

# Attitudes et perception de contrôle des personnes âgées envers la prise de médicaments à action anxiolytique, sédatif et hypnotique (ASH)

Marilyn Guindon et Philippe Cappeliez  
Université d'Ottawa

---

## ABSTRACT

This study examines the importance of variables from the Theory of Planned Behaviour (i.e., attitudes toward behaviour, subjective norms, and perceived control) for the prediction of consumption of anxiolytic and sedative-hypnotic (ASH) medications in a sample of older persons, aged 69 years on average, 62 consumers and 92 non-consumers. A favourable attitude toward ASH and a sense of having less control regarding these drugs predict both current usage and intention to continue. Perceived control predicts intention to start consumption of ASH in current non-consumers. This study underlines the importance of considering the role of the older person's decisional power in the consumption of these medications.

## RÉSUMÉ

Cette étude examine la contribution des variables de la Théorie du Comportement Planifié (attitudes envers le comportement, normes subjectives, perception de contrôle) à la prédiction de la consommation de médicaments à action anxiolytique, sédatif et hypnotique (ASH) au sein d'un échantillon de personnes âgées en moyenne de 69 ans, constitué de 62 personnes qui consomment ces médicaments et de 92 qui n'en consomment pas. Les résultats indiquent que, chez les consommateurs, des attitudes favorables à l'égard des ASH et le fait de ressentir peu de contrôle envers cette consommation en prédisent le recours actuel, de même que l'intention de continuer. Par ailleurs, la perception de contrôle prédit l'intention de débiter la prise d'ASH chez les non-consommateurs. Cette étude souligne l'importance de tenir compte du pouvoir décisionnel des personnes âgées quant à la prise de ces médicaments.

---

Manuscript received: / manuscrit reçu : 30/10/09

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 01/11/10

**Mots clés :** attitude, anxiolytiques, consommation, perception de contrôle, personnes âgées, sédatif-hypnotique

**Keywords:** attitude, anxiolytic, consumption, elderly, perceived control, sedative-hypnotic

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

Marilyn Guindon, Ph, D.  
Faculté des Sciences Humaines  
Université St-Paul  
Ottawa, ON K1S 1C4  
(mguindon@ustpaul.ca)

---

Attitudes et perception de contrôle des personnes âgées envers la prise de médicaments à action anxiolytique, sédatif et hypnotique (ASH).

Selon les termes du Conseil du Médicament du Québec (2004, p. 1), l'usage optimal des médicaments consiste en « un usage qui en maximise les bienfaits et en minimise les risques pour la santé, en tenant compte des diverses possibilités d'interventions, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et

des valeurs sociales ». Or, la consommation de psychotropes par les personnes âgées est loin d'être optimale et effectivement elle constitue un problème sérieux de santé publique. Les médicaments à action anxiolytique, sédatif et/ou hypnotique (ASH), parmi lesquels figurent éminemment les benzodiazépines (BZ), en constituent un cas particulier. La consommation de ces médicaments par les personnes âgées est un sujet de préoccupation. Aux États-Unis, en 1991, les

personnes âgées de 65 ans recevaient 27 pour cent des BZ prescrites comme tranquillisants et 38 pour cent des BZ prescrites comme somnifères, bien en excès de leur représentativité dans la population (13%) (Cohen et Collin, 1997). Des enquêtes européennes rapportent des résultats similaires. En France, 25,2 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus consomment des tranquillisants (CFES, 2001). Une autre étude européenne révèle que 28,7 pour cent des personnes âgées de plus de 65 ans consomment des calmants ou somnifères et que 23 pour cent font usage de BZ (Lechevallier, Fourrier, et Berr, 2003). Au Québec, une étude récente (Voyer et al., 2008), menée auprès de 2785 personnes âgées de 65 ans et plus (moyenne = 74 ans), a rapporté que 25,4 pour cent de ces personnes consommaient des 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 médicaments, d'un emploi concomitant de plusieurs médicaments et de l'utilisation sur de longues périodes (Grenier et Barbeau, 1991). En effet, avec la progression de l'âge, les BZ à longue durée d'action ont tendance à s'accumuler dans l'organisme, étant donné que les processus d'absorption, de distribution, de métabolisation et d'élimination se déroulent plus lentement, ce qui aboutit à un effet sédatif plus fort. Il faut ajouter que les personnes âgées qui prennent ces médicaments présentent aussi un plus grand risque de chutes (Sorock et Shimkin, 1988; Tinetti, Speechley, et Ginetter, 1988), de plus grands risques de fractures de la hanche (Ray, Griffin, et Downey, 1989) et d'accidents de voiture (Hemmelgarn, Suissa, Huang, Boivin, et Pinard, 1997).

Plusieurs études se sont penchées sur les indicateurs sociodémographiques et variables de santé reliés à la consommation de ces médicaments à action ASH au sein des personnes âgées. Parmi ceux-ci, notons : l'âge (Fortin et al., 2006; Oude Voshaar et al., 2006; Zandstra et al., 2004), le statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, séparé, divorcé ou veuf) (Gray, Eggen, Blough, Buchner, et LaCroix, 2003; Gustafsson, Isacson, Thorslund, et Sörbom, 1996; Jorm, Grayson, Creasey, Waite, et Broe, 2000; Laurier, Dumas, et Grégoire, 1992; Swartz et al., 1991; Zandstra et al., 2004), le sexe féminin (Dealberto, McAvay, Seeman, et Berkman, 1997; Fortin et al., 2005, Fortin et al., 2006; Gray et al., 2003; Neutel, 2005; Pérodeau, King, et Ostoj, 1992; Voyer, Préville, Roussel, Berbiche, et Berland, 2009), une mauvaise santé physique (Allard, Allaire, Leclerc, et Langlois, 1995; Bourque, Blanchard, Sadéghi, et Arseneault, 1991; Gustafsson et al., 1996;

Hendricks, Johnson, Sheahan, et Coons, 1991), une évaluation négative de son état de santé propre (Pérodeau et Ostoj, 1990), la présence d'anxiété (Crabb, 2008; Marinier, Pihl, Wilford, et Lapp, 1985; Parr, Kavanagh, Young, et McCafferty, 2006; Simon et Ludman, 2006; Taylor, McCracken, Wilson, et Copeland, 1998; Voyer et al., 2009) et la présence de problèmes de sommeil (Parr et al., 2006; Simon et Ludman, 2006; Voyer, Cohen, Lauzon, et Collin, 2004).

