

Université de Montréal

La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes  
chez des aînés vivant dans la communauté.

par  
Philippe Voyer  
Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences infirmières

Mars 2001

© Philippe Voyer, 2001



WY

5

U58

2001

v. 016



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :  
La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes  
chez des aînés vivant dans la communauté.

présentée par :  
Philippe Voyer

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Présidente rapporteuse:	Francine Gratton, inf., Ph.D.
Directrice de recherche:	Sylvie Lauzon, inf., Ph.D.
Codirectrice:	Johanne Collin, Ph.D.
Membre du Jury:	Richard Boyer, Ph.D.
Examineur externe:	Ghilhème Pérodeau, Ph.D.
Représentant du doyen de la FES: FRCP (c).	Dr Alain Lesage, MD, M. Phil.

Thèse acceptée le : 14 septembre 2001

## Remerciements

Mes plus sincères remerciements s'adressent à Mesdames les Professeures Sylvie Lauzon, directrice de thèse et Johanne Collin, codirectrice, pour leur encadrement exceptionnel. Leurs judicieux conseils, leurs esprits critiques rigoureux, leurs commentaires toujours aussi pertinents que constructifs et leur disponibilité ont contribué à la réalisation d'un projet qui a pu être mené à terme avec succès. Je ne pourrais passer sous silence les qualités humaines de ces deux personnes qui, sans perdre de vue les objectifs pédagogiques de ma formation, ont été de très agréables professeures à côtoyer.

J'aimerais également exprimer ma très profonde reconnaissance envers les membres de mon comité de thèse. Ces professeurs-chercheurs de qualité remarquable ont accepté, malgré des agendas remplis, de gracieusement me faire bénéficier de leur expertise. Monsieur Richard Boyer, Madame Lise Gauvin et Monsieur Brian Mishara, je ne peux que vous remercier sincèrement et soyez assurés que je suis touché par votre dévouement.

Je tiens aussi à remercier sincèrement le Conseil québécois de la recherche sociale, la Faculté des sciences infirmières (F.S.I.) de l'Université Laval, l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec (bourse René-Cassin), la FSI de l'université de Montréal (bourses Virginie Allaire et Léopold Renaud), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (bourses 1997-98; 98-99; 99-2000) et l'équipe de partenariat GRASP-RRSSS de Laval pour leur soutien financier indispensable.

Je dois également un grand merci au personnel de la RRSSS de Laval ainsi qu'à ceux des deux résidences qui m'ont chaleureusement accueilli dans leur milieu.

Ma plus vive gratitude vise toutefois les aînés qui ont accepté de participer à cette recherche qui exigeait beaucoup de leur temps et de leur énergie. Mille fois merci à vous, chers participants, qui sans votre détermination ce projet n'aurait pu se concrétiser.

Enfin, un chaleureux merci va à mes amis et à ma famille qui de près ou de loin m'ont accompagné, soutenu ou sainement distrait tout au long de cette grande aventure.

## Sommaire

Cette étude avait pour buts de décrire l'association existant entre la santé mentale et la consommation de psychotropes dans le temps chez des aînés vivant dans la communauté et d'explorer les perceptions qu'ils ont en regard des médicaments psychotropes. Pour atteindre ces buts, quatre questions de recherche ont été formulées. La première question consistait à décrire la trajectoire longitudinale de la santé mentale des aînés utilisateurs de psychotropes. La deuxième question visait à illustrer la trajectoire longitudinale du profil de consommation de psychotropes. La troisième question de recherche, qui correspond au cœur de cette étude, cherchait à décrire l'association existant entre la santé mentale et l'utilisation de psychotropes chez des aînés. Enfin, la quatrième question de recherche touchait aux perceptions des utilisateurs de psychotropes en rapport avec la cause de la consommation, les habitudes d'utilisation, les raisons de l'usage à long terme et le rapport de l'aîné aux psychotropes.

Un devis préexpérimental de type longitudinal à mesures répétées a donc servi à répondre aux quatre questions de recherche. L'échantillon était formé de 48 aînés utilisateurs de psychotropes vivant en résidence pour aînés autonomes. De plus, une activité de groupe à caractère physique a été réalisée à raison de trois séances par semaine de 30 minutes pendant 16 semaines, afin de favoriser l'observation de l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes. Il y a eu cinq collectes des données à 4 semaines d'intervalle et des entretiens en profondeur chez un sous-échantillon (n=11) à la fin du programme.

Les réponses à ces questions révèlent que la santé mentale des participants a illustré un accroissement statistiquement significatif au cours de l'étude. Pour sa part, la consommation de psychotropes n'a pas affiché de changements statistiquement significatifs. On comprendra qu'en présence d'un accroissement de la santé mentale et en l'absence de modification dans l'usage des psychotropes, on n'a pu obtenir d'association significative entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Les entretiens en profondeur qui furent effectués à la fin de l'intervention ont permis d'identifier les perceptions des aînés à l'égard des psychotropes. L'interprétation de ces perceptions additionnée aux résultats des trois premières questions suggère que le phénomène se divise en deux phases, soit l'amorce de la consommation et le maintien de l'utilisation des psychotropes. Il transparaît du discours des participants que le

début et le maintien de la consommation ne se trouvent pas soumis aux mêmes facteurs. En conséquence deux modèles explicatifs résultent de cette recherche.

Les retombées de cette recherche sont multiples. D'abord, d'un point de vue théorique, les modèles explicatifs représentent une voie prometteuse pour comprendre le phénomène et ils constituent des bases rigoureuses pour le développement des connaissances dans le domaine. La discussion entourant le rôle et la signification de la santé mentale, dépendamment que l'aîné soit un nouveau consommateur ou un consommateur de longue date, représente un angle intéressant d'étude du phénomène dans le futur. Dans la même veine, la réflexion entourant la place et la signification de la dépendance chez des utilisateurs de longue date de psychotropes s'avèrent une piste d'avenir potentiellement fructueuse. Enfin, l'âgisme ainsi que la stigmatisation des maladies mentales et des psychotropes s'avèrent des éléments nouveaux dans l'étude des psychotropes, particulièrement en faisant le lien avec le contexte de l'amorce de l'usage des psychotropes versus le maintien de la consommation.

## Table des matières

	Page
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xiv
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
Le problème.....	3
Les questions de recherche.....	9
La réception des écrits.....	10
L'explication de la consommation de médicaments.....	11
Les attitudes et comportements des aînés et la place de l'entourage dans le phénomène.....	12
Les pratiques professionnelles.....	15
L'influence des caractéristiques socio-démographiques, organisationnelles et des conditions de vie.....	20
Analyse critique des facteurs retenus.....	36
La santé mentale, un prédicteur de choix.....	38
Les définitions de la santé mentale et des concepts connexes.....	39
La santé mentale et l'usage des psychotropes.....	49
Le rationnel sous-tendant le choix de la manipulation pour modifier la santé mentale.....	58
Synthèse des connaissances et contribution de la présente étude.....	66
La méthode.....	73
Le devis.....	74
Le milieu et l'échantillon.....	76
Le déroulement des activités de l'étude.....	87
Les concepts à l'étude et instruments de mesure.....	88
La description de l'activité de groupe à caractère physique.....	95
Les considérations éthiques.....	97
Les résultats.....	99
La trajectoire de la santé mentale.....	101
La trajectoire de la consommation de psychotropes.....	111

L'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes.....	120
Les variables attributs .....	124
Les perceptions des consommateurs .....	133
Le contexte de la première prescription .....	134
Habitudes de consommation et raisons du maintien de la consommation .....	138
Rapport aux psychotropes.....	158
Solutions perçues pour l'arrêt du psychotrope .....	172
Les modèles explicatifs de l'usage de psychotropes .....	196
La discussion.....	198
L'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes dans le temps .....	201
Éléments contextuels.....	217
L'âgisme .....	217
La stigmatisation des troubles psychologiques et des psychotropes.....	219
Les modèles explicatifs antérieurs .....	224
Forces et limites de l'étude .....	229
Pistes de recherche .....	234
Recommandations pour la discipline infirmière .....	237
Références .....	242
Liste des annexes	
Annexe I- Exercices de VIACTIVE .....	266
Annexe II -Plan de recrutement .....	279
Annexe III -Q-AAP .....	281
Annexe IV- Questions à l'entretien.....	283
Annexe V- Échelle de mesure de la santé mentale .....	285
Annexe VI- Mesure des psychotropes .....	292
Annexe VII- Questionnaires socio-démographiques et nombre de visites chez le médecin....	295
Annexe VIII- Informations aux participants.....	297
Annexe IX- Formulaire de consentement.....	300
Annexe X- Le nombre de participants qui présentent une marque de santé mentale inférieure à 120 .....	302
Annexe XI- Tests d'association en prenant en considération la durée de consommation.....	304

Annexe XII- La santé mentale selon la participation à VIACTIVE.....	307
Annexe XIII- Tests d'association en prenant en considération la participation à VIACTIVE.....	310
Annexe XIV-Tests d'association en prenant en considération les classes de psychotropes....	313
Annexe XV- Tests d'association entre la santé mentale et la consommation d'Ativan.....	317
Annexe XVI- Tests d'association entre la santé mentale et le nombre de psychotropes consommés .....	319
Annexe XVII-Trajectoires de la santé mentale .....	321
Annexe XVIII-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la santé mentale .....	323
Annexe XIX-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires du bien-être psychologique.....	327
Annexe XX-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de détresse psychologique .....	331
Annexe XXI-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes TOTAL.....	336
Annexe XXII-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes PRN .....	341
Annexe XXIII-Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes RÉG .....	347
Annexe XXIV-Signification des codes pour l'analyse qualitative .....	353
Annexe XXV-Changements dans la consommation de psychotropes en milligrammes selon la trajectoire des psychotropes TOTAL.....	360

## Liste des tableaux

2.1	Personnes ayant une prescription de médicaments selon l'âge .....	21
2.2	Enquêtes sur les individus ayant consommé au moins un médicament selon l'âge .....	21
2.3	Consommation de somnifères selon l'âge .....	22
2.4	Comparaison des résultats de recherche pour plusieurs variables .....	37
2.5	Le bien-être psychologique selon Ryff .....	43
2.6	Le bien-être psychologique selon Massé et collègues .....	44
2.7	Le type de psychotropes consommés selon les études .....	56
2.8	Les caractéristiques d'un programme d'activité physique adapté aux aînés .....	66
3.1	Inscription à VACTIVE .....	79
3.2	Nombre de consommateurs de psychotropes .....	80
3.3	Participants de la recherche .....	80
3.4	Comparaison des participants de l'échantillon avec ceux ayant été retirés de l'étude .....	82
3.5	Caractéristiques de l'échantillon final .....	82
3.6	Données descriptives sur les comportements et la consommation de psychotropes .....	83
3.7	Les différentes classes de psychotropes consommés .....	83
3.8	Comparaison des participants des deux résidences .....	85
3.9	Les trajectoires possibles de la santé mentale et des psychotropes .....	85
3.10	Les caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon .....	86
3.11	Plan du déroulement de la recherche .....	87
3.12	Dimensions du bien-être psychologique selon Massé et collègues .....	88
3.13	Dimensions de la détresse psychologique de Massé et collègues .....	89
3.14	Les noms des génériques et déposés des médicaments psychotropes .....	90
3.15	Les coefficients alpha standardisés du bien-être psychologique .....	93
3.16	Les coefficients alpha standardisés de la détresse psychologique .....	93
3.17	Les critères de l'activité de groupe à caractère physique .....	97
4.1	La moyenne, l'écart type et l'étendue réelle de la santé mentale .....	103
4.2	Les différents cheminements de la santé mentale et de ses dimensions dans le temps .....	107
4.3	Les changements de la santé mentale selon les temps de mesure .....	107
4.4	Les changements du bien-être psychologique selon les temps de mesure .....	108
4.5	Les changements de la détresse psychologique selon les temps de mesure .....	108



4.6	Résultats des tests de tendance pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique .....	109
4.7	Résultats du test de Wilcoxon pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique .....	110
4.8	Résultats du test de Friedman pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique .....	110
4.9	La consommation moyenne quotidienne de psychotropes en milligrammes par participant selon les temps de mesures .....	111
4.10	La consommation totale de psychotropes en milligrammes par le groupe selon les temps de mesures .....	112
4.11	Le nombre de participants par type de prescription qui ne consomment aucun psychotrope par temps de mesure.....	112
4.12	Le nombre de participants qui a vu sa consommation changée en raison d'une prescription médicale.....	113
4.13	Les différents cheminements de la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» dans le temps .....	115
4.14	Les changements de l'usage de psychotropes «TOTAL» selon le temps de mesure .....	117
4.15	Les changements de l'usage de psychotropes «PRN» selon le temps de mesure .....	117
4.16	Les changements de l'usage de psychotropes «RÉG» selon le temps de mesure .....	118
4.17	Résultats des tests de tendance de la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» .....	119
4.18	Résultats du test de Wilcoxon pour la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» .....	120
4.19	Résultats du test de Friedman pour la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» .....	120
4.20	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chacun des temps de mesure.....	122
4.21	Résultats aux tests d'association entre le nombre de visites chez le médecin et la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chacun des temps de mesure .....	123
4.22	Catégorisation pour la variable attribut : durée de la consommation de psychotropes .....	126
4.23	Catégorisation pour la variable attribut : assiduité à VIACTIVE.....	127

4.24	Catégorisation pour la variable attribut : classes de psychotropes .....	128
4.25	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la santé mentale .....	130
4.26	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires du bien-être psychologique.....	130
4.27	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la détresse psychologique.....	131
4.28	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL» .....	132
4.29	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN» .....	132
4.30	Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «RÉG».....	133
4.31	Le nombre de participants qui possèdent au moins une prescription d'un psychotrope régulier et au besoin .....	139
4.32	Le <i>pattern</i> d'observance chez les consommateurs de psychotropes au besoin .....	139
4.33	Le <i>pattern</i> d'observance chez les consommateurs de psychotropes de type régulier ....	140
4.34	Le <i>pattern</i> d'observance chez les consommateurs selon le type de psychotrope .....	140
4.35	Marques des participants aux questions ciblées qui correspondent davantage à leur vocabulaire .....	150
4.36	Le rapport entre une tentative d'arrêt et la perception du caractère souhaitable d'arrêter l'usage de psychotropes .....	170
4.37	Les attitudes selon le type de psychotropes .....	171
4.38	Les caractéristiques sociodémographiques selon la trajectoire de la consommation de psychotrope «total».....	185
4.39	Comparaison des causes de l'amorce de l'usage du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	186
4.40	Comparaison des causes du maintien en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	187
4.41	Comparaison de la satisfaction à l'égard du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	188
4.42	Comparaison de la vision du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	189
4.43	Comparaison des perceptions des participants sur l'arrêt du recours au psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	190

4.44	Le rapport entre une tentative d'arrêt chez les participants selon la trajectoire de leur consommation de psychotropes .....	190
4.45	Le rapport entre le caractère souhaitable d'arrêter chez les participants selon la trajectoire de leur consommation de psychotropes .....	191
4.46	Comparaison des perceptions des participants sur les solutions pour l'arrêt du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total».....	193
10. 1	Le nombre de participants qui présentent une marque de santé mentale inférieure à 120 .....	303
11.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération la durée de la consommation de psychotropes .....	305
12.1	Résultats du test de Wilcoxon pour la santé mentale et ses dimensions en prenant en considération de l'assiduité à VIACTIVE.....	308
12.2	Résultats du test de Frieman pour la santé mentale et ses dimensions en prenant en considération l'assiduité à VIACTIVE.....	309
13.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération l'assiduité à VIACTIVE .....	311
14.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les classes de psychotropes.....	314
15.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et la consommation d'Ativan.....	318
16.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et le nombres de psychotropes consommés.....	320
17.1	Trajectoires de la santé mentale .....	322
18.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la santé mentale.....	324
19.1	Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour	

chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires du bien-être psychologique .....	328
20.1 Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la détresse psychologique .....	332
21.1 Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL» .....	337
22.1 Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN» .....	342
23.1 Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «RÉG» .....	348
25,1 Changements dans la consommation de psychotropes en milligrammes selon la trajectoire des psychotropes TOTAL .....	361

## Liste des figures

4.1	Les trajectoires de la santé mentale et de ses dimensions dans le temps .....	105
4.2	Les trajectoires de la consommation de psychotropes « TOTAL », « PRN » et « RÉG » dans le temps.....	114
4.3	Modèle conceptuel explicatif de l'amorce de la consommation de psychotropes chez les aînés.....	196
4.4	Modèle conceptuel explicatif du maintien de la consommation de psychotropes chez les aînés.....	197

## Introduction

Le gouvernement du Québec considère comme très préoccupante la consommation élevée de psychotropes chez les personnes âgées (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992), consommation qui ne cesse d'accroître depuis plusieurs années. Par le biais de sa politique de la santé et du bien-être, il recommande d'augmenter les interventions préventives dans le but de réduire de 10 % cette consommation. Or, pour arriver à développer des stratégies préventives ou correctrices de la situation actuelle, encore faut-il comprendre le phénomène et dégager les avenues sur lesquelles il sera approprié d'agir. C'est dans cet esprit que la présente recherche a été conçue et mise en œuvre.

