    b. 10 %
    c. 25 %
    d. 50 %

4. Le taux d'accident chez les conducteurs de plus de 65 ans est :

    a. plus élevé que chez ceux de moins de 65 ans
    b. à peu près le même que chez ceux de moins de 65 ans
    c. plus bas que chez ceux de moins de 65 ans
    d. inconnu

5. Les travailleurs de 65 ans et plus :

    a. sont moins efficaces que les travailleurs plus jeunes
    b. sont aussi efficaces que les travailleurs plus jeunes
    c. sont plus efficaces que les travailleurs plus jeunes
    d. sont préférés par la plupart des employeurs

6. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui sont capables de continuer à fonctionner normalement (p.ex. activités journalières) est d'environ :

    a. un dixième
    b. un quart
    c. une demie
    d. trois quart

7. L'adaptabilité au changement chez les personnes âgées de plus de 65 ans est :

    a. rare
    b. présente chez près de la moitié
    c. présente chez la plupart
    d. plus courante que chez les personnes plus jeunes

8. En ce qui concerne l'apprentissage de nouvelles choses chez les personnes âgées :

    a. la plupart sont incapables d'apprendre, peu importe le rythme
    b. la plupart sont capables d'apprendre, mais à un rythme plus lent
    c. la plupart sont capables d'apprendre au même rythme que les plus jeunes
    d. le rythme d'apprentissage n'est pas lié à l'âge

9. La dépression est plus fréquente chez :

    a. les personnes âgées de plus de 65 ans
    b. les adultes âgés de moins de 65 ans
    c. les jeunes
    d. les enfants

10. La plupart des personnes âgées rapportent :

    a. qu'elles s'ennuient rarement
    b. qu'elles s'ennuient parfois
    c. qu'elles s'ennuient souvent
    d. que la vie est monotone

11. La proportion de personnes âgées qui sont socialement isolées :

    a. presque toutes
    b. à peu près la moitié
    c. moins du quart
    d. presque aucune

12. Le taux d'accidents au sein des travailleurs de plus de 65 ans tend à être :

    a. plus élevé qu'au sein des travailleurs plus jeunes
    b. à peu près le même qu'au sein des travailleurs plus jeunes
    c. plus bas qu'au sein des travailleurs plus jeunes
    d. inconnu parce qu'il y a si peu de travailleurs de plus de 65 ans

13. La plupart des personnes âgées sont :

    a. sont employées
    b. sont employées ou aimeraient l'être
    c. sont employées, font du travail dans la maison ou du bénévolat, ou aimeraient avoir un certain emploi
    d. ne sont pas intéressées à occuper un emploi

14. La plupart des personnes âgées :

    a. se mettent rarement en colère
    b. se mettent souvent en colère
    c. sont souvent de mauvaise humeur
    d. sont souvent en colère

Annexe P

Mesure des attitudes envers les médicaments à action ASH (BZ),
adaptation française de l'échelle
Attitude Toward Tranquillizer Scale
(Caplan, Abbey, Abramis, Andrews, & Conway, 1984)

PROTOCOLE D'A DMINISTRATION DU ATTS

Dire :

Maintenant je vais vous lire des opinions sur les tranquillisants, c'est-à-dire les pilules pour les « nerfs ou pour dormir ». Après avoir lu chacune d'elle, j'aimerais que vous me disiez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

Fortement en désaccord	Désaccord	Ni en accord Ni en désaccord	Accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

A)	Les tranquillisants sont très efficaces pour rendre une personne plus calme et la relaxer	1	2	3	4	5
B)	L'utilisation de tranquillisants empêche simplement les gens de résoudre leurs problèmes eux-mêmes	1	2	3	4	5
C)	Les tranquillisants aident les gens à venir à bout de leur journée	1	2	3	4	5
D)	Les tranquillisants aident les gens à reprendre le contrôle sur le stress dans leur vie	1	2	3	4	5
E)	C'est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre ses problèmes que d'utiliser des tranquillisants	1	2	3	4	5
F)	Les tranquillisants font perdre aux gens une partie du contrôle sur ce qu'ils font	1	2	3	4	5
G)	Les tranquillisants se prennent sans risque	1	2	3	4	5

Annexe Q

Mesure des normes subjectives et de la perception de contrôle

Normes subjectives

1. Les personnes qui sont importantes pour moi pensent que c'est correct de prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) si je me sens anxieux (se).

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

2. Les personnes qui sont importantes pour moi pensent que c'est correct de prendre des médicaments pour dormir (somnifères) si je n'ai pas un bon sommeil (p.ex. insomnie).