Parmi les autres indicateurs personnels et sociaux liés à la consommation de BZ chez les personnes âgées, on peut noter : le rôle de la famille (mauvaises relations familiales, incitation au recours aux BZ) (Allard et al., 1995; Mishara, 1996; Pérodeau, Paradis, Ducharme, Collin, et St-Jacques, 2003), le rôle du médecin de famille (c'est-à-dire, la difficulté à refuser un médicament, la crainte de perdre la clientèle, l'incertitude face à un diagnostic, un volume de pratique élevée, un sentiment de responsabilité limitée envers les patients, un manque de connaissances au sujet des problèmes vécus par la clientèle âgée) (Beall, Baumhover, Maxwell, et Pieroni, 1996; Bradley, 1992; Chinburapa, Larson, et Brucks, 1993; Cormack et Howells, 1992; Davidson, Molly, Somers, et Bédard, 1994; Hartzema et Christensen, 1983; Monette, Tamblyn, McLeod, Gayton, et Laprise, 1994), une attitude favorable aux BZ (Clinthorne, Cisin, Balter, Mellinger, et Unlenhuth, 1986; Fortin et al., 2006; Illife et al., 2004; Manheimer et al., 1973; Pérodeau et Ostoj, 1990; Pérodeau et al., 1992, 2006; van Hulst et al., 2001, 2003) ainsi que, de façon plus rarissime dans la documentation scientifique, le fait de ressentir peu de contrôle (van Hulst et al., 2001, 2003).

La recherche dans le domaine s'est donc surtout appliquée à examiner les variables sociodémographiques et les facteurs de santé associés à la consommation de médicaments à action ASH. Très peu d'études se sont penchées sur la contribution de variables de nature plus personnelle, telles que les attitudes et les perceptions des individus. Un modèle théorique intéressant pour aborder ces questions est proposé par la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (Ajzen, 1988, 1991, 2001). Cette théorie s'articule autour des notions suivantes: (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 ou normes subjectives); (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 ou perception de contrôle). Ces trois types d'attitudes 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 être amenée à produire le comportement en question.

Depuis une vingtaine d'années la Théorie du Comportement Planifié a servi à comprendre l'intention d'adopter une série de comportements liés à la santé tels que la participation à un programme de conditionnement physique (Blue, Marrero, et Black, 2008; Fortier, Kowal, Lemyre, et Orpana, 2009; Hales, Evenson, Wen, et Wilcox, 2010), et la participation à des examens de dépistage et de prévention de la maladie (Kim, Park, Hong, Lee, et Kim, 2010). La Théorie du Comportement Planifié a aussi été appliquée au domaine de la prescription et de la consommation de médicaments (Légaré, Godin, Dodin, Turcot-Lemay, et Leperrière, 2003; van Hulsten et al., 2001, 2003). En ce qui a trait précisément à la variable des attitudes envers le comportement de recourir aux médicaments à action ASH, plusieurs chercheurs (Clinthorne et al., 1986; Fortin et al., 2007; Illife et al., 2004; Manheimer et al., 1973; Pérodeau et Ostoj, 1990; Pérodeau et al., 1992, 2006; van Hulsten et al., 2001, 2003) ont rapporté que cette variable en prédisait la consommation dans des populations de personnes âgées. Van Hulsten et collaborateurs (2001) ont aussi démontré que l'attitude constituait un prédicteur significatif de l'intention d'utiliser des benzodiazépines à court terme (< 6 mois). Plus récemment, van Hulsten et collaborateurs (2003) ont reproduit ce résultat auprès de consommateurs âgés qui en faisaient un usage de longue date (> 12 mois). Enfin, Illife et collègues (2004) ont établi que ce sont les attitudes envers l'efficacité des sédatifs-hypnotiques qui incitent les personnes âgées à cesser ou non la prise du médicament. En ce qui a trait à la variable des normes subjectives, la littérature nous informe que celle-ci s'avère être le prédicteur le plus faible de l'intention comportementale parmi les variables de la TCP (Armitage et Conner, 2001; Shepperd, Hartwick, et Warshaw, 1988; van der Putte, 1991). La faiblesse de cette composante tiendrait surtout au fait que les individus dont les actions sont motivées par la pression sociale perçue ne constitueraient qu'une minorité (Trafimow et Finlay, 1996). Cela dit, cette question de l'importance relative des normes subjectives reste largement ouverte en ce qui concerne le phénomène du recours aux médicaments à action ASH par les personnes âgées. Enfin, les méta-analyses couvrant les études 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 perception de contrôle constituait un important prédicteur du comportement, expliquant, selon les études, entre 7 et 12 pour cent de la variance d'un comportement (Godin et Kok, 1996). Dans le domaine particulier de la con-

sommation de BZ, van Hulsten 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 médicament chez des consommateurs âgés de longue durée (> 12 mois). Ces chercheurs ont ajouté que le fait de ressentir peu de contrôle était un facteur encore plus important chez les personnes qui avaient recours à une BZ à haut potentiel de dépendance.

Ainsi, plusieurs facteurs de différents ordres peuvent contribuer à prédire la consommation de psychotropes en général et de BZ en particulier chez les personnes âgées. Les études sur le sujet sont limitées par l'absence de modèles théoriques sous-tendant l'examen des variables potentiellement impliquées. La Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1988) permet d'investiguer la contribution de plusieurs variables clés dans le recours aux BZ par les personnes âgées. Elle présente l'avantage de considérer en même temps trois notions qui apparaissent centrales dans la compréhension du phénomène de consommation de médicaments à action ASH, plus précisément de BZ, à savoir les attitudes envers le comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle. Cette théorie constitue, d'après Légaré, Dodin et Godin (1995), « un modèle de prédiction du comportement le plus développé à ce jour et elle a fait l'objet de plusieurs études appliquées ayant porté sur divers comportements liés à la santé » (p. 9). De plus, la TCP présente l'avantage potentiel de fournir aux professionnels de la santé des informations clés leur permettant d'agir sur certaines composantes directement liées à la consommation de ces médicaments. En effet, elle se centre sur la description de comportements qui sont sous la volonté de la personne, c'est-à-dire sous un contrôle qui lui est intrinsèque (Godin et Kok, 1996).

