

Université de Montréal

**L'expérience subjective des personnes âgées
lors d'une intervention de sevrage des benzodiazépines et l'impact du
sevrage sur les processus d'identité**

par

Mihaela Aura Oprea

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral d'intégration présenté en vue de l'obtention du grade de docteur en
psychologie clinique, option D. Psy.

Mars 2022

©Mihaela Aura Oprea, 2022

Université de Montréal
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Cet essai doctoral intitulé
**L'expérience subjective des personnes âgées
lors d'une intervention de sevrage des benzodiazépines et l'impact du
sevrage sur les processus d'identité**

Présenté par
Mihaela Aura Oprea

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Katherine Péloquin, Ph.D.

Présidente-rapporteur

Sébastien Grenier, Ph.D.

Directeur de recherche

Serge Lecours, Ph.D.

Membre du jury

Résumé

La consommation de benzodiazépines pour gérer l'anxiété et l'insomnie demeure un phénomène préoccupant chez les personnes âgées bien que les effets nocifs du médicament soient davantage vulgarisés auprès de cette population et que des interventions diversifiées leur soient proposées pour arrêter leur utilisation. Compte tenu du fait que les perceptions de Soi des aînés quant à leurs compétences de gérer leurs difficultés avec ou sans médicament, tout en maintenant une image de Soi positive, semblent influencer la prise de BZD et leur résultat au sevrage, cette étude qualitative porte sur l'impact de celles-ci sur les trajectoires développées par les participantes lors d'une intervention de sevrage. Ainsi, douze participantes ayant reçu trois types d'interventions différentes ont été interviewées, dans les trois à quatre ans suivant l'intervention de sevrage afin de recueillir et analyser leurs expériences lors des interventions. En utilisant la théorisation ancrée comme démarche analytique, une attitude d'agentivité, une attitude de résignation et une attitude d'ambivalence ont été identifiées en réponse au sevrage sur la base de la variabilité d'un nombre de caractéristiques communes. Ces caractéristiques comprennent l'état général de santé, la qualité de la relation avec les professionnels de la santé, la qualité de l'introspection concernant les effets nocifs des BZD et des processus psychologiques impliqués dans l'apparition et le maintien de l'insomnie et/ou de l'anxiété, le type de motivation, la conviction en sa compétence de se sevrer, les attitudes envers l'utilité de prendre de BZD, la durée de la prise de BZD, la sévérité des symptômes de sevrage, les attentes par rapport au soutien offert par la recherche et, enfin, les attitudes envers l'âgisme et la prescription des médicaments chez les personnes âgées. La variabilité de ces caractéristiques mène les participantes à développer des stratégies d'action par l'engagement ou par le désengagement lors de l'intervention de sevrage ce qui aboutit soit à un sevrage complet ou quasi complet (correspondant à l'agentivité), soit à une diminution ou maintien

de la consommation de la molécule (correspondant à la résignation et à l'ambivalence). Il en résulte un renforcement ou des réajustements des perceptions de Soi relatives aux compétences de gérer la santé en vieillissant de sorte que la personne âgée maintient une image cohérente et positive de Soi peu importe le résultat du sevrage. Pour conclure, les résultats de cette étude indiquent que les professionnels de la santé pourraient dépister l'attitude qu'une personne âgée serait encline à développer lors du sevrage à l'aide des outils conçus sur la base des caractéristiques identifiées qui semblent avoir un rôle prédictif des stratégies d'action qui seraient employées et, subséquemment, des résultats des interventions de sevrage. Ainsi, en dépistant l'attitude qu'une personne serait encline à développer lors du sevrage et en la dirigeant vers l'intervention la plus appropriée selon ses besoins (par ex., auto-sevrage à la maison à l'aide d'une grille de sevrage, entrevue motivationnelle, suivi régulier effectué par des professionnels de la santé, groupe de thérapie), les chances d'arrêter le médicament et de maintenir le résultat à long terme seraient maximisées.

Mots clés : benzodiazépines, aînés, sevrage, perception de Soi, compétence perçue, stratégie d'action, attitude, agentivité, résignation, ambivalence.

Abstract

The use of benzodiazepines to manage anxiety and insomnia remains a concern in the elderly, although the harmful effects of these drugs are more widely publicized to this population and a variety of interventions are offered to help them stop their use. The seniors' self-perceptions of their competences to cope with difficulties, with or without use of medication, while maintaining a positive self-image, seem to influence their BZD intake and the discontinuation outcome. This qualitative study explores the impact of these self-perceptions on the trajectories developed by the participants during a discontinuation intervention. Thus, twelve participants having undergone three different types of intervention were interviewed for this study, within three to four years after the discontinuation intervention to record and analyze their experiences throughout the interventions. Using grounded theory as an analytical approach, an attitude of agency, an attitude of resignation, and an attitude of ambivalence were identified in response to withdrawal based on the variability in a number of common characteristics. These characteristics include the general health status, the quality of the relationship with health professionals, the quality of introspection regarding the harmful effects of BZDs and the psychological processes involved in the onset and maintenance of insomnia and/or anxiety, the type of motivation, the belief in one's competence to discontinue the medication, the attitudes toward BZD use, the duration of their use, the severity of withdrawal symptoms, the expectations regarding the research support, and the attitudes toward ageism and medication prescription among the elderly. The variability of these characteristics leads the participants to develop action strategies by engaging or disengaging in the withdrawal intervention, which results either in a complete or nearly complete discontinuation (corresponding to agency), or in a decrease or maintenance of the BZD intake (corresponding to resignation and ambivalence). The outcome is a reinforcement or readjustment of self-perceptions related to health

management skills so that the elderly maintain a coherent and positive self-image regardless of their withdrawal result. In conclusion, the results of this study indicate that health professionals could use screening tools based on the identified characteristics to predict the attitude that a BZD user is likely to develop during discontinuation as these characteristics appear to be predictive of the action strategies that are likely to be employed and, subsequently, of the outcomes of withdrawal interventions. Thus, by predicting the attitude that an elderly person could develop during withdrawal and by directing one to the most appropriate intervention according to one's needs (e.g., self-discontinuation at home using a withdrawal grid, motivational interviewing, regular follow-ups with health professionals, therapy group), the chances of stopping the medication and maintaining the long-term outcome are likely to be maximized.

Keywords: benzodiazepines, elderly, discontinuation, self-perceptions, perceived competence, action strategy, attitude, agency, resignation, ambivalence.

Table de matière

Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
1 Introduction.....	2
2 Contexte théorique	3
2.1 L'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées.....	3
2.2 L'impact de l'utilisation des BZD sur l'identité de Soi.....	6
2.3 L'identité de Soi des aînés et le processus de vieillissement.....	8
2.4 Objectifs et questions de recherche	10
3 Méthodologie	11
3.1 Devis de recherche qualitatif : la théorisation ancrée.....	11
3.2 Participants	13
3.2.1 Description du PASSE-60+ : recrutement et procédures.....	13
3.2.2 L'Échantillonnage	15
3.2.3 La collecte des données	21
3.2.4 Méthode d'analyse des données	22
3.2.5 La validité de la théorie.....	24
4 Résultats : présentation de la théorisation.....	25
4.1 Agentivité.....	30
4.2 Résignation.....	39
4.3 Ambivalence.....	47
5 Discussion	52
6 Limites	67
7 Conclusion	68
8 Références.....	69
9 Annexes	vi
9.1 Annexe 1	vi
9.2 Annexe 2	vii

Liste des tableaux

Tableau 1 Données des participantes concernant leur consommation de BZD avant l'intervention de sevrage	17
Tableau 2 Raisons énumérées par les participantes pour arrêter la consommation de benzodiazépines, antécédents médicaux et résultats du sevrage	19
Tableau 3 La répartition des participantes selon les trois groupes de l'étude originale et selon les attitudes développées au cours du sevrage	30
Tableau 4 Les scores à l'échelle de compétence perçue (PCS).....	34
Tableau 5 Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ).....	34
Tableau 6 Les scores à l'échelle de compétence perçue (PCS).....	43
Tableau 7 Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ).....	44
Tableau 8 Les scores à l'échelle de compétence perçue (PCS).....	50
Tableau 9 Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ).....	50

Liste des figures

Figure 1 Les attitudes émergentes selon le paradigme de codage de Strauss et Corbin 25

Figure 2 Dynamique des perceptions de soi sous-tendant le sentiment de contrôle de sa vie..... 54

Liste des abréviations

APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	<i>Attaque vasculaire cérébrale</i>
ATTUQ	<i>Attitude Towards Tranquilizer Use Questionnaire</i>
BZD	<i>Benzodiazépines</i>
CHSLD	<i>Centres d'hébergement de soins de longue durée</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic Statistical Manual –IV revised</i>
EDM	<i>Épisode dépressif majeur</i>
MTA	<i>Méthode de la théorisation ancrée</i>
PASSE-60+	<i>Programme d'Aide au Succès du Sevrage pour les 60 ans et plus</i>
PCS	<i>Perceived Competence Scale</i>
TAG	<i>Trouble d'anxiété généralisée</i>
TCC	<i>Thérapie cognitivo-comportementale</i>
TDAH	<i>Trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité</i>

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de recherche, Dr Sébastien Grenier, pour son soutien dans la réalisation du projet de recherche, pour sa confiance et pour son ouverture à mes intérêts de recherche. Son regard avisé et bienveillant et sa générosité à partager ses connaissances m'ont toujours incitée à pousser plus loin mes réflexions.

Je tiens à souligner le travail de mes collègues, étudiants au laboratoire LEADER, et de nos coordonnatrices dans le déroulement du programme PASSE-60+ et de la collecte de données, ce qui a rendu possible ce projet. Une pensée spéciale va à Fethia Benyebdri, Mélanie Fournel, Arnaud Allary, Virginie Proulx-Tremblay, Marie Michelle Boudreau, Vanessa Léveillée, Marianne Lemay, Bruno Gunther, Marie-Hélène Gagné, Josie-Anne Bertrand et Caroline Desrosiers.

Des remerciements à toutes les personnes âgées qui ont si généreusement accepté de participer à nos recherches et de me partager leurs expériences les plus intimes au profit de nous tous.

L'aboutissement de cet essai n'aurait pas été possible sans la présence bienveillante et indéfectible de mes collègues de doctorat qui sont restés à mes côtés à travers mes hauts et mes bas. Je veux remercier particulièrement Marie-Mathilde Dupont Leclerc, Marine Tessier et Sébastien Dewez pour leur disponibilité à m'aider dans des moments clés de mon projet. Merci pour votre expertise et votre humanité.

Je remercie enfin ma famille qui est toujours près de mon cœur pour leur amour inconditionnel et leurs encouragements. Merci Arthur, mon fort, mon inspiration.

1 Introduction

La consommation de benzodiazépines (BZD) chez les personnes âgées est un phénomène complexe et multifactoriel (Larsson et al., 2001; Pérodeau et al., 2011; Smith et Farrimond, 2018). La plupart des consommateurs âgés¹ rapportent que leur consommation a des effets positifs qui vont au-delà de la gestion de l'anxiété, du stress et de l'insomnie et qui touchent à leur image de soi (Cook et al., 2007; Pérodeau et al., 2008), voire à leur identité de soi (Larsson et al., 2001; Smith et Farrimond, 2018). Par exemple, sous l'effet du médicament, les consommateurs peuvent se sentir plus calmes et reposés, ce qui peut les rendre plus disposés à socialiser et à être actifs dans leurs tâches quotidiennes. Ces changements engendrent des modifications dans leurs perceptions de soi et dans leurs croyances envers eux-mêmes qui peuvent les amener à croire que le médicament les aide à atteindre leur plein potentiel, leur rend la vie meilleure, voire la prolonge (Cook et al., 2007; Pérodeau et al., 2008; Smith et Farrimond, 2018). En se définissant à travers la prise de leur médicament et en ayant des attitudes favorables à son égard, plusieurs consommateurs âgés peuvent être réticents à l'idée de vouloir l'arrêter, ce qui peut nuire à la mise en place de stratégies de sevrage efficaces (Bourgeois et al., 2014; Cook et al., 2007; Smith et Farrimond, 2018). En outre, l'utilisation des BZD semble servir aux aînés pour notamment contrecarrer les stéréotypes associés à leur âge et pour vieillir « activement » et « avec succès » (Smith et Farrimond, 2018). La présente étude a comme objectifs de : 1) décrire l'expérience vécue par les personnes âgées qui essaient de cesser leur consommation de BZD; et 2) explorer la façon

¹ Dans cet essai, le terme *consommateurs âgés* est utilisé pour désigner les personnes âgées (hommes ou femmes) qui consomment des benzodiazépines. Le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

dont le processus identitaire se déploie à travers le processus de sevrage et son impact sur l'issue de l'intervention.

2 Contexte théorique

2.1 L'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées

Les benzodiazépines (BZD) sont des médicaments psychotropes communément appelés « des anxiolytiques », d'une efficacité élevée et avec une action rapide utilisées principalement dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie (Ashton, 1994). Selon le consensus scientifique, leur consommation devrait être limitée dans le temps (2 semaines à 1 mois) (Ashton, 1994; British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society, 2015). Si l'utilisation des BZD dépasse trois mois consécutifs, elle est qualifiée de chronique (Voshaar et al., 2006). Les effets du sevrage peuvent se faire ressentir après une courte durée de consommation (1 mois) et avoir des manifestations très délétères : de l'anxiété ou de l'insomnie de rebond, de l'irritabilité, des difficultés de concentration, des troubles digestifs, des douleurs musculaires, des perturbations perceptives, voire des réactions psychotiques (plus rarement), etc. (Pétursson, 1994). Par ailleurs, le sevrage peut s'accompagner d'une recrudescence de la symptomatologie préexistante (Pelissolo et Bisserbe, 1994).

Chez les personnes âgées, la consommation chronique de BZD a été associée à un risque accru de confusion et d'étourdissements (Kirby et al., 1999), d'insomnie (Kales et al., 1983), de fatigue (Glass et al., 2005), de déclin cognitif (Paterniti et al., 2002), de démence et de maladie d'Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2012, 2014), de chutes et fractures (Donnelly et al., 2017; Markota et al., 2016), d'accidents d'auto (Chang et al., 2013), d'attaque vasculaire cérébrale (Huang et al., 2014) et de mortalité (Palmaro et al., 2015). En réaction à ces risques, la Société

américaine de gériatrie recommande fortement, depuis la dernière mise à jour des critères BEERS (2015), de ne jamais prescrire de BZD (surtout celles à demi-vie intermédiaire et longue) aux aînés souffrant d'insomnie ou de troubles cognitifs (The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015).

Au Canada, les personnes âgées représentent les plus grands consommateurs de BZD avec des taux de prévalence variant, selon les données² de l'Institut canadien d'information sur la santé (2012), entre 35,3% (65-74 ans), 31,6% (75-84 ans) et 30,8% (85 ans et plus) chez les personnes demeurant dans des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Parmi les aînés demeurant dans la communauté, les taux de consommation varient de 13,2% (65-74 ans), à 16,6% (75-84 ans) et à 15,1% (85 ans et plus) (Proulx et Hunt, 2015). Ces données n'incluent pas le Québec.

Entre 2005 et 2006, 25,4% des Québécois âgés de 65 ans et plus résidant dans la communauté consommaient des BZD et 9,5% remplissaient les critères du DSM-IV-TR pour un trouble de dépendance à une substance (Voyer et al., 2010). Selon l'Institut national de santé du Québec, 26,8 % des aînés ont eu au moins une délivrance de benzodiazépine parmi l'ensemble de la population entre 2014 et 2015 (Simard et al., 2019).

Bien que les risques associés à la consommation soient de plus en plus médiatisés et vulgarisés auprès des consommateurs et des médecins et que les types d'intervention pour cesser la consommation se diversifient (par ex., lettre informative, psychoéducation fournie par le médecin ou le pharmacien, arrêt graduel à l'aide d'une grille de sevrage, suivi et soutien médical/thérapeutique, etc.), la consommation de BZD demeure un problème aux répercussions

² Données recueillies dans cinq des provinces canadiennes : I.P.E, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et la Colombie-Britannique.

sérieuses à travers l'Amérique de Nord, l'Europe et l'Australie (Islam et al., 2014; Johnson et al., 2016; Knoop et al., 2006; Olfson et al., 2015; Tu et al., 2001). Les résultats de quelques études ont démontré que, malgré une légère diminution du nombre de prescriptions depuis les 20 dernières années, il y a eu une augmentation du nombre de prescriptions de BZD apparentés (par ex., zolpidem, zaleplon, eszopiclone) et des antipsychotiques à faible dose (par ex., quétiapine) pour le traitement de l'insomnie (Everitt et al., 2018; Modesto-Lowe et al., 2021) et d'antidépresseurs pour le traitement de l'anxiété (Offidani et al., 2013). Pourtant l'usage de ces molécules n'est pas sans risques et la Société américaine de gériatrie déconseille fortement leur prescription chez les aînés (The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015).

Afin de développer des interventions non pharmaceutiques efficaces pour aider les personnes âgées à cesser leur consommation chronique de BZD, des modèles systémiques (Pérodeau et al., 2008, 2011) ou interactionnistes (Larsson et al., 2001) de la consommation ont été élaborés. Ils mettent en évidence la complexité et le caractère multifactoriel de la consommation. Plus particulièrement, le modèle systémique de Pérodeau et ses collègues (Pérodeau et al., 2008, 2011) stipule que l'interaction des facteurs suivants explique la consommation de BZD à long terme chez les aînés : 1) les caractéristiques personnelles (par ex., l'âge, l'état de santé physique et psychologique, le niveau d'éducation, les croyances et les attitudes envers la prise des médicaments); 2) les aspects situationnels (par ex., les facteurs déclencheurs et de maintien de la consommation, le processus de prescription) et; 3) les aspects socioculturels (par ex., le soutien social, les stigmas relatifs au vieillissement, les mœurs contemporaines concernant la consommation des médicaments). Durant les dernières années, les programmes d'intervention se sont peaufinés à mesure que la recherche a découvert de nouveaux facteurs qui expliquent la consommation de BZD à long terme, non seulement dans le but de mieux accompagner les

personnes à travers leur sevrage, mais aussi pour mieux les outiller à gérer leur anxiété, leur stress ou leur insomnie post-traitement et diminuer leurs risques de rechute. Malgré ces progrès, la proportion des aînés qui refusent un programme de sevrage se situe toujours entre 15 et 30% (Bourgeois et al., 2014; Curran et al., 2003; Mestres Gonzalvo et al., 2018; Petrovic et al., 2002), les taux de réussite du sevrage varient entre 10 et 85% dépendamment du type d'intervention utilisée (Nicolet et al., 2016; Paquin et al., 2014) et les taux de rechute demeurent élevés (environ 40%) (Morin et al., 2005; Petrovic et al., 2002).

Ces données empiriques et les modèles théoriques de la consommation des BZD témoignent du fait que la cessation est un processus difficile qui va au-delà de la gestion des symptômes de sevrage et de l'utilisation de stratégies non pharmacologiques pour gérer le stress, l'anxiété ou l'insomnie post-sevrage.

2.2 L'impact de l'utilisation des BZD sur l'identité de Soi³

Dans le contexte de la consommation prolongée des BZD, ou de façon plus générale de consommation des tranquillisants, les consommateurs peuvent développer au fil du temps des états d'identité spécifiques associés à la prise des médicaments, surnommés « des identités pilules », bien distinctes des autres identités de la personne et qui génèrent de nouveaux comportements (Larsson et al., 2001). Par exemple, quand elle prend son médicament, la personne peut se sentir plus calme et en contrôle de ses réactions et de ses pensées, plus disponible et en contact avec les autres, plus reposée, ce qui peut lui permettre d'accomplir davantage d'activités ou tâches durant la journée. Larsson, Lilja et Hamilton (Larsson et al., 2001; Lilja et Larsson, 1994) ont suggéré que ces nouvelles expériences, sous l'emprise du médicament, pouvaient modifier à travers le

³ Dans cet essai, le concept d'identité de Soi fait référence aux perceptions de la personne sur soi-même selon la définition de Sherwood (Sherwood, 1965).

temps « les croyances cognitives » de la personne envers elle-même et faire émerger des nouvelles structures d'identité. L'identité de Soi qui en découlerait peut devenir plus importante ou puissante que les autres structures de l'identité (c.-à-d. comment la personne se sent et se perçoit en l'absence de la médication) et faire vivre à la personne des expériences transformatrices de Soi qui peuvent engendrer une augmentation de l'estime de soi et un concept de soi plus positif face aux difficultés existentielles (Alvarenga et al., 2014; Cook et al., 2007; Larsson et al., 2001). Ainsi, la grande majorité des consommateurs attribuerait à la molécule des effets qui vont au-delà de ses propriétés chimiques hypnotiques, sédatives ou anxiolytiques. Elle deviendrait une « vitamine psychique » qui faciliterait leur régulation émotionnelle, les aiderait à atteindre leur plein potentiel, leur procurerait de la tranquillité, rendrait leur vie meilleure, voire la prolongerait (Cook et al., 2007; Pérodeau et al., 2008; Smith et Farrimond, 2018). Les consommateurs peuvent nier ou minimiser les effets secondaires du BZD et montrer une attitude de résistance par rapport à sa diminution ou à sa cessation tout en craignant de souffrir sans leur médicament. Par conséquent, l'arrêt d'un tranquillisant peut aller au-delà du sevrage physique, car cela engendrerait des tensions et bouleversements sur le plan de l'identité. En fait, l'aide thérapeutique devient encore plus importante quand l'utilisation des tranquillisants empêche la personne d'intégrer des expériences passées traumatiques qui sont souvent à l'origine de la consommation du médicament (par ex., un abus ou le décès d'un proche) (Skinhoj et al., 2001).