Le premier chapitre situe les éléments de la problématique entourant la consommation des psychotropes chez les personnes âgées et souligne l'importance de la santé mentale comme facteur associé au recours à des psychotropes. Le but poursuivi et les questions de recherche y sont formulés. Le deuxième chapitre comprend une analyse critique approfondie des recherches menées dans le domaine. L'explication de la consommation de cette classe de médicaments par les personnes âgées ainsi que le lien entre la santé mentale et l'usage des psychotropes sont examinés en profondeur. La méthode choisie pour réaliser cette recherche pré-expérimentale et longitudinale et ainsi permettre de faire avancer les connaissances est décrite en détail dans le troisième chapitre. Les résultats obtenus en réponse aux quatre questions de recherche se retrouvent au chapitre IV. Finalement, le cinquième chapitre contient la discussion des résultats, les retombées de l'étude et les recommandations pour le futur.

Chapitre premier :

Le problème



Les aînés sont de grands consommateurs de médicaments. Des enquêtes menées au Canada et au Québec (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1992; Santé Québec, 1995) révèlent que 75 % des personnes âgées de 65 ans ou plus consomment au moins un médicament. D'autres études démontrent que les aînés ont en moyenne trois ordonnances actives de médicaments et de 20 à 25 % en ont cinq (Larose, 1996; Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ], 1993). Des enquêtes indiquent aussi que de 80 à 86 % des personnes âgées consomment des médicaments en vente libre (Dumas, Dubé-Bélanger, & Allard, 1982; Olivier & Demers, 1996).

Il est aussi observé que cette consommation est croissante. Le nombre moyen de prescriptions destinées aux personnes âgées sur une base annuelle est passé de 19,6 en 1983 à 32,1 en 1993 (RAMQ, 1993). Entre 1987 et 1995, la proportion de personnes âgées prenant trois médicaments ou plus est passée de 29,3 % à 44,6 % (Santé Québec, 1988; 1995).

Les psychotropes représentent une des classes de médicaments la plus souvent prescrite (Barbeau, Guimond, & Mallet, 1991; Conseil consultatif de pharmacologie, 1992; Jörgensen, Isacson, & Thorslund, 1993). En effet, de 30 à 40 % des Québécois âgés de plus de 65 ans ont reçu au moins une prescription de benzodiazépine (un type de psychotrope) au cours d'une période d'un an (RAMQ, 1990; Conseil consultatif de pharmacologie, 1992). De 25 à 48 % des aînés habitant dans la communauté consomment des psychotropes (Allard, Allaire, Leclerc, & Langlois, 1995; Gustafsson, Isacson, Thorslund, & Sörbom, 1996; Larose, 1996; Tamblyn et al., 1994) et ce pourcentage varie de 60 à 90 % lorsque les aînés vivent en résidence ou en établissement de soins de longue durée (Buck, 1988; Harrington, Tompkins, Curtis, & Grant, 1992; Maniere, D'Athys, & Rossignol, 1995; Ray, Federspiel, & Schaffner, 1980).

Les psychotropes sont des molécules chimiques actives avec un potentiel élevé de risques associés à leur consommation (effets secondaires, interactions médicamenteuses et contre-indications). En effet, plusieurs conséquences possibles au plan individuel leur sont reconnues: confusion, anxiété, insomnie, altération des fonctions psychomotrices, dépendances physiologique et psychologique, dépression, paranoïa, comportement antisocial, altération de la mémoire et somnolence (Bergin, & Baron, 1995; Closser, 1991). Outre cela, les utilisateurs de benzodiazépines auraient 70 % plus de risques que les non consommateurs de subir une fracture de la hanche en raison de chutes (Ray, Griffin, & Downey, 1989).

Cette forte consommation de psychotropes peut laisser croire que les personnes âgées ont d'importants problèmes de santé mentale mais les statistiques ne soutiennent pas cette assertion. En effet, la prévalence de la dépression chez les aînés se situe entre 5 et 10 % (Blazer, 1990; Blazer, Hugues, & George, 1987; Cappeliez, 1991; Gilles, 1994; Conseil consultatif de pharmacologie, 1996; Myers et al., 1984). Folks et Fuller (1997) soutiennent que la prévalence des troubles anxieux diminue avec l'avancement en âge. La dernière enquête de Santé Québec (1995) révèle même que c'est chez les personnes âgées que le niveau de détresse psychologique est le plus bas. Tamblyn et collègues (1994) ont aussi montré que seulement 1,1 % des hospitalisations chez les aînés étaient reliées à un problème psychiatrique. Il semble donc que la consommation de psychotropes chez les aînés ne soit pas entièrement justifiée par la prévalence des troubles de santé mentale. Or, les troubles du sommeil ne constituent pas davantage une explication entière du recours aux psychotropes puisque ces troubles sont moins nombreux chez l'aîné en comparaison à l'adulte (Ohayon & Caulet, 1995). Si environ 30% des aînés rapportent des plaintes à l'égard de la qualité de leur sommeil (Vitiello, Larsen, Moe, Prinz, & Scharz, 1996), les psychotropes ne doivent pas être considérés comme une solution à ces problèmes au-delà de 15 jours (Grossberg & Grossberg, 1998; Tamblyn et al., 1994; Walsh, Hatrman, & Kowall, 1994). Malgré cela, 75 % des aînés québécois consomment des psychotropes depuis au moins un an (Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues [ECCAAD], 1994). Des résultats de recherche montrent effectivement que la prescription de psychotropes chez les aînés est fréquemment douteuse, non appropriée et même, dans certains cas, dangereuse (Grymonpre, 1988; RAMQ, 1993; Tamblyn et al., 1994; Walsh et al., 1994). Aux États-Unis, c'est 17 à 43,2 % des prescriptions de médicaments psychotropes chez les

aînés qui sont non appropriées (Aparasu, Mort, Sitzman, 1998; Stewart, 1994). Dans une étude québécoise (Tamblyn et al., 1994), il a été démontré que pour les psychotropes, il y a plus de prescriptions douteuses que de prescriptions rationnelles.

Lorsque la prescription du médicament n'est pas justifiée, les personnes qui les consomment courent des risques inutiles. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1987) estime que de 10 à 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées sont reliées aux médicaments. Selon Cooper (1994), le tiers des hospitalisations chez les personnes âgées a pour cause des problèmes de santé liés aux médicaments. Au Québec, il est estimé que 31 000 personnes âgées sont hospitalisées chaque année en raison d'effets indésirables ou de la mauvaise administration des médicaments (Olivier & Demers, 1996). De plus, Tamblyn et ses collègues (1994) indiquent que ce sont pour les psychotropes qu'ils ont observé le plus de risques associés à la consommation de médicaments. Il est donc clair, à la lumière de ces statistiques, qu'il existe un danger à consommer des médicaments et plus particulièrement des psychotropes.

La consommation de psychotropes par les aînés attire l'attention de chercheurs de plusieurs disciplines et la discipline infirmière n'y fait pas exception. En effet, selon la conception de Henderson (1964), la recherche infirmière porte, entre autres, sur la compréhension de la satisfaction des besoins fondamentaux des personnes et sur les facteurs associés à leur non satisfaction. La consommation de psychotropes est un facteur reconnu comme ayant le potentiel d'interférer avec la satisfaction de plusieurs besoins fondamentaux notamment celui de se mouvoir, de dormir et se reposer ou d'éviter le danger comme ceux décrits plus haut (Lauzon et Adam, 1996). Elle constitue par conséquent un champ d'étude important pour la discipline infirmière.

Plusieurs facteurs, tels que les professionnels de la santé et la famille, semblent intervenir pour expliquer la consommation de médicaments chez les personnes âgées (Cooper, 1994; Simonson, 1984; Stevenson, Kellogg, Ernst, & Whinney, 1989). Les caractéristiques socio-démographiques, organisationnelles et des conditions de vie (particulièrement le nombre de visites médicales) représentent également des variables reconnues pour influencer la consommation de médicament chez les personnes âgées (Isacson & Haglund, 1988; Mishara & McKim 1989; Santé Québec, 1995; Simonson, 1984). Toutefois, comme le soulèvent des chercheurs (Mishara, 1997; Mishara & Legault,

1999) en regard des médicaments en général, on ne peut déterminer l'influence réelle de chacune de ces caractéristiques en raison de la variabilité, voire de la contradiction des résultats obtenus d'une étude à l'autre.

Des travaux plus récents indiquent cependant que la santé mentale (bien-être psychologique et détresse psychologique) serait une variable centrale dans l'explication de l'utilisation des psychotropes par les personnes âgées. En fait, un nombre élevé d'études empiriques convergent dans ce sens et montrent, fois après fois, l'existence d'une relation entre la santé mentale ou un concept connexe (satisfaction dans la vie, bonheur, moral et dépression) et la consommation de psychotropes (Allard et al., 1995; Bourque, Blanchard, Sadéghi, & Arsenault, 1991; Gustafsson et al., 1996; Hanlon et al., 1996; Hanlon et al., 1998; Huffine, Folkman, & Lazarus, 1989; Larose, 1996; Massé et al., 1998; Massé et al., 1998b; Paterniti, Bisserbe, & Alperovitch, 1998, Spore, Horgas, Smyer, & Marks; 1992, Stewart, Marks, May, & Hale, 1994). La nature de cette relation demeure toutefois nébuleuse. Même si l'association entre ces deux variables présente toujours des résultats statistiquement significatifs, la force de cette association est inconstante. Ainsi, en connaissance de cet élément et en l'absence de théorie explicative, il importe de se pencher sur la compréhension de ce lien.

Quatre limites surtout d'ordre méthodologique concourent à cette compréhension partielle de la relation entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. La première touche le type de devis utilisé. Les études antérieures portent un regard très similaire sur le phénomène, c'est-à-dire que ce dernier est constamment étudié sous le même angle prédictif auprès d'un échantillon avec une seule mesure. Ainsi, les résultats de ces recherches n'injectent rien de nouveau à notre compréhension de l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez l'aîné. La deuxième limite, étroitement reliée à la première, porte sur le type de données exclusivement transversales. Ainsi, on ne peut déterminer l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes dans le temps chez les consommateurs. Ces données transversales ne permettent pas plus d'apprécier si des changements surviennent dans la santé mentale chez cette clientèle, et dans l'affirmative, ce que cela entraînerait comme conséquences sur la consommation de psychotropes et inversement. La troisième limite concerne le type d'échantillon. Les études sur l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes ont été réalisées à partir d'échantillons incluant des

aînés consommateurs et des aînés non consommateurs de psychotropes. Jusqu'à maintenant ces recherches indiquent que la santé mentale permet de différencier, partiellement puisque le niveau d'association est très variable d'une étude à l'autre, les utilisateurs, des non utilisateurs de psychotropes. Par contre, on ne sait pas, mise à part la distinction entre les consommateurs et les non consommateurs, le rôle que joue cette variable chez les consommateurs uniquement et particulièrement à travers le temps. La quatrième limite touche l'absence de données émiques qui permettraient de cerner la perspective des personnes âgées consommatrices. Il est possible que les propos des aînés puissent être éclairants dans notre compréhension du phénomène.

En somme, il semble que pour accroître la compréhension du phénomène, il soit nécessaire d'examiner l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes dans le temps chez des utilisateurs de psychotropes exclusivement. Aussi, des entretiens doivent être envisagés pour aller chercher la perspective des consommateurs.

Pour pouvoir apprécier l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes, il apparaît souhaitable que des changements puissent se produire dans la santé mentale. Une intervention reconnue pour son influence sur la santé mentale des personnes âgées sera donc introduite. L'activité physique en groupe constitue une intervention reconnue comme étant efficace pour stimuler le bien-être psychologique et réduire la détresse psychologique (Caldwell, 1996; Judge, Underwood, & Gennosa, 1993). Aussi, à la lumière d'études, il est maintenant connu que les programmes légers et modérés d'activités physiques tels que celui de VACTIVE de Kino-Québec (Kino-Québec, 1996) sont les plus appropriés pour les personnes âgées (Caldwell, 1996; Stevenson, & Topp, 1990; Taylor, & Driver, 1995) et, spécifiquement, pour améliorer la santé mentale (King, Taylor, & Haskell, 1993; McAuley, 1991, McAuley, & Rudolph, 1995). L'introduction d'une activité de groupe à caractère physique est donc novatrice et prometteuse pour analyser l'association entre ces deux variables.

Une recherche préexpérimentale de type longitudinal à mesures répétées est donc mise en œuvre pour mieux cerner le processus dynamique et évolutif de la santé mentale et de la consommation de psychotropes dans le temps. Enfin, des entretiens en profondeur

à la fin de l'activité de groupe à caractère physique permettront d'approfondir les connaissances sur le phénomène.

### **Buts de la recherche**

Les buts de la recherche sont de décrire l'association existant entre la santé mentale et la consommation de psychotropes dans le temps chez des aînés vivant dans la communauté et d'explorer les perceptions qu'ils ont en regard des médicaments psychotropes.

### **Les questions de recherche**

1. Quelle est la trajectoire de la santé mentale des aînés utilisateurs de psychotropes participant à une activité de groupe à caractère physique?
2. Quelle est la trajectoire du profil de consommation de psychotropes chez des aînés participant à une activité de groupe à caractère physique?
3. Quelle est l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez des aînés participant à une activité de groupe à caractère physique?
  - 3a) Quelle est l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes après avoir contrôlé le nombre de visites chez le médecin?
4. Quelles sont les perceptions des personnes âgées utilisatrices de médicaments psychotropes en relation avec la cause de l'amorce de la consommation, des habitudes d'utilisation, des raisons de l'usage à long terme et, enfin, le rapport de l'aîné aux psychotropes ?

Chapitre II :  
La recension des écrits

Ce chapitre contient une analyse en profondeur des recherches portant sur le phénomène de la consommation de psychotropes chez la personne âgée. La première partie du chapitre expose la place de l'aîné, de sa famille et des pratiques professionnelles dans le phénomène. Par la suite, l'association entre les caractéristiques socio-démographiques, organisationnelles et les conditions de vie avec l'usage de psychotropes est décrite. Une analyse critique de ces facteurs suit la description.

Cette première partie du chapitre a mené à examiner plus rigoureusement le rôle de la santé mentale comme facteur d'importance dans l'explication du recours aux psychotropes. D'abord, la signification de ce concept est établie, ainsi que sa distinction avec les autres concepts portant sur l'état psychologique. Enfin, les études qui ont étudié l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes, particulièrement chez l'aîné, sont critiquées.

La troisième partie du chapitre présente le rationnel soutenant le choix d'inclure une manipulation pour favoriser l'observation de l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Enfin, le chapitre se termine par une synthèse de l'état des connaissances et de la contribution de la présente étude.

### **L'explication de la consommation de médicaments**

Le recours aux médicaments par les aînés sera examiné en tenant compte des attitudes de la personne âgée et de son entourage. De plus, les caractéristiques socio-démographiques, organisationnelles et les conditions de vie en rapport avec l'usage de médicaments sont illustrées.



ne prenaient pas leurs médicaments, 14 % consommaient de l'alcool en même temps que leurs médicaments et 10 % avaient fait des erreurs dans l'administration de leurs médicaments. D'autres enquêtes révèlent que de 25 à 77 % des personnes du troisième âge ne respecteraient pas leur traitement (Barbeau et al., 1991; Cormier & Trudel, 1990; Dallaire-Durocher, 1995; Franson & Smith, 1998; Salzman, 1995). Le comportement de non-observance le plus courant est l'omission d'une pilule. Les causes de l'omission sont multiples. Mishara (1997) en rapporte plusieurs: difficultés à lire et à comprendre l'étiquette des médicaments, difficultés avec l'emballage, grand nombre de médicaments à prendre quotidiennement, troubles de la mémoire, décision de l'aîné que le médicament n'est pas nécessaire, mauvaise compréhension du traitement et bien d'autres. Salzman (1995) ajoute à l'omission, la surconsommation ainsi que les modifications de l'horaire et du dosage de la médication comme causes de la non-observance. Mishara et McKim (1989) établissent comme principale raison de la non observance des médicaments une diminution de l'autonomie fonctionnelle. En effet, un grand nombre de personnes âgées ont de la difficulté à ouvrir leurs flacons de médicaments. Selon des chercheurs, de 13 à 30 % des aînés seraient touchés par ce problème (Barbeau & Zay, 1988; Cormier & Trudel, 1990).

Dans la même veine, Cormier et Trudel (1990) et Mishara et McKim (1989) soutiennent que le fait de ne pas comprendre le régime thérapeutique entraîne des erreurs d'observance. D'ailleurs, il a été observé que plus une personne âgée possède de médicaments, plus les erreurs sont fréquentes (Franson & Smith, 1998; Shepherd, 1998). Enfin, plus il y a de doses à prendre dans une journée plus il y a d'erreurs (Fitten, Coleman, & Siembieda, 1995).