La présente étude vise à déterminer l'importance relative des variables constituant la TCP (attitudes envers le comportement, normes subjectives, perception de contrôle) sur (1) la consommation actuelle de médicaments à action ASH, (2) l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH chez les consommateurs et (3) l'intention de débiter la prise de médicaments à action ASH chez les non-consommateurs.

Puisque les recherches existantes, recensées plus haut, indiquent que l'âge plus avancé, le sexe féminin, le statut de personne seule (en l'occurrence célibataire, séparé, divorcé ou veuf), une perception de plus mauvaise santé, une plus forte anxiété, des problèmes de sommeil plus importants sont reliés à la consommation de BZ chez les personnes âgées, il était indiqué d'inclure ces variables avec ces hypothèses dans notre étude, en sus des hypothèses spécifiques à la TCP, à savoir qu'une attitude plus positive envers les médicaments

psychotropes (plus précisément les BZ), la perception d'une pression et d'une attitude plus favorable de la part de la famille et du médecin, ainsi que le fait de ressentir moins de contrôle envers la prise de BZ, seraient prédictrices de la consommation actuelle de médicaments à action ASH, de même que de l'intention d'en poursuivre (pour les consommateurs) et d'en débiter (pour les non-consommateurs) la prise.

## Méthodologie

### Procédure

Les participants ont été recrutés dans la communauté par l'entremise d'affiches et de courriels envoyés à diverses associations et maisons de retraite, des CLSC (centres locaux de services communautaires), hôpitaux et cliniques médicales de la région de l'Outaouais, Québec, ainsi que par des annonces dans les médias.

Les critères d'inclusion étaient : (a) être âgé d'au moins 55 ans (le critère d'âge a été abaissé à cet âge pour pouvoir inclure dans l'échantillon des femmes ménopausées; il est connu que, chez ces dernières, l'absence de recours à l'hormonothérapie de remplacement a un impact direct sur la résurgence de problématiques liées au sommeil, plus précisément d'insomnie (Brim, Ryff, et Kessler, 2004) et donc d'influencer la prise de BZ]; (b) bonne connaissance du français; (c) vivre de manière autonome dans la communauté. Les critères d'exclusion étaient: (a) présenter une atteinte cognitive telle qu'évaluée au moyen de l'Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS) (voir Mesures pour les seuils utilisés); (b) indication par la personne que ses conditions de santé ne lui permettent pas de participer (p.ex., arthrose, handicap visuel et/ou auditif, paralysie).

Deux formulaires de consentement furent créés pour les fins de l'étude, le premier, en réponse aux exigences du Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités de l'Université d'Ottawa, et le second, en réponse aux exigences du Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau, pour permettre le recrutement de participants via les centres locaux de services communautaires (CLSC) ainsi que le Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) de Gatineau (secteur Gatineau et Hull). Dans les deux cas, le recrutement s'est déroulé 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. En ce qui a trait au recrutement de participants via la Clinique Médicale de Touraine, une lettre d'invitation co-signée par la chercheuse et le médecin traitant a été remise à toutes les personnes rencontrant les critères d'inclusion et d'exclusion du projet de recherche. À cela s'est ajouté l'envoi d'un courriel qui

reprent les grandes lignes de la publicité utilisée dans les cliniques médicales et hôpitaux, par : (a) l'Académie des Retraités de l'Outaouais (ARO) ; (b) l'Association Nationale des Retraités Fédéraux (ANRF), district de l'Outaouais ; (c) l'Association des Retraités de l'Éducation du Québec (AREQ), district de l'Outaouais, à tous leurs 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.

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 la chercheuse. 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 débiter 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. Les personnes ne présentant pas de déficit cognitif selon les normes envisagées ont ensuite répondu aux questionnaires de l'étude.

### Mesures d'exclusion et de contrôle

#### Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS)

L'Échelle de Statut Mental Modifiée (3MS) (Teng, Chui, Hubbard, et Corgiat, 1987) est un instrument d'évaluation du fonctionnement cognitif général. Cet instrument a été utilisé comme mesure d'exclusion pour la sélection des participants de l'étude. Il comprend 15 items groupés sous 9 catégories: (a) Orientation spatiale; (b) Enregistrement de trois mots; (c) Réversibilité mentale; (d) Rappel de trois mots; (e) Orientation temporelle; (f) Langage; (g) Associations sémantiques; (h) Construction visuelle; (i) Deuxième rappel de trois mots (Hébert, Bravo, et Girouard, 1992). Le score maximal est de 100 points. Selon les données de Cappeliez et collègues (1996), pour une personne

avec 8 années ou plus de scolarité, un score inférieur à 80 indique que le fonctionnement cognitif est compromis. Pour un participant avec 7 années ou moins de scolarité, il s'agit d'un score inférieur à 72. Le temps d'administration de cet instrument est de 5 à 10 minutes et l'adaptation française du 3MS jouit de bonnes propriétés psychométriques: cohérence interne de 0,89 (Hébert et al., 1992) et de 0,80 (Cappeliez et al., 1996), fidélité test-retest de 0,94 (Hébert et al., 1992).

#### *Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (IASTA)*

La version française de l'échelle de trait (Forme Y2) du State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) a été utilisée dans le but d'évaluer le niveau habituel d'anxiété des participants qui, d'après plusieurs études (Crabb, 2008; Marinier et al., 1985; Parr et al., 2006; Simon et Ludman, 2006; Taylor et al., 1998), contribue à l'explication du recours aux ASH par les personnes âgées. Cet instrument a été validé auprès de personnes âgées (Bouchard, Gauthier, Ivers, et Paradis, 1996; Bouchard, Ivers, Gauthier, Pelletier, et Savard, 1998; Gauthier et Bouchard, 1993). Les items de ce questionnaire couvrent les domaines suivants: (a) tension; (b) appréhension; (c) nervosité; (d) activité cognitive; (e) anxiété motrice. Le score global varie entre 20 et 80. 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 (Gauthier et Bouchard, 1993). Plus précisément pour une population âgée de 65 ans et plus, Bouchard et ses collaborateurs (1998) rapportent une fidélité test-retest de 0,88 pour l'échelle de trait d'anxiété (intervalle de 35 jours). La consistance interne de l'échelle de trait est de 0,90 pour des échantillons de la population adulte d'âges variés (Gauthier et 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, et Morin, 1997; Buysse, Reynolds, Monk, Berman, et Kupfer, 1989). Il a été utilisé ici dans le but d'évaluer la sévérité des difficultés de sommeil rencontrées par les participants qui, d'après plusieurs chercheurs (Parr et al., 2006; Simon et Ludman, 2006; Voyer et al., 2004), représente une raison majeure du recours aux ASH par les personnes âgées. 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. Pour cette étude, nous avons utilisé les dix-neuf premières questions qui s'adressent au participant seulement. Le score total

pour ces dernières peut varier entre 0 et 21. Selon Blais et ses collaborateurs (1997), la validité interne (alpha de Cronbach) de la version française est très bonne, à 0,88. La fidélité test-retest est aussi très bonne, avec une corrélation de l'ordre de 0,89 avec un délai de deux semaines (Blais et al., 1997).