Il a été démontré que les changements affectifs et comportementaux qui surviennent lors du sevrage pouvaient occasionner des confusions identitaires et des remises en question (Fixsen, 2016; Fixsen et Ridge, 2017). Un document publié par l'organisme Reconnexion stipule qu'après le sevrage, plusieurs anciens consommateurs de BZD rapportent avoir oublié des parties assez importantes de leur vie lorsqu'ils consommaient et peuvent considérer leurs années de

consommation comme « des années perdues ou gaspillées » (Redman et Cannard, 2010). De plus, ils peuvent ressentir de la colère envers les prescripteurs, de la culpabilité due au manque de confiance en leurs capacités à gérer leur stress sans la médication et de la honte face à leur mauvaise perception d'eux-mêmes et de la possibilité que les autres découvrent qu'ils ont géré leurs émotions en consommant des médicaments. Les symptômes physiques et psychologiques du sevrage peuvent également rendre leurs relations sociales difficiles, ce qui peut avoir comme conséquence une aliénation de la famille et de la vie sociale (Redman et Cannard, 2010). Par ailleurs, les thérapeutes qui travaillent avec des consommateurs dépendants aux tranquillisants témoignent de l'importance de les aider à bâtir de nouvelles structures d'identité et une image positive d'eux-mêmes pendant le processus de sevrage (Larsson et al., 2001). Des modèles de rétablissement suite à une dépendance (par ex., dépendance à l'alcool, aux BZD, aux analgésiques, à la polyconsommation de médicaments) ont démontré l'importance de faire émerger une identité positive pour la réussite de la réhabilitation. Ce faisant, la personne peut rebâtir son estime de soi et retrouver un sentiment d'utilité (Johansen et al., 2013).

2.3 L'identité de Soi des aînés et le processus de vieillissement

En ce qui a trait au sevrage chez les personnes âgées, le bouleversement de l'identité de Soi qui peut en résulter, surtout dans le contexte d'une consommation de très longue date (c.-à-d., une dizaine d'années et plus), pourrait être amplifié par le processus de vieillissement normal durant lequel les aînés doivent réajuster leurs perceptions sur leur identité physique et psychologique pouvant ainsi faire émerger de nouvelles identités parfois difficiles à reconnaître et à intégrer (Boss et Seegmiller, 1981; Harada et al., 2013). De plus, les personnes vieillissantes doivent composer avec une légère augmentation du niveau de névrosisme surtout après 70 ans (Steunenberg et al., 2005). Tous ces changements exigent une adaptation qui ne se fait pas toujours naturellement.

En effet, Whitbourne et Sneed ont démontré qu'en vieillissant les personnes résistent de plus en plus aux changements identitaires. Lorsque les personnes vieillissantes vivent des expériences qui divergent de leur image de Soi (par ex., des oublis de noms), elles peuvent filtrer les informations pour n'en retenir que celles qui renforcent leurs perceptions et leurs croyances envers elles-mêmes afin de conserver un sentiment de compétence et une image positive de Soi. Par exemple, elles peuvent attribuer leurs trous de mémoire à la fatigue, au stress ou au manque de sommeil plutôt qu'à un déclin cognitif inhérent au vieillissement normal. Cela fait en sorte que plusieurs personnes âgées éprouvent de la difficulté à reconnaître les limites et les vulnérabilités associées à leur âge et ressentent de l'insécurité par rapport au vieillissement tout en affichant une image élevée de soi et une perception positive de leur état de santé (Sneed et Whitbourne, 2001, 2005).

Durant le processus de vieillissement normal, les individus parviennent habituellement à maintenir une image positive d'eux-mêmes, un sentiment de contrôle personnel et à maximiser leur fonctionnement cognitif et physique. Cette atteinte d'équilibre est uniquement possible si l'individu réussit à s'adapter avec flexibilité à sa nouvelle réalité de vie (par ex., pertes de mobilité physique et détérioration de l'état de santé, déclin cognitif, changement de rôles au plan professionnel, social, familial, etc.) et à demeurer activement engagé dans la société. Autrement dit, il vieillit « avec succès » (Rowe et Kahn, 1997). Cependant cette optique d'une vieillesse active, engagée, en santé autant que possible, où l'aîné prend soin de lui (APA, 2017; Marioni et al., 2012; Nelson et al., 2007; World Health Organisation, 2002), destinée aussi à combattre l'âgisme et à promouvoir une meilleure intégration des aînés dans la société, peut mettre énormément de pression sur les épaules des personnes âgées. Celles-ci doivent effectivement trouver des moyens pour maintenir un niveau d'engagement et d'activation reflétant le fonctionnement des individus plus jeunes. Dans une étude qualitative sur la gestion de l'identité chez les personnes âgées, les

participants, qui étaient des consommateurs chroniques de BZD pour traiter leur insomnie, ont rapporté avoir le devoir moral de prendre les mesures nécessaires, y compris utiliser des molécules, pour rester actifs, autonomes et sentir qu'ils faisaient partie de la société. Cependant, ils minimisaient les effets de leur consommation de BZD, tout en se montrant critiques envers les aînés moins actifs ayant une dépendance aux médicaments. Pour échapper aux stigmates d'être âgés, en mauvaise santé et dépendants aux médicaments, les participants de cette étude utilisaient plusieurs stratégies de gestion de leur identité (c.-à-d. la rationalisation et la minimisation de leur consommation, les comparaisons sociales avec d'autres utilisateurs de médicaments) pour justifier l'utilisation des BZD et maintenir une identité positive de Soi (Smith et Farrimond, 2018).

En somme, les consommateurs âgés seraient assujettis à un défi complexe lorsqu'ils décident d'arrêter leur BZD : d'un côté, ils doivent affronter un sevrage physique et psychologique ardu qui peut les pousser à redéfinir leurs croyances et leur image de Soi. D'un autre côté, ils doivent pour leur famille, pour la société et pour eux-mêmes, vieillir en bonne santé physique et cognitive, rester actifs et pour y arriver, les recherches démontrent qu'ils ont besoin de bien dormir (Byles et al., 2003; William et Wolf-Meyer, 2013) et de ne pas prendre de BZD pour y parvenir.

2.4 Objectifs et questions de recherche

Jusqu'à présent, aucune étude n'a expliqué comment les personnes âgées arrivent à réconcilier leur identité de soi après s'être sevrées de leur BZD, compte tenu des défis identitaires soulevés par la sénescence, les attentes personnelles et les pressions de la société pour un vieillissement réussi. La présente étude permet de combler ce vide en s'intéressant à l'expérience vécue par les consommateurs âgés lors d'un programme d'intervention conçu pour faciliter le sevrage des BZD (le PASSE-60+) et en essayant de mieux comprendre l'impact de ce sevrage sur leurs perceptions

de Soi. Plus précisément, les objectifs de l'étude sont de : 1) Décrire l'expérience vécue par les personnes âgées qui ont décidé de se sevrer de leur BZD; et; 2) Explorer la façon dont les processus d'identité se déploient à travers le processus de sevrage et leur impact sur l'issue de l'intervention (c.-à-d. cessation, diminution ou maintien de la consommation).

Pour y arriver, des entrevues ont été réalisées pour répondre à ces deux questions de recherche : 1) Est-ce que le sevrage des BZD engendre des changements sur le plan identitaire ? Si oui, lesquels ? et; 2) Quel est le lien entre les perceptions de Soi et l'issue du processus de sevrage?

3 Méthodologie

3.1 Devis de recherche qualitatif : la théorisation ancrée

La méthode de la théorisation ancrée (MTA) a été utilisée comme méthode d'analyse des données parce qu'elle permet de faire émerger des nouveaux phénomènes pouvant enrichir notre compréhension des processus qui se déploient et interagissent lors du sevrage des BZD, processus qui pourraient jeter un éclairage nouveau sur les mécanismes de changements qui s'opèrent durant le sevrage des consommateurs âgés. La théorisation désigne « à la fois le processus et le résultat, tout en indiquant que le résultat lui-même n'est pas une fin, mais plutôt un état dans lequel se trouve, à un moment donné, une construction théorique donnée » (Paillé, 1996). Élaborée dans les années 1960 par Glaser et Strauss, la MTA est une recherche empirique qui consiste à définir des construits théoriques à partir des données recueillies sur le terrain au moyen d'une démarche inductive. À la différence des autres méthodes qualitatives, elle va au-delà de la description d'un phénomène social en tentant d'expliquer les processus entre les éléments constitutifs et d'en faire émerger une théorie (Glaser et Strauss, 1967). Les quatre critères que les chercheurs doivent respecter pour bien construire leur théorisation ancrée peuvent être consultés à l'Annexe 1.

Parmi les approches de la MTA, celle de Strauss et Corbin (1990) (Corbin et Strauss, 2008) a été choisie parce qu'elle prend en considération l'influence mutuelle entre le chercheur et le participant ce qui la distingue de l'approche de Glaser qui nie l'influence du chercheur et de ses valeurs sur la théorie émergente et vise l'objectivité et la généralisation des données. Cependant, une approche mettant de l'avant la créativité interprétative du chercheur et visant une théorisation ne s'appliquant qu'au phénomène et/ou au contexte à l'étude comme celle de Charmaz a été également écartée (Singh et Estefan, 2018). Puisque cette étude vise une généralisation du phénomène étudié qui va au-delà des expériences des participantes, ainsi qu'une reconnaissance de la coconstruction de la théorisation par tous les acteurs impliqués, l'approche de Strauss et Corbin s'est imposée naturellement. Pour aider les chercheurs, notamment les novices, dans cette démarche analytique, ils ont élaboré une approche systématique et rigoureuse du processus de recherche, autrement dit un paradigme de codage qui fut adopté dans le cadre de cet essai. Des explications seront formulées à cet effet dans la section 3.2.4. « Méthodes d'analyse des données ».

Strauss et Corbin préconisent qu'une recension de la littérature scientifique soit effectuée en amont de la collecte et de l'analyse de donnée afin d'aiguiser la sensibilité théorique du chercheur face aux phénomènes étudiés. Une recension rigoureuse des écrits scientifiques a donc été réalisée dans le but de mieux comprendre les phénomènes à l'étude (c.-à-d. l'impact de la consommation prolongée des BZD sur les perceptions de Soi, les pressions sur l'identité de Soi en vieillissant et la dynamique des processus identitaires lors d'une intervention de cessation des BZD), et ce, afin de construire adéquatement l'échantillon de participants et le canevas d'entrevue.

3.2 Participants

3.2.1 Description du PASSE-60+ : recrutement et procédures

L'étude proposée s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure qui visait à tester l'efficacité d'un programme d'intervention psychologique novateur, le Programme d'Aide au Succès du Sevrage pour les 60 ans et plus (PASSE-60+), comme adjuvant au sevrage graduel des BZD chez les personnes âgées.

L'efficacité du PASSE-60+ (groupe 3 dans l'étude originale qui comprenait une réduction graduelle de la dose supervisée par un médecin jumelée à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale axé sur une meilleure gestion du sevrage) a été comparée à l'efficacité de deux autres interventions : 1) auto-sevrage à la maison à l'aide d'une grille (groupe 1 dans l'étude originale); et 2) réduction graduelle de la dose supervisée par un médecin (groupe 2 dans l'étude originale). Le programme PASSE-60+ a été dispensé en petits groupes (5 participants) et comprenait 12 rencontres de 120 minutes chacune étalées sur 16 semaines.

Les participants ont été recrutés au moyen de publicités selon les critères suivants : 1) avoir 60 ans et plus; 2) consommer des BZD de façon prolongée (depuis au moins les deux dernières années); et 3) vouloir arrêter le BZD. Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) vivre une situation de crise; 2) souffrir d'un trouble de dépendance à l'alcool ou à une drogue illicite; 3) consommer des BZD pour une raison médicale (par ex., l'épilepsie) et; 4) être incapable de remplir les questionnaires d'évaluation ou être dans l'impossibilité de se déplacer pour participer aux rencontres. Ainsi, 73 personnes ont été recrutées. Parmi celles-ci, 60 (50 femmes et 10 hommes) ont été aléatoirement réparties dans un des trois groupes et ont complété le sevrage. Les 13 autres personnes ont été exclues ou se sont désistées avant le début de l'intervention ou en cours de route.

Les participants recrutés ont été évalués au moyen d'une batterie de questionnaires psychologiques et neuropsychologiques un mois avant le début du sevrage (T1), entre le deuxième et le quatorzième jour suivant la cessation (T2), trois mois (T3) et douze mois (T4) après l'arrêt du médicament. Également, des suivis téléphoniques ont été réalisés avec tous les participants pendant un an dès le début du programme, à raison d'une fois par mois, pour recueillir leurs expériences à l'égard du sevrage (c.-à-d. pendant et post-intervention). D'ailleurs, les comptes-rendus des suivis téléphoniques des participantes de l'étude originale (PASSE-60+) recrutées pour participer à la présente étude ont été utilisés pour corroborer et compléter les informations recueillies lors des entrevues concernant les difficultés rencontrées lors du sevrage. Par ailleurs, afin de bonifier les analyses et réduire les effets de biais de mémoire engendrés par le laps de temps s'étant écoulé entre la fin de l'intervention de sevrage et la réalisation des entrevues, deux autres sources d'informations au sujet des participantes ont été utilisées : des données au sujet de leur consommation et de leur état de santé (par ex., des motifs pour consommer ou arrêter la molécule, durée de la consommation) recueillies avant leur participation au projet PASSE-60+ et les résultats qu'elles ont obtenus à deux tests psychologiques (Échelle de compétence perçue=PCS, Questionnaires des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants=ATTUQ). Ces tests psychologiques ont été choisis parmi ceux administrés aux participantes avant et après le sevrage parce qu'ils correspondaient à des caractéristiques qui sous-tendent les attitudes émergentes.

PCS (Williams, Freedman et Deci, 1998) est un instrument de 4 items qui permet d'estimer jusqu'à quel point les répondants sont confiants de pouvoir effectuer ou maintenir un changement de comportement (par ex., j'ai confiance en mes capacités de ne pas consommer). Plus le score total est élevé, plus le participant se sent compétent. Le PCS présente de bonnes propriétés

psychométriques avec un coefficient de consistance interne de 0,91 dans une étude menée auprès de personnes âgées (Pelletier, 2011).

L'ATTUQ (Caplan et al., 1984) est un instrument de 7 items qui permet d'évaluer les attitudes qu'ont les gens à propos de la consommation de BZD (par ex., ces médicaments aident les gens à venir à bout de leur journée). Plus le score total est élevé, plus le sujet a une attitude favorable face à la consommation de BZD. La version canadienne-française de cet instrument présente de bonnes propriétés psychométriques dans la population âgée (Pérodeau et Ostoj, 1989).

L'étude originale (PASSE-60+) s'est déployée de 2015 à 2017 et a compris cinq cohortes de participants successives à raison d'une à deux cohortes par année. En 2019, des interventions PASSE-60+ ont été offertes à tous les participants des groupes 1 et 2 qui n'avaient pas réussi à arrêter leur consommation ou qui y étaient parvenus et souhaitaient renforcer leurs stratégies non-pharmacologiques de gestion de l'anxiété et du sommeil.

3.2.2 L'Échantillonnage

Dans le cadre de cette étude, un échantillon intentionnel a été créé afin d'assurer la représentativité et la consistance de la théorisation par rapport aux phénomènes émergents. Les critères pris en compte pour constituer l'échantillon ont été les suivants : 1) le groupe d'appartenance durant l'étude originale (G1, G2, G3) et l'ancienneté de la cohorte; 2) le profil d'utilisateur de BZD (c.-à-d. durée et raisons de consommation, âge des participantes, le(s) médicament(s) utilisé(s), conditions médicales, motivations pour arrêter) et; 3) les résultats obtenus au sevrage (arrêt complet, diminution, reprise graduelle des BZD ou d'autres médicaments, abandon du sevrage, etc.). Étant donné le temps écoulé entre le projet PASSE-60+ et cette étude menée en 2020 (c.-à-d. de trois à quatre ans), uniquement les participants des trois dernières cohortes ont été sélectionnés afin que les souvenirs de leur sevrage soient plus précis. Des dix-neuf personnes

contactées (17 femmes et 2 hommes), douze participantes ont accepté de passer des entrevues pour cette étude. Parmi elles, trois participantes ont suivi le groupe PASSE-60+ en 2019 après avoir reçu une autre intervention de sevrage durant l'étude originale. Plus précisément, deux d'entre elles ont souhaité participer au PASSE-60+ (c.-à.-d seulement aux ateliers de TCC) pour consolider leurs stratégies de gestion de l'anxiété et du sommeil malgré qu'elles s'étaient sevrées depuis leur première participation. Cependant, une d'entre elles prenait de manière très occasionnelle du Zopiclone 3,75 mg (par ex., 1 fois/3-4 mois) et a finalement décidé de se désister du PASSE-60+ au bout de quelques rencontres en considérant que les ateliers de TCC ne lui apportaient rien de nouveau. Puisque leur participation aux ateliers TCC ne s'inscrivait plus dans une démarche de sevrage, mais plutôt de renforcement de leurs outils de gestion non-pharmacologiques de l'insomnie et/ou de l'anxiété, leurs témoignages de 2019 n'ont pas été pris en compte. Ainsi, uniquement leurs témoignages de leurs expériences de sevrage lors de la participation à l'étude originale ont été analysés. Enfin, la troisième participante au PASSE-60+ en 2019 avait l'intention de diminuer ou arrêter la prise quotidienne de son médicament. Considérant que cette participante avait cumulé deux expériences de sevrage, le nombre total de récits recueillis est de 13 et est réparti comme suit : 6 témoignages provenant du groupe 1, 5 témoignages du groupe 2 et 2 témoignages du groupe 3. Par ailleurs, l'âge des 12 participantes variait de 65 à 90 ans. La durée de la consommation variait entre trois ans et une cinquantaine d'années. 5 participantes utilisaient leur médicament pour la gestion du sommeil, alors que 7 participantes l'utilisaient aussi pour la gestion de l'anxiété, de la dépression ou des douleurs chroniques. Les données de consommation des participantes ainsi que leur groupe de répartition dans l'étude originale peuvent être consultés au Tableau 1.