### **La famille**

Les membres de la famille peuvent influencer la consommation de médicaments d'une personne âgée. Les enfants ou les proches insistent souvent auprès du médecin afin qu'il prescrive un médicament à leur père ou leur mère (Barbeau et al., 1991). Ce comportement découle du fait que les enfants n'ont pas le temps d'apporter une aide psychologique à leurs parents. Ainsi, la pilule représente le seul moyen qu'ils connaissent pour diminuer l'ennui, la solitude et la tristesse de leurs parents (Barbeau et al., 1991, Larose, 1996). Les enfants sont souvent découragés de voir leurs parents insomniaques ou anxieux. Conséquemment, ils encouragent souvent, sans le savoir, la consommation

## **Les attitudes et comportements des aînés et la place de l'entourage dans le phénomène**

La première partie de cette section dégage les attitudes des aînés et de sa famille vis-à-vis les médicaments.

### **Les attitudes et comportements de l'aîné**

Le vieillissement d'une personne entraîne des changements aux plans biologique, psychologique et social. Ces changements sont porteurs de stress. La personne vieillissante doit donc vivre avec ces changements et gérer ces différents stressés. La manière dont une personne a fait face aux stressés durant sa vie semble un indicateur utile pour évaluer comment une personne vivra sa vieillesse (Barbeau et al., 1991). Ainsi, une personne qui avait tendance à consommer des médicaments étant plus jeune tendra à continuer à le faire lorsqu'elle sera plus vieille. Les stressés les plus fréquents pour la personne âgée sont le sentiment de solitude, l'isolement, le deuil, la pauvreté et la perte de statut (Barbeau et al., 1991). Une étude gouvernementale (MSSS, 1994) rapporte que la perte d'un être cher accroît la demande d'aide qui souvent résulte en la consommation d'anxiolytiques. Dans le même sens, des chercheurs observent que le sentiment d'impuissance et le manque de contrôle de la personne âgée sur son environnement causent de l'anxiété et cette anxiété conduit la personne âgée à demander un médicament pour la soulager (Barbeau et al., 1991). Cohen et Collin (1997) nomment ce cheminement le *processus de perte* qui conduit à la consommation de psychotropes.

L'attitude des personnes âgées vis-à-vis les médicaments est un facteur qui peut agir sur la prévalence de la consommation de médicaments (Pérodeau, King, & Ostoj, 1992). Lorsque les personnes âgées se présentent au cabinet d'un médecin, elles ont souvent l'intention de demander une "pilule" pour les soulager (Barbeau et al., 1991). À la lumière d'une étude récente, il faudrait cependant prendre des réserves face aux propos de Barbeau et collègues (1991). En effet, des chercheurs ont démontré, en ce qui a trait aux psychotropes, que c'est 20 % des cas de nouvelles prescriptions qui seraient sous l'influence réelle de la personne âgée (Sleath, Svarstad, & Roter, 1997). On prétend, par ailleurs, que si le médecin ne répond pas à la demande de la personne âgée, celle-ci peut aller consulter un autre médecin, jusqu'à l'obtention du somnifère ou du tranquillisant souhaité (Barbeau et al., 1991). Ceci s'explique, selon Barbeau (1990), par le fait que les

personnes âgées ont vécu pendant une période révolutionnaire en ce qui a trait aux médicaments. Le vécu des personnes âgées les pousse à croire en la pilule magique qui guérit tous les maux (Barbeau, 1990, Barbeau et al., 1991).

Certains auteurs soutiennent que le médicament procure à la personne âgée le titre de malade, ce qui lui vaut certains privilèges secondaires (Barbeau et al., 1991). Une recherche soutient même que certaines personnes âgées surconsomment délibérément des anxiolytiques (Glantz, 1981). Lorsqu'une personne âgée vit de l'anxiété par rapport à sa santé, elle remarquera facilement tous les petits changements de son corps et sera, par conséquent, plus tentée de répondre à tous ses problèmes par la médication (Simonson, 1984). Ce type de personne se nomme *medication-dependent persons* (Simonson, 1984). Un bémol doit cependant être apporté aux propos de ces chercheurs puisqu'on sait que 71% des utilisateurs de psychotropes dans la population souhaite arrêter sa consommation (Ettore, Klaukka & Riska, 1994) et que 50 % des femmes âgées désirent arrêter de prendre leurs sédatifs-hypnotiques (Tabloski, Cooke, & Thoman, 1998).

Par ailleurs, les personnes âgées se comportent parfois, en rapport avec leur médicament, d'une manière risquée pour leur santé. Une étude a démontré que les personnes âgées conservent leurs anciennes prescriptions dans le but de se soigner avec ce médicament s'ils ont une affection qui réapparaît (Science Council of Canada, 1991). Salzman (1995) évalue à 20 % ce type de comportement chez les aînés. Les personnes âgées auraient aussi tendance à échanger des médicaments au sein de leur famille (Davidson, 1981, Simonson, 1984). Salzman (1995) note que 10 % des personnes âgées utilisent des médicaments prescrits pour d'autres personnes. Par ailleurs, on suggère aux aînés de toujours consulter la même pharmacie afin que le pharmacien puisse tenir un dossier à jour de l'usage des médicaments de l'aîné. Le fait de consulter un seul pharmacien et médecin réduit le risque de consommer des médicaments non appropriés (Tamblyn et al., 1997). Toutefois, 25 à 40 % des aînés visitent plus d'une pharmacie par an pour remplir leur prescription (Jørgensen et al., 1993; Tamblyn, 1995). La non observance, c'est-à-dire le fait de ne pas adhérer à la prescription médicale, est également un phénomène présent chez l'aîné. En effet, 19 % des personnes âgées ne prennent pas les médicaments qui leur sont prescrits (Groupe Angus Reid, 1991). D'ailleurs, l'étude de Grymonpre (1988) soutient justement la mauvaise administration des médicaments comme responsable des hospitalisations. Selon cette recherche, 27 % des personnes hospitalisées

de somnifères et d'anxiolytiques. Par ailleurs, les enfants dont le père ou la mère souffre d'une maladie incurable peuvent insister auprès du médecin pour qu'il essaie une pilule, au cas où cela marcherait ! (Simonson, 1984). Le partage de médicaments dans une famille est une réalité qui comporte des risques dangereux (Barbeau et al., 1991, Simonson, 1984). Par contre, dans une famille où les connaissances sont à jour, la présence des enfants peut faire diminuer le recours aux médicaments de leurs parents (Simonson, 1984). À cet effet, Gustafsson et collègues (1996) et Mishara (1997) soutiennent qu'il est important d'inclure les familles dans les projets de prévention sur la consommation de médicaments. La place de la famille dans le problème de la consommation de médicaments serait négligée.

### **Les pratiques professionnelles**

L'état des connaissances concernant les pratiques professionnelles des médecins, des pharmaciens et des infirmières en regard de l'usage des médicaments chez l'aîné est passé en revue.

#### **Les pratiques professionnelles des médecins**

Les études en regard des pratiques professionnelles des médecins concernent essentiellement les pratiques de prescription de ceux-ci. Le médecin joue un rôle central dans la prévalence de la consommation de médicaments chez les personnes âgées (Simonson, 1984; Barbeau, 1990; MSSS, 1994). Le médecin détient effectivement le pouvoir de prescrire le médicament. C'est lui qui prend la décision finale de donner un médicament ou non (Barbeau et al., 1991). Il a été démontré que les médecins ont des façons différentes de prescrire un médicament (Simonson, 1984). Les différences peuvent dépendre de l'école que le médecin a fréquentée, son âge, son attitude par rapport à la valeur des médicaments, la publicité, ses habitudes de lecture des revues scientifiques et les contacts avec ses collègues (Barbeau et al., 1991; Collin, Damestoy, & Lalande, 1999; Monette, Tamblyn, McLoed, Gayton, 1997). Par exemple, la prescription non appropriée serait plus fréquente chez les médecins âgés, sans affiliation universitaire et provenant d'universités ciblées (Collin et al., 1999). Aussi, on remarque que les médecins généralistes sont plus enclins à prescrire des psychotropes (Williams, Cockerill, & Lowy, 1995) et ces prescriptions sont plus fréquemment douteuses que celles des médecins spécialistes (Grossberg & Grossberg, 1998).

Par ailleurs, le ministère souligne que le programme de formation médicale, en ce qui concerne la gérontologie et la gériatrie, devrait être révisé à la hausse pour améliorer la pratique médicale auprès des personnes âgées (MSSS, 1994). Il a été démontré effectivement que les médecins ont des connaissances limitées à l'égard de la clientèle âgée (Beall, Baumhover, Maxwell, & Pieroni, 1996; Collin et al., 1999). Les médecins perçoivent les personnes âgées comme étant vulnérables, bouleversées, désemparées, déprimées et aux prises avec une souffrance intérieure (Collin et al., 1999). Ils banalisent l'usage de psychotropes (Cohen & Collin, 1997; Mcinnes & Powell, 1994), qualifiant ces médicaments de *petites pilules pour les nerfs* ce qui est sécurisant pour la personne âgée (Collin et al., 1999). Malgré la littérature abondante démontrant les conséquences importantes de ces médicaments sur la santé des aînés, les médecins accordent plus d'importance à leurs expériences cliniques personnelles qu'aux connaissances scientifiques (Collin et al., 1999). Ils se disent d'ailleurs insatisfaits de la formation médicale qu'ils ont reçue en ce qui a trait à la prescription des psychotropes (Tinsley, Shadid, Li, Offord, & Agerter, 1998) et aux maladies mentales (Phongsavan, Ward, Oldenburg, & Jill, 1995).

Il existerait deux catégories de médecins: ceux qui prescrivent avant même que la personne âgée ait terminé d'expliquer son problème et ceux qui attendent d'avoir un diagnostic établi ou d'avoir de bonnes raisons de croire que le médicament sera bénéfique avant de prescrire (Barbeau et al., 1991; Simonson, 1984). D'ailleurs, il a été établi que les médecins qui prescrivent le plus de médicaments aux aînés sont ceux qui ont un volume de pratique élevé et qui ressentent une responsabilité limitée par rapport à leur clientèle (Cormack & Howells, 1992).

Plusieurs médecins répondent aux demandes des personnes âgées avec une prescription et ont l'impression d'avoir mieux répondu à la personne par le moyen des médicaments (McKim & Mishara, 1987), ce que Collin et collègues (1999) ont appelé la *valorisation de l'action*. Le médicament sert souvent, en effet, de conclusion à la consultation médicale d'une personne âgée (Barbeau et al., 1991). La prescription rend légitime la visite et le rôle du médecin dans la situation (Cormier & Trudel, 1990).

Dans le même ordre d'idées, le nombre excessif de patients dans les salles d'attente, la mauvaise relation entre le médecin et le malade et le manque de temps sont tous des facteurs qui peuvent agir sur la décision du médecin lorsqu'il prescrit un médicament (Barbeau et al., 1991). Des auteurs ajoutent que la pression de la part de l'aîné, l'inconfort de refuser, la crainte de perdre la clientèle et l'incertitude face au diagnostic représentent des éléments qui ont une influence sur la prescription que fait le médecin (Bradley, 1992; Collin et al., 1999; Schwartz, Soumerai, & Avorn, 1989). Toutefois, une étude récente montre que dans 80 % des cas de prescription de psychotropes, c'est le médecin qui l'a proposé, sans que la personne âgée en ait fait la demande (Sleath et al., 1997).

Finalement, il est reproché aux médecins de ne pas offrir suffisamment de possibilités pour pallier la consommation de médicaments (Collin et al., 1999; Simonson, 1984). Les médecins sont plus enclins à répondre aux besoins psychologiques des personnes âgées par l'entremise des benzodiazépines que d'orienter le client vers une aide psychologique (McKim & Mishara, 1987). D'ailleurs, les médecins remettent en question les bienfaits de la psychothérapie pour les aînés (Cohen & Collin, 1997).

### **Les pratiques professionnelles du pharmacien**

Les pharmaciens ont une responsabilité importante dans la consommation des médicaments (Barbeau, 1990; MSSS, 1994). Des enquêtes ont démontré que l'intervention clinique des pharmaciens peut être profitable pour la santé des gens et pour les coûts du système de santé (MSSS, 1994, Mason & Colley, 1993). Les personnes âgées consultent fréquemment le pharmacien à propos des médicaments en vente libre ou au sujet des effets secondaires (Simonson, 1984). Les personnes âgées font confiance aux pharmaciens et leurs recommandations sont recherchées (Simonson, 1984). Toutefois, il semble que les pharmaciens ne soient pas utilisés à leur juste valeur. En effet, les compétences des pharmaciens devraient être plus utilisées dans le système de santé (MSSS, 1994). Les tensions qui existent entre les médecins et les pharmaciens seraient à l'origine de la sous-utilisation des pharmaciens. Le problème porterait sur la protection des champs de pratique (MSSS, 1994).

Par ailleurs, le lieu de pratique du pharmacien se répercute sur l'ampleur de son utilisation. Si les pharmaciens en centres hospitaliers s'avèrent consultés par les autres

professionnels de la santé et spécialement par le personnel des unités de gériatrie (MSSS, 1994), en revanche l'expertise des pharmaciens dans les pharmacies de quartier n'est pas aussi recherchée par les autres professionnels de la santé. Cependant, leur rôle auprès de la personne âgée y est accru (Assemblée Nationale du Québec, 1993).

D'autre part, le fait d'être pharmacien, ce qui comporte le rôle de promouvoir la santé et d'être en même temps propriétaire de pharmacie où les profits sont proportionnels à la vente de médicaments, a incité des chercheurs à s'interroger sur le désir du pharmacien propriétaire de diminuer ses ventes (Nuffield Foundation, 1986; Simonson, 1984). Aucune étude, à la connaissance de l'investigateur, n'a été menée dans ce sens, ainsi, ce type de propos demeure à un niveau de réflexion.

Enfin, la signification que le pharmacien se fait de la santé a un effet sur ses recommandations (Simonson, 1984). Par exemple, lorsqu'une personne âgée se présente pour un problème d'élimination intestinale, un pharmacien pourrait conseiller l'utilisation d'un laxatif tandis qu'un autre pourrait suggérer de faire de l'activité physique, de manger des fibres et de boire beaucoup d'eau.

### **Les pratiques professionnelles des infirmières**

Le rôle de l'infirmière dans la prévalence de la consommation de médicaments chez les personnes âgées est fondamental (Barbeau, 1990). Les médicaments prescrits "P.R.N." (pro re nata) qui signifie au besoin, sont souvent contrôlés par les infirmières en centres hospitaliers. Ainsi, une personne âgée peut consommer un médicament "P.R.N." pour dormir sans l'avoir demandé, l'infirmière ayant jugé que la personne en avait besoin (Simonson, 1984). Le type de personnalité de l'infirmière se répercute directement sur la consommation de médicaments (Simonson, 1984). Par exemple, une infirmière qui ne peut tolérer de voir une personne âgée souffrir d'insomnie sera plus encline à recommander un somnifère qu'une autre infirmière qui favorise la relaxation et les massages. Également, dans les établissements d'hébergement, les infirmières peuvent utiliser les somnifères pour s'assurer une nuit calme, sans qu'il y ait de réels problèmes de sommeil ce soir-là pour la personne âgée en question (Simonson, 1984).

Par ailleurs, l'étroite collaboration qui peut se développer entre les infirmières et les médecins qui pratiquent en équipe depuis plusieurs années favorise possiblement la

consommation de médicaments des personnes âgées (Simonson, 1984). En effet, beaucoup de prescriptions se font par appels téléphoniques entre le médecin et l'infirmière et plus la confiance est importante entre ces professionnels, plus le médecin acquiescera à la recommandation de l'infirmière (Simonson, 1984; Stevenson et al., 1989). Outre cela, l'infirmière peut intervenir de façon autonome pour diminuer la consommation de médicaments (Cabot, 1990; Jenkins, 1976). L'infirmière permet souvent de dépister les personnes âgées qui ont une médication non appropriée (Stevenson et al., 1989). De plus, l'infirmière donne des renseignements et des explications à la personne âgée et à son entourage sur la médication, ce qui peut améliorer grandement la compréhension et l'observance de la médication (Stevenson et al., 1989). Également, le rôle communautaire de l'infirmière peut favoriser la réduction des comportements à risque (Stevenson et al., 1989). Par exemple, une infirmière qui donne une conférence à un groupe de personnes âgées sur la non-observance du régime thérapeutique peut influencer les comportements futurs de ces gens. On constate justement que les études infirmières portent généralement sur le phénomène de la non observance (Butson & Fisher, 1997; Conn, Taylor, & Miller, 1994; Harper, 1984; Vermette, 1996).