#### *Variables sociodémographiques et de santé*

Les caractéristiques sociodémographiques et de santé suivantes ont été évaluées au moyen d'un questionnaire : âge, sexe, nombre d'années de scolarité, état civil (marié, célibataire, divorcé, séparé ou veuf), occupation principale (retraité ou employé), état de santé subjective évalué à l'aide d'une échelle en 7 points allant de « Très Mauvaise » à « Excellente ». De plus l'utilisation d'hormonothérapie de remplacement chez les femmes âgées a été vérifiée, étant donné la résurgence de problèmes de sommeil auprès de femmes ménopausées (Brim et al., 2004).

#### *Mesures des variables à l'étude*

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

Ce questionnaire a été développé pour évaluer la présence d'attitudes négatives envers le vieillissement chez les personnes âgées (Palmore, 1981). La version utilisée (Harris, Changas, et Palmore, 1996) porte sur les conceptions concernant la santé physique, la santé mentale et la vie des personnes âgées. Elle comporte 25 questions avec réponses à choix multiples. Nous avons sélectionné les 14 questions qui comportent des réponses témoignant d'un biais négatif envers le vieillissement. Le score peut varier de 0 à 14, un chiffre supérieur reflétant une plus grande fréquence de biais négatifs. Nous avons examiné la consistance interne et la fidélité test-retest avec un sous-échantillon de 47 participants sélectionnés au hasard (22 consommateurs et 25 non-consommateurs). La consistance interne s'est révélée médiocre (alpha de Cronbach : 0,61) alors que la fidélité test-retest était bonne ( $r = 0,78$ ).

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

Cette 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 ») (Caplan et al., 1984). 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, un score plus élevé indiquant une attitude plus positive envers les médicaments en question.

Les propriétés psychométriques de la version française de l'ATTS sont bonnes avec une consistance interne de

0,74 (Pérodeau et Ostoj, 1992). La consistance interne évaluée auprès d'un sous-échantillon de 47 participants sélectionnés au hasard (22 consommateurs et 25 non-consommateurs) s'est révélée excellente (alpha de Cronbach : 0,86).

#### *Mesures des normes subjectives et de la perception de contrôle*

Pour les normes subjectives, nous inspirant des travaux de Légaré et collaborateurs (1995), nous avons construit 6 questions qui évaluent l'influence des personnes de l'entourage (enfants, conjoint, amis) et du médecin sur la consommation de médicaments à action ASH (par ex., mes enfants m'encourageraient à prendre un médicament pour les nerfs ou pour dormir). Chaque question propose un choix de cinq réponses allant de « Non, pas du tout » à « Oui, fortement » (score de 1 à 5). Le score total se situe entre 6 et 30 points, un chiffre plus élevé indiquant un degré plus fort d'influence. Telles qu'évaluées avec un sous-échantillon de 47 participants sélectionnés au hasard dans la présente étude (22 consommateurs et 25 non-consommateurs), la consistance interne est excellente (alpha de Cronbach : 0,88) et la fidélité test-retest entre des administrations espacées de 3 mois est bonne ( $r = 0,74$ ).

La mesure de la perception de contrôle, elle aussi inspirée des travaux de Légaré et ses collègues (1995), consiste en 6 items portant sur la mesure dans laquelle la personne âgée se perçoit comme pouvant choisir librement de prendre ou non un médicament à action ASH. Chaque question propose un choix de cinq réponses allant de « Très en désaccord » ou « Très improbable » à « Très en accord » ou « Très probable » (score de 1 à 5). Le score total de l'échelle peut donc se situer entre 6 et 30 points. Un score plus élevé reflète une plus grande incapacité à exercer un choix libre concernant la prise de médicaments à action ASH, donc un degré plus élevé de dépendance. Telles qu'évaluées avec un sous-échantillon de 47 participants sélectionnés au hasard dans cette étude (22 consommateurs et 25 non-consommateurs), la consistance interne est faible (alpha de Cronbach : 0,56) de même que la fidélité test-retest à trois mois d'intervalle ( $r = 0,62$ ).

#### *Mesure de consommation et d'intention de consommer des médicaments à action ASH*

Deux questions portaient sur : (1) la consommation antérieure de médicaments à action ASH : durée et fréquence de la consommation; (2) la consommation actuelle de ces médicaments: type, dosage, durée et fréquence. Une question additionnelle s'adressait à l'intention de continuer (pour les consommateurs) ou de débuter (pour les non consommateurs) la prise de médicaments à action ASH au cours de la prochaine année, avec quatre choix de réponse (« Non, certainement

pas », « Non, probablement pas », « Oui, probablement », « Oui, certainement »). Ces réponses ont été regroupées en non versus oui pour les fins d'analyse.

#### *Analyses statistiques*

Une analyse de régression logistique hiérarchique, portant sur l'ensemble de l'échantillon (consommateurs et non-consommateurs), a été effectuée afin de tester les hypothèses portant sur la consommation actuelle de médicaments à action ASH. Cette analyse comporte l'introduction des caractéristiques sociodémographiques et de santé (âge, sexe, occupation, scolarisation, état civil, niveau d'anxiété, état de santé perçu, état du sommeil, hormonothérapie de remplacement), ensuite des attitudes envers le vieillissement, et finalement des trois variables du modèle de la Théorie du Comportement Planifié (attitudes envers le comportement, normes subjectives et perception de contrôle).

Séparément pour le sous-échantillon de consommateurs (intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH) et pour le sous-échantillon de non-consommateurs (intention de débuter la prise de médicaments à action ASH), une analyse de régression logistique hiérarchique a été effectuée avec les variables qui s'étaient avérées comme des prédictifs significatifs dans le modèle de régression logistique final de la première analyse (voir Tableau 2).