Tableau 1*Données des participantes concernant leur consommation de BZD avant l'intervention de sevrage*

Participants / Variables	Âge	Année de participation / cohorte	Médicaments BZD* et autres psychotropes	Durée de consommation de BZD	Motifs pour consommer des BZD	Groupe de sevrage (étude originale)
P1	73	2016/C4	Zopiclone (7.5 mg) Venlafaxine Citalopram	25 ans	Anxiété/Stress Sommeil	G1 ^a
P2	78	2016/C3	Oxazépam (30 mg)	15 ans (prise somnifères depuis 55 ans)	Sommeil	G2 ^b (G3) ^d
P3	77	2015/C1	Zopiclone (7.5 mg)	3 ans	Anxiété/Stress Sommeil	G1 (G3) ^d
P4	75	2016/C3	Lorazépam (1 mg) Zopiclone (7.5 mg) Venlafaxine	30 ans	Anxiété Sommeil	G3 ^c
P5	63	2016/C4	Zopiclone (3.75 mg)	10 ans	Sommeil	G2
P6	74	2016/C4	Zopiclone (7.5 mg) Venlafaxine	> 3 ans	Anxiété/Stress Sommeil Douleur chronique	G1
P7	77	2017/C5	Lorazépam (2 mg) Mirtazapine	> 35 ans	Anxiété Sommeil	G1
P8	67	2017/C5	Zopiclone (7.5 mg) Venlafaxine	22 ans	Sommeil	G2
P9	67	2016/C3	Lorazépam (2 mg)	20 ans	Anxiété Sommeil	G1
P10	75	2016/C3	Lorazépam (0.5mg)	10 ans avec arrêt	Anxiété Sommeil	G2
P11	73	2017/C5		6 ans	Sommeil	G2 (G3) ^d

		2019	Clonazépam (0.5 mg)			
P12	85	2016/C3	Triazolam (0,03)	28 ans	Sommeil	G1

* Utilisation quotidienne de BZD et autres psychotrope avant l'intervention de sevrage

^a G1 = auto-sevrage à la maison à l'aide d'une grille

^b G2 = réduction graduelle de la dose supervisée par un médecin

^c G3 = réduction graduelle de la dose supervisée par un médecin jumelée à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale axé sur une meilleure gestion du sevrage

^d Participation à l'intervention PASSE-60+ en 2019

À la fin de l'étude originale (incluant la participation à deux interventions de sevrage, le cas échéant), trois participantes étaient complètement sevrées (P2, P3, et P5), dont une consommait très occasionnellement une dose réduite de son médicament (P3). Deux participantes qui s'étaient complètement sevrées et avaient maintenu leurs résultats pendant quelques années (P6, P8), avaient repris une consommation de médicaments, sous avis médical, pour gérer le sommeil (Zopiclone et/ou Quétiapine) dans le contexte de début de maladies générant une importante détresse physique et psychologique. Cinq participantes qui avaient diminué ou arrêté leur consommation suite à l'intervention de sevrage (P1, P9, P10, P11 et P12) ont maintenu une consommation quotidienne réduite ou ont graduellement repris une consommation comme avant. Enfin, une participante a maintenu sa consommation (P7) et une autre participante (P4) a maintenu la consommation d'une de ses BZD (Lorazépam) et remplacé l'autre BZD (Zopiclone) avec de la Quétiapine tout de suite après le sevrage à cause de l'insomnie de rebond. Les raisons évoquées par les participantes pour justifier l'arrêt de leur médicament, leurs antécédents médicaux ainsi que les détails de leur sevrage sont présentés au Tableau 2.

Tableau 2

Raisons énumérées par les participantes pour arrêter la consommation de benzodiazépines, antécédents médicaux et résultats du sevrage

Participants Variables	Raisons pour arrêter la consommation de BZD	Antécédents de santé mentale	Nombre de maladies (y compris mentales) (Score 0→24)	Résultat au sevrage durant l'étude originale et évolution jusqu'en 2020
P1	Être capable de vivre sans médicament/Être comme avant	Trouble panique et 1 EDM ^a il y a 32 ans Traits TAG ^b	9	Arrêt quasi total Reprise graduelle Maintien d'une consommation réduite et quotidienne
P2	Effets secondaires actuels ou peur des effets à long terme	Insomnie depuis 60 ans Anxiété depuis 6 mois	3	Sevrage total et maintien
P3	Être capable de vivre sans médicament/Être comme avant	Anxiété sociale dans le passé Trauma Insomnie depuis 10 ans Troubles de mémoire depuis 3 ans	7	Sevrage total et utilisation très occasionnelle (1 fois/3-4mois ou en vacances)
P4	Pour participer à l'étude	Traits anxieux depuis toujours 1 EDM il y a 30 ans Insomnie depuis 30 ans	9	Maintien Lorazépam Sevrage et reprise rapide du Zopiclone remplacé ensuite par Quétiapine Abandon (T3)
P5	Conseiller par son médecin de famille d'arrêter la prise de BZD	Anxiété par rapport au sommeil Burnout professionnel Insomnie depuis 30 ans	5	Sevrage total et maintien
P6	Pour participer à l'étude	1 EDM il y a 3 ans	3	Sevrage total et maintien Reprise Zopiclone, Venlafaxine et Quétiapine en 2019

				en contexte de maladie physique + dépression Début sevrage entamé 2020
P7	Dépendance + effets secondaires	Agoraphobie Trouble panique Traits TAG Traits dépressifs Insomnie depuis l'âge de 20 ans Difficultés de concentration depuis toujours	4	Maintien et abandon (T2)
P8	Dépendance + effets secondaires	Anxiété et insomnie depuis l'âge de 40 ans 2 EDM (1995, 2002) Difficultés de concentration depuis 10 ans	6	Sevrage total et maintien Début Quétiapine en 2019 en contexte de maladie chronique
P9	A développé une dépendance	Agoraphobie il y a 20 ans Trauma vicariant Anxiété depuis 20 ans Difficultés de concentration depuis 2 ans Troubles de mémoire depuis toujours	9	Diminution ½ dose et maintien d'une consommation quotidienne
P10	Effets secondaires actuels ou peur des effets à long terme	TAG Trauma Troubles de mémoire depuis AVC ^c en 2013 Insomnie depuis 2 ans 1 EDM en 1980	11	Sevrage complet et abandon (T2) Reprise rapide d'une consommation régulière de Lorazépam
P11	A développé une dépendance	Trouble bipolaire depuis 1988 Trouble panique à l'âge de 26 ans Trauma	3	Diminution ½ dose et maintien d'une consommation quotidienne Reprise graduelle

P12	Effets secondaires actuels ou peur des effets à long terme	Traits anxieux Insomnie depuis 2013	6	Diminution fréquence de la prise 3x/semaine Reprise graduelle
-----	--	--	---	--

^a EDM = épisode dépressif majeur

^b TAG = trouble d'anxiété généralisée

^c AVC = attaque vasculaire cérébrale

Dans les prochaines sections, le « JE » sera utilisé pour décrire les entrevues et les différentes étapes de la recherche que l'étudiante, l'auteure du présent essai, a effectuées.

3.2.3 La collecte des données

J'ai réalisé trois entrevues semi-directives en présentiel dans les mois précédant le début de la pandémie de COVID-19 et les neuf entrevues restantes ont été menées par téléphone après la période de confinement. Les entrevues ont duré entre 45 et 70 minutes. En parallèle, j'ai commencé à écrire des mémos pour enregistrer mes observations et réflexions concernant le contenu de mes entrevues, mes attitudes en entrevue avec les participantes et mes intuitions préliminaires tout en essayant d'en garder un regard critique pour rendre compte de ma subjectivité.

Durant le temps qui s'est écoulé entre les premières entrevues (avant la pandémie) et les dernières (après la période de confinement), j'ai transcrit le verbatim des trois premières entrevues, j'ai pris le temps de les lire en profondeur et j'ai fait un premier encodage des principaux thèmes et concepts saillants. À ce moment, j'ai eu l'occasion de tester sur le terrain mon canevas d'entrevue et d'y faire les ajustements suivants : explorer la communication et le lien avec les médecins prescripteurs à l'égard de l'utilisation de BZD, sonder plus en profondeur les attitudes envers le sevrage et les tentatives précédentes de se sevrer, limiter l'exploration de l'expérience de sevrage compte tenu du temps écoulé depuis la recherche PASSE-60+ et s'intéresser davantage aux perceptions actuelles de soi-même en lien avec la consommation de BZD (Annexe 2).

Bien qu'au début de ma recherche, j'ai estimé qu'une dizaine d'entrevues seraient nécessaires pour atteindre la saturation des données (Corbin et Strauss, 2008), suite à une première analyse succincte des dix entrevues, j'ai constaté que la saturation et l'échantillonnage théorique n'étaient pas encore atteints. Subséquemment, deux autres entrevues ont été menées afin d'atteindre une saturation minimale des phénomènes émergents.

Par ailleurs, j'ai dédié quelques minutes lors des entrevues pour faire le point sur la situation des participantes en contexte de la pandémie actuelle. Puisqu'elles faisaient partie du groupe d'âge le plus vulnérable et le plus touché par le virus COVID-19, j'ai jugé nécessaire d'évaluer brièvement en début d'entrevue leur état de santé en lien avec la pandémie afin de vérifier si leur état leur permettait de répondre aux questions sans leur porter préjudice ni biaiser leur témoignage.

3.2.4 Méthode d'analyse des données

Pour m'immerger une première fois dans le contenu des entrevues, j'ai effectué l'entièreté de leur transcription, ce qui m'a permis d'affûter davantage ma sensibilité envers les expériences vécues par les participantes. Cela m'a également permis un recul par rapport à mes référents théoriques, professionnels et expérientiels.

Ensuite, j'ai procédé à une décontextualisation des récits à travers un encodage manuel ouvert en assignant des codes de faible inférence par unité de sens. Mon choix de codage manuel a été justifié par mon besoin de rester dans une démarche inférentielle pour rester fidèle aux principes de la MTA. Si j'avais procédé à un processus de codage à l'aide du logiciel de données qualitatives NVivo12, j'aurais couru le risque que ma démarche devienne de plus en plus déductive au fur et à mesure que ma liste de nœuds s'agrandissait, ce que je ne voulais pas. Ce n'est qu'à la fin de l'encodage manuel du dernier verbatim que j'ai finalement entré tous les codes dans le logiciel de données qualitatives NVivo12 afin de mieux les manipuler et de les mettre progressivement en

relation pour que ma théorisation émerge. Cette étape itérative m'a permis d'entamer la comparaison en continu des codes afin de les rassembler en catégories selon leurs similitudes et leurs distinctions, et de les regrouper de manière hiérarchique au moyen du codage axial. Ainsi, j'ai progressivement recontextualisé les codes en les réduisant dans des catégories de plus en plus abstraites et en les mettant en relation tout en me demandant constamment quel était le phénomène qui se déployait devant moi en lien avec la dynamique des perceptions de Soi lors du sevrage de BZD. Ce processus d'intégration de données à travers un codage sélectif a fait émerger le phénomène de réponse au sevrage qui se déploie en trois attitudes distinctes développées par les participantes lors du sevrage (agentivité, résignation et ambivalence). Ensuite j'ai procédé à la modélisation de la théorisation, autrement dit à l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles qui caractérisent chacune des attitudes émergentes (Paillé et Mucchielli, 2016). Pour ce faire, j'ai utilisé le paradigme de codage de Strauss et Corbin (1990) afin de déterminer les propriétés des trois attitudes identifiées, leur contexte d'apparition (le contexte où l'attitude se produit), leurs conditions d'existence (les conditions qui donnent naissance ou qui empêchent l'émergence d'une attitude ou d'une autre), les stratégies d'action qui les sous-tendent (les actions et/ou les interactions par lesquelles l'attitude s'exprime) et leurs conséquences. Bien que le fait de regrouper les catégories selon une logique prédéterminée puisse paraître contraignant et trop techniciste puisqu'on s'éloigne d'un raisonnement inductif pour organiser les catégories en fonction des éléments du paradigme de codage imposant un raisonnement davantage inductif-déductif (Singh et Estefan, 2018), j'ai essayé d'appliquer cette matrice de manière plus souple en l'employant seulement après que j'aie inféré les caractéristiques communes des trois attitudes émergentes. Ainsi, je m'en suis plutôt servie comme un outil pour organiser mes données parmi d'autres possibilités de les rassembler auxquelles j'aurais pu recourir. En procédant de cette

manière, je crois avoir trouvé un bon équilibre entre la rigueur et la créativité afin de bien rendre compte des expériences des participantes. Enfin, la théorisation qui a émergé, tout en gardant à l'esprit qu'elle ne sera jamais achevée, peut s'appliquer à chacune des entrevues réalisées. Cependant, chaque récit comporte des nuances par rapport à l'attitude à laquelle il est associé.

3.2.5 La validité de la théorie

Afin de m'assurer que ma théorie était valide, j'ai demandé à trois collègues, ayant de l'expérience pertinente en recherche qualitative, de lire un verbatim représentant une des trois attitudes émergentes et ma théorisation afin de juger de sa pertinence, de sa compréhension, de sa généralité et de sa prédictibilité (Glaser et Strauss, 1967). Sans se consulter, les trois collègues étaient tous d'accord pour dire que la théorie remplissait les critères de Glaser et Strauss (Annexe 1).

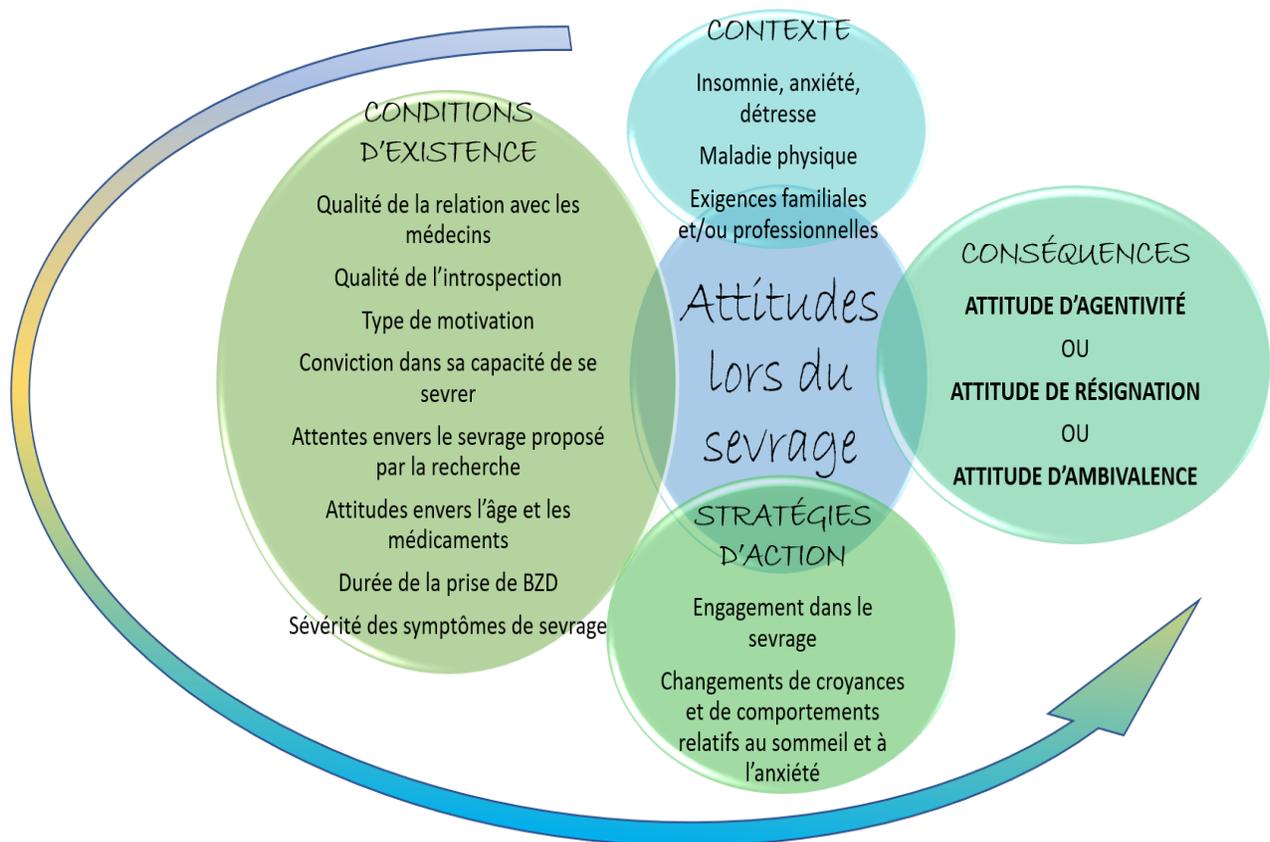
La triangulation des données des entrevues avec les données recueillies dès le début du sevrage au moyen des suivis téléphoniques réalisés à chaque trois semaines pendant un an m'a fourni des informations très riches relatives à la présence, durée, sévérité et évolution des symptômes de sevrage et des comportements adoptés par les participantes en fonction de cela. De plus, l'utilisation des résultats des deux tests psychologiques présentés au chapitre 3.2.1. *Description du PASSE-60+ : recrutement et procédures* a également servi à la triangulation des données. Ces informations ont d'ailleurs compensé, bonifié ou corroboré les souvenirs limités des participantes à cet égard étant donné le temps écoulé entre leur sevrage et la réalisation de mes entrevues (4-5 ans).

4 Résultats : présentation de la théorisation

L'analyse des expériences de sevrage et plus précisément des motivations, des attitudes, des croyances et des perceptions des consommatrices envers la prise de BZD en lien avec les perceptions de soi dans le contexte du vieillissement a fait émerger un phénomène (c.-à.-d., la réponse au sevrage) qui se décline en trois types d'attitudes différentes : une attitude d'agentivité, une attitude de résignation et une attitude d'ambivalence (Figure 1).

Figure 1

Les attitudes émergentes selon le paradigme de codage de Strauss et Corbin



Dans un premier temps, je présente le modèle théorique pour familiariser le lecteur avec « le squelette » de ma théorisation selon le paradigme de codage de Strauss et Corbin (1990), autrement dit l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles entre les éléments constitutifs

(contexte d'apparition, conditions d'existence, stratégies d'action, conséquences). Ce modèle d'organisation des données brutes va me servir, dans un deuxième temps, pour présenter les caractéristiques et les extraits de récits à l'appui de chaque attitude émergente en suivant le même fils conducteur.

Une attitude d'agentivité s'est dégagée des témoignages des participantes qui ont réussi leur sevrage et parviennent toujours à le maintenir ou qui sont parvenues à le maintenir sur quelques années et ont dû reprendre un médicament pour le sommeil, suite à l'avis médical, dans le contexte d'une importante détresse physique et psychologique causée par l'apparition de nouvelles maladies. Pour parvenir à se sevrer, elles semblent avoir changé leurs attitudes concernant la gestion de l'anxiété et du sommeil, ce qui les a amenées à en développer et mettre en place de nouvelles stratégies. Au cours de ce processus, elles semblent avoir pu concrétiser leurs perceptions de Soi relatives à leurs compétences de se défaire de la consommation de BZD qui ne correspondait pas à l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes (c.-à-d. l'utilisation de la molécule était devenue égodystonique par rapport à leurs besoins et perceptions de Soi). En conséquence, elles en ressortent avec une confiance renouvelée en leur autonomie face à l'utilisation des médicaments et en leur capacité de gérer leur vie en fonction de leurs valeurs et croyances. Par ailleurs, l'analyse des récits m'a permis d'identifier une attitude de résignation chez les participantes qui n'ont pas réussi à arrêter ou diminuer leur consommation de BZD ou qui n'y sont parvenues que partiellement. De plus, parmi ces participantes résignées, il y en a eu deux qui se sont sevrées à la fin de l'étude originale, mais ont repris leur BZD ou un autre médicament (par ex., Quétiapine) peu de temps après l'étude et maintiennent son utilisation jusqu'à présent à défaut d'avoir trouvé d'autres moyens pour gérer leurs difficultés en lien avec l'anxiété et l'insomnie. Toutes ces participantes témoignent d'une attitude de résignation face à la prise de molécule, des

sentiments d'impuissance et, dans une certaine mesure, de déception face à leur incapacité de venir à bout du processus de sevrage et de trouver des moyens pour gérer différemment l'insomnie et l'anxiété. Néanmoins, elles semblent entretenir des perceptions de Soi comme étant compétente et capables d'être en contrôle de leur santé et vie tout en utilisant des BZD (c.-à-d. l'utilisation de la molécule semble être devenue égosystonique avec leurs besoins et perceptions de Soi). Enfin, une attitude d'ambivalence, se situant entre les deux précédentes, a aussi été identifiée chez certaines participantes qui ont fait des tentatives de sevrage sans y parvenir ou en y parvenant que partiellement. Ces participantes maintenaient une attitude d'ambivalence quant à leur capacité de compléter leur sevrage tout en signifiant leur intention à cet égard.

Afin de faire ressortir la spécificité de chacun de ces trois profils d'attitudes, j'ai d'abord décelé les caractéristiques communes et centrales dont la variabilité donnait naissance à des attitudes diverses face au sevrage. Celles-ci ont été regroupées selon le paradigme de codage de Strauss et Corbin (contexte d'apparition, conditions d'existence, stratégies d'action et conséquences). La Figure 1 illustre ces éléments et leurs interactions.