Enfin, une étude suédoise récente démontre les avantages, pour une institution, de bénéficier des compétences d'un nombre suffisant d'infirmières (Schmidt, Claesson, Westerholm, & Svarstad, 1998). En effet, une équipe d'infirmières, dont le ratio infirmière/client est adéquat, diminue les risques de prescriptions non appropriées de psychotropes aux personnes âgées. Castle (1999) n'a cependant pas été en mesure de répéter ces résultats.

En somme, ces acteurs jouent effectivement un rôle dans la prévalence de la consommation de psychotropes. Toutefois, on ne connaît pas la force de la relation entre chacun de ces individus (acteurs), à l'exception du médecin, et la consommation de psychotropes. Ainsi, dans la recherche actuelle, le nombre de visites chez le médecin sera mesuré. En ce qui à trait aux autres acteurs, les participants vivent tous dans le même environnement. En effet, les participants proviennent de deux résidences et font remplir leurs prescriptions à la même pharmacie interne de la résidence et consultent les mêmes infirmières du bureau de santé. Il est peu probable que le rôle de ces individus change avec le début de l'intervention ou pendant celle-ci. L'influence de la famille sur la consommation des psychotropes des aînés s'avère pour sa part plus difficile à cerner



puisqu'elles sont toutes distinctes. De plus, le rôle de ces acteurs chez les consommateurs de psychotropes spécifiquement n'a pas été exploré. Dans cette recherche, il est possible que ces acteurs apparaissent dans les propos des participants lors des entretiens nous donnant ainsi un éclairage sur le rôle de ces derniers chez les utilisateurs de psychotropes.

### **L'influence des caractéristiques socio-démographiques, organisationnelles et des conditions de vie**

La section précédente a traité des attitudes et comportements entourant la consommation de médicaments chez l'aîné. Dans la prochaine section, les aspects objectifs et extrinsèques sont développés. Ces derniers peuvent influencer les attitudes et les éléments de subjectivité entourant la consommation de médicaments. Ces caractéristiques peuvent donc jouer un rôle dans la consommation des médicaments chez l'aîné. On entend ici les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques organisationnelles et les conditions de vie.

La prochaine section analyse donc les conclusions qu'on peut tirer des recherches menées dans ce sens. Prenez note que pour chaque facteur, la première partie traite exclusivement des médicaments généraux chez les personnes âgées et dans la population. La deuxième partie quant à elle, se concentre uniquement sur les recherches concernant la prise de psychotropes chez les aînés.

### **Les caractéristiques socio-démographiques**

Les caractéristiques observées sont l'âge, le genre, la langue parlée, l'état civil, le milieu économiquement défavorisé, le revenu et l'éducation.

#### **L'âge**

L'âge est une caractéristique fortement associée à la prévalence de la consommation de médicaments. Une recherche menée par le gouvernement des États-Unis (United States [U.S.], 1981) démontre, sans se préoccuper de la classe des médicaments, l'augmentation de la consommation de médicaments selon l'âge (tableau 2.1).

**Tableau 2.1**

Personnes ayant une prescription de médicaments selon l'âge

Âges	Pourcentage de personnes ayant au moins une prescription de médicaments
19 - 24	53,2 %
25 - 54	59,1 %
55 - 64	69,1 %
65 et plus	75,2 %

Les enquêtes de Santé Québec (Papillon, Laurier, Bernard et al., 2000) observent, également, cette réalité:

**Tableau 2.2**

Enquêtes sur les individus ayant consommé au moins un médicament selon l'âge

Âges	Enquête 1987	Enquête 1992-1993	Enquête 1998
0 -14	36,0 %	41,3 %	36,0 %
15-24	39,6 %	44,1 %	42,9 %
25-44	39,8 %	46,4 %	47,7 %
45-64	53,3 %	59,8 %	65,7 %
65 et plus	72,4 %	80,6 %	82,5 %

Le Conseil consultatif de pharmacologie (1992) a illustré cette différence quant à la consommation de benzodiazépines. Leurs résultats soutiennent que c'est entre 50 et 65 ans que la consommation est la plus importante. Toujours auprès de la population générale et de la consommation de psychotropes, il a été montré, au Canada (ECCAD, 1994), que l'avancement en âge augmente la probabilité de consommer des psychotropes (n=12 000). Une étude de Morgan (1983) a illustré les changements dans la prévalence de la consommation des benzodiazépines selon l'âge. Ces résultats diffèrent de ceux du Conseil consultatif de pharmacologie. Les études n'ont pas utilisé la même méthodologie. Le Conseil consultatif s'est inspiré des données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, alors que la recherche de Morgan est une revue de littérature sur le sujet de 1960 à 1982. Le tableau 2.3 témoigne de la croissance dans la consommation d'après la recherche de Morgan.

**Tableau 2.3**  
Consommation de somnifères selon l'âge

Groupe d'âges	Pourcentage du groupe qui consomme des somnifères
65 à 69 ans	15.4 %
70 à 74 ans	16.5 %
75 ans et plus	18 %

La relation entre l'âge et la consommation de psychotropes est bien évidente lorsque toutes les tranches d'âges sont prises en considération. Il faut noter que dans les recherches auprès des personnes âgées uniquement et en relation avec les psychotropes, les conclusions sont plus nuancées. Pérodeau et collègues (1992) démontrent que l'âge est la variable ayant la plus forte relation avec la consommation de psychotropes chez un groupe de personnes âgées (n = 94) composé exclusivement d'utilisateurs de cette classe de médicaments. Ces résultats indiquent que ce sont les jeunes aînés qui consomment le plus et non les plus âgés. Les résultats de Larose (1996) auprès de consommateurs et de non-consommateurs de psychotropes (n=549) nuancent ces conclusions. En effet, ces résultats indiquent que la consommation de psychotropes augmente avec l'âge mais seulement chez les femmes. Gustafsson et collègues (1996) observent (n=421) que ce sont les personnes âgées du groupe des 75 à 79 ans qui consomment le plus, mais uniquement chez les hommes. Toutefois, cette différence entre les âges est significative uniquement avec le groupe 85 à 89 ans (les groupes 80-84 ans et 90 ans et plus n'étant pas significativement différents). À noter que chez les femmes, ce sont chez les 85 à 89 ans que la consommation est la plus grande. D'autres chercheurs (Gleason et al., 1998) notent une augmentation de la consommation entre 65 et 79 ans et une réduction par la suite. Berg et Dellasega (1996) démontrent que la consommation de psychotropes augmente de 70 à 75 ans et diminue de 75 à 79 ans (n=743). Spore et ses collègues (1995) observent le même phénomène que les deux groupes de chercheurs précédents. Un groupe de chercheurs montre que la consommation de sédatifs-hypnotiques est fortement corrélée à l'âge, alors que les anxiolytiques n'y sont pas associés (n = 5222) (Taylor, McCracken, Wilson, & Copeland, 1998). Pour leur part, d'autres chercheurs (Allard et al., 1995; Dealberto, Seeman, McAvay, & Berkman, 1997; Paterniti et al., 1998; Reid, Christensen & Stergachis, 1990) n'ont pas obtenu de lien significatif entre l'âge et la consommation de psychotropes.

Stewart (1994) qui a suivi la consommation de psychotropes d'une cohorte de 2303 aînés sur 14 ans n'a pas observé d'augmentation au cours de son étude. Le conseil consultatif de pharmacologie (1992) indique que la proportion d'utilisateurs tend à augmenter avec l'âge; cependant, cette tendance plafonnerait à partir de 65 ans.

En somme, l'âge est un facteur de risque à considérer afin d'identifier les personnes susceptibles de débiter la consommation de psychotropes. Il ressort des résultats mentionnés ci-dessus que l'avancement en âge de la population générale augmente de façon évidente la proportion d'utilisateurs de médicaments généraux. En ce qui a trait aux psychotropes, le fait de vieillir augmente aussi la probabilité de consommer des psychotropes. Toutefois, le lien entre l'âge et la consommation de psychotropes chez les 65 ans et plus est moins supporté (Grossberg, Grossberg, 1998). Il semble donc que chez les aînés la relation entre ce facteur de risque et la consommation de psychotropes devra faire l'objet d'autres recherches.

### **Le genre**

Le genre de l'individu est un deuxième facteur qui a été étudié afin d'évaluer son rôle dans l'utilisation des médicaments. L'enquête de Santé Canada (Canada Health Survey, 1981) atteste cette différence au désavantage des femmes. Le groupe d'âge où la distinction est la plus évidente est celui des 25 à 44 ans, ce qui est probablement le résultat de la prise de contraceptifs oraux. En effet, 3,2 femmes pour un homme consomment des médicaments. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, le ratio se situe à 1,9 femme pour un homme.

Cette situation est la même pour la consommation des benzodiazépines. Des études soutiennent que les femmes consomment plus de benzodiazépines que les hommes dans la population en général (ECCAD, 1994; Isacson & Haglund, 1988; Santé Québec, 1988,1995; Verbrugge & Steiner,1985) et chez les aînés (Berg & Dellasega, 1996; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Stewart, 1994).

Des enquêtes chez les personnes âgées consommatrices de psychotropes sont arrivées aux mêmes conclusions (Larose, 1996; Ried, Johnson, & Gettman, 1998; Taylor et al., 1998). En effet, les femmes consomment significativement plus de psychotropes que les hommes ( $p < 0,01$ ). Une deuxième enquête montre que le pourcentage de personnes

âgées de 60 ans et plus au Québec qui consomment des benzodiazépines se situe, chez les hommes, à 13,2 % alors que le pourcentage chez les femmes est de 19,4 % (Santé Québec, 1988,1995). Outre ces études, la RAMQ (1995) établit que les femmes âgées ont significativement plus de prescriptions de psychotropes que les hommes du même groupe d'âges.

Toutefois, certaines études n'ont pas observé de lien significatif entre le sexe et la consommation de psychotropes (Allard et al., 1995; Harrington et al., 1992; Maniere et al., 1995; Pérodeau et al., 1992; Reid et al., 1990). Gustafsson et collègues (1996) n'ont pas observé de différences entre les hommes et les femmes pour le total de l'échantillon. Cependant, chez les 85-89 ans, les femmes en consommaient davantage.

Malgré la présence de résultats différents dans certaines enquêtes, il semble que la proportion de femmes qui consomment des psychotropes est supérieure à celle des hommes. Les causes de ces résultats contradictoires sont multiples: type d'échantillon, milieu de l'étude, fluctuation de l'échantillon, catégories de psychotropes et fenêtre temporelle de la collecte des données.

### **La langue parlée**

Une enquête canadienne a démontré que les francophones consomment plus de psychotropes que les anglophones (Canadian Health Survey, 1981). Toutefois, Pérodeau et collègues (1992), qui ont effectué la seule recherche répertoriée ayant évalué cette variable chez les personnes âgées, n'ont pas observé de relation entre la langue parlée (française et anglaise) et la consommation de psychotropes. La différence des résultats entre ces deux études peut être causée par le type d'échantillon de Pérodeau et collègues (1992). En effet, leur échantillon était composé exclusivement d'utilisateurs de psychotropes. La discrimination selon la langue est peut-être plus difficile à établir dans ce type d'échantillon ? Aussi, avec la taille de leur échantillon (n = 94) composé à 74 % d'individus d'expression française et de 26 % d'expression anglaise, les deux groupes se devaient d'être très différents pour qu'ils puissent obtenir une différence statistiquement significative. Enfin, avec le peu de recherches sur le sujet, le lien entre le fait de s'exprimer dans une langue ou une autre et la consommation de psychotropes demeure obscur.

## L'état civil

L'état civil est un quatrième élément qui a été fréquemment mis en relation avec la consommation des médicaments. Une recherche gouvernementale (MSSS, 1994) rapporte que la perte d'un être cher accroît la demande d'aide qui souvent se traduit par la consommation d'anxiolytiques. Aussi, le fait qu'une personne soit divorcée augmente la consommation de médicaments psychotropes en comparaison avec celles qui vivent dans une famille unie dans la population générale (Isacson & Haglund, 1988). C'est chez les 65 ans et moins que ce phénomène a été observé. Toujours selon cette étude, les gens récemment divorcés utilisent plus d'anxiolytiques, particulièrement chez les 55-64 ans.

Par ailleurs, les personnes âgées font souvent face à la difficulté de vivre seules à la suite du décès du conjoint, ce qui peut être porteur de stress. Chez les 65 à 69 ans, les veuves comptent pour 30 % et les veufs pour 6 % de la population générale (Desjardins, 1993). Les personnes âgées aux prises avec un problème de ce type ont souvent comme seul recours les médicaments (MSSS, 1994).

Toutefois, des résultats récents apportent une nouvelle vision du phénomène. Gustafsson et collègues (1996) démontrent que les hommes et les femmes mariés consomment plus de psychotropes. On doit noter que les personnes ayant vécu un deuil (chez les veuves) utilisent plus de psychotropes que les femmes mariées. Toutefois, dans le modèle final (LISREL), l'état civil n'est pas significatif. D'ailleurs, des recherches n'ont pas observé de lien significatif entre l'état civil et la consommation de psychotropes (Allard et al., 1995; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Larose, 1996; Reid et al., 1990).

Le lien entre l'état civil et l'usage de psychotropes chez les personnes âgées demeure lui aussi très ambigu. En fait, lorsque prise à sa plus simple expression, la relation entre le fait de vivre en couple ou non semble avoir de la difficulté à être supportée statistiquement. On constate que, lorsque l'hypothèse de la variable "état civil" est supportée, c'est lorsqu'un lien entre "solitude", "isolement", "deuil" et "état civil" est évalué. L'état civil devient alors une variable importante. Toutefois, la validité de la mesure n'est plus l'état civil, mais les relations sociales et les événements stressants. Ainsi, le rôle de l'état civil dans le phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées reste parsemé d'interrogations. La validité des mesures explique probablement ces résultats divergents.

### **Le milieu économiquement défavorisé / le revenu / l'éducation**

Le rôle de ces facteurs demeure nébuleux. Une recherche a démontré que l'utilisation d'anxiolytiques augmente avec le niveau d'éducation alors qu'une autre recherche a obtenu les résultats contraires (Simonson, 1984). Les hommes qui ont un salaire élevé consomment davantage que ceux ayant un salaire moindre et l'inverse a également été démontré (Simonson, 1984). Santé Québec (1988,1995) n'a pas montré de relation entre la consommation de médicaments généraux et le revenu. Par contre, Conn (1991) a observé une relation positive entre la consommation de médicaments en vente libre et le revenu. Les individus ayant un revenu élevé avaient davantage recours aux médicaments en vente libre.

Des recherches (Dealberto et al., 1997; Larose, 1996) n'ont pas observé de relation entre le niveau de scolarité et la consommation de psychotropes, tandis qu'Allard et collègues (1995) ont obtenu des résultats significatifs (relation négative). Isacson et Haglund (1988) indiquent que la relation entre l'usage des psychotropes et l'éducation n'est pas significative chez les 65 ans et plus. Pour leur part, Gleason et collègues (1998) observent que la consommation de benzodiazépines est plus importante chez ceux n'ayant pas complété 12 années de scolarité. Larose (1996) soutient que les participants qui ont régulièrement occupé un emploi consomment moins que ceux qui ont occupé des emplois occasionnels. Par contre, elle suggère que ce résultat significatif puisse être biaisé par la variable "sexe". En effet, 92 % des personnes qui indiquent avoir occupé un emploi constant sont des hommes. Également, Larose et Allard et collègues soutiennent qu'un faible revenu augmenterait significativement la consommation de psychotropes. Toutefois, Larose s'interroge sur la validité de sa mesure avec seulement un item. D'ailleurs, des chercheurs (Gustafsson et al., 1996; Gleason et al., 1998; Paterniti et al., 1998) n'ont pas attesté de relation entre les facteurs sociaux économiques et la consommation de psychotropes. Par contre, Gustafsson et collègues ont observé que l'utilisation de psychotropes est plus élevée chez les cols bleus retraités que chez les entrepreneurs autonomes retraités. À noter que le niveau socio-économique du consommateur de psychotropes modifierait toutefois, l'éventail des stratégies de résolution de problème utilisées pour faire face aux tracas quotidiens (Pérodeau et al., 1996).

En somme, les facteurs «milieu économiquement défavorisé / revenu / éducation» ne permettent pas de discriminer avec précision les consommateurs des

non-consommateurs de psychotropes. On peut penser, comme le suggère Larose (1996), que ces variables se confondent avec le genre. Aussi, elles se confondent probablement avec les relations sociales et la santé mentale (facteur qui sera analysé plus loin). En effet, la proportion de femmes sous le seuil de la pauvreté est plus importante et leur niveau de détresse psychologique est plus élevé (Santé Québec, 1995; Verhaeghe, Mets, & Corne, 1996).

### **Les caractéristiques organisationnelles**

Les caractéristiques organisationnelles comprennent la proximité des centres de santé, l'habitat, la méthode de remboursement des médicaments et la publicité.