## **Résultats**

### *Participants*

Comme le rapporte le Tableau 1, les consommateurs sont significativement plus âgés et moins scolarisés que les non-consommateurs. De plus, comparativement aux non-consommateurs, les consommateurs rapportent une perception de moins bonne santé et ils sont proportionnellement plus nombreux parmi les personnes seules (c'est-à-dire, célibataires, séparés, divorcés ou veufs).

Quarante et une personnes parmi les 62 consommateurs de médicaments à action ASH utilisaient des médicaments à action anxiolytique. La grande majorité de ces médicaments (83%) étaient des BZ, dont le Lorazépam, Clonazépam et Oxazépam. Pour les autres 17 pour cent, il s'agissait d'antidépresseurs à action anxiolytique (p.ex., Paroxétine) ou anxiolytique et sédatif (p.ex., Doxépine).

### *Consommation actuelle de médicaments à action ASH*

Comme le rapporte le Tableau 2, le modèle final incluant les variables issues de la TCP après les autres variables prédit significativement la consommation

**Tableau 1: Données sociodémographiques, personnelles de l'échantillon de consommateurs (n = 62) et de non-consommateurs (n = 92)**

Variables	Consommateurs		Non-consommateurs		Test t
	Moyenne	Écart-T	Moyenne	Écart-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 <sup>2</sup>
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 débiter la prise de médicaments à action ASH, surtout de BZ (non-consommateurs, n = 92)					
Oui			20	(21.7%)	
Non			72	(78.3%)	

actuelle de médicaments à action ASH, principalement constitués de BZ, (chi-carré omnibus = 72,50, dl = 2, p < .001). Ce modèle rend compte de 61 à 82 pour cent de la variance dans la consommation actuelle de BZ, permettant de classer avec succès 92 pour cent des non-consommateurs et 90 pour cent des consommateurs.

De ce modèle final, il ressort que, conformément aux hypothèses, un âge plus avancé, le statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, divorcé, séparé ou veuf), la sévérité des problèmes de sommeil sont associés à la consommation actuelle de ces médicaments. Par contre, les hypothèses selon lesquelles le sexe féminin, la perception de mauvaise santé et le niveau d'anxiété seraient reliés à la consommation actuelle de ces médicaments ne sont pas appuyées par nos résultats.

Il est remarquable que deux variables de la TCP, soit une attitude plus favorable vis-à-vis de ces médicaments et le fait de ressentir peu de contrôle viennent ensuite ajouter un pouvoir de prédiction supplémentaire pour la consommation actuelle de médicaments à action ASH, principalement des BZ.

#### *Intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH (consommateurs)*

Comme le rapporte le Tableau 3, le modèle incluant les variables issues de la TCP après les autres variables prédit significativement l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments par les consommateurs actuels, (chi-carré omnibus = 28,55, dl = 2, p < .00). Ce modèle rend compte de 47 à 74 pour cent de la variance de l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments permettant de classer avec succès 77 pour cent des consommateurs qui désirent arrêter et 92 pour cent des consommateurs qui désirent poursuivre la prise de ces médicaments pour un pourcentage total de 89 pour cent.

Des résultats de ce modèle final, il ressort que seule la variable de la présence d'insomnies vient appuyer l'hypothèse selon laquelle des difficultés du sommeil marquées sont associées de manière significative à l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments. Par contre les hypothèses concernant l'âge plus avancé et le statut de personne seule ne sont plus appuyées dans le cas de l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments.

**Tableau 2: Variables prédictives de la consommation actuelle de médicaments à action ASH**

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	$\Delta R^2$	
						Cox et Snell	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		

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

Il est remarquable que les deux variables retenues de la TCP, soit une attitude plus favorable vis-à-vis de ces médicaments et le fait de ressentir peu de contrôle, contribuent un ajout significatif de prédiction pour l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments.

#### *Intention de débiter la prise de médicaments à action ASH (non-consommateurs)*

Comme le rapporte le Tableau 4, le modèle incluant les variables issues de la TCP après les autres variables prédit significativement l'intention de débiter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement des BZ (chi-carré omnibus = 12,31, dl = 4,  $p < .02$ ). Ce modèle rend compte de 13 à 19 pour cent de la variance de l'intention de débiter la prise de ces médicaments,

permettant de classer avec succès 99 pour cent des non-consommateurs qui ne désirent pas débiter la prise de ces médicaments et 25 pour cent de ceux qui envisagent d'en débiter la prise.

Des résultats de ce modèle final, il ressort que, comme pour l'intention de poursuivre la consommation, les hypothèses concernant l'âge plus avancé et le statut de personne seule ne sont plus appuyées dans le cas de l'intention de débiter la prise de ces médicaments.

Alors qu'une attitude plus positive vis-à-vis de ces médicaments ne joue plus un rôle significatif, le fait de ressentir peu de contrôle émerge comme ajoutant encore un poids significatif pour la prédiction de l'intention de débiter la prise de médicaments à action ASH, particulièrement des BZ.

**Tableau 3: Variables prédictives de l'intention de poursuivre la prise de médicaments à action ASH**

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
						Cox et Snell	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	0.70	0.28	6.24	0.01*	2.01		
Perception de contrôle	4.47	2.01	4.96	0.03*	87.65		

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

## Discussion

L'objectif de cette recherche consistait à déterminer dans quelle mesure les variables du modèle de la TCP pouvaient être reliées à la consommation actuelle de médicaments à action ASH et à l'intention de poursuivre la prise de ces médicaments chez les consommateurs ainsi qu'à l'intention d'en débiter la prise chez les non-consommateurs.

Conformément aux hypothèses donc, un âge plus avancé, le statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, divorcé, séparé ou veuf), la sévérité des problèmes de sommeil, le fait d'entretenir des attitudes plus favorables envers les médicaments à action ASH, ainsi que le fait de ressentir peu de contrôle sur la prise de ces médicaments sont reliés à la consommation actuelle de ces médicaments. Toutefois, le fait d'être de sexe féminin, de se percevoir en mauvais état de santé, la présence d'anxiété et la perception d'une pression exercée par le médecin et/ou de la famille, ne sont pas en conformité avec les résultats obtenus.