Les raisons menant à la prise de médicaments et les bénéfices en découlant implicitement ne semblent pas contribuer à la variation du phénomène émergeant. En effet, le contexte ayant motivé le début de la prise de BZD est similaire pour toutes les participantes, peu importe l'attitude qu'elles ont développée lors du sevrage (c.-à-d., agentivité, résignation ou ambivalence). Les participantes ont entamé leur consommation de BZD parce qu'elles souffraient d'insomnie, d'anxiété ou parce qu'elles présentaient une détresse psychologique qui nuisait au fonctionnement attendu selon les exigences de la vie professionnelle ou familiale, ou dans des contextes de maladies ou d'événements de vie ayant eu une incidence sur leur qualité du sommeil ou leur capacité à s'adapter à ces adversités. Toutes les participantes s'accordaient pour dire que leur

manque de connaissances des effets secondaires des BZD « était [de] l'ignorance totale » (P2) et la facilité de se les faire prescrire ont largement contribué à une consommation insouciante (par ex., « je prenais ça comme des smarties » (P1)), s'étant étalée dans plusieurs cas sur des dizaines d'années. Cela a mené, comme les participantes en témoignent, à une accoutumance à leur médicament qui a rendu leurs tentatives de sevrage pénibles et infructueuses ou qui les a dissuadées à envisager un sevrage complet. En conséquence, elles ont fini par douter de leur capacité à cesser la prise de médicament ou de leur capacité à gérer l'insomnie ou l'anxiété autrement.

Les conditions qui contribuent à l'émergence des trois types d'attitudes constituent un réseau complexe de phénomènes qui sont interdépendants, interagissent en synergie et révèlent les variations d'attitudes et de trajectoires lors du sevrage. Comme présenté à la Figure 1, elles comprennent : la qualité de la relation avec les médecins (traitants, spécialistes, de l'équipe de recherche), la qualité de l'introspection concernant les effets nocifs des BZD et des processus psychologiques impliqués dans l'apparition et le maintien de l'insomnie et de l'anxiété, le type de motivation, la conviction en sa compétence de se sevrer, les attitudes envers l'utilité de prendre de BZD, la durée de la prise de BZD, la sévérité des symptômes de sevrage, les attentes par rapport au soutien offert par la recherche et les attitudes envers l'âgisme et la prescription des médicaments chez les personnes âgées. Bien que tous ces éléments semblent avoir contribué à l'émergence des attitudes, il est pourtant difficile d'établir si les souvenirs rapportés par des participantes tant de temps après le sevrage reflètent précisément l'état de certaines de ces conditions en début de sevrage ou des changements de croyances et d'attitudes qu'elles ont subis sous l'emprise du résultat de leur sevrage. Il s'agit notamment des conditions visant la qualité de l'introspection, la motivation, les attentes par rapport au soutien offert par la recherche et les attitudes envers l'âgisme et la prescription des médicaments chez les personnes âgées. Pour ce qui est des autres conditions,

il a été possible de valider leur exactitude en les corroborant avec des données recueillies en début de leurs interventions (par ex., PCS, ATTUQ, les suivis téléphoniques). Enfin, la condition portant sur la qualité des relations avec les professionnels de la santé n'a pas été jugée comme ayant comporté d'importants changements dans le laps de temps écoulé entre l'étude originale et cette étude.

Les stratégies d'action par lesquelles les attitudes de sevrage s'expriment portent sur l'engagement dans le processus de sevrage et sur les changements de croyances, d'habitudes et de routines concernant le sommeil.

Finalement, l'analyse des témoignages suggère que le groupe de répartition des participantes durant l'étude originale n'est pas associé à l'émergence d'une attitude en particulier puisque les trois attitudes ont été identifiées chez les participantes de tous les groupes, à l'exception de l'attitude d'agentivité qui n'a pas pu être identifiée chez les participantes du groupe 3 (voir le Tableau 3). Le fait que j'ai interviewé uniquement 2 participantes du groupe 3 peut expliquer ce résultat. En effet, l'analyse des récits a mis en évidence que 5 participantes sur 12 (41,6%) ont réussi leur sevrage en développant une attitude d'agentivité avec une aide externe assez minimale (c.-à-d. 15% en utilisant la grille de sevrage seulement et 23% en ayant un suivi avec un médecin). Par ailleurs, 41,6 % des participantes ont développé une attitude de résignation en ayant reçu majoritairement le même type de support, soit une grille de sevrage à la maison (31%) ou l'intervention PASSE-60+ offerte au groupe 3. En outre, aucune de ces participantes résignées n'a manifesté un désir de faire une autre tentative de sevrage lorsqu'une intervention comme celle offerte au groupe 3 leur avait été proposée en 2019. L'attitude d'ambivalence a été identifiée chez 2 participantes (16,6 %), dont une qui a été répartie dans le groupe 1, et une autre qui a participé successivement aux programmes de sevrage offerts aux groupes 2 et 3. Il est intéressant à constater

que cette dernière avait maintenu sa consommation malgré plusieurs interventions de sevrage pour des raisons qui seront discutées lorsque je présenterai l'attitude d'ambivalence.

Tableau 3

La répartition des participantes selon les trois groupes de l'étude originale et selon les attitudes développées au cours du sevrage

	Récits Groupe 1*	Récits Groupe 2*	Récits Groupe 3*	Total des attitudes
Attitude d'agentivité	2 (P3, P6)	3 (P2, P5, P8)	0	5
Attitude de résignation	3 (P1, P7, P12)	1 (P 10)	1 (P4)	5
Attitude d'ambivalence	1 (P9)	1**(P11)	1**(P11)	3
Total des récits	6	5	2	13

*Groupe 1 : Auto-sevrage à la maison; Groupe 2 : sevrage accompagné par un médecin; Groupe 3 : programme PASSE-60+

** Il s'agit de la même personne ayant participé aux groupes 2 et 3.

4.1 Agentivité

L'attitude d'agentivité telle qu'elle me semble émerger de ma rencontre avec les récits des participantes se définit comme la capacité d'exercer son contrôle afin de changer ses habitudes et de gérer l'insomnie ou l'anxiété en accord avec les perceptions de soi, les croyances et les valeurs personnelles concernant la santé en vieillissant. Elle se caractérise par la volonté de se défaire de la prise de médicaments, par une ouverture à changer ses attitudes et comportements relatifs au sommeil et par un engagement actif dans la recherche de solutions pouvant remplacer la prise de BZD pour la gestion du sommeil/de l'anxiété.

En ce qui concerne les conditions qui semblent avoir contribué au développement d'une attitude d'agentivité chez les participantes, il y a tout d'abord l'établissement d'une bonne relation avec le

médecin de famille, spécialiste ou avec le médecin et les professionnels de recherche qui les accompagnaient durant leur processus de sevrage (étude originale). Le fait d'avoir été sensibilisées aux dangers de la prise prolongée de BZD et exhortées à envisager de l'arrêter par un médecin qu'elles estiment et auquel elles font confiance a contribué à les motiver en cette direction. De plus, les encouragements du médecin et des professionnels de recherche ayant encadré leur sevrage ont alimenté leur confiance que leurs efforts finiraient par fonctionner dans les moments marqués par des craintes et incertitudes « la docteure m'encourageait beaucoup, beaucoup à ne pas tricher [...] parce que des fois ça pourrait me passer par la tête [...] donc elle m'a beaucoup encouragée à respecter le diagramme » (P2).

Une autre condition concerne l'introspection réalisée par les participantes au sujet des changements cognitifs et comportementaux qu'elles ont vécus sous l'emprise du médicament et qu'elles attribueraient au médicament. Les changements qui ont été rapportés incluent un manque de clarté de l'esprit durant des heures après le réveil, des états de confusion menant à des difficultés à prendre des décisions ou à s'orienter dans le trafic routier, voire à des pertes de mémoire inquiétantes. Cette perception des effets nocifs du médicament rendus réalité pour ces personnes pourrait les avoir sensibilisées davantage à cet égard et les engager d'une manière plus active et résolue dans le sevrage. Ceci est d'autant plus vrai que leur âge avancé peut rendre le spectre des maladies dégénératives plus tangible comme en témoigne cette participante : « c'est la peur, vraiment j'avais une peur bleue d'être sénile, d'être confuse. Je crois que c'est cette peur-là qui m'a aidée à réussir » (P2). Par ailleurs, d'autres participantes qui avaient commencé à utiliser des BZD pour gérer leur détresse et les difficultés de sommeil tributaires à des maladies physiques ont conclu que le médicament n'était qu'une solution temporaire. En effet, elles semblent l'avoir pris pour se maintenir suffisamment fonctionnelles non seulement pour apprendre à vivre avec leur

maladie, mais aussi pour trouver et développer d'autres moyens, non pharmaceutiques, afin de mieux gérer la maladie et de diminuer son impact sur le fonctionnement. Une participante explique qu'en dépit de sa volonté de ne pas dépendre des médicaments, elle a dû en prendre pour entretenir son espoir et sa confiance qu'elle était capable de maintenir son fonctionnement au quotidien jusqu'à ce qu'elle soit arrivée éventuellement à maîtriser la fibromyalgie par l'activité physique et par la méditation, lui permettant ainsi de commencer à diminuer sa médication :

Je suis pas une accro aux pilules, c'est pas...ça m'aide pas moi de prendre ça. [...] [Le Zopiclone] m'aidait à continuer à faire des choses et puis ça me donnait confiance aussi à pouvoir continuer à faire des choses. [...] Mais j'ai fait beaucoup de choses [j'ai recommencé à bouger], je suis allée à la méditation. J'ai fait des cours de méditations, c'est ça ce qui m'a aidée beaucoup, c'est là que j'ai commencé à baisser la médication [avant de décider de participer à la recherche] (P6).

Ainsi, alors que certaines participantes prennent conscience des effets délétères des BZD sur leur santé et fonctionnement, d'autres découvrent leur capacité de réduire le médicament en gérant leurs problèmes de santé dans une optique non pharmaceutique. Cela a pour effet d'alimenter leur motivation de cesser la prise de BZD qui représente une autre condition d'existence de l'attitude d'agentivité. En outre, leur motivation reposerait sur leur conviction d'être capable d'arrêter l'utilisation de leur médicament (par ex., « je pensais être capable de m'en sevrer complètement » (P8)) et/ou sur leur volonté de se maintenir en santé pour pouvoir faire les choses qui correspondent à leurs valeurs personnelles. Par exemple, pour cette participante, il s'agirait de rester utile à sa famille : « quand j'ai décidé quelque chose, je vais réussir c'est sûr. En plus, j'ai des enfants...maintenant de petits enfants, je me dis c'est important pour eux que je sois en santé » (P5). Par ailleurs, l'analyse des récits semble indiquer que les perceptions de Soi concernant les compétences perçues des participantes de se sevrer et leurs attitudes défavorables quant à l'utilité de recourir à la molécule n'ont pas découlé de leur résultat au sevrage, mais qu'elles étaient préexistantes au sevrage. Pour vérifier où les participantes en étaient avant et après l'intervention

de sevrage, j'ai également analysé les réponses qu'elles ont données à l'échelle de compétence perçue (PCS) et au questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ) (Tableau 4 et Tableau 5). De surcroît, une analyse qualitative des items de l'ATTUQ m'a paru plus pertinente puisque des distinctions nettes peuvent être observées entre les participantes ayant développé de l'agentivité, de la résignation ou d'ambivalence aux items concernant leur sentiment de contrôle de leur vie avec/sans prise de la molécule et la gestion sans médicaments des difficultés liées au stress et aux problèmes de la vie. Le score total à l'ATTUQ ne laissait pas paraître ces distinctions. En effet, j'ai pu constater la congruence de ces perceptions de Soi à travers le temps à partir du moment où les participantes ont décidé d'entamer un sevrage jusqu'au moment où je les ai interviewées pour mon étude. En conséquence, les perceptions de Soi au sujet de leur capacité d'exercer le contrôle sur leur utilisation de BZD et de gérer leurs difficultés en lien avec leur état global de santé sans prise de médicament interagissent avec les autres conditions afin de faire émerger l'attitude d'agentivité. Qui plus est, ces perceptions sur leur agentivité ont été confirmées et renforcées par les résultats positifs du sevrage. En conséquence, les perceptions de Soi au sujet de leur capacité d'exercer le contrôle sur leur utilisation de BZD et de gérer leurs difficultés en lien avec leur état global de santé sans prise de médicament interagissent avec les autres conditions afin de faire émerger l'attitude d'agentivité. Qui plus est, ces perceptions sur leur agentivité ont été confirmées et renforcées par les résultats positifs du sevrage.

Tableau 4*Les scores à l'échelle de compétence perçue (PCS)*

		PCS*			
Passation	Participants	T1	T2	T3	T4
	P2	20	20	20	20
	P3	15	18	19	20
	P5	15	20	20	20
	P6	18	20	20	20
	P8	20	20	20	20

* Les scores totaux varient de 4 à 20. Plus les scores sont élevés, plus la personne est confiante de pouvoir arrêter son médicament.

Tableau 5*Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ)*

		ATTUQ			
Participants	Item 3 : ces médicaments aident les gens à venir au bout de leur journée.	Item 4 : ces médicaments aident les gens à reprendre le contrôle sur le stress dans leur vie.	Item 5 : c'est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre ses problèmes que d'utiliser ses médicaments.	Item 6 : ces médicaments font perdre aux gens une partie du contrôle sur ce qu'ils font.	
P2	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En désaccord (T2)	En désaccord (T1) En accord (T2)	Fortement en accord (T1) En désaccord (T2)	En accord (T1) En désaccord (T2)	
P3	En accord (T1) Fortement en désaccord (T2)	En désaccord (T1) En désaccord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)	
P5	Fortement en désaccord (T1) En accord (T2)	Fortement en désaccord (T1)	Fortement en accord (T1)	Fortement en désaccord (T1)	

		Fortement en désaccord (T2)	Fortement en accord (T2)	Fortement en désaccord (T2)
P6	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En désaccord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)
P8	En accord (T1) En accord (T2)	Fortement en désaccord (T1) En désaccord (T2)	En accord (T1) Fortement en accord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)

Une autre condition d'existence de l'agentivité vise la sévérité des symptômes de sevrage. Ainsi, la présence de symptômes de sevrage moins sévères (par ex., insomnie, anxiété, fatigue, maux de tête) en termes de nombre de symptômes, d'intensité, de durée et d'impact sur le fonctionnement quotidien a probablement influencé positivement la motivation des participantes ayant développé une attitude d'agentivité à poursuivre le sevrage ainsi que leurs perceptions de Soi concernant leur capacité d'y aboutir. En effet, l'ampleur des symptômes de sevrage est une condition qui a paru moins importante chez les participantes ayant une attitude d'agentivité par comparaison à celles ayant démontré une attitude de résignation ou d'ambivalence. Le fait que les participantes ayant une attitude d'agentivité se perçoivent compétentes en début de l'intervention (c.-à.-d selon leurs résultats au PCS) pour arrêter le médicament pourrait les aider à mieux tolérer les symptômes de sevrage et, de ce fait, à en rapporter moins. Il est aussi possible que la présence de symptômes de sevrage moins sévères puisse en retour augmenter leur sentiment de compétence. Par ailleurs, il est important de constater que trois participantes (P2, P3, P5) utilisaient la molécule pour la gestion du sommeil et qu'elles n'avaient pas rapporté des difficultés majeures et persistantes en lien avec la présence ou la gestion de l'anxiété au cours de leur vie. Les deux autres participantes (P6, P8), ayant indiqué dans leur historique davantage de difficultés concernant la gestion de l'anxiété, ont poursuivi leur consommation de Venlafaxine (un antidépresseur) durant le sevrage, ce qui a

possiblement atténué leurs symptômes de sevrage et contribue ainsi à une meilleure gestion du sevrage.

Outre la sévérité des symptômes de sevrage, l'analyse des entrevues a suggéré que le fait de consommer des BZD depuis moins longtemps était une condition qui pouvait mener les participantes à développer une attitude d'agentivité face au sevrage. Ainsi, j'ai pu constater que les participantes ayant développé une attitude d'agentivité avaient des durées de consommation généralement beaucoup moins longues (allant de quelques années à une dizaine d'années) comparativement à celles ayant développé une attitude de résignation (consommation qui dépassait souvent les 20-30 ans). En fait, une seule participante ayant développé une attitude d'agentivité avait pris son BZD pendant plus de 50 ans. Le fait de consommer depuis moins longtemps pourrait amener les participantes ayant une attitude d'agentivité à se dire qu'elles sont capables de gérer leurs difficultés autrement qu'en prenant leur médicament (par ex., « je suis pas une accro aux pilules, c'est pas ça ce qui m'aide moi de prendre ça » (P6)).

Les attentes par rapport aux bénéfices personnels potentiels issus de la participation au PASSE-60+ représentent une autre condition qui contribuerait à l'émergence de l'agentivité. Les participantes s'inscrivant dans cette catégorie semblent signifier des attentes plus précises, plus réalistes et d'ordre plutôt instrumental (par ex., stratégies pratiques). En effet, une participante indique son besoin d'avoir de l'aide non seulement dans la gestion du sevrage, mais aussi dans la recherche des outils pour la gestion des insomnies : « je suis venue dans l'espoir, pas seulement d'arrêter le médicament, mais d'avoir une alternative » (P3). Une autre participante démontre une attitude réaliste quant à ses difficultés de sommeil lors de son sevrage « j'avais de la difficulté à m'endormir, mais bon, j'ai persévéré parce que je voulais arrêter » (P8).

La dernière condition identifiée qui alimenterait l'agentivité est la dénonciation des attitudes

âgistes et des attitudes favorables véhiculées par les médecins envers la prescription des médicaments chez les aînés telle qu'exprimée par cette participante :

C'est pas l'âge qui fait qu'on a besoin de pilules. Moi je trouve que les personnes âgées sont trop médicamentées, pis enfin, ça c'est chaque personne, mais je pense qu'on est capable d'y arriver sans médicament, pis on va être en meilleure santé... Pis je pense que ça a été prouvé aussi... (P6)

Les participantes se rejoignent pour réclamer que les médecins recommandent plus fréquemment des soins psychologiques pour les difficultés psychologiques et non exclusivement des médicaments, et qu'ils promeuvent une médecine douce (par ex., des remèdes naturels, nourriture santé, exercice physique, hygiène du sommeil).

L'analyse des entrevues a permis de dégager certains constats quant aux stratégies d'action utilisées par les participantes ayant une attitude d'agentivité. Celles-ci avaient tendance à s'engager activement dans le processus de sevrage et à opérer des changements au niveau des croyances et des comportements concernant le sommeil et l'anxiété. Les participantes ont démontré leur engagement par l'assiduité avec laquelle elles ont participé aux rencontres proposées, par leur volonté de transparence à ne pas tricher lors du sevrage afin de ne pas fausser les résultats de la recherche et par leur débrouillardise pour trouver des solutions qui remplaceraient le BZD comme traitement de l'insomnie ou de l'anxiété. L'une des participantes a même réalisé une bonne partie du sevrage de façon autonome avant le début du programme parce qu'elle n'avait pas bien compris le déroulement de la recherche.

En ce qui a trait aux changements de croyances et d'habitudes relatives au sommeil et à l'anxiété, elles ont eu recours à l'introspection pour restructurer leurs pensées anxiogènes et leurs attentes face à un nouveau contexte de vie (par ex., la retraite, le rétablissement d'une maladie, l'inefficacité du BZD) qui ne correspondait plus au contexte présent au début de la prise de BZD.

En outre, elles ont développé progressivement et su maintenir de nouvelles habitudes de sommeil et routines de vie, y compris une plus grande tolérance et acceptation des moments d'insomnie, d'anxiété et des désagréments qui en découlent (par ex., réorganiser leur agenda de la journée si elles ont mal dormi) et une écoute plus attentive de soi et des signaux de sommeil et d'anxiété. Les récits pouvaient laisser paraître les efforts, parfois pénibles, qu'elles ont déployés de leur propre chef pour s'encourager et trouver ces stratégies alternatives de gestion de l'insomnie en dépit du fait que certaines participantes auraient aimé recevoir plus d'aide durant le processus de sevrage comme en témoigne cette participante :

J'aurais aimé avoir d'échanges et d'avoir le temps comme un bébé, d'avoir l'attention et qu'on s'occupe de moi parce que ce que je faisais était très important dans ma vie à moi, pis pour eux c'est une recherche, c'est des chiffres, des statistiques. [...] J'aurais aimé plus d'empathie pour nous. [...] Je me motivais moi-même. J'étais décidée, peu importe [...] J'ai essayé vraiment, je regardais un peu sur internet...(P5).