#### **La proximité / le milieu de vie**

La proximité des centres de santé constitue un aspect qui a également été mis en relation avec les médicaments chez les personnes âgées. On estime que les individus souffrant de limitations physiques sont moins portés à se rendre à l'hôpital que ceux qui sont en bonne santé. Dans ce sens, si l'accès s'avère difficile aux centres de santé, cela peut entraîner une diminution de la consommation de médicaments, ou l'accroître, si plusieurs centres se trouvent à proximité (Simonson, 1984). Aussi, le manque de moyens de transport peut diminuer l'accès aux hôpitaux, ce qui peut agir sur la prévalence de la consommation de médicaments (Simonson, 1984).

L'endroit où une personne réside se répercute sur la prévalence de la consommation de médicaments. L'étude de Morgan (1983) a observé des différences entre les personnes âgées vivant à leur domicile par rapport à celles étant hospitalisées; 10 % des personnes âgées vivant à leur domicile consomment des médicaments, contre 54 % pour celles hospitalisées. Glazer & Zawadski (1981) soutiennent que les personnes âgées qui vivent dans une institution consomment 17 fois plus de médicaments que celles qui résident dans la communauté.

En ce qui concerne les psychotropes, ils sont, dans une majorité d'études, parmi les classes les plus prescrites en milieu institutionnel, si ce n'est la première (Maniere et al., 1995). L'étude de Clapin-French (1986) illustre sans équivoque l'importance de la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées vivant en centres



d'hébergement. En effet, 71 % des résidents des centres d'hébergement consomment, entre autres, des somnifères. Cette forte proportion de personnes âgées qui consomment des médicaments en centres d'hébergement et dans les hôpitaux serait causée par l'état de santé de ces personnes. En fait, les gens qui se retrouvent dans les institutions consomment plus de médicaments car leur état de santé l'exige (McKim & Mishara, 1987).

Larose (1996) démontre que le fait de vivre à la campagne diminue significativement le risque de consommer des psychotropes en comparaison avec le milieu urbain. On estime que 30 % des aînés vivant dans la communauté consomment des psychotropes (Allard et al., 1995; Larose, 1996) contre environ 60 % chez ceux en institution. Toutefois, il réside une variation importante dans l'usage de psychotropes en institution. Les pourcentages varient de 5 à 95% dans les recherches (Buck, 1988; Castle, 1999; Harrington et al., 1992; Lasser & Sunderland, 1998; Maniere et al., 1995; Ray et al., 1980; Riedel-Heller, Stelzner, Schork, & Angermeyer, 1999; Snowdon, Vaughan, & Miller, 1995; Snowdon, 1999; Spore, Mor, Hiris, Larrat, & Hawes, 1995). Dealberto et collègues (1997) observent également que la consommation de psychotropes s'avère plus répandue chez les aînés en institutions que chez ceux vivant dans la communauté. Toutefois, Buck indique que ce sont les caractéristiques des aînés et non le lieu de résidence qui influencent le recours aux psychotropes. En effet, les écarts entre ces différents pourcentages au niveau de la consommation de psychotropes en résidences serait le résultat du niveau d'autonomie des aînés vivant dans les résidences et des pratiques professionnelles (Castle, 1999).

### **La méthode de remboursement**

La méthode de remboursement des médicaments influence-t-elle la prévalence de la consommation chez les personnes âgées? Les individus qui possèdent une assurance personnelle pour le remboursement de leurs médicaments gèrent différemment leur consommation. Les médecins, les pharmaciens et le personnel soignant accepteraient davantage qu'une personne en consomme plus puisqu'elle peut se faire rembourser ses médicaments par une assurance (Simonson, 1984). Le médecin serait, en effet, plus porté à prescrire un médicament additionnel ou plus dispendieux à quelqu'un qui possède une assurance personnelle (Simonson, 1984). Une étude atteste que les gens qui possèdent une assurance-médicament consommaient plus de médicaments (Strandberg, Dawson, Mathieson, Rawlings, & Clark, 1980). À l'opposé, les gens qui ont un faible revenu et qui

n'ont pas d'assurance privée seraient moins tentés par l'utilisation de la médication. En effet, ces personnes questionneraient davantage les prescriptions de médicaments tant pour le coût des médicaments que pour leur utilité (Simonson, 1984). De plus, des recherches montrent que lorsque des bénéficiaires doivent assumer une plus grande part financière pour se procurer des médicaments leur consommation de médicaments généraux diminue (Hurley & Johnson, 1991; Johnson, 1990; O'Brien, 1989).

Toutefois, la situation est différente au Québec. Depuis août 1996, la Régie de l'assurance-maladie du Québec a instauré un nouveau régime d'assurance pour la population québécoise. Une étude soutient que ce nouveau régime aurait eu un impact sur la consommation de médicaments chez les personnes prestataires d'aide sociale (Blais, Couture, Rahme, & Le Lorier, 1998). Les résultats de cette recherche ont démontré une baisse significative en ce qui a trait à la consommation de corticostéroïdes en inhalation chez les assistés sociaux. Il n'y a pas de différence qui a été souligné en ce qui concerne les psychotropes. Plus récemment, Tamblyn (1999) dans son rapport final sur l'impact du régime général d'assurance-médicaments, a démontré que la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées a diminué à la suite de l'implantation du régime. Toutefois, la consommation de psychotropes chez les aînés représente le type de consommation qui a été le moins altéré par l'arrivée du programme. Cette baisse de consommation de psychotropes est associée à une réduction du nombre de visites chez le médecin. La chercheuse conclut que le régime a eu des effets bénéfiques sur la consommation de psychotropes chez les personnes âgées.

### **La publicité**

Les annonces publicitaires influencent possiblement la consommation de médicaments chez les personnes âgées. L'impact majeur entre la publicité et les personnes âgées se situerait surtout au plan de la consommation de médicaments en vente libre (Simonson, 1984). En effet, les compagnies pharmaceutiques se chargent de mettre sur pied d'importantes campagnes de publicité touchant les médicaments en vente libre. Toutefois, l'utilisation de ces médicaments n'est pas dépourvue de risques, spécialement pour les personnes âgées (Simonson, 1984). Par contre, il n'existe aucune donnée sur l'impact de ce type de publicité sur le recours aux médicaments en vente libre.

Par ailleurs, la publicité a probablement un rôle à jouer dans la consommation de

médicaments prescrits, même si son effet est encore indéterminé (Chren & Landefeld, 1994). On pense qu'elle a un rôle puisqu'il a été démontré que les compagnies pharmaceutiques ont investi 215 millions de dollars en publicité dans les revues scientifiques (Rogers, 1982). D'ailleurs, des chercheurs soutiennent que les médecins et les compagnies pharmaceutiques ont des liens importants. Des données récentes appuient ce lien. En effet, une étude française (Dubrana, 1999) démontre que dans ce pays, les compagnies pharmaceutiques ont investi pour leurs relations d'affaires avec les médecins 12 % de leur budget ce qui équivaut à 14 milliards de francs. Cette même étude démontre qu'en moyenne un médecin généraliste reçoit huit visites de représentants de compagnies pharmaceutiques par semaine. Les compagnies pharmaceutiques sont donc une source importante de renseignements de documentation pour les médecins. Toutefois, cette documentation est critiquée et même la neutralité scientifique de ces documents est questionnée (Orlowski & Wateska, 1992). Ainsi, il est raisonnable de croire que la publicité comporte des avantages pour les compagnies pharmaceutiques et qu'elle peut avoir un impact dans le phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées, quoique les données actuelles ne permettent pas d'identifier réellement la place que prend ce facteur dans le phénomène.

### **Les conditions de vie**

Les conditions de vie incluent l'apparition d'un problème de santé, le réseau social, les événements stressants, la perception de la santé et le nombre de visites chez le médecin.

### **L'apparition d'un problème de santé**

Il est logique que les personnes de plus de 65 ans consomment plus de médicaments que ceux des groupes d'âge plus jeune, puisque l'adulte moyen souffre de 1,1 problème de santé comparativement à 2,3 problèmes de santé pour les personnes âgées (Papillon et al., 2000). En fait, 78 % des personnes âgées sont aux prises avec au moins une pathologie (Tamblyn et al., 1994). Il a été établi que l'apparition de la maladie fait augmenter la consommation de médicaments (Conseil consultatif de pharmacologie, 1992, McKim & Mishara, 1987, Simonson, 1984). McKim, Stones et Kozma (1990) soutiennent que la gravité de la maladie est le meilleur prédicteur pour déterminer l'ampleur de l'utilisation de médicaments généraux chez les aînés en institution et vivant dans la communauté (n=600).

L'apparition d'un problème de santé n'a pas été étudiée avec l'usage des psychotropes. Par contre, on retrouve différentes études qui ont évalué des variables qui se rapprochent conceptuellement de l'apparition de la maladie. Paterniti et collègues (1998) n'ont pas trouvé de lien significatif entre la gravité de la maladie et l'usage de psychotropes chez les personnes âgées (n=1389). Pour leur part, Gustafsson et collègues (1996) démontrent que les aînés qui sont dépendants dans l'exécution des activités de la vie quotidienne sont de plus grands consommateurs de psychotropes que les aînés indépendants. Ces auteurs démontrent que la consommation de psychotropes des femmes est plus grande chez celles diabétiques et celles ayant un problème d'hypertension (non significatif chez les hommes). Pour leur part, les hommes âgés aux prises avec un problème d'arthrite utilisent davantage de psychotropes (non significatif chez les femmes). Les aînés des deux sexes vivant avec un problème d'angine consomment davantage de psychotropes. En conclusion, Gustafsson et collègues indiquent que l'apparition d'un problème de santé aurait une relation sur l'usage des psychotropes par l'intermédiaire de son effet sur la santé mentale. Pour leur part, Dealberto et collègues (1997) montrent que la prévalence de la consommation de psychotropes se trouve augmentée chez les participants présentant un problème médical. Enfin, Pérodeau et collègues (1992) n'ont pas soutenu de relation entre le nombre de pathologies et la consommation de psychotropes.

Il semble que l'hypothèse de Gustafsson et collègues (1996) soit plausible. Selon, ces chercheurs, l'apparition de la maladie serait un stresser et c'est l'impact de ce facteur sur la santé mentale qui influence le fait de consommer ou non un psychotrope. D'ailleurs, cette hypothèse est logique car, un médecin ne prescrit pas automatiquement de psychotropes à une personne diabétique, tout dépend de l'impact de cette affection sur l'individu.

### **Le réseau social**

Certains chercheurs indiquent qu'il y aurait une relation entre la consommation de médicaments et le réseau familial ou social (Robidas, 1987). Larose (1996) dans sa recherche n'a pas observé de liens significatifs entre les relations familiales et sociales et la consommation de psychotropes. D'autres chercheurs n'ont pas observé de lien entre le réseau social et la consommation de psychotropes (Gleason et al., 1998; Pérodeau et al., 1992; Reid et al., 1990).

Pourtant, Allard et collègues (1995) ont démontré que les relations familiales ont un lien avec la consommation de psychotropes, alors que les relations sociales n'en ont pas. Gustafsson et collègues (1996) présentent des résultats différents. Les hommes âgés recevant une visite une fois par semaine consomment plus de psychotropes que ceux recevant une visite une fois par mois, par contre, cela n'a pas été observé chez les femmes. À l'inverse, la présence d'un confident chez les hommes diminue le risque de consommer des psychotropes (non significatif chez la femme). Enfin, les aînés qui se plaignent d'isolement consomment davantage de psychotropes que ceux n'ayant pas exprimé un tel sentiment (ces résultats avaient été également obtenus par Eve et Friedsam [1981]). Toutefois, dans leur modèle final, le réseau social n'est pas significatif.

Les résultats obtenus par Gustafsson et collègues (1996) doivent être bien analysés pour saisir le sens de ces conclusions. De prime abord, le fait qu'un aîné reçoit souvent la visite d'un membre de sa famille consomme plus de psychotropes est contre l'intuitif. Toutefois, il se pourrait que cet individu soit en perte d'autonomie et c'est ce qui amène ses enfants à lui rendre visite plus fréquemment. Ainsi, c'est peut-être la santé mentale de cette personne en perte d'autonomie qui fait augmenter la mobilisation du réseau familial. La santé mentale serait le facteur central qui influence les visites familiales et la consommation de psychotropes. De plus, dans leur étude, les auteurs démontrent que ceux qui se plaignent d'isolement consomment davantage de psychotropes. Encore une fois, ce serait l'effet de l'isolement sur la santé mentale qui conduit à consommer des psychotropes. En somme, il semble ressortir de ces différents résultats que c'est probablement la santé mentale comme variable intermédiaire qui explique les résultats significatifs du réseau social. D'ailleurs, Allard et collègues (1995), ainsi que Gustafsson et collègues (1996) dans leurs modèles empiriques, identifient la santé mentale comme l'intermédiaire entre le réseau familial (isolement) et la consommation de psychotropes.

### **Les événements stressants**

Pérodeau et collègues (1992) soutiennent qu'il y a une relation entre les événements stressants et la consommation de psychotropes ( $p < 0,10$ ). Ce qui est surprenant dans leur résultat, c'est qu'un nombre élevé d'événements stressants se trouve associé à une plus faible consommation de psychotropes. Le conseil consultatif de pharmacologie (1992) suggère l'inverse, il indique que plus un individu est victime

d'événements stressants, plus il consommera de benzodiazépines. Enfin, Allard et collègues (1995) ne soutiennent pas de relation entre les événements stressants et la consommation de psychotropes.

Le rôle des événements stressants dans le phénomène de la consommation de psychotropes n'a pas été bien appuyé dans les recherches. Comme le démontre le modèle empirique de Allard et collègues (1995), les événements stressants ont un impact sur la santé mentale et ainsi, sur l'usage des psychotropes. Pérodeau et collègues (1992) n'ont pas obtenu de lien significatif, toutefois les caractéristiques de leur échantillon expliquent peut-être ces résultats. En effet, leur échantillon est formé de personnes très âgées (M=78 ans, ÉT: 7,8) qui sont suivies par un service de maintien à domicile et qui consomment toutes des psychotropes. Ainsi, de par leur âge et l'isolement, on peut croire que plusieurs des items de l'échelle des événements stressants ne sont pas susceptibles de s'être présentés durant l'année précédant l'entretien. Aussi, les événements stressants ont probablement un rôle important à jouer au moment où une personne âgée débute sa consommation de psychotropes, par contre lorsque l'aîné est déjà consommateur de psychotropes le rôle des événements stressants se trouve possiblement réduit. Néanmoins, les événements stressants demeurent une variable à étudier pour mieux en saisir le rôle dans le phénomène.

### **La perception de la santé**

La perception de la santé signifie l'auto-évaluation qu'une personne fait de sa santé. Selon des chercheurs, le fait de se percevoir en mauvaise santé est plus important, dans l'utilisation des médicaments, que le fait d'être malade (McKim & Mishara, 1987; Mishara & McKim, 1989). Dans certaines enquêtes sur la population (Santé Canada, 1995; Santé Québec, 1995), il a été démontré que plus une personne évalue sa santé de façon négative, plus cette personne présente de risques de consommer des médicaments généraux. En analyse secondaire des données de Santé Québec, cette relation s'est maintenue chez les personnes âgées et les médicaments généraux (Voyer, 2000).

En ce qui a trait aux psychotropes chez les personnes âgées, la perception de la santé aurait son importance pour comprendre leur recours (Robidas, 1987). Par exemple, Larose (1996) démontre dans son étude que c'est la perception de la santé qui montre la plus forte relation avec l'usage des psychotropes chez les personnes âgées.

Allard et collègues (1995) ont soutenu l'influence de la perception de la santé sur l'usage des psychotropes. Toutefois, les auteurs notent que le bien-être psychologique a une influence plus importante sur l'usage des psychotropes. Selon leur modèle empirique (Allard et al., 1995), c'est un faible bien-être psychologique qui conduit la personne âgée à consommer des psychotropes. Le bien-être psychologique, selon ce modèle, est influencé par les variables: perception de l'état de santé et les relations sociales. Gleason et collègues (1998) obtiennent des résultats à peu près semblables. Les consommateurs de benzodiazépines de leur étude ont évalué de façon plus négative leur état de santé que les non-consommateurs. Mais, la présence d'un désordre émotif ou nerveux était davantage associée à l'usage de benzodiazépines.

Gustaffson et collègues (1996) n'ont pas observé de relation entre la perception de la santé et l'utilisation de psychotropes chez les gens du troisième âge. Par contre, comme Allard et collègues (1995), ils soutiennent que la santé mentale est influencée par la perception de la santé et les relations sociales. À noter que plusieurs recherches ont soutenu l'association positive entre la perception de la santé et le bien-être psychologique (Gurin, Veroff & Feld, 1960; Langemo, Volden, Oechsle, & Adamson, 1990; Larose, 1996; Massé et al., 1998; Quinn, 1983).

Les résultats divergeants de Larose (1996) s'expliquent probablement par l'instrument de mesure ou l'item qu'elle a utilisé pour évaluer la satisfaction dans la vie. En effet, même en scrutant le rapport de recherche, on n'aperçoit aucun instrument de mesure sur la satisfaction avec la vie. Il semble qu'elle aurait utilisé une échelle de dépression pour représenter la satisfaction avec la vie, ce qui permet de comprendre ce résultat.