En ce qui a trait à l'intention de poursuivre l'utilisation de BZ, les hypothèses suivantes, soit : la présence de problèmes de sommeil, le fait d'entretenir des attitudes plus favorables envers les médicaments à action ASH, ainsi que le fait de ressentir peu de contrôle sur la prise de ces médicaments sont confirmées par les résultats obtenus. Toutefois, l'âge avancé ainsi que du statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, séparé, divorcé ou veuf) infirment les hypothèses selon lesquelles, ces deux variables prédisent l'intention de poursuivre l'utilisation de BZ.

Enfin, seule l'hypothèse selon laquelle le fait de ressentir peu de contrôle envers la prise de BZ est reliée à l'intention de débiter la prise de médicaments à action ASH, s'est avérée confirmée par les résultats de l'analyse. L'âge avancé, le statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, séparé, divorcé ou veuf), la présence de problèmes de sommeil et le fait d'entretenir des attitudes favorables envers les médicaments à action ASH, ont toutes été infirmées par les résultats de cette même analyse.

En ce qui concerne l'âge, cette étude s'ajoute aux études antérieures pour souligner que le nombre d'utilisateurs

**Tableau 4: Variables prédictives de l'intention de débiter la prise de médicaments à action ASH**

Variables	B	S. E.	Wald	Sig.	OR	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$
						Cox et Snell	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				[0.19]			
Perception de contrôle	1.57	0.50	9.84	0.01**	4.79		

\*\* $p < .01$

de médicaments à action ASH (Voyer et al., 2004) et la durée de leur consommation (Ohayon et Caulet, 1996) croissent avec l'avance en âge au sein de la population adulte, un constat en soi préoccupant.

Cette étude appuie le résultat de plusieurs autres à l'effet que le statut de personne seule (c'est-à-dire, célibataire, séparée, divorcée ou veuve) 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). Ces situations de vie apparaissent aussi être associées de manière négative aux comportements liés à la santé (Iwashyna et Christakis, 2003; Williams, 2004). Il semblerait que ces conditions conduisent la personne âgée à ressentir de la solitude déclenchant ou accentuant de la détresse psychologique (Gray et al., 2003; Laurier et al., 1992; Zandstra et al., 2004), que la personne âgée chercherait à soulager au moyen des BZ.

Cette étude s'inscrit parmi plusieurs autres études récentes (Parr et al., 2006; Simon et Ludman, 2006; Voyer et al., 2004) qui démontrent la pertinence des problèmes de sommeil, plus précisément d'insomnie, comme raison majeure pour le recours aux médicaments à action ASH chez les adultes en général, y compris les personnes âgées. Simon et Ludman (2006) parlent de 80 pour cent des personnes de leur échantillon (personnes âgées entre 24 et 79 ans) qui identifiaient la présence d'insomnie ou d'anxiété comme étant la raison première pour laquelle ils prenaient une BZ. Dans le même ordre d'idées, une étude canadienne récente (Crabb, 2008) a démontré que les problèmes de sommeil constituaient une indication majeure de l'utilisation de BZ à indication sédatif-hypnotique par des personnes âgées dépressives. Les difficultés de sommeil prédisent l'utilisation à long terme, voire chronique (> 12 mois) de BZ (Morin et al., 2004; Jorm, Christensen, Griffiths, et Rodgers, 2002).

Cette étude appuie les résultats concordants des études antérieures sur l'importance d'une attitude plus favorable envers les médicaments à action ASH comme facteur qui en prédit l'utilisation. Pérodeau et ses collègues (1992, 2006) l'ont montré par rapport aux psychotropes en général. Iliffe et ses collègues (2004) ont conclu que les attitudes des patients envers l'efficacité des sédatifs-hypnotiques motivaient la cessation ou la continuation de leur usage. Dans le même sens, van Hulsten et collaborateurs (2001) ont démontré que l'attitude constituait l'un des prédicteurs de l'intention d'utiliser des benzodiazépines à court terme (< 6 mois), et même à long terme (> 12 mois) (van Hulsten et al., 2003).

La littérature de recherche (Armitage et Christian, 2003; Armitage et Conner, 2001; Azjen, 2002; Cloutier et Leroux, 1998) souligne à foison que la perception de contrôle constitue le meilleur déterminant, parmi l'ensemble des variables du modèle de la TCP, de l'intention comporte-

mentale. Armitage et Conner (2001) avancent qu'il s'agit de la variable du modèle de la TCP qui, via l'intention comportementale, permet le mieux de prédire le comportement. Dans le domaine particulier de la consommation de médicaments à action ASH, van Hulsten et collaborateurs (2003) ont démontré, avec un échantillon de consommateurs de BZ de longue durée (> 12 mois), que de se sentir incapable de cesser la consommation par soi-même, était liée à la consommation actuelle de ce type de médication. Ces mêmes chercheurs ont également remarqué que le fait de ressentir peu de contrôle était encore plus important chez les personnes âgées ayant recours à une BZ à haut potentiel de dépendance.

On peut se demander dans quelle mesure cette absence relative de contrôle reflète un phénomène de dépendance. À cet égard, Voyer et ses collaborateurs (2008), dans une recherche avec des personnes de plus de 65 ans, ont rapporté que 2,5 pour cent de celles qui faisaient un usage courant de BZ rencontraient les critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour une dépendance à une substance. Fait intéressant, 41 pour cent 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 elles-mêmes comme dépendantes des BZ. Le phénomène de dépendance est donc possiblement plus répandu qu'il n'y paraît, et notre résultat sur la relation entre le fait de ressentir peu de contrôle et la prise de ces médicaments pourrait être interprété dans ce sens.

La présente étude qui s'adresse aux variables psychologiques sous-tendant la consommation de médicaments à action ASH au sein des personnes âgées présente l'avantage de faire progresser la réflexion au-delà d'une perspective purement épidémiologique centrée sur les facteurs de risque. Elle s'appuie aussi sur une infrastructure théorique, ce qui est rare dans ce domaine (des exceptions: van Hulsten et al., 2001, 2003).

La faible validité du FAQ, à titre de mesure des attitudes face au vieillissement, constitue une des limitations de cette étude. On peut se demander s'il ne serait pas plus pertinent d'évaluer l'anxiété des personnes âgées par rapport au vieillissement (par ex., peur de la maladie, peur de la solitude, peur de la mort, etc.) plutôt que d'évaluer leurs attitudes par rapport au vieillissement de manière indifférenciée. La validité de la variable de perception de contrôle est aussi plutôt faible. Dans le futur, il s'agirait de raffiner cette mesure en définissant, plus précisément ce que l'on couvre sous la notion de « perception de contrôle ». Aussi, il est clair que l'utilisation d'un devis transversal et corrélationnel ne permet pas d'établir l'existence de relations causales entre les variables. Il s'agit donc de 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).