Les conséquences de l'émergence de l'agentivité lors du sevrage sont multiples surtout par rapport aux perceptions de Soi. D'abord, toutes les participantes témoignent d'un sens renouvelé de leur confiance en leur maîtrise de soi ainsi qu'en leurs capacités de faire des choix et d'atteindre des objectifs importants pour vieillir en santé et de garder leur autonomie le plus longtemps possible. En effet, une participante amène un éclairage sur la manière insidieuse par laquelle l'usage des BZD peut amener les gens à perdre leurs capacités cognitives et fonctionnelles et sur l'atout majeur de l'arrêt de la prise de BZD qui lui permet de retrouver le contrôle sur sa vie : « C'est vraiment le fait d'avoir le contrôle de sa vie, ça c'est le grand avantage de cesser les BZD...de reprendre le contrôle sur sa vie parce que sensiblement sans s'en rendre compte on allait perdre ce contrôle-là » (P2).

Les participantes rapportent avoir développé davantage de souplesse mentale et une meilleure

capacité d'être à l'écoute de leurs besoins. Cela les amène à éprouver des sentiments de fierté et de contentement de soi ainsi qu'un sentiment de liberté découlant du fait de ne plus être en proie au médicament. En outre, elles encouragent d'autres aînés dans leur réseau à faire de même et rapportent des bénéfices secondaires découlant de leurs nouveaux outils de gestion des insomnies.

Par ailleurs, ces témoignages suggèrent que les participantes ont su, à travers le sevrage de leur médicament, renforcer leur sens de Soi en augmentant leur confiance en leur capacité à faire face à d'importants stressseurs (maladie, décès des proches) sans recourir au BZD, et ce, malgré le fait que leur médecin de famille leur ait offert d'en reprendre. D'autres participantes ayant décidé d'utiliser un médicament (Quétiapine et/ou Zopiclone) afin de reprendre à court terme le dessus sur leur vie se disaient confiantes en leur capacité de cesser le nouveau médicament parce qu'elles avaient déjà réussi à arrêter leur BZD.

Enfin, les participantes ont souligné le rôle déterminant que l'encadrement de la recherche a joué dans l'accomplissement de leur sevrage faute de quoi elles rapportent avoir douté de leur capacité d'y aboutir. Compte tenu de leurs tentatives inachevées de sevrage qui ont précédé leur participation à l'étude originale (PASSE-60+), l'analyse des récits permet de constater que le contexte de la recherche leur a offert une condition nécessaire, qui de concert avec les autres conditions d'existence présentées, a soutenu les efforts des participantes à travers le processus de sevrage.

4.2 Résignation

À partir des expériences rapportées par les participantes l'ayant développée, la résignation se définit comme une attitude d'acceptation de la consommation de médicament perçue comme le moindre mal par rapport à la présence de l'insomnie, des ruminations anxiogènes, des états

d'anxiété ou dépressifs. Ses propriétés comprennent des tentatives inachevées ou échouées d'arrêter la BZD ou de maintenir l'arrêt à long terme et une attitude de renonciation à chercher d'autres solutions pour alléger les insomnies ou l'anxiété (y compris un manque de volonté de réessayer à se sevrer à l'aide d'interventions comme celles du PASSE-60+).

Les conditions ayant déterminé l'existence de cette attitude face au sevrage passeraient d'abord par une relation déficiente avec les médecins, en l'occurrence avec le médecin de famille. Cela se traduirait par une résistance face aux recommandations de leur médecin d'arrêter leur BZD ou de remplacer ce médicament par un autre. Afin d'assurer la continuité de leur prise de BZD, les participantes résignées feraient appel à d'autres médecins (surtout des médecins spécialistes) pour obtenir une prescription ou négocieraient avec leur médecin de famille une diminution de la dose. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir un médecin qui les suit à long terme nuirait à l'établissement d'une relation de confiance, ce qui pourrait amener ces personnes à être moins réceptives aux conseils médicaux. Qui plus est, la grande majorité des participantes résignées (c.-à-d. 4 participantes sur 5) ont rapporté des relations insatisfaisantes, voire très insatisfaisantes, avec les professionnels du projet PASSE-60+. D'une part, l'insatisfaction des participantes P1, P7 et P10 pourrait s'expliquer par leur déception de ne pas avoir été réparties dans le groupe ayant reçu le programme PASSE-60+ ce qui a possiblement contribué à l'attitude qu'elles ont développée lors du sevrage. D'une autre part, il est possible que le fait de s'être résigné au maintien de la consommation de BZD les ait amenées à percevoir ces relations comme étant insatisfaisantes à la fin de l'intervention.

L'introspection au sujet des effets potentiellement nocifs du médicament s'est avérée plus limitée bien qu'au début de leur sevrage, les participantes résignées ont énuméré les mêmes raisons pour se sevrer que celles ayant développé une attitude d'agentivité (accoutumance, problèmes de

mémoire, etc.) (voir le Tableau 2). En effet, certaines participantes avaient tendance à percevoir positivement les effets de la prise de BZD sur leur fonctionnement et à expliquer leurs pertes de mémoire par le vieillissement normal comme l'explique cette participante : « C'est sûr j'ai plus 20 ans...rendu à mon âge, ça m'arrive d'oublier des choses parfois, mais ma mémoire est pourtant assez bonne [...] Avec l'Ativan je ne ressens que des effets positifs » (P7). D'autres ont semblé minimiser les effets possiblement nuisibles de leur médication en attribuant leurs pertes de mémoire et leurs difficultés d'attention à des troubles tels que le TDAH. Pour cette participante, le TDAH pourrait expliquer non seulement ses difficultés mnésiques, mais aussi ses difficultés de sommeil, ce qui suggère que ses perceptions de Soi pourraient être marquées par un sentiment de manque de contrôle dans la gestion de ces difficultés qu'elle essaie de pallier avec la prise de BZD:

Ma fille a un TDAH et je pense que moi je l'ai aussi, donc ça pourrait être un facteur [...] pour mal dormir...à notre âge, quand on se couche et on pense à mille choses et notre esprit n'est pas capable de s'arrêter [...] je commence à penser que ça peut être ça...une des causes. [...] J'ai de la misère avec la concentration, mais je me demande si ça fait pas partie du TDA. (P1)

Cette tendance à la minimisation des effets potentiellement délétères des BZD pourrait avoir une incidence sur leur motivation et leur engagement à trouver ou développer d'autres outils pour gérer l'insomnie, l'anxiété, etc. De plus, la croyance en leur incapacité à gérer leurs difficultés, dans l'immédiat et sur le long terme, sans la prise de BZD semble fortement nuire aux tentatives de sevrage et contribuer au développement d'une attitude de résignation face à prise de médicament qui s'impose comme une nécessité tel que mentionné par cette participante : « je sais que je dois pas en prendre beaucoup, mais je n'arrive jamais à dormir sans le prendre [...] même pas pendant la journée [...] sans en prendre [à chaque jour], je peux pas fonctionner » (P7). D'ailleurs, deux des participantes (P7, P12) ont témoigné de leur faible niveau de compétence perçue concernant l'arrêt de leur molécule dès le début jusqu'à la fin du suivi comme indiqué par leurs scores au PCS

(Tableau 6). En ce qui a trait aux attitudes par rapport à l'utilité de recourir aux médicaments pour reprendre le contrôle de leur vie et résoudre leurs problèmes, l'une rapporte des attitudes plutôt favorables, alors que l'autre fait mention d'attitudes plutôt défavorables selon leurs réponses à l'ATTUQ (Tableau 7). Leur croyance de ne pas pouvoir gérer leur vie sans recourir aux médicaments est probablement tributaire à la présence de maladies chroniques (par ex., l'arthrose, la maladie de Parkinson) qui impacteraient leur qualité de sommeil comme l'indique cette participante : « J'ai pas eu de succès [avec le sevrage] parce que j'avais d'autres problèmes médicaux...des douleurs...et c'était ça ce qui m'empêchait de dormir [...] c'était ça ce qui en était de ma décision d'arrêter. » (P12). À l'opposé, les autres participantes (P1, P4, P10) s'étant montrées moyennement ou fortement confiantes en leur compétence de se sevrer, avant et après le sevrage, semblent toutefois entretenir des attitudes plutôt positives par rapport à l'utilité de recourir aux médicaments pour reprendre le contrôle de leur vie et résoudre leurs problèmes, à l'exception de la participante P4 qui rapporte des attitudes plutôt défavorables (Tableau 6 et Tableau 7). Cette apparente incohérence que P1 et P10 mettent de l'avant pourrait avoir pour cause l'utilisation de plusieurs médicaments pour la gestion de l'anxiété, des symptômes dépressifs et du sommeil dont elles se servent. Elles consomment plus de médicaments que les autres participantes et rapportent aussi plus de maladies. De surcroît, elles semblent présenter des traits anxieux persistants et des antécédents de dépression majeure. Pour réconcilier la nécessité de gérer un nombre accru de problèmes de santé avec leur besoin de se sentir compétentes et en contrôle de leur vie, il est possible que la consommation de ces participantes soit devenue égosyntonique (c.-à-d. en accord avec leurs perceptions de Soi ou valeurs) ce qui expliquerait, du moins en partie, leur moindre intérêt et engagement (elles ont abandonné l'étude originale l'une après T2 et l'autre après T3). Néanmoins, une de ces participantes (P1) a démontré un renversement drastique de son sentiment

de compétence à se sevrer à la fin de la recherche en tirant la conclusion que, malgré sa volonté à se défaire de la molécule, elle n’y parviendrait peut-être jamais : « je suis découragée et j’apprends à me faire à l’idée que peut-être je suis comme ça et je vais être obligée de le continuer le moins possible, mais que je ne serais peut-être jamais capable d’arrêter complètement » (P1).

La durée de consommation s’étalant sur des dizaines d’années (c.-à.-d., la majeure partie de leur vie adulte) et une sévérité plus marquée des symptômes de sevrage semble aussi être des conditions qui favoriseraient la résignation. D’une part, il est possible d’envisager que les perceptions de Soi par rapport à leur incapacité de maîtriser l’anxiété, l’insomnie sans prendre de médicament aient pu influencer leurs perceptions par rapport à l’ampleur des symptômes de sevrage. D’autre part, les difficultés à tolérer et gérer les symptômes de sevrage pourraient aussi renforcer les perceptions de Soi des participantes concernant leur incapacité de les gérer sans prendre une BZD et effriter leur motivation de poursuivre le sevrage.

Tableau 6

Les scores à l’échelle de compétence perçue (PCS)

		PCS*			
Passation	Participants	T1	T2	T3	T4
	P1	20	17	17	5
	P4	14	20	19	abandon
	P7	9	6	abandon	
	P10	17	20	abandon	
	P12	8	9	5	10

* Les scores totaux varient de 4 à 20. Plus les scores sont élevés, plus la personne est confiante de pouvoir arrêter son médicament.

Tableau 7*Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ)*

ATTUQ				
Participants	Item 3 : ces médicaments aident les gens à venir au bout de leur journée.	Item 4 : ces médicaments aident les gens à reprendre le contrôle sur le stress dans leur vie.	Item 5 : c'est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre ses problèmes que d'utiliser ses médicaments.	Item 6 : Ces médicaments font perdre aux gens une partie du contrôle sur ce qu'ils font.
P1	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En accord (T2)	En désaccord (T1) En accord (T2)	En désaccord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En accord (T2)
P4	En accord (T1) Fortement en accord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) Fortement en accord (T2)	En accord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)
P7	En accord (T1) En accord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)	En désaccord (T1) En désaccord (T2)	En désaccord (T1) En désaccord (T2)
P10	En accord (T1) Fortement en désaccord (T2)	En accord (T1) En accord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En désaccord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) Fortement en désaccord (T2)
P12	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En accord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	En accord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	Fortement en désaccord (T1) En désaccord (T2)

En ce qui a trait aux attentes par rapport à la recherche, elles ont tendance à être moins nuancées et réalistes. Une participante exprime des attentes si grandes face à la recherche et une déception si importante de ne pas avoir reçu l'aide souhaitée du programme PASSE-60+, qu'elle ne s'est pas totalement investie dans le programme de sevrage qui lui a été offert dans le cadre de l'étude :

[Avec le programme] d'abord j'étais déçue de moi, de pas avoir été capable d'avoir dans le fond ce que j'espérais [participation aux ateliers de TCC] ...parce que j'espérais quand même...c'était ma dernière chance [...], ma bouée de sauvetage, c'est exactement ça...et quand j'ai vu que j'étais pas choisie, j'étais ouuuf...je me suis dégonflée moi-même avant de commencer [le programme]. (P1)

Enfin les participantes résignées ont rapporté des attitudes âgistes envers la prise de médicaments (par ex., « ces dernières années j'en ai pris plus à cause de l'âge » (P12)) et envers le sevrage chez les aînés comme l'a exprimé cette participante « j'ai pris cet atelier-là trop tard dans ma vie, il aurait fallu que je fasse ça plus jeune » (P4). Ceci étant dit, il est important de noter que les participantes qui ont développé de telles attitudes étaient plus âgées (en dessus de 85 ans) et/ou souffraient de maladies chroniques ayant des répercussions sur le sommeil, l'anxiété et l'humeur. De ce fait, il est possible qu'elles aient perçu la prise de BZD comme une nécessité pour la gestion de leur santé possiblement fragilisée par leur âge plus avancé et par la présence de maladies chroniques afin de maintenir une certaine qualité de vie et un certain niveau de bien-être.

L'analyse des entrevues a permis d'identifier des stratégies d'action par lesquelles s'est exprimée l'attitude de résignation, dont un engagement parsemé par des difficultés à débiter et/ou à poursuivre le sevrage et une rigidité à réajuster des croyances et des comportements relatifs au sommeil ou à l'anxiété. Au niveau de l'engagement, les participantes résignées se sont montrées réticentes à suivre le sevrage proposé ou ont éprouvé des difficultés à tolérer les symptômes de sevrage. Elles ont rapporté ne pas être contentes d'avoir été réparties dans un autre groupe que le PASSE-60+, ce qui a probablement contribué au désengagement observé face au programme de sevrage qu'elles devaient suivre et aux abandons avant la fin de la recherche. Par ailleurs, bien que 2 participantes résignées sur cinq aient réussi à arrêter leur BZD durant le projet de recherche, elles ont recommencé leur consommation peu de temps après ou débuté une autre molécule (Quétiapine). À défaut d'avoir trouvé d'autres moyens et opéré des changements quant à leurs

attitudes envers la gestion de l'insomnie et l'anxiété, elles ont possiblement maintenu une relation positive avec le médicament comme l'indique cette participante : « Je suis sûre que j'ai réussi, mais à la première occasion c'est sûr que j'ai recommencé parce que je pense que c'était le médicament le moins toxique, disons [...]. Donc si j'étais angoissée, ça m'enlevait mes angoisses » (P10).

En ce qui concerne les changements de croyances et d'habitudes concernant la gestion du sommeil ou de l'anxiété, elles montreraient de la rigidité au changement et une introspection plus limitée par rapport aux besoins psychologiques qui sous-tendent leur consommation, ce qui aurait comme conséquence de limiter leur capacité à envisager d'autres moyens afin de gérer l'insomnie ou l'anxiété telle qu'illustrée par cette participante : « Je pense que j'ai absolument besoin de quelque chose moi [...] j'ai pris longtemps quelque chose pour dormir et je me suis peut-être habituée à ça, eh, en tout cas...là j'arrive pas à dormir, je peux passer des nuits blanches quand je ne prends rien, alors je prends la Quétiapine. » (P4).

En outre, les participantes seraient moins tolérantes et accepteraient moins les désagréments occasionnés par les insomnies et seraient moins enclines à faire des changements dans leur quotidien pour s'accommoder à ces perturbations.

L'analyse des récits suggère donc que la résignation se caractérise par une image de soi teintée par des sentiments de mécontentement, d'auto-déception, de frustration et d'impuissance. Pour limiter les impacts négatifs sur les perceptions de soi, les participantes normalisent leur consommation de médicament en la justifiant par la présence de maladies chroniques, leur âge plus avancé, leur habitude, ancrée depuis des décennies, de prendre une molécule (BZD) pour gérer les difficultés de la vie quotidienne ou leur perception que tous les aînés en consomment comme le signifie cette participante « même mon conjoint m'en demande parfois (une BZD) [...]. Toutes les personnes que je connais prennent de pilules pour le sommeil, fait que... c'est ça... » (P7). Une autre

participante croit qu'elle sera incapable de se sevrer de manière définitive après avoir essayé plusieurs fois, croyance qui se cristallise et avec laquelle elle doit se réconcilier :

Oui, je suis découragée et j'apprends à me faire à l'idée que peut-être je suis comme ça et je vais être obligée de le continuer le moins possible, mais que je ne serais peut-être jamais capable d'arrêter complètement ...C'est pas parce que j'aimerais pas ça ...On a beau vouloir avoir la volonté, quand ça fait des nuits qu'on dort pas, veux, veux pas...C'était pas endurable... (P1).

Par conséquent, les participantes résignées ayant des médecins de famille qui se montrent réticents à continuer à prescrire une BZD pensent que les seuls recours qu'elles ont pour gérer l'insomnie ou l'anxiété sont de suivre la recommandation du médecin et de remplacer la BZD par un autre médicament jugé moins dangereux pour leur santé (par ex., la Quétiapine) ou d'accepter de faire diminuer leur médicament (par ex., diminution de leur dose quotidienne ou prise du médicament seulement selon le besoin et non pas sur une base régulière). Néanmoins, des questionnements sur les effets secondaires de leur nouvelle médication perdurent quoique cette participante essaie de se montrer rassurée : « Je sais pas quelle est l'intensité de la quétiapine là...est-ce que vous connaissez ce médicament-là ? [...] bon en tout cas...je trouve que c'est un bon médicament parce que le lendemain j'ai pas d'effet [...] ça ne laisse pas de marque » (P4).

4.3 Ambivalence

L'attitude ambivalente telle qu'incarnée par les participantes de cette étude désigne une attitude d'attente prudente et d'espoir modéré concernant la capacité d'arrêter le médicament. Elle représenterait un état intermédiaire entre l'agentivité et la résignation, ce qui se reflète d'ailleurs par le fait qu'elle partage avec les deux autres attitudes des conditions d'existence et des stratégies d'action similaires. Néanmoins, l'attitude d'ambivalence se distingue des deux autres par ses propriétés visant des tentatives inachevées d'arrêter la prise du médicament et une attitude

d'ambivalence par rapport à un sevrage définitif et à une gestion du sommeil ou de l'anxiété sans prise de BZD. Bien que l'analyse des entrevues ait permis de dégager sa spécificité, le nombre restreint de témoignages, soit trois, limite la variation des caractéristiques et la saturation des données.