Ainsi, notre connaissance actuelle du rôle de la perception de la santé sur l'usage des psychotropes chez les personnes âgées comporte des limites. Par exemple, il est possible que le rôle de la santé mentale soit plus important que la perception de la santé dans le recours aux psychotropes pour les mêmes raisons que les variables suivantes: l'apparition d'un problème de santé et les événements stressants. En effet, une personne âgée qui commence à changer de perception face à sa santé fait suite à des pertes associées au vieillissement ou par l'apparition de la maladie. Cette perception négative conduit à une diminution de la santé mentale et cette dernière augmente la probabilité de

recourir à un psychotrope. Le phénomène inverse est possible, c'est-à-dire qu'une personne ayant une détresse psychologique élevée développe une perception négative de sa santé par de l'auto-dépréciation. Toutefois, l'hypothèse voulant que ce soit la perception de la santé qui entraîne une diminution du niveau de la santé mentale est mieux supportée dans les écrits (Allard et al., 1995; Gurin et al., 1960; Gustafsson et al., 1996; Harris, Pedersen, Stacey, McClearn, & Nesselroade, 1992; Langemo et al., 1990; Massé et al., 1998; 1998b; Misra, Alexery, & Panigrahi, 1996; Quinn, 1983).

### **Le nombre de visites chez le médecin**

Le nombre annuel de visites chez le médecin a une influence sur le nombre de prescriptions. Voyer (2000) démontre que le nombre de visites chez le médecin augmente le risque de consommer des médicaments généraux chez les personnes âgées. À noter que la détresse psychologique était un prédicteur plus important pour déterminer si l'aîné utilise ou non des médicaments généraux. D'ailleurs, il a été démontré que de 50 à 75 % des visites chez le médecin se concluent par la prescription d'un médicament (Gibson & Waldo, 1981; Soumerai, 1989; Williams & Cockerill, 1990). Les personnes âgées consultent en moyenne cinq fois par année un médecin (Simonson, 1984). Tamblyn et collègues (1994) indiquent qu'en 1990, les personnes âgées ont en moyenne visité huit fois le cabinet d'un médecin et uniquement 166 personnes âgées sur 63 298 (0,3%) n'ont pas eu de prescription. En fait, le nombre médian de prescriptions par participant âgé dans leur recherche est de 22. En outre, 48,5% des aînés ont eu une prescription d'un psychotrope. Il apparaît raisonnable de croire que plus une personne âgée consultera un médecin, plus elle augmentera ses risques de consommer des médicaments. De plus, ce risque s'accroît si la personne âgée consulte différents médecins (Simonsons, 1984).

En ce qui concerne les psychotropes, Gustafsson et collègues (1996) indiquent que le fait d'avoir visité un médecin au cours des trois derniers mois est associé à la consommation de psychotropes. Par contre, la santé mentale demeure une variable ayant un plus grand impact sur la consommation de psychotropes.

En somme, il est indéniable que le nombre de visites chez le médecin constitue un facteur considérable dans le fait de consommer ou non un médicament psychotrope. Le médecin comme on l'a indiqué est celui qui a le pouvoir de prescrire le médicament, ainsi, son rôle est central dans le phénomène.



### **Analyse critique des facteurs retenus**

Il est important de souligner que ces différentes caractéristiques n'ont pas été reconnues comme ayant une influence dans toutes les études. De plus, l'importance des facteurs influençant la consommation de médicaments généraux et de psychotropes est différente. Lorsque le médecin prescrit de l'insuline, il possède des indicateurs objectifs (la glycémie et le niveau d'insuline dans le sang) pour déterminer la prescription, alors que pour un antidépresseur, le médecin n'a pas de données objectives. En effet, il s'appuie sur des données subjectives, soit les propos du client. La classe de médicaments des psychotropes est effectivement une classe à part, car elle est la seule catégorie de médicaments qui repose essentiellement sur des données subjectives pour sa prescription. C'est sans doute ce qui explique et accentue la présence de pratique de prescription différente entre les médecins.

Enfin, comme il est soulevé ci-dessus et corroboré par des chercheurs (Mishara, 1997; Mishara & Legault, 1999), on ne peut déterminer l'influence réelle de chacune de ces caractéristiques en raison des résultats contradictoires. Afin d'éclaircir les résultats rapportés, le tableau 2,4 présente uniquement les recherches sur la consommation de psychotropes chez les aînés. Ce tableau ne se veut pas représentatif de toutes les recherches sur les psychotropes auprès des personnes âgées, mais seulement une illustration de la complexité du phénomène. De plus, une colonne indique quelles variables sont mesurées dans l'étude.

Le choix d'inclure ou non une variable dans la présente recherche ne repose pas seulement sur les résultats des études présentées dans ce tableau. Le choix de mesurer une variable ou non dépend de son influence potentielle sur la validité des résultats de la présente étude. Les données actuelles dans la communauté scientifique ne permettent pas d'établir un jugement sur la valeur de chacun de ces facteurs. La présence de résultats contradictoires, le type de population étudié, les différentes mesures utilisées ne sont que des exemples des causes probables de ces résultats si différents d'une étude à l'autre.

À noter que dans cette étude, la majorité de ces facteurs ne seront pas considérés. Premièrement, plusieurs de ces prédicteurs ont été identifiés comme étant importants dans des études transversales pour identifier le profil des utilisateurs de psychotropes. Ainsi, on

peut se questionner sur la pertinence d'inclure des facteurs tels que l'âge, le genre, l'état civil, le statut social, le revenu, la proximité des services de santé, le milieu de vie, la méthode de remboursement et la langue comme facteurs importants dans une recherche où tous les participants consomment des psychotropes. En outre, ces facteurs ne sont pas susceptibles de changer sur une période de 16 semaines.

**Tableau 2.4**

Comparaison des résultats de recherches pour plusieurs variables

Variables	Significatifs	Non significatifs	Mixtes	sera mesuré dans cette recherche ?
Âge	1	9	3	non
Genre	10	5	1	non
Langue parlée		1		non
État civil		5	1	non
Milieu économiquement défavorisé/ revenu/ Éducation	6	6		non
la proximité/ le milieu de vie	Non disponible (ND)	ND	ND	non
La méthode de remboursement	1			non
La publicité	ND	ND	ND	non
Apparition d'un problème de santé	1	2	1	non
Réseau social		4	2	non
Événements stressants		1	1	non
La perception de la santé	3	1		non
Nombre de visites chez le médecin	1			oui

Toutefois, la publicité est un biais historique possible; alors, le chercheur va s'assurer d'être attentif à toute campagne sur les médicaments durant l'intervention. L'apparition d'un problème de santé, qui est un facteur possible d'augmentation de la consommation de médicaments, pourra être évalué par le nombre de visites chez le médecin et lors des entretiens en profondeur. La perception de la santé qui a obtenu des résultats mixtes n'est pas incluse puisque son influence passe par la santé mentale qui sera évidemment mesurée (ce dernier point est clairement présenté lors de la présentation des facteurs sociodémographiques). Le réseau social n'est pas mesuré car certaines dimensions de la santé mentale s'intéressent justement à la sociabilité et à l'engagement social et l'intérêt de l'étudiant-chercheur se porte sur l'approfondissement du rôle de la santé mentale et non de l'évaluation d'autres facteurs sur le phénomène.

## La santé mentale, un prédicteur de choix

Il n'y a pas parmi les facteurs mentionnés ci-dessus, une variable prédictrice qui se démarque. Par contre, en ce qui a trait aux psychotropes, on sait que la santé mentale serait une variable fondamentale dans l'explication de l'utilisation de médicaments psychotropes. En fait, plusieurs auteurs ont soutenu la relation entre la santé mentale ou un concept jugé similaire (la satisfaction avec la vie, le moral, le bonheur, la dépression) et la consommation de psychotropes (Allard et al., 1995; Bourque et al., 1991; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Gustafsson et al., 1996; Hanlon et al., 1996; Huffine et al., 1989; Larose, 1996; Massé et al., 1998; Paterniti et al., 1998; Spore et al., 1992; Stewart, Marks et al., 1994).

À la lumière de résultats récents (Gustafsson et al., 1996; Massé et al., 1998;1998a;1998b), la santé mentale serait le concept le plus approprié pour prédire la consommation de psychotropes. En effet, la santé mentale, qui se compose d'une dimension du bien-être psychologique et d'une dimension de la détresse psychologique, représente un concept plus complet, puisque multidimensionnelle, et qui a prédit avec plus d'efficacité les consommateurs de psychotropes.

Ainsi, avec ce concept, il y a une plus grande appréhension de l'état psychologique d'une personne. Ce concept touche à une dimension positive, par le bien-être psychologique, et négative, par la détresse psychologique, de l'état psychologique. Il s'avère possible avec le concept de santé mentale, non seulement d'indiquer si la personne présente un haut ou un bas niveau du bien-être psychologique, mais de connaître son niveau de détresse psychologique, ce qui constitue un avantage certain (Massé et al., 1998).

La santé mentale semble être un concept plus adapté pour prédire la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Des résultats détaillés seront présentés en lien avec la santé mentale (bien-être psychologique et détresse psychologique) et les psychotropes. Cependant, la logique conceptuelle soutenant le choix d'en arriver à former le construit de santé mentale à partir du bien-être psychologique et la détresse psychologique est décrit.

## **Les définitions de la santé mentale et des concepts connexes**

La revue des écrits démontre que les psychotropes se trouvent associés avec plusieurs concepts psychologiques. Il existe une certaine confusion autour du concept de santé mentale. D'ailleurs, plusieurs chercheurs constatent que les concepts de bien-être subjectif ou psychologique, la santé mentale, le bonheur, la satisfaction avec la vie, etc., sont utilisés de manière interchangeable sans égard pour leur signification conceptuelle respective (Bryant & Veroff, 1982; Campbell, 1976; George, 1981; Sauer & Warland, 1982).

Dans les prochaines lignes, la signification de la santé mentale, du bien-être psychologique, ainsi que la détresse psychologique est présentée. Les raisons pour lesquelles la santé mentale se définit par ces deux concepts sont illustrées. Enfin, le moral, la satisfaction dans la vie et le bonheur (trois concepts reconnus pour agir sur la consommation de psychotropes) sont analysés dans le but de démontrer que la mesure de la santé mentale les inclut et que cette dernière est préférable.

### **Santé mentale**

Pour Stones et Kozma (1980), les instruments de mesure sur la satisfaction dans la vie, le bonheur et le moral sont trois indicateurs de la santé mentale. Pour Bradburn (1969), la santé mentale se rapporte au bien-être psychologique.

Himmelfarb et Stanley (1983) ont effectué plusieurs tests de validité et de consistance interne sur des instruments traitant de la santé mentale : l'affect (affect balance), le bien-être (general well-being), la satisfaction avec la vie (LSI-Z life satisfaction), la dépression (depression scale) et l'anxiété (trait-anxiety inventory). Il s'avère difficile de comprendre la signification de la santé mentale de ces auteurs par l'utilisation d'un nombre important et différent d'instruments de mesure.

De façon générale, on remarque que lorsque les chercheurs s'intéressent à la santé mentale, il y a toujours présence de mesures touchant des problèmes psychologiques ou de détresse psychologique (Bergin, 1983; Busfield, 1989; Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Fehring, Brennan, & Keller, 1987; Gartner, Larson, & Allen, 1991; Mickley, Carson, & Soeken, 1995; Miller, 1985; Payne, Bergin, Bielema, &

Jenkins, 1991; Thoits, 1983). Selon Pugliesi (1992), il existe deux moyens pour mesurer la santé mentale. La première vise le bien-être et la deuxième façon, la santé (maladie) mentale.

Certains auteurs ont mesuré la santé mentale par les capacités ou les habiletés intellectuelles ou sociales. Larson et Larson (1991) ont mesuré le fonctionnement psychologique pour évaluer la santé mentale. Johnson & Spilka (1991) ainsi que Raleigh (1992) ont observé la capacité de *coping* des participants comme indicateur de la santé mentale. Pargament et collègues (1988) vont dans le même sens en évaluant la résolution de problèmes.

Globalement, les propos des auteurs mentionnés ci-dessus sur la santé mentale indiquent que cette dernière se mesure par des dimensions positive et négative. Cela rejoint tout à fait les propos de Massé et collègues (1998, 1998a, 1998b) qui encouragent la mesure de la santé mentale par deux dimensions (positive et négative). Un certain consensus semble présent dans la communauté scientifique.

### **Le bien-être psychologique**

Les différentes significations attribuées au concept de bien-être psychologique prennent pour origine de nombreuses théories et de conceptions philosophiques. Les thèmes qui ont inspiré les théoriciens proviennent des philosophes qui s'intéressent à l'autodétermination, la maîtrise, l'excellence, l'éthique et l'amour (Becker, 1992; Mill, 1873; Russell, 1930; Ryff & Singer, 1996; Summer, 1992; Waterman, 1993). Le concept de bien-être psychologique a aussi été sous l'influence de théories. Par exemple, la théorie sur le bien-être au travail (Hertzberg, 1966); les théories cognitives (Andrews & McKennell, 1980; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961; Stock, Okun, & Benn, 1986); les théories sur le soutien social (Barrera, 1988; House, 1981; House & Kahn, 1985; Pearlin, 1985); les théories sur les croyances (Paul, 1978); les théories psychodéveloppementales telles que celles de Erikson, de Bühler, de Neugarten (Ryff, 1995); les théories de psychologie clinique telles que celles de Maslow, Rogers, Jung et Allport (Ryff, 1995); les théories en santé mentale telles que celles de Jahoda et Birren (Ryff, 1995); la théorie des interactions sociales (Adams, 1967); la théorie des stades de développement de Piaget (Burgener & Chiverton, 1992); enfin, la théorie de l'activité conservée (Havighurst & Albrecht, 1953) et la théorie du désengagement social

(Cumming, Dean, Newell, & McCaffrey, 1960) provenant de la discipline de la gérontologie ont influencé la conception du bien-être psychologique. Les auteurs ne précisent pas l'impact particulier de chaque théorie sur la conceptualisation du bien-être psychologique.

Bradburn (1969) est celui qui est reconnu pour avoir été le premier à définir avec plus de précision le bien-être psychologique. Il a soulevé le manque de mesure du sens positif du concept. Pour Bradburn, les sentiments intérieurs tels que le sentiment de compétence, l'estime de soi, les relations affectives, l'optimisme et le bonheur constituent des dimensions clés, le bien-être psychologique étant la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs.

Pour Bryant et Veroff (1982) le bien-être psychologique se définit par le sentiment d'être bien, la perception de soi, les symptômes de détresse et l'adaptation de la personne au mariage, au rôle de parent et au travail. À la même époque Andrews et McKennell (1980) suggèrent de distinguer les dimensions émotive et cognitive pour définir le bien-être psychologique. Pour eux, la cognition joue un rôle aussi important que l'affect dans l'évaluation du concept. En effet, pour eux l'évaluation cognitive de la personne face à ses buts et sa vie est importante pour déterminer le bien-être psychologique.

Le concept semble s'être stabilisé pendant les années suivantes. Les chercheurs utilisaient une ou toutes les dimensions des définitions ci-dessus. Cependant, des ajouts se faisaient au concept par moment, sans que la communauté scientifique ne les adopte rapidement. Par exemple, Paul (1978) soutient que les croyances devraient faire partie d'une dimension du bien-être psychologique puisque les croyances sont déterminantes du bonheur d'un individu. Il suggère que les croyances irrationnelles (idéaux non réalisables) conduisent à une baisse du niveau de bien-être psychologique. Reich et Zautra (1981) soulignent et proposent que la notion de contrôle sur la vie soit une variable importante du bien-être psychologique. Pour sa part, Diener (1984) souleva l'importance d'intégrer des dimensions qui s'intéressent au travail, aux relations sociales et au voisinage de la personne. Barrera (1988), Pearlin (1985) et House et Khan (1985) ont apporté à l'attention des chercheurs l'importance du soutien social. Selon eux, le réseau social influence considérablement le bien-être psychologique d'un individu.

Deux groupes de chercheurs offrent des définitions pour expliquer le bien-être psychologique. Rousseau et Dubé (1993) ont proposé quatre dimensions pour expliquer le bien-être psychologique. La première dimension se rapporte aux caractéristiques personnelles (âge, état civil, mode de résidence, enracinement, homogénéité d'âge). La deuxième dimension concerne le stress personnel et environnemental (la perception de la résidence, du quartier, de la santé et du revenu). La troisième dimension est le facteur cognitif (système de croyances). La dernière dimension s'intéresse aux variables relationnelles (satisfaction du soutien, soutien émotionnel, réseau total, fréquence des rencontres et soutien instrumental).

Ryff (1995) propose que le bien-être psychologique soit composé de six dimensions. Le tableau 2,5 présente les six dimensions. Une personne qui répond positivement aux six dimensions affichera un haut niveau de bien-être psychologique et inversement.