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

3. Dans les prochains mois, si je suis anxieux (se) et/ou que je n'ai pas un bon sommeil (p.ex. insomnie), je crois que...

   a) mon médecin m'encouragerait à prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères)

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

   b) mes enfants m'encourageraient à prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères)

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

   c) mon conjoint ou ma conjointe (s'il y a lieu) m'encouragerait à prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères)

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

   d) mes ami(es) m'encourageraient à prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères)

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni un, ni l'autre	Plutôt oui	Oui, fortement

Perception de contrôle (consommateurs)

1. Pour moi, lorsque je suis anxieux (se) et/ou que je n'ai pas un bon sommeil (p.ex. insomnie), je sens que je peux par moi-même décider de prendre ou non des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères).

Très en désaccord	Assez en désaccord	Ni un, ni l'autre	Assez en accord	Très en accord

2. Des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) sont déjà disponibles chez moi.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Ni un, ni l'autre	Assez en accord	Très en accord

3. Je prends des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même s'il me manque de l'information sur le médicament.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

4. Je prends des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je suis opposé (e) à la prise de médicaments en général.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

5. Je prends des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je présente des contre-indications médicales.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

6. Je prends des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je n'ai pas assez d'argent.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

Perception de contrôle (*non-consommateurs*)

1. Pour moi, si je suis anxieux (se) et/ou que je n'ai pas un bon sommeil (p.ex. insomnie), je sens que je pourrais par moi-même décider de prendre ou non des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères).

Très en désaccord	Assez en désaccord	Ni un, ni l'autre	Assez en accord	Très en accord

2. Des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) sont déjà disponibles chez moi.

Très en désaccord	Assez en désaccord	Ni un, ni l'autre	Assez en accord	Très en accord

3. Je prendrais des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même s'il me manque de l'information sur le médicament.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

4. Je prendrais des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je suis opposé (e) à la prise de médicaments en général.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

5. Je prendrais des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je présente des contre-indications médicales.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

6. Je prendrais des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) même si je n'ai pas assez d'argent.

Très improbable	Assez improbable	Ni l'un, ni l'autre	Assez probable	Très probable

Annexe R

Mesure de consommation et d'intention de consommer des médicaments à action ASH (BZ)

Avez-vous déjà consommé des médicaments (pour les nerfs ou pour dormir) dans le passé ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Combien de fois (p.ex. deux fois par jour) ? _____

Quelle était la durée moyenne de votre consommation à chaque fois (jour, mois, année) ?

_____

Consommez-vous des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) ou pour dormir (somnifères) présentement ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si le participant consomme des médicaments pour les nerfs ou pour dormir, prendre les informations suivantes en note :

Nom du médicament : _____

Dosage (mg) : _____

À quoi sert-il ? _____

Combien de pilules prenez-vous par jour, par semaine, par mois ?

Jour :_____ Semaine :_____ Mois : _____

Depuis quand en prenez-vous ? _____

Intention de prendre des médicaments à action ASH (BZ)

Au cours de la prochaine année, si je me sens anxieux (se) et/ou que je n'ai pas un bon sommeil (p.ex. insomnie), j'ai l'intention de prendre des médicaments pour les nerfs (tranquillisants) et/ou pour dormir (p.ex. somnifères).

Non certainement pas	Non, probablement pas	Oui, probablement	Oui, certainement

Annexe S

Lettre expliquant les limites du 3MS et liste des ressources disponibles

Cher (chère) participant(e),

Nous tenons à vous préciser que le test d'évaluation cognitive auquel vous venez tout juste de participer nous indique qu'il serait souhaitable de vous faire participer à une courte entrevue sur vos attitudes à l'égard des médicaments « pour les nerfs ou pour dormir » et du vieillissement.

Il faut bien comprendre que cette évaluation cognitive, préalable à l'amorce de votre participation active au projet, comporte certaines lacunes. D'abord, elle a surtout été utilisée auprès de populations de personnes âgées de 60 ans et plus vivant en institutions (foyers d'hébergement). Comme vous avez été sélectionné dans la communauté, il se peut que le test d'évaluation cognitive ait été sensible à d'autres éléments qui n'ont pas été contrôlés lors de l'administration du questionnaire. En effet, il est fort probable que d'autres variables, telles que l'environnement dans lequel nous étions lors de l'administration du test, l'anxiété et la fatigue, aient joué sur le résultat obtenu au test d'évaluation cognitive.

Enfin, nous tenons à vous rappeler que tous les renseignements qui ont été recueillis durant notre rencontre, cela comprend vos résultats à l'évaluation cognitive, demeurent confidentiels. Dans les faits, les données de l'étude seront accessibles exclusivement à l'étudiante au doctorat en psychologie clinique et responsable du projet de recherche, Marilyn Guindon, ainsi qu'au Dr. Philippe Cappeliez.