#### *Retombées cliniques et implications pour la recherche*

Les comportements qui s'inscrivent dans le registre des dépendances et/ou des habitudes sont notoirement difficiles à changer (Ajzen et Manstead, 2007). Il est souvent difficile pour les personnes de concrétiser leurs bonnes intentions (Gollwitzer, 1993 ; Heckhausen, 1991). C'est dire que les interventions en matière de modification de comportements pourraient être améliorées par l'éveil d'un sentiment de contrôle sur le comportement afin de solidifier les intentions d'arrêter les comportements nocifs (Ajzen et Manstead, 2007). Pour susciter et renforcer le sentiment de contrôle des personnes âgées consommatrices de médicaments à action ASH et les personnes âgées non-consommatrices, davantage d'informations au sujet de ces médicaments et des alternatives (par ex., psychothérapie) pourraient être mises à leur disposition afin qu'elles puissent poser un choix éclairé sur l'action à privilégier. Par ailleurs, le pouvoir décisionnel de la personne âgée serait sans aucun doute accentué si elle était directement impliquée 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, Voyer et Martin (2003) proposent la mise en place d'un programme de sevrage souple qui garde un degré de flexibilité quant aux objectifs à atteindre. Ce programme donne un certain pouvoir d'action aux personnes âgées (par ex., le médecin détermine, avec le patient, de combien la dose du médicament sera réduite). Ces auteurs spécifient que la personne âgée doit pouvoir être libre d'augmenter légèrement le dosage de son médicament si elle se sent anxieuse ou éprouve des difficultés de sommeil. Par ailleurs le programme de sevrage ne devrait pas avoir de limite de temps Ces mesures devraient favoriser un sentiment de contrôle plus important par la personne âgée. En ce qui a trait aux difficultés de sommeil, Voyer et Martin (2003) proposent des interventions comportementales afin d'améliorer la qualité du sommeil.

Vu le lien entre la solitude, la détresse psychologique qui s'ensuit et la consommation de médicaments à action ASH, il pourrait être pertinent de mettre en place un programme de soutien psychologique pour les personnes âgées qui font face à un deuil ou une perte. Un programme de visites à domicile pourrait être mis en place afin de faciliter ces transitions de vie et solliciter l'appui du réseau social.

De telles mesures peuvent concourir à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et contribuer à un

changement d'attitudes et de perception de contrôle sur les difficultés, ce qui conduirait à une consommation plus adéquate de ces médicaments.

#### *Note de l'auteure*

Cette étude fut réalisée afin de rencontrer les exigences du programme de doctorat en psychologie clinique de l'Université d'Ottawa par Marilyn Guindon.

Toute correspondance au sujet de cet article peut être envoyée à Marilyn Guindon, Faculté des Sciences Humaines, Université St-Paul, Ottawa, Ontario K1S 1C4, Téléphone : (613) 236-1393 poste 2324, Télécopieur : (613) 782-3005, Courriel : mguindon@ustpaul.ca

#### **Références**

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: 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., et 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, et M. Stroebe (Eds.), *The scope of social psychology: Theory and applications* (pp. 43–63). New York: Psychology Press.
- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G., et 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.
- Armitage, C.J., et Christian, J. (2003). From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Current Psychology*, 22, 187–195.
- Armitage, C.J., et Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Beall, C.S., Baumhover, L.A., Maxwell, A.J., et Pieroni, R.E. (1996). Normal versus pathological aging: Knowledge of family practice residents. *The Gerontologist*, 36(1), 113–117.
- Blais, F., Gendron, L., Mimeault, V., et Morin, C.M. (1997). Évaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447–453.
- Blue, C.L., Marrero, D.G., & Black, D.R. (2008). Physical activity belief scales for diabetes risk: Development and psychometric testing. *Health Education & Behavior*, 35(3), 316–331.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Ivers, H., et 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., et Savard, J. (1998). Psychometric properties of the French version of the State-Trait Anxiety Inventory (form Y) adapted for older adults. *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 Vieillessement*, 10(4), 308–319.
- 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.
- Brim, O.G., Ryff, C.D., & Kessler, R.C. (2004). *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., III, Monk, T.H., Berman, S.R., et Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193–213.
- Caplan, R.D., Abbey, A., Abramis, D.J., Andrews, F.M., Conway, T.L., et French, J.R.P.Jr. (1984). *Tranquilizer use and well-being: A longitudinal study of social and psychological effects*. Institute for Social Research, Ann Arbor, University of Michigan.
- Cappeliez, P., Quintal, M., Blouin, M., Gagné, S., Bourgeois, A., Finlay, M., et al. (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.
- CFES (2001). *Baromètre santé 2000*, Paris, France: CFES.
- 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., et 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., & Collin, J. (1997). Les toxicomanies reliées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: Recension et analyse des écrits. Québec, Canada: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Conseil du Médicament du Québec. (source consultée en septembre 2004). *Usage optimal des médicaments*. Disponible à: <http://www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?f=d37faab2dceccb57728ad57f2fbab91f>
- 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, 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.
- Fortier, M.S., Kowal, J., Lemyre, L., & Orpana, H.M. (2009). Intentions and actual physical activity behavior change in a community-based sample of middle-aged women: Contributions from the Theory of Planned Behavior and Self-Determination Theory. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 7, 46–67.
- Fortin, D., Préville, M., Ducharme, C., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J.-P., et al. (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 Vieillessement*, 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.
- Godin, G., et 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 et M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* Vol. 4, pp. 141–185. Chichester, UK: Wiley.
- Gray, S.L., Eggen, A.E., Blough, D., Buchner, D., et LaCroix, A.Z. (2003). Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 568–576.
- Grenier, L., et Barbeau, G. (1991). Effets indésirables des médicaments. Dans G. Barbeau et J. Guimond, L. Mallet (Eds.), *Médicaments et personnes âgées* (chapitre 13, pp.