Les définitions qu'on retrouve dans cette section ont toutes été élaborées d'une manière déductive. Par la suite, les chercheurs réalisent des validations empiriques pour déterminer la variance expliquée et sa structure factorielle. Dans ce sens, la validité du concept n'est pas nécessairement améliorée. McDowell et Newell (1987) soulignent que la plupart du temps les chercheurs se préoccupent davantage de la compréhension des items par les participants que par le concept lui-même. Massé et collègues (1998) soulèvent eux aussi que trop souvent le contenu des instruments de mesure du bien-être psychologique est défini par des groupes d'experts. Par ailleurs, à l'exception de Ryff (1995), les définitions, ci-dessus, du bien-être psychologique se composent d'au moins une dimension négative (anxiété, dépression, agitation, frustration). Or, il est maintenant reconnu que le bien-être psychologique doit s'évaluer à partir de dimensions positives exclusivement (Diener, 1994; Massé et al., 1998;1998a; Ryff, 1995; Veit & Ware, 1983).

**Tableau 2.5**  
Le bien-être psychologique selon Ryff

Dimensions	Définitions
Acceptation de soi	Attitude positive envers soi, reconnaissance et acceptation des multiples facettes de soi, incluant les bonnes et mauvaises qualités, et se sentir bien avec son passé.
Relations avec les autres	Cette dimension signifie avoir des relations avec les autres qui soient chaleureuses, satisfaisantes et de confiance. De plus, l'individu doit être préoccupé par le bien-être des autres et être capable d'empathie, d'affection et d'intimité. Finalement, pour cette dimension, la personne doit comprendre le principe de donner et de recevoir dans les relations avec les autres.
Autonomie	L'autonomie représente l'autodétermination et l'indépendance. De plus, la personne doit être capable de résister aux pressions sociales afin de penser et de se comporter comme elle le croit. Également, les comportements doivent avoir origine de l'intérieur et la personne doit s'évaluer selon ses propres barèmes.
Maîtrise sur l'environnement	Cette dernière réfère au sentiment de maîtrise et de compétence pour gérer son environnement et de contrôler un nombre important d'activités externes. Aussi, cela signifie faire un usage efficace des opportunités et de choisir ou de créer des contextes profitables pour ses besoins et ses valeurs personnelles.
But dans la vie	En plus d'avoir un but dans la vie, la personne doit percevoir un sens dans sa vie présente et celle passée. Également, la personne doit avoir des croyances qui donnent un sens à la vie et avoir des objectifs dans cette vie.
Croissance personnelle	La personne a le sentiment et se voit s'épanouir, grandir et se développer. Elle est ouverte aux nouvelles expériences et elle a le désir de réaliser son plein potentiel. Elle remarque une amélioration de soi et de ses comportements avec le temps. Enfin, les changements qu'elle a effectués et qu'elle réalise semblent être influencés par la connaissance de soi et de son efficacité personnelle.

Massé et collègues (1998) ont développé un instrument de mesure sur le bien-être psychologique en prenant en considération ces deux éléments (procédé inductif et composé uniquement de dimension positive). Ils ont développé un instrument de mesure du bien-être psychologique à partir d'une banque initiale de signes de santé psychologique positive rapportés par des Québécois (n=195) de la région de Montréal. Les signes ont été identifiés à travers des récits de périodes de vie marquées par une bonne "santé psychologique". La méthode retenue pour former les dimensions du bien-être psychologique est une démarche mixte d'analyse thématique et de théorisation ancrée via l'intégration d'une démarche itérative et de comparaison constante (Massé et al., 1998). Cette démarche ethnosémantique initiale confère un haut niveau de validité de contenu à la liste de signes de bien-être retenus pour les analyses de fidélité et de validité concomitante tout en permettant une analyse originale des dimensions sous-jacentes au concept (Massé et al., 1998). Les items ont été formulés dans le respect du langage québécois populaire tout en demeurant intelligibles pour les francophones d'autres origines ethniques. Les six dimensions du bien-être psychologique sont les suivantes: (a) le contrôle de soi et des événements (14 items,  $\alpha=.91$ ), (b) le bonheur



(8 items,  $\alpha=.90$ ), (c) l'engagement social (6 items,  $\alpha=.78$ ), (d) l'estime de soi (6 items,  $\alpha=.84$ ), (e) l'équilibre (7 items,  $\alpha=.82$ ), (f) la sociabilité (6 items,  $\alpha=.83$ ). Une version abrégée a été construite (25 items) et a montré une corrélation de  $r=.98$  avec la version intégrale. La variance expliquée du bien-être psychologique est de 52,1 % (solution oblimin, extraction PAF) et de 63,4 % pour l'analyse en composantes principales (Massé et al., 1998). Les six dimensions de l'instrument de mesure se retrouvent dans le tableau 2.6.

**Tableau 2.6**

Le bien-être psychologique selon Massé et collègues

Dimensions	Définitions
L'estime de soi	se définit par le fait de se sentir en confiance, apprécié et aimé, utile, fier de soi et satisfait de ses réalisations.
L'équilibre	s'exprime au niveau émotif mais aussi au niveau des activités professionnelles et familiales.
L'engagement social	s'exprime à travers l'intérêt pour ce qui se passe autour de la personne et le goût d'entreprendre des activités.
La sociabilité	une propension à socialiser avec l'entourage dans l'humour, la joie tout en étant à l'écoute des autres.
Le contrôle de soi	un sentiment de contrôle de soi et des événements, de se sentir capable d'affronter de façon constructive et dans le calme les difficultés de la vie.
Le bonheur	le fait de se sentir bien dans sa peau, de jouir de la vie, d'avoir un bon moral et de se sentir en forme.

Les dimensions font référence à des composantes émotionnelles et cognitives (Massé et al., 1998). Enfin l'instrument, l'échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique (EMMBEP), doit être considéré comme un outil thermomètre sensible qui permet d'estimer la santé mentale positive considérée comme une dimension partiellement indépendante mais complémentaire de la santé mentale. Ces auteurs indiquent que cet instrument est parfaitement adapté pour évaluer des changements à la suite d'une intervention (Régie régionale de la santé et des services sociaux [RSSS], 1998). La deuxième dimension de la santé mentale, selon ces auteurs, est la détresse psychologique (Massé et al., 1998a).

### La détresse psychologique

La détresse psychologique se construit généralement à partir de listes de symptômes associés à des cas cliniques de dépression, d'anxiété et d'autres désordres psychologiques (Gotlib & Cane, 1989; Ilfeld, 1976; Santé Québec, 1988). Également, il y

a une grande proportion d'outils de mesure s'intéressant aux aspects négatifs de la santé mentale qui mesurent en réalité des concepts tels que le désespoir, la tristesse, l'anxiété, les troubles cognitifs, la démoralisation, la dépression, l'irritabilité, la somatisation, l'obsession, la compulsion et la perte de contrôle sur les émotions et les comportements (Gotlib & Cane, 1989; Massé et al., 1998b; Weissman, Myers, & Ross, 1988). Il n'est donc pas étonnant que certains chercheurs concluent qu'il n'y a pas de consensus sur la signification du concept (Gotlib & Cane, 1989; Weissman et al., 1988). Dans le même sens, Massé et collègues (1998b) soutiennent que la validité de construit et concomitante de la détresse psychologique, tel que proposée antérieurement, se trouve fragilisée par une faible validité de contenu (Massé et al., 1998b). Toutefois, une analyse en profondeur des données de Santé Québec (Préville, Potvin, Boyer, 1995) démontre l'influence d'un niveau élevé de détresse psychologique sur la présence d'idées suicidaires, la perception de la santé et l'état physique. Dans la même veine, Link et Dohrenwend (1980) ont soutenu l'importante corrélation entre la détresse psychologique et l'estime de soi, la tristesse, l'anxiété, la désorientation et l'absence d'espoir. Il semble donc que par le passé la détresse psychologique a affiché quand même une validité concomitante appréciable. Cependant, il semble pertinent, comme le suggèrent Massé et collègues (1998), d'améliorer la validité du concept de détresse psychologique.

Des chercheurs québécois s'accordent pour dire que les concepts de dépression et d'anxiété prennent une place centrale dans la détresse psychologique (Massé et al., 1998b; Préville et al., 1995). Cependant, Massé et collègues (1998b) soulignent que les items inclus dans ces instruments sont développés à partir de cas cliniquement lourds. Ainsi, lorsque ces instruments sont administrés à une population non clinique, la sensibilité de l'instrument en est beaucoup réduite et ainsi, ces instruments peuvent omettre de reconnaître des individus qui vivent une détresse psychologique plus légère (Massé et al., 1998b). C'est pour cette raison que Massé et collègues (1998b) ont développé un instrument de mesure de la détresse psychologique à partir d'une banque originale de manifestations de détresse psychologique qui garantit son ancrage dans l'univers culturel contemporain québécois. En effet, une étude ethnosémantique a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 195 résidents francophones de la région de Montréal. Lors d'entrevues semi-structurées, les participants ont décrit, en détail, un épisode de détresse vécu au cours de la dernière année. Les épisodes

couvrent l'ensemble du spectre de la gravité allant de l'épisode de quelques jours de déprime à la suite d'un événement de vie critique jusqu'à des épisodes de plusieurs mois traduisant, chez certains participants, un profond état de démoralisation, de stress ou d'anxiété. La détresse psychologique est composée de quatre dimensions: a) l'autodévalorisation qui réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et une tendance à s'isoler de son entourage; b) l'irritabilité / agressivité qui s'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage; c) l'anxiété / dépression couplée à un état de stress; d) un désengagement social associé à un désintérêt généralisé. Cet outil mesure la détresse psychologique à travers une profonde autocritique et une perte d'estime de soi, des sentiments généraux d'incompétence qui s'accompagnent à leur tour d'un désengagement face aux activités sociales. Le repli sur soi associé à l'autodévalorisation conduit à une démotivation puis à diverses manifestations de retrait social. L'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique ne comporte aucun item se rapportant à des désordres cognitifs. Les auteurs ont soumis la version finale de l'outil de la détresse psychologique à une population aléatoire stratifiée de 400 répondants parlant français de toutes origines ethniques et résidant dans la région de Montréal. Les résultats de l'analyse factorielle soutiennent les quatre dimensions. La dernière solution factorielle explique 52,1 % et 60,3 % pour l'analyse en composante principale. Les alpha de Cronbach se distribuent de 0,81 à 0,89. Enfin, les auteurs soutiennent que cet instrument de mesure (ce construit) a une grande capacité de prédiction pour divers dysfonctionnements, notamment la consommation de psychotropes (Massé et coll., 1998b). Ils démontrent que même une fois contrôlé pour divers facteurs sociodémographiques le risque de consommer des médicaments psychotropes est augmenté par trois fois lorsque la détresse psychologique est élevée chez un individu.

Enfin, à la lumière des résultats obtenus par l'échelle de détresse psychologique de Massé et collègues (1998b), des résultats de Larose (1996) et de Gustafsson et collègues (1996), il semble essentiel d'intégrer une mesure de la détresse psychologique dans cette recherche.

Ainsi, il apparaît souhaitable d'adhérer à la position de Massé et collègues (1998a) qui soutiennent et qui ont démontré que la combinaison d'une échelle de mesure du bien-être psychologique et d'une autre de détresse psychologique représente

le mieux la santé mentale d'une personne. De plus, cette combinaison permet de bien représenter l'état de santé psychologique des personnes de tous âges. Également, grâce à toutes les dimensions touchées par ces deux concepts et à la sensibilité des items, on obtient un portrait global de la santé mentale. En effet, l'évaluation de l'état psychologique est de type cognitif et émotif et touche aux aspects négatifs (détresse) et positifs (bien-être psychologique) de la personne (Massé et al., 1998). C'est pour ces raisons que cette mesure de la santé mentale (combinaison de la détresse et du bien-être psychologique) répond le mieux aux objectifs de l'étude. D'autant plus qu'elle a été construite pour être facilement administrée aux francophones québécois.

Outre cela, les auteurs ont démontré la relation étroite entre ces instruments de mesure et la consommation de psychotropes. Enfin, comme ils l'ont clairement démontré (Massé et al., 1998a) dans leur modèle LISREL, le bien-être psychologique et la détresse psychologique forment les deux dimensions du construit de santé mentale et ce dernier est lié à la consommation de psychotropes.

### **Le moral**

Le concept de moral a pris origine des sciences sociales et il était défini comme un sentiment de cohésion sociale, de motivation et d'engagement envers un groupe (George, 1981). Pour Stones et Kozma (1980), le moral se définit par la discipline et la confiance. Pourtant, il mesure celui-ci par les composantes suivantes: "l'absence de symptômes de détresse, la satisfaction de soi, la syntonie entre soi et l'environnement et l'habileté à lutter de manière appropriée tout en acceptant l'inévitable." (Lawton, 1972, p. 161, traduction libre).

Il est difficile de déterminer ce que signifie le moral puisque parfois il est vu comme étant une mesure affective; d'autres études l'utilisent comme une mesure cognitive de la qualité de vie. Également, la notion de temps n'est pas évidente; par moment, elle est présentée comme étant un état stable, alors qu'à un autre moment, elle est évaluée comme un sentiment transitoire face à la vie (George, 1981). L'utilisation de ce concept dans cette étude limiterait grandement les données que l'on peut aller chercher sur la santé mentale. De plus, cet instrument n'a pas la même validité que peut procurer la santé mentale tel que construite par Massé et collègues (1998a).

### **La satisfaction avec la vie**

La satisfaction avec la vie se détermine par l'évaluation générale des conditions de vie d'un individu. La comparaison entre les aspirations d'une personne et ses réalisations permet d'évaluer la satisfaction de vie d'un individu (Andrews & Withey, 1976; Campbell, Converse, & Rodgers, 1976; George, 1979). Pour Neugarten et collègues (1961) ainsi que pour Phillips (1986), la satisfaction dans la vie est un concept multidimensionnel se définissant par la vitalité, le courage, l'atteinte de ses objectifs, le concept de soi et l'humeur. Pour Stones et Kozma (1980), la satisfaction dans la vie se définit par l'atteinte d'une proportion importante des désirs significatifs de la vie.

Ce construit se rapproche, sur le plan conceptuel, du bien-être psychologique. Par contre, le bien-être psychologique, tel que mesuré par Massé et collègues (1998), comporte des items touchant aux aspects de la satisfaction dans la vie. Par exemple, deux dimensions du bien-être psychologique ont dans leur définition les expressions suivantes: "jouir de la vie" et "être satisfait de ses réalisations". Cependant, le bien-être psychologique va mesurer d'autres éléments de la santé psychologique qui sont très pertinents dans le cadre de cette étude (équilibre, engagement social et sociabilité). Ainsi, la santé mentale, avec ces deux dimensions, sera plus sensible et valide qu'une mesure de la satisfaction dans la vie.

### **Le bonheur**

Le bonheur représente une évaluation affective et subjective de la qualité de vie. Le bonheur est vu comme étant transitoire, susceptible de changer à court terme (Bradburn, 1969). Le bonheur se mesure par le sentiment de bien-être (heureux ou malheureux) et l'humeur (joyeux, triste et neutre) (Fordyce, 1988). Pour Stones et Kozma (1980), le bonheur se rapporte à une activité ou à un état dans la sphère des sentiments.

Le bonheur constitue une dimension du bien-être psychologique tel que mesuré par Massé et collègues (1998). Ainsi, le bonheur sera mesuré dans le cadre de cette recherche. D'autant plus qu'il est un construit sensible aux changements et reconnu par les Québécois comme étant une dimension du bien-être psychologique (Massé et al., 1998). À noter que McKim et collègues (1990) ont obtenu une corrélation de ,19 ( $p < 0,05$ )

entre une mesure du bonheur et les médicaments (toutes classes confondues) chez les personnes âgées dans la communauté.

### **La santé mentale et l'usage des psychotropes**

Dans les prochains paragraphes, les études pertinentes portant sur la relation entre la santé mentale (ou l'une de ses dimensions) et la consommation de psychotropes sont analysées dans le but d'identifier leurs forces et leurs faiblesses.

La recherche de Allard et collègues (1995) représente sans doute une de celles qui a le plus contribué à clarifier la relation entre le bien-être psychologique et la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Cette étude s'est réalisée auprès de personnes âgées consommatrices et non consommatrices de psychotropes vivant dans la communauté (n=500). Les résultats soutiennent l'hypothèse des auteurs voulant que le bien-être psychologique soit la variable ayant la plus forte relation avec la consommation de psychotropes. Le coefficient de corrélation entre le bien-être psychologique et les psychotropes se situe à  $r = 0,32$  ( $p < 0,001$ ). Leur modèle empirique composé de différentes variables dont les principales sont le bien-être psychologique, la perception de la santé et les relations sociales explique 13 % de la variance de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées.