Recevez, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

---

Marilyn Guindon
Candidate au doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa, École de psychologie
Tél : (613) 562-5800 poste 4456
Courriel : mguin092@uottawa.ca

Centres de dépistage et de traitement	Coordonnées
Clinique des troubles de la mémoire - Hôpital Élizabeth Bruyère	43 rue Bruyère Ottawa, Ontario (613) 562-6322
The Ottawa Anxiety and Trauma Clinic	2277 Riverside Drive, Suite 202 Ottawa, Ontario (613) 737-1194
Queensway-Carleton Hospital	3045 Baseline road Ottawa, Ontario (613) 721-0041
Royal Hospital Geriatric Psychiatry Program	1145 Carling Avenue Ottawa, Ontario (613) 722-6521 poste 6507
Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital – Memory Disorder Clinic	3755 rue Côte Ste-Catherine Montréal, Québec (514) 340-8222
St-Joseph's Hospital – Cognitive Neurology and Alzheimer Research Centre	Grosvenor Street London, Ontario (519) 646-6032

Annexe T

Texte pour la relance de l'étude

uOttawa

Université d'Ottawa
École de psychologie

University of Ottawa
School of psychology

Ottawa, le _____

Monsieur, Madame, _____

Il y a environ de cela trois mois nous nous rencontrions pour une entrevue portant sur votre attitude à l'égard du vieillissement et des médicaments utilisés pour gérer l'anxiété et/ou l'insomnie. Au cours de cette même rencontre, je vous avais demandé si vous étiez intéressé à compléter une seconde fois, deux des questionnaires se trouvant parmi ceux auxquels vous deviez répondre. À ce moment, votre réponse fût positive à l'effet que vous vouliez compléter les questionnaires ci-joints pour une seconde fois.

Vous retrouverez donc les questionnaires « Questions sur le vieillissement » ainsi que « Normes subjectives et Perception de contrôle » immédiatement après cette lettre d'introduction. Veuillez prendre note des instructions suivantes pour chacun des questionnaires.

INSTRUCTIONS :

1. Questionnaire « *Questions sur le vieillissement* » :
   - Pour chacune des affirmations, vous devez encercler la réponse qui représente le MIEUX votre attitude, connaissance et/ou opinion;
   - Lorsque l'on parle des gens de 65 ans et plus, pensez également aux personnes qui ont 70 ans, 80 ans, 90 ans et 100 ans. Cela vous permettra de nuancer vos choix de réponses;
   - Répondez à toutes les questions au meilleur de votre savoir (même si parfois vous hésitez);
   - Notez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Téléphone/Phone 613 562-5799
Télécopieur/Fax 613 562-5147
145 Jean-Jacques Lussier
Ottawa ON KIN 6N5 Canada

2. Questionnaire « *Normes subjectives et Perception de contrôle* » :

   - Pour chacune des affirmations, vous encerclez l'une des 5 options de réponse;
   - Lorsque vous arriverez à la section « Perception de contrôle » veuillez notez les consignes suivantes :

     - Questions #1 : vous inscrivez « très en désaccord ou assez en désaccord » lorsque vous croyez ne PAS avoir le pouvoir de décider par vous-même de votre consommation de médicaments (pour l'anxiété et/ou l'insomnie) OU vous inscrivez « très en accord ou en accord » lorsque vous croyez AVOIR le pouvoir de décider par vous-même de votre consommation de médicaments (pour l'anxiété et/ou l'insomnie);

     - Question #2 : s'il n'y a PAS de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie chez-vous la réponse devrait normalement être « très en désaccord » qui représente un « non » OU s'il y a des médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie chez-vous la réponse devrait normalement être « très en accord » qui représente un « oui ».

Une fois les questionnaires dûment remplis, je vous invite à me retourner le tout dans l'enveloppe de retour prévue à cet effet.

Encore une fois, je vous remercie de votre précieuse collaboration et immense générosité !

Marilyn Guindon, Bacc. ès Sciences (psychologie)
Candidate au Doctorat en psychologie clinique
Université d'Ottawa
Téléphone : (613) 562-5800 poste 4456
Courriel : mguin092@uottawa.ca

Annexe U

Résumé des principaux résultats de l'étude envoyé aux participants

uOttawa

Université d'Ottawa
École de psychologie

University of Ottawa
School of psychology

Ottawa, le 4 juin 2007

Cher participant, chère participante,

Au cours de la dernière année, vous avez eu l'amabilité de participer à un projet de recherche mené par Marilyn Guindon, candidate au doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa. Ce projet visait principalement à évaluer les attitudes des personnes âgées à l'égard du vieillissement et des médicaments que certaines personnes utilisent dans le but de gérer de l'anxiété et/ou de l'insomnie. Lors de votre participation à ce projet, vous aviez manifesté l'intérêt d'en connaître les résultats. La collecte de données étant maintenant complétée et les résultats connus, nous sommes en mesure de vous en communiquer un résumé.