Une attitude ambivalente a été observée lorsque les participantes étaient en relation avec un médecin qui ne les sensibilisait ou ne les informait pas des effets potentiellement délétères de la consommation prolongée de BZD. De plus, elles se sont montrées plutôt mécontentes par rapport à l'aide reçue des professionnels de recherche durant l'étude originale. Au niveau de l'introspection, les participantes ayant une attitude d'ambivalence éviteraient de remettre en question la prise de médicament en dépit de son inefficacité (par ex., « J'ai pas de raison valable de le prendre, j'aurais dû le cesser...Après la mort de mon mari évidemment c'était pas le moment et depuis ce temps-là c'est vrai j'y ai même pas pensé » (P9)) ou minimiseraient/rationaliseraient les effets secondaires potentiels découlant de leur consommation. En effet, cette participante dit qu'elle ne ressent aucun effet nocif en lien avec la prise de molécule et elle semble rationaliser sa consommation en se disant qu'elle pourrait faire partie des utilisateurs de BZD qui ne ressentent pas d'effets secondaires :

J'ai une mémoire qui est 'fou' pour les personnes que je rencontre, j'ai aucun effet [secondaire] [...] J'ai pas de problème de concentration, je suis pas agitée ou angoissée, non j'ai pas de problèmes [...] Je lui avais demandé [au médecin de l'équipe PASSE-60+], je sais que c'est un évitement peut-être, c'est quoi le pourcentage de personnes qui sont atteintes par des effets secondaires. (P11)

Bien que leur motivation d'arrêter la BZD soit entravée par la peur des symptômes de sevrage ou par la peur de rechuter dans une maladie mentale grave, elles auraient toutefois l'intention de l'arrêter au complet ou de diminuer encore leur dose, comme en témoigne le discours ambivalent

de cette participante : « j'aimerais encore réduire...Ce serait mieux, mais au lieu de tomber dans des nuits blanches et pis rechuter dans le bipolaire, je vais juste aller avec un peu [...] je vais encore essayer de le réduire, je vais voir comment ça marche » (P11). En ce qui a trait aux perceptions de Soi relatives aux compétences d'arrêter la molécule, avant et après le sevrage, les participantes présentent des distinctions. Ainsi, une d'entre elles (P11) rapporte des attitudes défavorables par rapport à l'utilité de recourir aux médicaments pour reprendre le contrôle de sa vie et résoudre ses problèmes, mais semble toutefois ambivalente relativement à sa compétence de se sevrer possiblement à cause de ses craintes de rechute dans la maladie bipolaire. À l'inverse, l'autre participante (P9) semble se percevoir compétente d'arrêter sa consommation, mais entretient des attitudes positives concernant l'utilisation de BZD (Tableau 8 et Tableau 9). D'ailleurs, elle présente des perceptions de Soi et caractéristiques comparables aux participantes résignées (par ex., attitudes favorables à la consommation, anxiété persistante, vécu traumatique, plus grand nombre de maladies) qui semblent être devenues égocentriques avec leur consommation de BZD afin de préserver une image positive de Soi, ce qui pourrait avoir une incidence sur leur motivation de se sevrer. Cependant, les participantes ayant développé une attitude d'ambivalence ont affirmé qu'elles croyaient toujours, modérément, en leur capacité à diminuer ou arrêter complètement la prise de BZD parce qu'elles avaient déjà réussi à le faire dans le cadre de l'étude originale.

Dans un autre ordre d'idées, les participantes affichant une attitude d'ambivalence avaient une durée de consommation plus réduite (c.-à-d., environ une dizaine d'années) et des symptômes de sevrage moins marquants que ceux des participantes ayant développé une attitude de résignation, mais comparables à ceux des participantes qui démontraient une attitude agentiviste. Le fait d'avoir seulement diminué leur dose aurait pu contribuer à atténuer la sévérité de ces symptômes.

Tableau 8*Les scores à l'échelle de compétence perçue (PCS)*

		PCS*			
Passation	Participants	T1	T2	T3	T4
	P9	16	15	16	Pas de donnée
	P11	12	8	13	Pas de donnée

* Les scores totaux varient de 4 à 20. Plus les scores sont élevés, plus la personne est confiante de pouvoir arrêter son médicament.

Tableau 9*Items 3, 4, 5 et 6 du questionnaire des attitudes envers l'utilisation des tranquillisants (ATTUQ)*

		ATTUQ			
Participants	Item 3 : ces médicaments aident les gens à venir au bout de leur journée.	Item 4 : ces médicaments aident les gens à reprendre le contrôle sur le stress dans leur vie.	Item 5 : c'est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre ses problèmes que d'utiliser ses médicaments.	Item 6 : ces médicaments font perdre aux gens une partie du contrôle sur ce qu'ils font.	
P9	En accord (T1) Ni en accord, ni en désaccord (T2)	Ni en accord, ni en désaccord (T1) En accord (T2)	En désaccord (T1) En désaccord (T1)	En désaccord (T1) En désaccord (T2)	
P11	Fortement en désaccord (T1) Fortement en désaccord (T2)	En désaccord (T1) En accord (T2)	En accord (T1) Fortement en accord (T2)	Fortement en désaccord (T1) Fortement en désaccord (T2)	

Par ailleurs, leurs attentes par rapport à la recherche étaient précises (par ex., recevoir des résultats de recherche concernant le pourcentage des consommateurs qui montreraient des effets secondaires), élevées (par ex., exiger la participation au programme PASSE-60+ même si la

répartition dans ce groupe était aléatoire) et dégageaient une tendance vers la passivité telle que suggérée par cette participante « Si j'avais fait partie d'un groupe qui rencontrait [...] un psychologue ou un médecin, fort certainement ça aurait aidé pour l'introspection, pis voir s'il y avait quelque chose qui changeait » (P9). Enfin, pour ce qui est de leurs attitudes envers la prescription des médicaments chez les aînés, l'analyse n'a fait ressortir aucune tendance particulière à ce sujet.

L'analyse des entrevues a cependant permis d'identifier des stratégies d'action qui se manifestaient chez les participantes ayant une attitude d'ambivalence, notamment un engagement ambivalent dans le processus du sevrage et des tentatives infructueuses de restructurer les croyances et les comportements concernant le sommeil et l'anxiété. Au niveau de l'engagement, une des participantes s'est retenue et ne s'est pas engagée à 100% dans le processus de sevrage parce qu'elle anticipait une rechute de son trouble mental, alors que l'autre participante manifestait des attitudes contradictoires face à la participation à la démarche de sevrage dans le cadre du projet PASSE-60+. Les attitudes contradictoires de cette participante pourraient toutefois s'expliquer par des pertes majeures (maladie et décès de son conjoint) qu'elle a vécues durant l'étude :

Si ça avait été dans d'autres circonstances et j'aurais été moins occupée et mon mari n'avait pas été malade et que j'ai pouvais rencontrer quelqu'un, sûrement que ça aurait fait du bien... ah, oui...Je suis sûre que le suivi, ça doit aider, mais encore faut-il avoir du temps... Pis pour moi c'était très loin de me rendre chez vous, c'était long, puis en plus le questionnaire qu'il fallait faire tous les jours, pis il y avait un rendez-vous tellement long, pis ennuyeux et ennuyant...Ça m'emmerdait et j'ai vraiment détesté cette partie-là. (P9)

Alors que cette dernière ne rapportait aucun changement au niveau de ses croyances et comportements entourant le sommeil, l'autre participante ayant une attitude d'ambivalence s'est montrée plus tolérante face à l'insomnie et encline à utiliser les stratégies de gestion du sommeil

appries durant le programme PASSE-60+. Cependant, l'éclosion de la pandémie a amené de grands bouleversements dans son quotidien ce qui l'a amenée à augmenter sa dose :

J'ai bien aimé le groupe parce que j'ai appris beaucoup de choses dans la TCC et j'ai essayé de m'appliquer, puis dans cette période j'ai diminué et c'était resté pareil un peu. Avec le début de la Covid [...] j'étais comme un peu bouleversée [...] Là j'étais plus apte à continuer à diminuer parce que j'ai dû vraiment me reposer... (P11).

Les conséquences de cette attitude d'ambivalence sur les perceptions de Soi laissent paraître à la fois une certaine ouverture et un manque de confiance face à leur capacité à se sevrer définitivement. Puisqu'elles n'ont réussi que partiellement leurs tentatives de sevrage et que leur consommation était sujette aux changements en fonction des stressés vécus, elles se percevaient plus ou moins capables de cesser complètement leur médicament. Leur confiance était ébranlée. Cette participante nous témoigne de cette volonté parsemée par des incertitudes : « J'ai toujours la grille dans mon tiroir, donc je vais la sortir et la regarder, je pense que ça devrait se passer de la même façon que la première fois, j'imagine » (P9). Enfin, il est possible qu'elles puissent même se percevoir compétentes et en contrôle de leur vie à condition qu'elles utilisent des BZD pour la gestion de leurs difficultés de sommeil et d'anxiété.

5 Discussion

Les objectifs de l'étude étaient de : 1) décrire l'expérience vécue par les personnes âgées qui ont essayé de se sevrer de leur BZD ; et 2) explorer la façon dont les processus d'identité se déploient à travers le processus de sevrage et leur impact sur l'issue de l'intervention (c.-à-d. cessation, diminution ou maintien de la consommation). L'analyse approfondie des témoignages partagés par les participantes a permis de mieux comprendre les défis et difficultés qu'elles ont dû affronter lors du processus de sevrage. Cette analyse a aussi permis d'identifier les stratégies d'ajustement

auxquelles elles ont eu recours pour gérer le sevrage afin d'atteindre leur objectif de santé et de maintenir ou améliorer leur bien-être et leur image de Soi. Les résultats de l'étude ont également suggéré que les différentes stratégies adoptées durant le sevrage étaient influencées par la façon dont les participantes percevaient leurs compétences à gérer différemment l'insomnie et l'anxiété et selon les perceptions qu'elles avaient à propos de leur âge et leur état de santé.

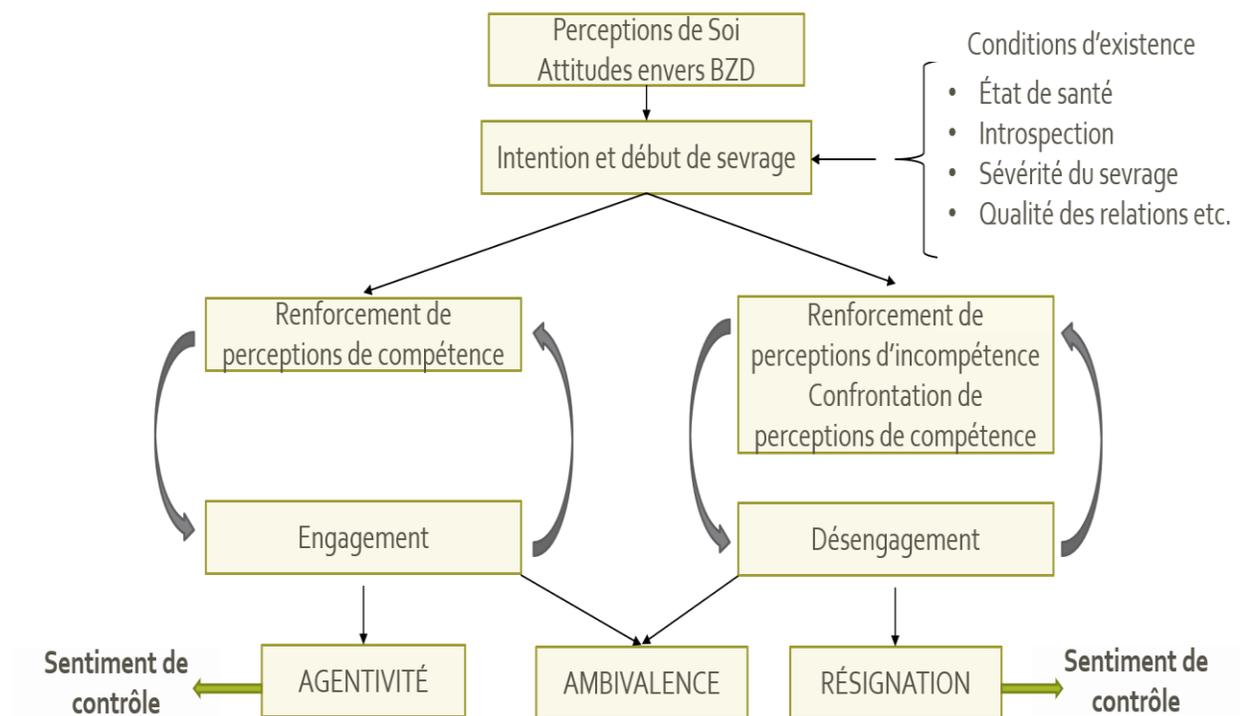
Malgré le fait que toutes les participantes avaient comme motivation et objectif commun d'arrêter la consommation de BZD afin de vieillir en meilleure santé physique et cognitive, les témoignages recueillis ont permis de dégager des trajectoires et des issus différents. Les perceptions de Soi relatives à la compétence perçue de se sevrer de concert avec les attitudes face à l'utilisation de la molécule, et la conscientisation de la menace des effets délétères des BZD sur leur santé et sur leur capacité de maintenir le contrôle sur leur vie, voire des potentielles atteintes se faisant déjà ressenties, ont mené les participantes à l'activation de stratégies de contrôle cognitif, émotionnel et comportemental pour les aider à gérer ces dangers réels et/ou potentiels (Wrosch, 2002) et actualiser leur Soi (Figure 2).

Ainsi, celles ayant démontré une attitude d'agentivité ont démontré dès le début du sevrage de la confiance en leur compétence de se sevrer et des attitudes défavorables par rapport à l'utilité de recourir aux médicaments pour reprendre le contrôle de leur vie et résoudre leurs problèmes. D'ailleurs, il a été démontré qu'un fort sentiment de compétence perçue par rapport à la capacité de se sevrer constitue un facteur prédictif de la réussite du sevrage (Allary et al, 2020). Ces perceptions de Soi les ont possiblement menées à engager leurs ressources de temps, d'énergie et d'habiletés, à utiliser l'aide offert par la recherche et ont soutenu leur motivation dans la poursuite et la réalisation de leur objectif santé. En outre, leur sentiment de compétence et confiance à trouver d'autres solutions pour la gestion de leurs difficultés a contribué à aider les participantes dans

l'autorégulation des émotions difficiles engendrées par la présence d'insomnie et d'anxiété de rebond. Cela a possiblement renforcé leur sentiment de compétence et, de ce fait, a contribué au maintien de leur motivation vis-à-vis l'arrêt du médicament.

Figure 2

Dynamique des perceptions de soi sous-tendant le sentiment de contrôle de sa vie



Il s'est ensuit un renforcement de leur engagement en termes de ressources comportementales (temps, énergie, habiletés) et d'emploi de l'aide externe (c.-à-d. les ressources mises à leur disposition par la recherche). Leur cheminement met en évidence des stratégies adaptatives de contrôle par l'engagement envers l'atteinte des objectifs promouvant la santé chez les aînés de sorte qu'elles ont réussi leur sevrage. Cela leur a procuré un sentiment de satisfaction personnelle

et une actualisation de leur image d'elles-mêmes en tant que non-consommatrice de BZD en accord avec leurs perceptions de Soi présentes en début de sevrage alimentant finalement leur sentiment de bien-être. D'ailleurs, ces stratégies correspondent à celles décrites par Heckhausen, Wrosch et Schulz (1999, 2004, 2010) dans leur théorie de la motivation liée au développement au cours de la vie (Heckhausen et al., 2010; Heckhausen et Schulz, 1995; Wrosch, 2002; Wrosch et al., 2004).

L'analyse des récits a permis d'identifier des stratégies utilisées par les participantes qui peuvent s'expliquer à partir de cette théorie qui postule que l'individu témoigne d'un développement adaptatif dans la mesure où il peut contrôler son environnement dans différents domaines de sa vie et tout au long de sa vie afin d'atteindre un état de bien-être. Les stratégies qu'il utilise à cette fin ont pour but de faciliter l'engagement ou le désengagement de l'individu dans la poursuite et l'atteinte de ses objectifs selon leur valeur adaptative. Le vieillissement normal qui requiert l'adaptation à une perte de contrôle au niveau du fonctionnement physique, cognitif et social impose des ajustements dans ce que l'aîné peut accomplir de manière réaliste. Par conséquent, il peut être enclin à recourir à des stratégies de désengagement par rapport aux objectifs qui ne paraissent pas atteignables afin de poursuivre des buts atteignables lui permettant ainsi de préserver un sentiment de contrôle et une image positive de Soi.

Sur la base de cette théorie, les résultats ont révélé que les participantes ayant développé une attitude de résignation dans la poursuite de leur objectif de sevrage utilisaient des stratégies de contrôle axées sur l'autoprotection. Rappelons que leurs témoignages ont indiqué qu'elles présentaient en début de sevrage des perceptions de Soi qui reflétaient soit un faible niveau de compétence perçue par rapport à leur capacité de sevrage, soit un niveau satisfaisant de compétence perçue, mais des attitudes favorables à l'utilisation de BZD (à l'exception d'une participante qui s'était montrée défavorable à leur utilisation). En effet, le fait d'entretenir des

attitudes favorables à l'égard de l'utilité de BZD et d'avoir une perception de faible contrôle envers celles-ci en prédit non seulement le recours actuel, mais aussi l'intention d'en poursuivre l'utilisation (Guindon, 2010). Il semblerait que ces perceptions les ont menées à investir moins de ressources personnelles dans la gestion du sevrage, à se montrer plutôt réticentes à arrêter la prise de BZD et à utiliser l'aide mise à leur disposition par la recherche. Les difficultés rencontrées dans la gestion émotionnelle des symptômes de sevrage ont possiblement renforcé, chez les participantes ayant un faible niveau de compétence perçue, et confronté, chez les participantes ayant un niveau satisfaisant de compétence perçue, leurs perceptions de Soi présentes en début de sevrage. L'ensemble de ces expériences les ont menées soit au désengagement du processus de sevrage et de la recherche, soit au sevrage de BZD et à sa reprise ou à son remplacement peu de temps après la recherche, à défaut d'avoir développé d'autres moyens pour mieux gérer l'insomnie ou l'anxiété. Autrement dit, puisqu'elles n'ont possiblement pas eu de réelle confiance en leur compétence ni de ressources (d'énergie, de temps, d'habileté, d'aide extérieure, de motivation et d'autorégulation émotionnelle) pour réaliser leur objectif initial de se sevrer, elles ont dû y renoncer afin de conserver un sentiment de contrôle et réorienter leurs ressources dans la poursuite d'autres objectifs plus atteignables visant leur bien-être et leur santé (Figure 2). Ces participantes attribueraient leur échec ou leur incapacité à atteindre les objectifs initiaux à des causes externes (ne pas avoir bénéficié de l'aide souhaitée de la part de l'équipe de recherche) afin d'éviter les sentiments négatifs qui pourraient en découler, minimiseraient les effets nocifs du médicament ou porteraient l'attention presque exclusivement sur ses bénéfices. En outre, elles ont évoqué leurs importants problèmes de santé ou leur âge avancé (les échecs parfois répétés de se sevrer lorsqu'elles étaient plus jeunes les rendant possiblement moins confiantes en leur capacité d'y parvenir à présent). Ce faisant, ces participantes tentent de minimiser ou justifier leur échec afin

de légitimer la prise de molécule et d'entretenir des perceptions de Soi reflétant des sentiments de compétence et de contrôle par rapport à leur santé et vie.

Pour ce qui est des participantes ayant démontré une attitude d'ambivalence, l'analyse de leurs témoignages a suggéré qu'en raison d'une ambivalence par rapport au niveau de compétence perçue ou d'un niveau satisfaisant de compétence perçue, mais des attitudes favorables à l'utilisation de BZD, elles ont développé temporairement une stratégie de contrôle en se désengageant de leur objectif initial à savoir l'arrêt de leur médicament. En raison de circonstances de vie et de dispositions personnelles propres à chacune (par ex., niveau de neuroticisme, présence de trouble mental), elles ont décidé qu'un sevrage partiel était adaptatif et satisfaisant. Ces résultats maintiendraient à la fois leurs perceptions de soi présentes en début de sevrage et leur dissonance cognitive concernant leur consommation de BZD (Figure 2). À la différence des participantes ayant développé une attitude de résignation, celles-ci envisageraient toutefois de se réengager éventuellement dans un processus de sevrage.

En conséquence, la dynamique des perceptions de Soi relatives aux compétences d'arrêter la molécule et aux attitudes envers l'utilité de la molécule, présentes en début de sevrage, semble s'associer à des conditions d'existence et, subséquemment, mener à des stratégies d'action spécifiques faisant émerger des attitudes particulières durant le processus de sevrage. Ainsi, les perceptions de Soi apparaissent comme ayant une valeur prédictive de l'attitude émergente, mais elles ne peuvent cependant à elles seules faire émerger les attitudes qui se développeront lors du sevrage. Rappelons que bon nombre de participantes auraient tenté d'arrêter leur molécule avant la recherche, sans succès, alors qu'elles auraient pu entretenir sensiblement les mêmes perceptions de Soi lors de leurs essais qu'au moment de l'intervention. Ainsi, les conditions d'existence semblent jouer un rôle essentiel dans le développement des attitudes. En outre, l'ensemble de ces

conditions aurait aussi une valeur prédictive des stratégies d'action (c.-à-d. engagement ou désengagement) et, subséquemment, de l'attitude émergente qui va influencer le résultat du sevrage. En effet, les attitudes émergentes ne découlent pas simplement de l'arrêt, de la diminution ou du maintien de la consommation puisqu'il y a des participantes qui se sont sevrées à la fin de l'intervention sans avoir développé de l'agentivité alors qu'une autre a maintenu une consommation peu fréquente tout en développant une attitude d'agentivité. Alors, ces attitudes apparaissent émerger progressivement et relèvent des interactions complexes entre les croyances et perceptions de Soi, les expériences physiques et émotionnelles engendrées par le sevrage et les stratégies comportementales employées pour gérer les symptômes de sevrage et garder le contrôle de leur vie. Quelle que soit l'attitude émergente, ces interactions passeraient par des reconfigurations graduelles de représentations de Soi qui donneraient naissance à leur nouvelle attitude et, finalement, mènerait au résultat du sevrage. Par exemple, une participante qui se percevait capable en début de sevrage d'arrêter sa molécule serait encline à changer progressivement ses représentations de Soi si elle trouvait le sevrage trop difficile et qu'elle ne tentait pas d'autres moyens pour composer avec ses difficultés (par ex., « je ne suis pas capable »). Par conséquent, sous l'emprise de nouvelles représentations de Soi, la personne pourrait commencer à se désengager du sevrage ce qui pourrait la mener à d'autres représentations de Soi (par ex., « je suis capable, mais mon contexte actuel de vie requiert la prise d'une petite dose de BZD »). Finalement, ces reconfigurations successives de perceptions et représentations de Soi l'amèneraient à une attitude de résignation et, de ce fait, à l'abandon de son objectif initial de sevrage.