- 159–174). Canada: Edisem et Manoine, Québec, Les Presses de l'Université Laval
- Gustafsson, T.M., Isacson, D.G.L., Thorslund, M., et Sörbom, D. (1996). Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *Journal of Applied Gerontology, 15*(2), 238–254.
- Hales, D., Evenson, K.R., Wen, F., et Wilcox, S. (2010). Postpartum physical activity: Measuring theory of planned behavior constructs. *American Journal of Health Behavior, 34*(4), 387–401.
- Harris, D.K., Changas, P.S., et Palmore, E.B. (1996). Palmore's first fact on aging quiz in a multiple-choice format. *Educational Gerontology, 22*, 575–589.
- Hartzema, A.G., et Christensen, D.B. (1983). Non-medical factors associated with the prescribing volume among family practitioners in an HMO. *Medical Care, 21*, 990–1000.
- Hébert, R., Bravo, G., et 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.
- Hemmelgarn, B., Suissa, S., Huang, A., Boivin, J.F., et 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., et Coons, S.J. (1991). Medication use among older persons in congregate living facilities. *Journal of Geriatric Drug Therapy, 6*, 47–61.
- Illife, S., Curran, H.V., Collins, R., Yuen, K.S., Fletcher, S., et 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.
- Iwashyna, T.J., et Christakis, N.A. (2003). Marriage, widowhood, and health-care use. *Social Science and Medicine, 57*(11), 2137–2147.
- Jorm, A.F., Christensen, H., Griffiths, K.M., et 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., et 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., et 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.
- Kim, R.-B., Park, K.-S., Hong, D.-Y., Lee, C.-H., et Kim, J.-R. (2010). Factors associated with cancer screening intention in eligible persons for national cancer screening program. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 43*(1), 62–72.
- Laurier, C., Dumas, J., et 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., et Berr, C. (2003). Utilisation de benzodiazépines chez les sujets âgés: Données de la cohorte EVA. *Revue Épidémiologique de Santé Publique, 51*, 317–326.
- Légaré, F., Dodin, S., et 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, Québec: Département de médecine sociale et préventive.
- Légaré, F., Godin, G., Dodin, S., Turcot-Lemay, L., et Laperrière, L. (2003). Adherence to hormone replacement therapy: A longitudinal study using the theory of planned behavior. *Psychology and Health, 18*(3), 351–371.
- Manheimer, D.I., Davidson, S.T., Balter, M.B., Mellinger, G.D., Cisin, I.H., et Parry, H.J. (1973). Popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *American Journal of Psychiatry, 130*(11), 1246–1253.
- Marinier, R.L., Pihl, R.O., Wilford, C., et Lapp, J.E. (1985). Psychotropic drug use by women: Demographic, lifestyle, and personality correlates. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, 19*, 40–45.
- 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.
- Monette, J., Tamblyn, R.M., McLoed, P.J., Gayton, D.C., et Lapsley, R. (1994). Do medical education and practice characteristics predict inappropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly? *Academic Medicine, 69*(Suppl. 10), s10–s12.
- Morin, C.M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., et 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.
- Neutel, C.I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry, 17*(3), 189–97.
- Ohayon, M.M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(7), 457–464.
- Oude Voshaar, R., Gorgels, W., Mol, A., van Balkom, A., Breteler, M., van de Lisdonk, E., et al. (2006). Predictors of relapse after discontinuation of long-term benzodiazepine use.

- epine use by minimal intervention: A 2-year follow-up study. *Family Practice*, 20(4), 370–372.
- 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.
- Pérodeau, G., Grenon, É., Préville, M., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., et al. (2006). Consommation de benzodiazépines: Attitudes des médecins, pharmaciens et consommateurs. In *8ième Congrès international francophone de gérontologie et de gériatrie*. Québec:Canada.
- Pérodeau, G., King, S., et Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *Canadian Journal on Aging/Revue Canadienne du Vieillessement*, 11(4), 347–369.
- Pérodeau, G., et 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*. Verdun, Montréal: Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Pérodeau, G., et Ostoj, M. (1992). *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*. Verdun, Canada: Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Pérodeau, G., Paradis, I., Ducharme, F., Collin, J., & St-Jacques, J. (2003). Dynamique familiale et médicament psychotropes: les femmes âgées consommatrices et leurs aidantes. In J. Levy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau, et C. Garnier (Éds.), *Enjeux psychosociaux de la santé* (pp. 275–286). Presses de l'Université du Québec.
- Ray, W.A., Griffin, M.R., et 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.
- Shepperd, B.H., Hartwick, J., et 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., et Ludman, E.J. (2006). Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 28, 374–378.
- Sorock, G.S., et 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.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Swartz, M., Landeman, R., George, L.K., Melville, M., Blazer, D., et Smith, K. (1991). Benzodiazepine anti-anxiety agents: Prevalence and correlates of use in a southern community. *American Journal of Public Health*, 81, 592–596.
- Taylor, S., McCracken, C.F.M., Wilson, K.C.M., et 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., Hubbard, D., et Corgiat, M.D. (1987). The Modified Mini-Mental State (3MS) test. *The Clinical Neuropsychologist*, 1, 293.
- Tinetti, M.E., Speechley, M., et Ginetter, 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., et 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.
- 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 Hulst, R., Bakker, A.B., Lodder, A.C., Teeuw, K.B., Bakker, A., et Leufkens, H.G. (2001). Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharmacy World & Science*, 23(2), 70–75.
- van Hulst, R., Bakker, A.B., Lodder, A.C., Teeuw, K.B., Bakker, A., et 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., Cohen, D., Lauzon, S., et Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing*, 3(3–13).
- Voyer, P., Cohen, D., Préville, M., Roussel-Roy, M.-È., Berbiche, D., et Béland, S.-G. (2008). Examination of DSM-IV-TR criteria and addiction criteria for benzodiazepine dependence among a random sample of seniors. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 14(1), 1–22.
- Voyer, P., et 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.
- Voyer, P., Préville, M., Roussel, M.-È., Berbiche, D., et Béland, S.-G. (2009). Factors associated with benzodiazepine dependence among community-dwelling seniors. *Journal of Community Health Nursing*, 26(3), 101–113.
- Williams, K. (2004). The transition to widowhood and the social regulation of health: Consequences for health and health risk behavior. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 59(6), S343–349.
- Zandstra, S.M., van Rijswijk, E., Rijnders, C., van de Lisdonk, E.H., Bor, J.H.J., van Weel, C., et al. (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.