Caractéristiques de l'échantillon

Ce sont 154 adultes (96 femmes, 58 hommes) qui ont participé au projet de recherche. Les participants étaient âgés, en moyenne, de 68,6 ans. Une majorité de participants étaient retraités (85%). Des 154 adultes âgés ayant participé à l'étude, 92 étaient des non-consommateurs (52 femmes et 40 hommes) et 62 des consommateurs de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie (44 femmes et 18 hommes). Dans l'ensemble, les non-consommateurs ont évalué leur santé comme étant de « bonne à excellente ». Dans l'ensemble, les consommateurs ont évalué leur santé comme étant de « moyenne à bonne ».

Objectifs de la recherche

Le projet de recherche auquel vous avez participé cherchait à répondre à deux questions :

(1) Dans quelle mesure, les attitudes envers les médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie, l'opinion des membres de la famille, des ami(es) et du médecin, la perception de contrôle sur la prise de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie (pouvoir décisionnel d'en prendre ou non) ainsi que les attitudes négatives envers le vieillissement, prédisent-elles la consommation actuelle de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie?

(2) Dans quelle mesure, ces mêmes variables prédisent-elles l'intention de poursuivre la prise de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie chez les consommateurs et l'intention de débuter la prise de ces médicaments chez les non-consommateurs?

Téléphone/Phone 613 562-5799
Télécopieur/Fax 613 562-5147
145 Jean-Jacques Lussier
Ottawa ON KIN 6N5 Canada

Résultats de la recherche

Objectif 1

Par ordre d'importance, une perception de contrôle plus faible sur la prise de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie (c'est-à-dire estimer ne pas avoir le choix d'en prendre ou non) et une attitude positive envers les médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie (ainsi que la présence de problèmes de sommeil), contribuent à prédire la consommation actuelle de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie.

Objectif 2

Par ordre d'importance, une perception de contrôle plus faible sur la prise de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie (c'est-à-dire estimer ne pas avoir le choix d'en prendre ou non) ainsi qu'une attitude positive envers les médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie contribuent à prédire l'intention de continuer à prendre des médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie chez les consommateurs et l'intention de commencer à en prendre chez les non-consommateurs.

Conclusion et contributions

Une faible « perception de contrôle », qui fait référence à la capacité de la personne à décider librement de prendre un médicament pour l'anxiété et/ou l'insomnie semble jouer un rôle dans la consommation actuelle de ce type de médicaments ainsi que dans l'intention de continuer ou de commencer à en prendre. Ainsi, les personnes âgées pour lesquelles la prise d'un médicament pour l'anxiété et/ou l'insomnie ne découle pas d'un choix personnel affranchi, ont davantage tendance à y recourir et à vouloir en poursuivre la consommation (consommateurs) ou à vouloir y recourir (non-consommateurs).

La plupart des études réalisées auprès de personnes âgées consommatrices de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie, y compris la présente recherche, s'accordent pour souligner la contribution importante des attitudes positives envers ces médicaments dans le recours à ce type de médicaments. Ces attitudes sont aussi importantes pour expliquer l'intention de continuer ou de commencer à prendre ce type de médicaments.

La présence d'insomnie (ou d'autres problèmes de sommeil) est un autre facteur important en ce qui concerne la consommation actuelle de médicaments pour l'anxiété et/ou l'insomnie.

Cette recherche voulait examiner la consommation, mais également le processus qui y mène (intention). Elle suggère l'importance de sensibiliser les personnes âgées et les intervenants dans le domaine de la santé à la pertinence de facteurs d'ordre psychologique comme la perception de contrôle et les attitudes (par exemple dans le cadre d'interventions à caractère éducatif ou par voie de brochure informative portant sur les médicaments anxiolytiques), cela dans le contexte plus

large d'une approche proactive auprès des personnes âgées qui envisagent d'en consommer.

En terminant, je tiens personnellement à vous remercier de votre implication. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible. Il n'y aucun doute que vous avez contribué à l'avancement de la science et plus particulièrement, la science s'intéressant aux personnes âgées !

Pour tout commentaire ou question concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec Marilyn Guindon, soit par téléphone au (613) 562-5800 poste 4456 ou par courriel à mguin092@uottawa.ca ou avec le professeur Philippe Cappeliez par courriel Philippe.Cappeliez@uottawa.ca

Marilyn Guindon, B. A.
Candidate au Doctorat en psychologie clinique
Spécialisation en gérontopsychologie
Université d'Ottawa