Par ailleurs, les dynamiques des processus d'identité seraient reliées aux différentes stratégies de contrôle employées lors du sevrage comme je l'expliquerai dans ce qui suit après avoir introduit

la théorie des processus d'identité (Whitbourne, 1986). Cette théorie postule que les adultes s'ajustent aux changements liés à l'âge par le biais des processus d'assimilation de l'identité, d'accommodation de l'identité et d'équilibre de l'identité. Les personnes utilisant le processus d'assimilation auraient tendance à maintenir leurs perceptions de Soi devant des expériences ou des informations qui divergent des schémas de Soi (connaissances sur Soi, compétences perçues, valeurs et dispositions de personnalité, etc.) afin de maintenir leur sens de cohérence de Soi et leur estime de Soi.

En lien avec cette théorie, l'analyse des récits a suggéré que la majeure partie des personnes ayant développé une attitude de résignation face au sevrage utiliseraient des processus d'assimilation pour maintenir une image cohérente et positive d'elles-mêmes. Étant donné que le processus de sevrage exige des changements cognitifs, émotionnels et comportementaux sous-tendant une gestion différente des troubles d'insomnie, d'anxiété et des états de détresse psychologique, les participantes résignées pourraient avoir douté en leur capacité d'y parvenir. Ainsi pour éviter de se confronter à ces changements pouvant remettre en question leurs perceptions de Soi quant à leurs compétences, voire les bouleverser émotionnellement et engendrer des sentiments négatifs par la manifestation de certaines faiblesses ou incapacités, elles accorderaient de l'importance uniquement aux aspects qui ne remettent pas en question leurs schémas identitaires actuels (c.-à-d. , être capable de maintenir une consommation jugée nécessaire et responsable du médicament). En effet, elles ont souligné le fait d'être en mesure de maintenir un usage à faible dose depuis de nombreuses années, voire de diminuer la consommation par moments, ou d'avoir remplacé leur BZD par des médicaments perçus comme étant moins nocifs. En outre, celles-ci pourraient minimiser la présence des pertes de mémoire ou des états de confusion et les attribuer soit à des troubles neurodéveloppementaux ou au vieillissement normal. Cette dynamique identitaire

pourrait être reliée aux stratégies adaptatives de contrôle que ces participantes ont utilisées telles que les stratégies de désengagement par rapport à l'objectif de sevrage et d'autoprotection qui permettent de préserver une image positive de Soi et des sentiments positifs comme susmentionnés. Néanmoins, le processus d'assimilation et les stratégies de contrôles associées ne seraient pas sans conséquence bien qu'ils soient adaptatifs à certains égards. En effet, la perception d'un bien-être personnel jugé positivement (c.-à-d. , des sentiments positifs et une évaluation cognitive positive de sa vie) serait associée non seulement à la longévité (Gana et al., 2016), mais aussi à un vieillissement plus en santé (Zaninotto et Steptoe, 2019). D'ailleurs, le fait de percevoir que nous contrôlons notre vie serait un facteur de protection pour le bien-être psychologique et émotionnel (Kunzmann et al., 2002; Lachman et al., 2011), un meilleur état de santé, y compris de longévité (Infurna et al., 2013; Turiano et al., 2014). En outre, plus l'individu d'âge adulte ou âgé perçoit qu'il contrôle sa vie, moins les pertes de mémoire seraient prononcées (Infurna et Gerstorf, 2013). Par ailleurs, à défaut de reconnaître les changements qui peuvent survenir en vieillissant (par ex., des changements dans les patrons de sommeil ou un affaiblissement du fonctionnement cognitif attribuable non seulement au vieillissement normal, mais possiblement aux effets délétères de la prise de BZD à long terme) les personnes résignées face à leur sevrage ne parviendraient pas à réajuster leurs perceptions identitaires et à développer des stratégies pour compenser les effets du vieillissement (Baltes et Baltes, 1990; Heckhausen et al., 2010).

Les résultats de la présente étude ont également suggéré que les participantes ayant développé une attitude d'agentivité lors du sevrage auraient des perceptions de Soi qui correspondraient au processus d'équilibre de l'identité. Selon la théorie de Whitbourne (1986), ce processus reflète l'équilibre entre l'assimilation et l'accommodation et il est conceptualisé comme l'approche la plus adaptée en vieillissant. Les personnes qui s'en servent seraient capables de faire des

changements dans leurs schémas de Soi lorsqu'elles sont confrontées à des informations qui divergent de leurs perceptions identitaires. Elles seraient donc en mesure de maintenir un sens cohérent de Soi et présenteraient une estime de Soi élevée sans qu'il y ait présence de psychopathologie.

Situées dans de nouveaux contextes de vie (c.-à-d. la retraite) et confrontées aux risques, mais aussi aux manifestations potentielles des effets secondaires de la prise de BZD qui menaçaient leur autonomie, leur contrôle sur leur santé physique et cognitive et, en définitive, leur identité de Soi, les participantes ayant développé une attitude agentiviste ont reconnu l'importance de faire des ajustements dans leurs croyances, attitudes et comportements relatifs au sommeil et à l'anxiété afin de parvenir à arrêter leur médicament. Le fait qu'elles se sentent compétentes pour y parvenir et qu'elles entretiennent une attitude défavorable vis-à-vis de l'utilisation de BZD leur aurait donné la confiance de s'engager et de poursuivre le sevrage en recourant aux stratégies de contrôle par l'engagement. Cela aurait renforcé leur sentiment d'être les agents de leur vie tout en préservant une image cohérente et positive de Soi.

À la différence de personnes qui utilisent le processus d'équilibre de l'identité, les personnes qui utilisent l'accommodation de l'identité feraient des changements de leurs schémas de Soi d'une manière réactive afin de répondre aux pressions externes plutôt que de tenir compte des besoins internes. Elles réagiraient de cette manière en raison de leurs identités plus instables marquées par des incohérences, ce qui entretiendrait des doutes de Soi et une faible estime de Soi. Les récits de participantes résignées n'ayant pas de confiance en leur capacité de se sevrer, mais qui ont toutefois décidé d'y participer pourraient sous-tendre une telle dynamique des processus identitaires.

L'analyse des témoignages a aussi relevé que les participantes ayant demeuré dans un état d'ambivalence durant le processus de sevrage utiliseraient l'assimilation de l'identité tout comme

les participantes démontrant de la résignation. Cependant, elles démontreraient un certain degré d'ouverture et de confiance d'avoir des compétences pour s'ajuster aux changements imposés par la cessation de BZD tout comme les participantes qui ont montré de l'agentivité. Par ailleurs, il est à noter que la théorie des processus d'identité stipule que l'individu essaie d'abord d'employer l'assimilation et en cas d'échec, il procède aux changements dans les schémas de Soi à travers les processus d'accommodation ou d'équilibre de l'identité. La trajectoire des participantes ambivalentes laisserait entrevoir une telle dynamique identitaire.

La différence des perceptions relatives à leur âge qui est rapportée par les participantes pourrait également constituer un facteur expliquant l'émergence d'attitudes différentes quant au sevrage. Contrairement aux participantes qui faisaient preuve d'agentivité et qui se percevaient plus jeunes que leur âge chronologique, celles ayant démontré de la résignation se percevaient plus âgées qu'elles ne l'étaient en réalité. La perception de celles-ci pourrait nous laisser comprendre qu'elles estiment possiblement le temps qui leur reste à vivre plus limité. Cela mènerait à une priorisation de l'instant présent et des expériences émotionnelles gratifiantes au détriment des changements et des apprentissages pour obtenir des récompenses futures (Carstensen, 2006). Ces personnes seraient ainsi plus enclines à poursuivre des objectifs pouvant améliorer leur humeur dans l'immédiat et à délaisser les objectifs à long terme pouvant leur faire vivre des expériences émotionnelles négatives dans le présent. En effet, les analyses ont suggéré que les participantes ayant une attitude résignée étaient moins tolérantes face aux désagréments engendrés par les symptômes de sevrage et voulaient maintenir leurs sources de satisfaction dans l'instant présent (prise de médicaments afin de maintenir leur bien-être pour poursuivre leurs activités de loisir, s'occuper de leurs affaires, etc.). À l'opposé, les personnes qui affichaient l'attitude agentiviste composaient en général mieux avec les symptômes désagréables de sevrage, semblaient davantage

disposées à les tolérer et à s'organiser au quotidien selon leurs nouveaux patrons de sommeil et selon leurs nouvelles manifestations d'anxiété malgré certains désagréments. En même temps, elles s'engageraient dans l'apprentissage ardu d'autres habiletés pour gérer l'insomnie et l'anxiété de manière durable et à long terme tout en renonçant au bien-être instantané que procurent les BZD. Celles qui restent dans l'ambivalence présenteraient à la fois une préférence pour les avantages qu'offrent les BZD dans l'immédiat et une disponibilité pour développer des capacités leur permettant de gérer l'insomnie et l'anxiété à long terme sans consommer de médicament.

L'analyse des résultats en lien avec le type d'intervention dont les participantes ont bénéficié permet de faire quelques constats importants ayant des implications dans la prise en charge d'utilisateurs âgés de BZD. D'abord, une proportion importante des participantes (41,6%) sont parvenues à se sevrer en développant une attitude d'agentivité en suivant des interventions minimalistes qui ne requéraient pas la présence d'un psychologue (auto-sevrage à la maison à l'aide d'une grille ou suivi hebdomadaire avec un médecin). Par ailleurs, elles utilisaient des BZD surtout pour la gestion du sommeil à la différence des participantes résignées ou ambivalentes qui présentaient plutôt une tendance vers utilisation des BZD pour la gestion de l'anxiété ou les deux. Cela suggère que plusieurs consommatrices âgées de BZD ciblant surtout la gestion du sommeil pourraient réussir à se sevrer en utilisant des stratégies qui requièrent moins de ressources et qui peuvent être facilement déployées à large échelle par des professionnels de la santé (médecins de famille, infirmiers, pharmaciens, etc.). Il est toutefois important de noter qu'un suivi régulier (par ex., suivi téléphonique) pourrait être nécessaire afin de suivre l'évolution du sevrage et motiver les gens à persévérer. Ce type de suivi a été offert aux participantes du projet PASSE-60+ et a été bien apprécié. Cependant, plusieurs d'entre elles ont rapporté avoir aimé recevoir encore plus d'encadrement et support pour gérer leurs symptômes de sevrage difficilement tolérable, voire

intolérable par moments. Par ailleurs, les participantes ayant développé une attitude de résignation (41,6% des participantes) qui n'avaient pas été réparties dans le groupe 3 (PASSE-60+) et qui n'avaient pas réussi leur sevrage n'ont pas manifesté l'intérêt de retenter le sevrage lorsque le programme PASSE-60+ leur a été offert. Une des raisons est probablement le temps qui s'est écoulé entre la fin de leur sevrage non réussi et le début du programme PASSE-60+ soit entre 2 et 3 ans. Le programme PASSE-60+ était offert complètement à la fin de l'étude originale aux participants non répartis dans ce groupe qui désiraient suivre le traitement complet, expliquant ainsi ces longs délais. Par conséquent, il est primordial de bien suivre l'évolution du sevrage des personnes qui reçoivent des interventions minimalistes (par ex., auto-sevrage à la maison) afin de pouvoir rapidement les orienter vers des interventions de sevrage plus complètes (par ex., groupe de thérapie cognitivo-comportementale) si le sevrage ne fonctionne pas ou stagne. Cette étude relève des éléments essentiels qui devraient être évalués dans un tel suivi : la tolérance et la gestion par rapport aux symptômes de sevrage et aux émotions déplaisantes suscitées par le sevrage, l'adhésion à l'intervention et la motivation de poursuivre la démarche en cours, les perceptions de Soi quant aux compétences de se sevrer et de gérer différemment leurs difficultés et, finalement, le niveau de changements opérés dans la gestion de l'anxiété et de l'insomnie.

Une proportion importante des participantes (41,6%) a développé une attitude de résignation et 16,6% des participantes ont révélé une attitude d'ambivalence en recevant sensiblement les mêmes interventions qui ont permis aux participantes agentivistes de réussir leur sevrage. Ces résultats confirment ce que la recension des études a démontré à savoir que la majeure partie des utilisateurs de BZD ont des difficultés à se sevrer de manière durable à défaut de suivre des interventions de sevrage plus complètes leur offrant un soutien psychopharmacologique. Cette étude met justement en évidence que la réussite du sevrage passe nécessairement par la mise en action d'un ensemble

d'éléments interdépendants (par ex., la motivation de se sevrer, les croyances et les perceptions de Soi quant aux compétences d'arrêter la molécule et aux attitudes relatives à l'utilité des BZD, la conscientisation des effets potentiellement nocifs du médicament, les relations avec les professionnels de la santé et un encadrement offert par ces derniers, la tolérance à la détresse psychologique) menant à l'engagement dans l'arrêt de BZD qui se traduit par des changements concrets et durables de croyances et comportements. Mais même au sein de ces personnes qui auraient besoin de plus de soutien, plusieurs types d'intervention semblent envisageables. Ainsi les personnes ambivalentes face à leur sevrage qui correspondraient davantage aux participantes ayant développé une attitude d'ambivalence, mais aussi à certaines participantes résignées pourraient bénéficier d'entrevues motivationnelles pour les aider à clarifier leur ambivalence et passer à l'action. Il est possible que certaines personnes ambivalentes au départ n'aient besoin d'aucune autre intervention que les entrevues motivationnelles afin de réussir leur sevrage. Des études antérieures sont cependant nécessaires pour valider cette hypothèse. Par ailleurs, l'analyse des récits suggère que des interventions de sevrage plus intenses ou complètes comme des groupes de thérapie ou des suivis individuels devraient être utilisées en premiers recours pour les utilisateurs de BZD les plus âgés et de longue date, aux prises avec davantage de problèmes de santé, qui ont moins de confiance en leur compétence de se sevrer, des attitudes favorables à la consommation de BZD et une moindre tolérance aux symptômes physiques et émotionnels engendrés par le sevrage comme en témoignent certaines des participantes résignées. Puisque le défi principal de cette population semble relever plutôt de l'autogestion émotionnelle et de l'image de Soi, donc des enjeux plus profondément ancrés dans le fonctionnement psychologique de la personne, le soutien psychologique apparaît indispensable.

L'analyse des expériences de sevrage de la participante ayant suivi les interventions dispensées aux groupes 2 et 3 et ayant maintenu son attitude d'ambivalence à travers ses tentatives de sevrage indiquerait qu'une consommation surveillée et à petite dose ne serait pas toujours une alternative à rejeter. Il en serait de même pour certaines participantes résignées, mais lucides quant aux conséquences du médicament, qui désirent le maintenir afin de garder un sentiment de contrôle sur leur santé.

Pour conclure, l'analyse des récits semblent indiquer que les perceptions de Soi relatives à la compétence perçue de se sevrer et aux attitudes envers l'utilisation de BZD, ainsi que les autres conditions d'existence, constitueraient des facteurs prédicteurs des stratégies d'action et, subséquemment, des attitudes développées pour une gestion adaptative de la santé en vieillissant. En outre, les résultats de la présente étude suggèrent que le sentiment d'exercer un contrôle dans la gestion du sommeil ou de l'anxiété, avec ou sans prise de BZD, les sentiments positifs et les perceptions de Soi qui découlent du fait d'être en contrôle de sa vie, quelle que soit l'attitude développée lors du sevrage, occuperaient une place centrale dans les trajectoires de sevrage décrites par les participantes.

La présente étude a quelques retombées cliniques, dont le fait d'identifier et distinguer trois attitudes que les consommatrices de BZD peuvent développer lors du sevrage. Les résultats suggèrent que l'efficacité de l'intervention de sevrage dépend du « match » entre les caractéristiques des consommatrices (c.-à-d. les conditions d'existence des attitudes) identifiées comme potentiellement enclines à développer une certaine attitude et le type d'intervention utilisée. Ainsi, les consommatrices résignées et ambivalentes face à leur sevrage pourraient, par exemple, bénéficier d'entrevues motivationnelles ce qui pourrait ne pas être nécessairement le cas pour les utilisatrices de BZD qui seraient portées à développer une attitude d'agentivité et qui

pourraient se contenter d'interventions minimalistes pour effectuer leur sevrage (par ex., utiliser une grille d'auto-sevrage et/ou être minimalement encadrées par un médecin). Pour arriver à faire ce « match », les intervenants pourraient, avant d'entreprendre un sevrage avec leurs patients âgés, tenter de prédire l'attitude que la personne est le plus susceptible de développer à l'aide d'un outil rapide de dépistage conçu sur la base des facteurs prédictifs tels que les perceptions de Soi relatives aux compétences perçues et aux attitudes envers la consommation de BZD ou les autres conditions d'existence. Par exemple, si la consommatrice dit qu'elle a besoin de son médicament pour vivre et qu'elle ne voit pas comment elle s'en passerait, une attitude de résignation pourrait être envisagée et une intervention telle qu'un groupe de thérapie cognitivo-comportementale pourrait être mise en place pour aider cette consommatrice à arrêter son médicament de façon optimale. Le système de santé idéal aurait donc des ressources de sevrage adaptées aux différents profils de consommateurs âgés et assurerait un suivi serré de leur sevrage afin de les réorienter rapidement, s'il y a lieu, vers une intervention plus complète ou intense qui diminuerait les risques qu'ils abandonnent à tout jamais l'idée d'arrêter définitivement leur médicament. En fait, l'idéal serait que les personnes âgées n'utilisent pas de BZD pour gérer leurs problèmes d'insomnie ou d'anxiété. À ce sujet, les participantes ont clairement exprimé le souhait que les médecins, au lieu de prescrire une BZD pour les aider à mieux dormir, recommandent des interventions non pharmacologiques. Il serait donc important de sensibiliser les médecins à cette réalité et de mieux les outiller afin qu'ils puissent intervenir autrement qu'en prescrivant une pilule.

6 Limites

La présente étude comporte quelques limites, dont le fait d'avoir réalisé la plupart des entrevues au téléphone et exclusivement avec des femmes, ce qui n'a pas permis d'aller explorer plus en profondeur les propos et les expériences des participantes et de recueillir une diversité de

témoignages. Cela a inévitablement limité la richesse des résultats ayant eu possiblement une incidence sur la représentativité et la généralité des attitudes développées par les participantes. Par ailleurs, la saturation des profils aurait pu être bonifiée par un nombre plus grand d'entrevues surtout du côté des participantes ayant développé de l'agentivité.

Finalement, compte tenu du contexte sanitaire actuel, je ne suis pas parvenue à réaliser un *focus group* avec les participantes afin de valider la compréhension de ma théorisation auprès d'elles. Pour pallier cet inconvénient, la contribution des trois confrères doctorants m'a aidée à sa validation.

7 Conclusion

Cette étude offre une meilleure compréhension des mécanismes de changement impliqués dans la réussite du sevrage des BZD chez les consommatrices âgées et décrit les trajectoires d'agentivité, de résignation et d'ambivalence développées par celles-ci dans ce processus afin de maintenir leur sentiment de contrôle sur leur état de santé et des perceptions positives de Soi. De plus, des interventions d'intensité variée/sur un continuum d'intensité sont suggérées en fonction de l'attitude qu'elles semblent plus enclines à développer afin de maximiser leurs chances de réussite. Des études futures sont nécessaires pour : 1) développer un outil de dépistage de ces attitudes sur la base des facteurs prédictifs identifiés dans cette étude et; 2) vérifier son efficacité en proposant aux utilisateurs de BZD des interventions qui seraient adaptées aux perceptions de Soi et comportements qui caractérisent une attitude donnée.

8 Références

- Allary, A., Proulx-Tremblay, V., Bélanger, C., Hudon, C., Marchand, A., O'Connor, K., Pérodeau, G., Roberge, P., Tannenbaum, C., Vasiliadis, H., Desrosiers, C., Cruz-Santiago, D., & Grenier, S. (2019). Psychological predictors of benzodiazepine discontinuation among older adults: Results from the PASSE 60. *Addictive behaviors, 102*, 106195.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106195>
- Alvarenga, J. M., Giacomini, K. C., Loyola Filho, A. I. de, Uchoa, E., & Firmo, J. O. A. (2014). Chronic use of benzodiazepines among older adults. *Revista De Saude Publica, 48*(6), 866-872.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004986>
- American Psychological Association. (2017). *Older Adults' Health and Age-Related Changes. Reality versus Myth*. (s. d.). Consulté 1 octobre 2018, à l'adresse
<https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/myth-reality.pdf>
- Ashton, H. (1994). Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines. *Drugs, 48*(1), 25-40.
<https://doi.org/10.2165/00003495-199448010-00004>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences* (p. xv, 397). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K., Kurth, T., & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia : Prospective population-based study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *345*, e6231.
- Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., Pariente, A., & Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease : Case-control study. *BMJ, 349*, g5205. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>
- Boss, G. R., & Seegmiller, J. E. (1981). Age-Related Physiological Changes and Their Clinical Significance. *Western Journal of Medicine, 135*(6), 434-440.

- Bourgeois, J., Elseviers, M. M., Van Bortel, L., Petrovic, M., & Vander Stichele, R. H. (2014). Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents : A pilot study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(10), 1251-1260. <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1725-7>
- British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society. (2015). *British National Formulary (BNF) 70*. https://www.academia.edu/30356478/British_National_Formulary_BNF_70
- Byles, J., Mishra, G., Harris, M., & Nair, K. (2003). The problems of sleep for older women : Changes in health outcomes. *Age and ageing*, 32, 154-163. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.154>
- Caplan, R. D., Abbey, A., Abramis, D. J., Andrews, F. M., Conway, T. L., & French Jr, J. R. (1984). Tranquilizer use and well-being: A longitudinal study of social and psychological effects. Ann Arbor, Mich.: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan; xix, 419 p. p.
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science (New York, N.Y.)*, 312(5782), 1913-1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Chang, C. M., Wu, E.C, Chen, C.Y., Wu, K.Y., Liang, H.Y., Chau, Y.L., Wu, C.S., Lin, K.M., & Tsai, H.L. (2013). Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents : A population-based case-control study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 75(4), 1125-1133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04410.x>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory : A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE.
- Cook, J. M., Biyanova, T., Masci, C., & Coyne, J. C. (2007). Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation : A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1094-1100. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0205-5>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research (3rd ed.) : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>

- Curran, H. V., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S. C. Y., Woods, B., & Iliffe, S. (2003). Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice : Effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological Medicine*, 33(7), 1223-1237.
- Donnelly, K., Bracchi, R., Hewitt, J., Routledge, P. A., & Carter, B. (2017). Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture : A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 12(4), e0174730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174730>
- Everitt, H., Baldwin, D. S., Stuart, B., Lipinska, G., Mayers, A., Malizia, A. L., Manson, C. C., & Wilson, S. (2018). Antidepressants for insomnia in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD010753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010753.pub2>
- Fixsen, A. M. (2016). « I'm Not Waving, I'm Drowning » : An Autoethnographical Exploration of Biographical Disruption and Reconstruction During Recovery From Prescribed Benzodiazepine Use. *Qualitative Health Research*, 26(4), 466-481. <https://doi.org/10.1177/1049732315576496>
- Fixsen, A. M., & Ridge, D. (2017). Stories of Hell and Healing : Internet Users' Construction of Benzodiazepine Distress and Withdrawal. *Qualitative Health Research*, 27(13), 2030-2041. <https://doi.org/10.1177/1049732317728053>
- Gana, K., Broc, G., Saada, Y., Amieva, H., & Quintard, B. (2016). Subjective wellbeing and longevity : Findings from a 22-year cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.004>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research* (4. paperback printing). Aldine.
- Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A., & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia : Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 331(7526), 1169. <https://doi.org/10.1136/bmj.38623.768588.47>

- Guindon, M. (2010). Attitudes des personnes âgées envers le vieillissement et les médicaments à action anxiolytique, sédatrice et hypnotique (ASH), principalement les BZ: implications pour la consommation actuelle et l'intention de consommer ces médicaments. Ottawa: Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada.
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in geriatric medicine, 29*(4), 737-752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*(2), 284-304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A Motivational Theory of Life-Span Development. *Psychological review, 117*(1), 32. <https://doi.org/10.1037/a0017668>
- Huang, W. S., Muo, C. H., Chang, S. N., Chang, Y. J., Tsai, C. H., & Kao, C. H. (2014). Benzodiazepine use and risk of stroke : A retrospective population-based cohort study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*(4), 255-262. <https://doi.org/10.1111/pcn.12117>
- Infurna, F. J., & Gerstorf, D. (2013). Linking perceived control, physical activity, and biological health to memory change. *Psychology and Aging, 28*(4), 1147-1163. <https://doi.org/10.1037/a0033327>
- Infurna, F. J., Ram, N., & Gerstorf, D. (2013). Level and change in perceived control predict 19-year mortality : Findings from the Americans' changing lives study. *Developmental Psychology, 49*(10), 1833-1847. <https://doi.org/10.1037/a0031041>
- Islam, M. M., Conigrave, K. M., Day, C. A., Nguyen, Y., & Haber, P. S. (2014). Twenty-year trends in benzodiazepine dispensing in the Australian population. *Internal Medicine Journal, 44*(1), 57-64. <https://doi.org/10.1111/imj.12315>
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., & Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery : The positive identity model of change. *BMC Psychiatry, 13*, 201. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-201>

- Johnson, C. F., Frei, C., Downes, N., McTaggart, S. A., & Akram, G. (2016). Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care : A cross-sectional population-based study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(647), e410-415. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685213>
- Kales, A., Soldatos, C. R., Bixler, E. O., & Kales, J. D. (1983). Early morning insomnia with rapidly eliminated benzodiazepines. *Science*, 220(4592), 95-97. <https://doi.org/10.1126/science.6131538>
- 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 Geriatric Psychiatry*, 14(4), 280-284. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199904\)14:4<280::AID-GPS898>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199904)14:4<280::AID-GPS898>3.0.CO;2-O)
- Knoop, H., Kan, C. C., Mickers, F. C., & Barnhoorn, D. (2006). Predicting the success of a benzodiazepine discontinuation programme : Myths or clinical wisdom? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 48(9), 695-703.
- Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control : A double-edged sword in old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P484-491. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.p484>
- Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging. In *Handbook of the Psychology of Aging* (p. 175-190). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00011-5>
- Larsson, S., Lilja, J., & Hamilton, D. (2001). *Identity, cognitive structure, and long-term tranquillizer use : A multidimensional approach: Vol. Substance Use&Misuse*, 36 (9 & 10), 1139-1163. <https://doi.org/10.1081/JA-100106221>
- Lilja, J., & Larsson, S. (1994). Social Pharmacology : Unresolved Critical Issues. *International Journal of the Addictions*, 29(13), 1647-1737. <https://doi.org/10.3109/10826089409047958>

- Marioni, R. E., van den Hout, A., Valenzuela, M. J., Brayne, C., Matthews, F. E., & MRC Cognitive Function and Ageing Study. (2012). Active cognitive lifestyle associates with cognitive recovery and a reduced risk of cognitive decline. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, *28*(1), 223-230.
<https://doi.org/10.3233/JAD-2011-110377>
- Markota, M., Rummans, T. A., Bostwick, J. M., & Lapid, M. I. (2016). Benzodiazepine Use in Older Adults : Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clinic Proceedings*, *91*(11), 1632-1639.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.07.024>
- Mestres Gonzalvo, C. C., Milosevic, V., van Oijen, B. P. C., de Wit, H. A. J. M., Hurkens, K. P. G. M., Mulder, W. J., Janknegt, R., Schols, J. M. G. A., Verhey, F. R., Winkens, B., & Van der Kuy, P. H. M. (2018). The use of an electronic clinical rule to discontinue chronically used benzodiazepines and related Z drugs. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *74*(2), 227-231.
<https://doi.org/10.1007/s00228-017-2369-1>
- Modesto-Lowe, V., Harabasz, A. K., & Walker, S. A. (2021). Quetiapine for primary insomnia : Consider the risks. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *88*(5), 286-294.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20031>
- Morin, C. M., Bélanger, L., Bastien, C., & Vallières, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia : A survival analysis of relapse. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.002>
- Nelson, M., Rejeski, W., Blair, S., Duncan, P., Judge, J., King, A., Macera, C., & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults : Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, *116*, 1094-1105.
<https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616aa2>

- Nicolet, L., Gosselin, S., & Mallet, L. (2016). *La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée. Bulletin d'information toxicologique, 32(1):10-16.* <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/la-deprescription-des-benzodiazepines-chez-la-personne-agee>
- Offidani, E., Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. A. (2013). Efficacy and Tolerability of Benzodiazepines versus Antidepressants in Anxiety Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82(6)*, 355-362. <https://doi.org/10.1159/000353198>
- Olfson, M., King, M., & Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry, 72(2)*, 136-142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1763>
- Paillé, P. (1996). *Qualitative par théorisation (analyse).* Dans A. Mucchielli (Ed.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (p.186).* Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitatives en sciences humaines et sociales (p.379-410).* Armand Colin.
- Palmaro, A., Dupouy, J., & Lapeyre-Mestre, M. (2015). Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 25(10)*, 1566-1577. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.07.006>
- Paquin, A. M., Zimmerman, K., & Rudolph, J. L. (2014). Risk versus risk: A review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opinion on Drug Safety, 13(7)*, 919-934. <https://doi.org/10.1517/14740338.2014.925444>
- Paterniti, S., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly : The Epidemiology of Vascular Aging Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 22(3)*, 285-293. <https://doi.org/10.1097/00004714-200206000-00009>
- Pelissolo, A., & Bisserbe, J. C. (1994). Dependence on benzodiazepines. Clinical and biological aspects. *L'Encephale, 20(2)*, 147-157.

- Pelletier, A. (2011). Facteurs motivationnels et attitudinaux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines: Université du Québec à Montréal (UQAM).
- Pérodeau, G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., & Suissa, A. (2008). Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*, 7(1), 391-437. <https://doi.org/10.7202/019627ar>
- Pérodeau, G., Ostoj, M. (1989) Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants. *Le Gérontophile*. 11(1):12-4.
- Pérodeau, G., Paradis, I., Grenier, S., O'Connor, K., & Grenon, É. (2011). Chronic Psychotropic Drug Use Among Frail Elderly Women Receiving Home Care Services. *Journal of Women & Aging*, 23(4), 321-341. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.611070>
- Petrovic, M., Pevernagie, D., Mariman, A., Van Maele, G., & Afschrift, M. (2002a). Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients : A randomised double-blind, placebo-controlled trial. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(11), 759-764. <https://doi.org/10.1007/s00228-001-0387-4>
- Petrovic, M., Pevernagie, D., Mariman, A., Van Maele, G., & Afschrift, M. (2002b). Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients : A randomised double-blind, placebo-controlled trial. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(11), 759-764.
- Pétursson, H. (1994). The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction*, 89(11), 1455-1459. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb03743.x>
- Proulx, J., & Hunt, J. (2015). Drug Use among Seniors on Public Drug Programs in Canada, 2012. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 18(1), 11-13. <https://doi.org/10.12927/hcq.2015.24250>
- Redman, T., & Cannard, G. (2010). *Beyond Benzodiazepines : Helping people recover from benzodiazepine dependence and withdrawal - for health practitioners | Reconnexion - Anxiety*,

panic, depression, benzodiazepine dependancy.

<https://www.benzo.org.uk/amisc/reconnexion10.pdf>

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Sherwood, J. J. (1965). Self Identity and Referent Others. *Sociometry*, 28(1), 66-81. JSTOR.

<https://doi.org/10.2307/2786086>

Simard, M., Gagnon, M. E., & Sirois, C. (2019). Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés québécois présentant des maladies chroniques ou leurs signes précurseurs : Portrait 2014-2015. *Institut national de santé publique*.

<https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/68101>

Singh, S., & Estefan, A. (2018). Selecting a Grounded Theory Approach for Nursing Research. *Global Qualitative Nursing Research*, 5. <https://doi.org/10.1177/2333393618799571>

Skinhoj, K. T., Larsson, S., Helweg-Joergensen, S., & Hansen, E. H. (2001). Experiences of Long-Term Tranquillizer Use : A Psychodynamic Perspective. *Substance Use & Misuse*, 36(9-10), 1165-1186.

<https://doi.org/10.1081/JA-100106222>

Smith, G., & Farrimond, H. (2018a). Active ageing, emotional care and the threat of stigma : Identity management in older adults using sleeping medication long-term. *Health (London, England: 1997)*, 1363459318762034. <https://doi.org/10.1177/1363459318762034>

Smith, G., & Farrimond, H. (2018b). Active ageing, emotional care and the threat of stigma : Identity management in older adults using sleeping medication long-term. *Health (London, England: 1997)*, 1363459318762034. <https://doi.org/10.1177/1363459318762034>

Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2001). Identity processing styles and the need for self-esteem in middle-aged and older adults. *International Journal of Aging & Human Development*, 52(4), 311-321. <https://doi.org/10.2190/A9M0-TRR6-PVEQ-05ND>

- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x>
- Steunenberg, B., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2005). Stability and change of neuroticism in aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), P27-33. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.P27>
- The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227-2246. <https://doi.org/10.1111/jgs.13702>
- Tu, K., Mamdani, M. M., Hux, J. E., & Tu, J. B. (2001). Progressive trends in the prevalence of benzodiazepine prescribing in older people in Ontario, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1341-1345. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49262.x>
- Turiano, N. A., Chapman, B. P., Agrigoroaei, S., Infurna, F. J., & Lachman, M. (2014). Perceived Control Reduces Mortality Risk at Low, Not High, Education Levels. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(8), 883-890. <https://doi.org/10.1037/hea0000022>
- Voshaar, R. C. O., Couvée, J. E., van Balkom, A. J. L. M., Mulder, P. G. H., & Zitman, F. G. (2006). Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use : Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 213-220. <https://doi.org/10.1192/bjp.189.3.213>
- Voyer, P., Prévillé, M., Cohen, D., Berbiche, D., & Béland, S.-G. (2010). The Prevalence of Benzodiazepine Dependence among Community-Dwelling Older Adult Users in Quebec According to Typical and Atypical Criteria*. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 29(2), 205-213. <https://doi.org/10.1017/S0714980810000115>

- Whitbourne, S. K. (1986). A Theory of Adult Identity Processes. In S. K. Whitbourne (Éd.), *The Me I Know : A Study of Adult Identity* (p. 17-36). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8618-6_2
- Williams, G.C., Freedman, Z.R., Deci, E.L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes care*. 21(10):1644-51. Epub 1998/10/17.
- William, S., & Wolf-Meyer, M. (2013). *Longing for Sleep : Assessing the Place of Sleep in the 21st Century – Part 1 | Somatosphere*. <http://somatosphere.net/2013/03/longing-for-sleep-assessing-the-place-of-sleep-in-the-21st-century-part-1.html>
- World Health Organisation. (2002). *Active ageing : A policy framework*. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- Wrosch, C. (2002). *Health stresses and depressive symptomatology in the elderly : The importance of health engagement control strategies*. *Health Psychology*; US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.4.340>
- Wrosch, C., Schulz, R., & Heckhausen, J. (2004). Health Stresses and Depressive Symptomatology in the Elderly : A Control-Process Approach. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 17-20. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301005.x>
- Zaninotto, P., & Steptoe, A. (2019). Association Between Subjective Well-being and Living Longer Without Disability or Illness. *JAMA Network Open*, 2(7), e196870-e196870. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6870>

9 Annexes

9.1 Annexe 1

Critères pour construire une théorisation ancrée

Pour aider les chercheurs à bien construire leur théorisation ancrée, Glaser et Strauss (Glaser et Strauss, 1967) ont défini les quatre critères qu'elle doit respecter :

1. La pertinence qui exige que la théorie corresponde à la réalité explorée ;
2. La compréhension qui implique que la théorie soit comprise par tous les professionnels dans le domaine d'étude (c.-à-d. chercheurs et praticiens) ainsi que par les participants ;
3. La généralité qui exige que la théorie soit assez bien conceptualisée (c.-à-d. qu'elle va au-delà de la simple description des cas individuels) pour qu'elle soit applicable dans d'autres contextes par d'autres chercheurs ;
4. Le contrôle qui implique que la théorie émergente permette au chercheur d'exercer un certain contrôle « sur les structures et les processus des activités quotidiennes alors qu'ils changent au fil du temps » (Glaser et Strauss, 1967). Autrement dit, le chercheur doit être en mesure de prédire le déclencheur, l'évolution et le résultat de la situation pratique en examinant et en peaufinant continuellement les relations entre les concepts qui en découlent.

9.2 Annexe 2

Le canevas d’entrevue basé sur un modèle d’entrevue pour la théorisation ancrée portant sur un changement de vie (Charmaz, 2006)

I. Questions sur les expériences d’arrêt de la consommation précédant la participation à la recherche PASSE-60+

1. Comment avez-vous décidé d’arrêter la consommation de votre médicament pour la première fois ?
2. Quelle a été votre toute première expérience de sevrage ?
3. Qu’est-ce que vous avez éprouvé à ce moment-là ? Comment en êtes-vous venus à la décision d’arrêter la consommation ? Est-ce qu’il y a eu quelqu’un qui aurait influencé votre décision ?
4. Qu’est-ce qui se passait dans votre vie à ce moment ?
5. Comment vous perceviez-vous avant cette expérience ? Et après ?
6. Comment cette expérience a-t-elle affecté votre vision sur la prise de votre médicament ?
7. Avez-vous réessayé d’arrêter la consommation à la suite de la première tentative qui n’a pas fonctionné ? (Reprise de questions de 3 à 7 brièvement)

II. Questions sur l’intervention de sevrage dans le cadre de la recherche PASSE-60+

1. Comment avez-vous décidé de participer à la recherche PASSE-60+ ? Est-ce qu’il y a eu quelqu’un qui aurait influencé votre décision ? Avez-vous déjà parlé avec votre médecin traitant/spécialiste à propos de votre prise de BZD ?

2. Parlez-moi des événements qui vous ont conduit à cette décision ou qui l'ont précédée.
Qu'est-ce qui se passait dans votre vie à ce moment ?
3. Racontez-moi vos expériences en lien avec le sevrage. Qu'est-ce que vous avez éprouvé / pensé ? Est-ce qu'il y a eu d'autres personnes impliquées dans ce processus excepté le personnel de recherche ? Si oui, de quelle façon ?
4. Comment avez-vous géré ou gérez-vous le sevrage / la diminution ou la non-consommation de votre médicament ?
5. Qu'est-ce qui fait en sorte que vous n'avez pas complètement arrêté votre consommation ou que vous l'avez reprise ?
6. Comment vous perceviez-vous avant cette expérience ? Et après ?
7. Quels changements positifs / négatifs, s'il en est, sont advenus dans votre vie après cette intervention de sevrage ?
8. Est-ce qu'il y aurait d'autres événements pertinents en lien avec l'intervention que je devrais savoir pour mieux comprendre vos expériences de sevrage?

IV. Questions de clôture

1. Quelles forces avez-vous employées / découvertes / développées à travers les interventions de sevrage ?
2. Après les interventions, qu'est-ce que vous conseilleriez à d'autres personnes âgées qui consomment des BZD à propos de leur consommation?
3. Y a-t-il quelque chose que vous n'auriez peut-être pas pensé avant et qui vous est arrivé pendant cet entretien ?
4. Y a-t-il quelque chose que vous voudriez me demander ?