Une critique face à cette enquête se rapporte aux instruments de mesure. En ce qui a trait à la variable dépendante, les psychotropes, il pourrait être questionné d'inclure les antipsychotiques dans la classe des psychotropes, car ce type de médicaments peut être administré pour des problèmes de confusion, de désorientation et d'agressivité (Garnier & Delamare, 1989). Ainsi, il est alors plus ardu de tenter d'expliquer l'usage de ces médicaments par le bien-être psychologique. La présence de problèmes mentaux serait possiblement un meilleur prédicteur pour ce type de médicaments.

Par ailleurs, le bien-être psychologique mesuré par le "Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGCMS)", dans l'étude de Allard et collègues (1995), ne constitue peut-être pas la mesure la plus optimale du bien-être psychologique (comme il l'a été suggéré plus tôt dans le texte). D'ailleurs, la limite de cette mesure provient non pas de l'étude de Allard et collègue, mais du fait qu'il n'y a pas eu de développement du

concept de moral par Lawton (1972). Ce dernier a initialement rédigé et tiré d'instruments existants cinquante items qu'il considérait reliés au concept de moral. Suite à deux analyses d'items, l'instrument a été réduit à quarante et un items, puis soumis à diverses études de validité et de fidélité. Le concept de moral se définit par l'absence de symptômes de détresse, la satisfaction de soi, la syntonie entre soi et l'environnement et l'habileté à lutter de manière appropriée tout en acceptant l'inévitable (Lawton, 1972, p. 161, traduction libre). Cette définition du concept de moral ne s'appuie sur aucun écrit conceptuel, théorique ou empirique. L'absence d'une validité solide ne permet pas d'établir avec précision la relation entre le bien-être psychologique et la consommation de psychotropes. L'utilisation de cet instrument de mesure dans la communauté scientifique repose sur ses qualités psychométriques au plan de la fiabilité (Lawton, 1972;1983; Liang & Bollen, 1983; Morris & Sherwood, 1975). Cet instrument possède effectivement des qualités psychométriques satisfaisantes, mais une faible validité. En connaissance des déficits dans la mesure de ce concept, il m'apparaît que le modèle de Allard et collègues (1995) offre un meilleur potentiel que peut le soutenir ses résultats statistiques ( $r=13,1\%$ ). En effet, puisque, malgré les instruments de mesure comportant des limites, le bien-être psychologique représente le meilleur prédicteur de la consommation de psychotropes de leur recherche.

Gustafsson et collègues (1996) ont réalisé une étude auprès de 421 personnes âgées vivant dans la communauté. Les résultats de leur recherche démontrent que deux variables présentent une influence sur la consommation de psychotropes, la santé mentale et le nombre de visites chez le médecin au cours des trois derniers mois. Toutefois, les auteurs notent que la santé mentale constitue la variable de l'étude qui montre le plus d'influence sur la consommation de psychotropes. La santé mentale a été mesurée par des symptômes psychiatriques et des manifestations de détresse psychologique. Les autres variables étant l'âge, l'état civil, le statut social-économique, le réseau social, les capacités physiques, l'état mental, les activités de la vie quotidienne, les maladies chroniques, la perception de la santé, les symptômes psychiatriques et le nombre de visites chez le médecin. La santé mentale étant sous l'influence de la perception de la santé, de la morbidité et de la solitude. La morbidité est évaluée par un index sur les maladies chroniques. À noter que dans leur modèle final, les caractéristiques sociodémographiques ne sont plus significatives.

Les limites de cette étude correspondent aux mêmes que celles de Allard et collègues (1995). Il est souhaitable que la mesure des médicaments psychotropes n'inclut pas les neuroleptiques car, comme il a été souligné, ces psychotropes sont prescrits pour des raisons différentes des autres types de psychotropes. Aussi, une limite de la mesure de la santé mentale porte sur l'absence de mesure des aspects positifs de la santé mentale. Ces deux aspects limitent notre connaissance de la force de la relation entre la santé mentale et les psychotropes.

Larose (1996) a également réalisé une recherche sur la consommation de psychotropes chez les personnes âgées vivant dans la communauté (n=549). Cette recherche démontre que la satisfaction dans la vie confère aux aînés une protection contre l'usage des psychotropes. Par ailleurs, cette recherche soulève que 33 % des consommateurs de psychotropes présentent un score élevé de dépression contre 13 % chez les non-consommateurs. Les limites de cette étude rejoignent celles des recherches mentionnées ci-dessus, c'est-à-dire la mesure de psychotropes et du concept de satisfaction dans la vie.

Massé et collègues (1998) ont développé un instrument de mesure sur le bien-être psychologique. Lors de la validation auprès d'un échantillon de 400 participants, les auteurs ont démontré que les personnes présentant un bien-être psychologique bas consomment plus de médicaments psychoactifs. Ce même groupe de chercheurs (Massé et coll., 1998b) a créé un instrument de mesure sur la détresse psychologique. La validation de cet instrument (n=400) démontre que le fait d'avoir une détresse psychologique élevée multiplie par trois le risque d'être consommateur de psychotropes.

Les deux études de validation de ce groupe de chercheurs appuient la relation entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Toutefois, ces études de validation ont été réalisées auprès d'un échantillon aléatoire stratifié représentatif de la population québécoise. Ainsi, on constate que seulement 13 % de l'échantillon est formé de personnes de 65 ans ou plus. Alors, cela ne permet pas d'estimer quel aurait été le résultat si l'échantillon avait été composé de personnes âgées exclusivement. Aussi, les psychotropes comprennent les neuroleptiques, ce qui affaiblit la relation entre la santé mentale et les psychotropes plus "légers" qui sont très majoritairement utilisés chez les personnes âgées vivant en communauté.



Pérodeau et collègues (1992) n'ont pas supporté l'association entre la détresse psychologique et la consommation de psychotropes chez un groupe de personnes âgées utilisatrices de médicaments psychotropes. Dans cette étude, la détresse psychologique a été mesurée à l'aide d'une échelle de symptômes psychiatriques qui n'appréhendent pas la sphère positive de l'état psychologique. Dans ce sens, il est possible que la prise en compte uniquement des aspects négatifs de l'état psychologique explique que ces chercheurs n'aient pas obtenu de relation statistiquement significative. Leur mesure de détresse (symptômes psychiatriques) pourrait peut-être s'avérer plus efficace pour un chercheur intéressé à prédire la consommation de neuroleptiques. Or, peu d'aînés vivant dans la communauté font usage de ce type de psychotropes.

Par ailleurs, la mesure de symptômes psychiatriques en comparaison avec une mesure de la santé mentale ne s'est pas montrée plus efficace pour discriminer les consommateurs des non-consommateurs de psychotropes dans les études antérieures. Ainsi, la force de prédiction de cette variable dans un échantillon composé uniquement d'utilisateurs de psychotropes se trouve réduite. On considère que c'est le fait de présenter une bonne santé mentale ou non qui distingue le mieux les utilisateurs des non-utilisateurs. Cependant, chez des utilisateurs uniquement, qui affichent probablement une santé mentale assez similaire (car c'est la variable qui les unit avec le plus de force), le rôle de cette variable, à l'aide de données transversales pour discriminer les grands consommateurs des petits consommateurs, devient difficile à établir.

Huffine et collègues (1989) ont démontré qu'une faible estime de soi et un bien-être psychologique bas ont une influence sur la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. La limite de cette étude se rapporte à la mesure des médicaments qui inclut plusieurs classes de psychotropes. McKim et collègues (1990) soutiennent aussi une relation entre santé mentale et les médicaments. En effet, une corrélation de  $r = 0,19$  ( $p < ,05$ ) a été obtenue entre une mesure de bonheur et de médicaments généraux chez les personnes âgées. Il est fort probable, que si ces chercheurs avaient mesuré uniquement les psychotropes, ils auraient obtenu un coefficient de corrélation supérieur. D'ailleurs, c'est probablement dû au fait que la moitié de leur échantillon était composée de personnes âgées en institution, qui sont reconnues comme étant d'importantes consommatrices de psychotropes, que la variable du bonheur est apparue significative.

Récemment, Gleason et collègues (1998) ont publié une étude qui est très similaire à ce qui prévaut dans les écrits présentement, c'est-à-dire une recherche qui se compose d'un échantillon d'utilisateurs et de non-utilisateurs de benzodiazépines, des variables habituelles (santé mentale, perception de la santé, âge, genre, etc.) et d'un devis transversal. Les résultats montrent que les consommateurs de benzodiazépines se disent moins satisfaits avec la vie et portent des sentiments plus négatifs face à leur vie. L'étude démontre que chez les consommateurs, il y a sept fois (ratio de cote 6,6; {5,09, 8,71}) plus d'individus déclarant avoir un problème émotionnel ou nerveux. Ces résultats appuient l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Toutefois, certaines limites doivent être prises en considération. L'échantillon présente des biais de sélection reconnus par les chercheurs, malgré sa taille imposante (n: 5 181). En effet, c'est seulement 57 % des sujets qui ont accepté de participer à l'étude et ces derniers diffèrent des non participants sur des variables fondamentales. Par exemple, les participants de l'étude rapportaient moins de problèmes émotionnels ou nerveux, étaient moins affectés par la maladie et évaluaient leur santé de façon plus positive que les non participants. Évidemment, ces différences limitent la portée des résultats. Par ailleurs, le devis transversal ne permet pas d'évaluer clairement la nature de la relation entre les benzodiazépines et la santé mentale. De plus, la mesure de la santé mentale comporte des limites. Elle est basée sur une seule question. On demande au participant si le médecin lui a déjà souligné qu'il souffrait d'un problème nerveux ou émotionnel. Or, il est possible que le médecin ne lui ait jamais signalé ou que le participant ne s'en rappelle pas et enfin aucune donnée n'est présentée quant à la fiabilité et la validité de cette mesure.

Dealberto et collègues (1997) ont réalisé une recherche avec un devis permettant d'en apprendre davantage sur le phénomène. Ces chercheurs ont conduit une recherche longitudinale de 6 ans auprès de personnes âgées vivant dans la communauté (n=2812). Ils ont mesuré à trois reprises à deux ans d'intervalles. Ils ont été capables de distinguer les facteurs associés au début de la consommation de psychotropes et les facteurs associés au maintien. Leurs résultats démontrent que c'est le niveau de dépression qui permet de prédire avec le plus d'efficacité les nouveaux consommateurs des non-consommateurs. Aussi, c'est toujours le variable portant sur la dépression qui prédit avec le plus de force ceux qui sont des consommateurs à long terme. Le risque d'être un nouveau consommateur de psychotropes est de 2,78 ( $p < 0,001$ ) plus grand si une personne présente des symptômes de dépression, alors que le risque de consommer des

psychotropes sur une longue période est accru de 5,65 ( $p < 0,001$ ) si une personne est dépressive. À noter qu'une personne qui évalue négativement son sommeil présente 4,71 ( $p < 0,023$ ) plus de risque d'être une consommatrice de psychotropes à long terme.

Le protocole de leur recherche affiche certaines limites. D'abord, la mesure des symptômes de dépression même si elle est valide et fiable (CES-D) aurait possiblement avantage à s'allier une mesure du bien-être psychologique. Ensuite, ils incluent beaucoup de classes de psychotropes dans leur mesure des médicaments. Ils ont mesuré la consommation d'amphétamines, d'anticonvulsivants, d'antidépresseurs, d'antiparkinsoniens, d'anxiolytiques, de lithium, de neuroleptiques, de sédatifs-hypnotiques, et d'autres psychotropes (qu'ils n'identifient pas). Ces deux limites réduisent notre compréhension de relation entre la dépression et l'usage de psychotropes. Par ailleurs, les chercheurs, malgré qu'ils possèdent les données, n'ont pas présenté l'évolution de la dépression des consommateurs et leur niveau de consommation. On apprend toutefois que chez ceux présentant des symptômes de dépression le risque d'être toujours consommateurs de psychotropes à la deuxième mesure est important (5,65). Aussi, on soulève que le fait d'être consommateurs de psychotropes à la première mesure augmente le risque de 15 fois d'être consommateurs à la deuxième mesure. Ces résultats sont toujours établis en comparant les utilisateurs aux non-utilisateurs. Enfin, cette recherche permet d'approfondir notre connaissance du lien entre la santé mentale et la consommation de psychotropes.

La recherche de Paterniti et collègues (1998) s'inscrit dans la même lignée que les précédentes. Ces chercheurs ont analysé la relation entre l'anxiété, la dépression et l'usage des psychotropes chez les personnes âgées ( $n = 1389$ ). À l'image de Dealberto et collègues (1997), ils mesurent la santé mentale avec une échelle de dépression (CES-D) et d'anxiété (Spielberger Inventory Trait), des mesures qui appréhendent des états pathologiques de la santé mentale. De plus, ils incluent les neuroleptiques, les normothymiques dans leur variable sur les psychotropes. Enfin, leur devis est de type transversal. Malgré ces limites, ils montrent que la dépression (ratio de cote : 4,0) est la seule variable significative avec l'usage des psychotropes dans leur échantillon.

On constate que les résultats actuels démontrent une forme de relation entre la santé mentale et les psychotropes. Cependant, les conclusions présentent des limites qui

empêchent de saisir la nature de cette relation. Dans la même veine, le Conseil consultatif de pharmacologie (1992) tente de résumer et indique que, dans toutes les études sur les psychotropes, ce qui distingue les utilisateurs des non-consommateurs, c'est une souffrance psychique et une pathologie organique plus importante. Toutefois, ces chercheurs indiquent que le nombre de pathologies organiques, qui est un facteur chronique, ne justifie pas la prescription de psychotropes. En effet, un consensus existe sur le fait que des traitements de longue durée doivent être réservés à un nombre restreint de malades anxieux chroniques et souffrant de maladies invalidantes ou d'anxiété liées à une pathologie organique chronique et à des sujets âgés souffrant de troubles de sommeil chroniques pour lesquels le bénéfice d'un tel traitement justifie le risque (Conseil consultatif de pharmacologie, 1992; Ohayon & Caulet, 1995). Le Conseil conclut qu'un lien très clair existe entre la santé physique ou mentale et l'utilisation de psychotropes.

Depuis 1992, les écrits les plus récents démontrent que la santé mentale joue un rôle central dans le phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. D'ailleurs, ce constat est logique, car ce type de médicament est demandé lorsque l'aîné vit un problème "psychologique" et non, un problème de santé physique (Gustafsson et al., 1996).

Que ce soit l'étude de Allard et collègues (1995), de Gustafsson et collègues (1996) et de Larose (1996) ou celle de Pérodeau et collègues (1992), ces recherches ont utilisé des instruments de mesure qui appréhendent une seule dimension, positive ou négative de l'état psychologique, qui sous-estiment possiblement l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. En effet, les utilisateurs de psychotropes n'obtiennent pas ce type de médicament en raison de problèmes psychiatriques, mais plutôt lors de manifestations d'un "mal-être". D'ailleurs, on le constate par les études de validation de Massé et collègues (1998, 1998b) qui ne s'intéressent pas aux psychotropes et qui pourtant, obtiennent des résultats importants sur la prédiction de psychotropes par leurs instruments de mesure (bien-être psychologique et détresse psychologique). En fait, les items qui composent ces échelles ont été construits à partir du vocabulaire et des manifestations de "malaise" et de "bien-être" de la population elle-même, et cela représente davantage les propos tenus par les consommateurs de psychotropes dans le cabinet du médecin que des symptômes de désordres émotifs, neurologiques ou psychiatriques. En somme, même si

des études ont observé une relation entre des symptômes psychiatriques (Allgulander, 1989; Riska & Klaukka, 1984; Swartz et al., 1991; Weyerer & Dilling, 1991) et l'usage de psychotropes, ces relations apparaissent affaiblies par des instruments non appropriés qui omettent une large proportion d'utilisateurs de psychotropes qui les consomment en raison d'une baisse de la qualité de la santé mentale et non de problèmes psychiatriques. D'ailleurs, une thèse de doctorat récente (Guerette, 2001) vient d'appuyer cette assertion en démontrant que le bien-être psychologique est davantage associé à l'usage de benzodiazépines que la détresse psychologique chez des aînés vivant dans la communauté.

D'ailleurs, la majorité des psychotropes prescrits aux personnes âgées sont des tranquillisants mineurs, des antidépresseurs ou des sédatifs.

**Tableau 2.7**

Le type de psychotropes consommés selon les études

Recherches	Tranquillisants mineurs	Antidépresseurs	Sédatifs
Pérodeau et al., (1992)	79 %	15,6 %	ND
Allard et al., (1995)	65,4 %	12,6 %	38,4 %
Larose (1996)	64,3 %	12,3 %	23,4 %
Gustafsson et al., (1996)	79 %	15,6 %	ND
Dealberto et al., (1997)	51 %	18 %	12 %
Gleason et al., (1998)	73 %	ND	22,5 %

Par contre, les psychotropes (anti-psychotiques, neuroleptiques), visant des problèmes psychiatriques plus sévères, sont peu utilisés chez les aînés de, 1 à 10 % (Allard et al., 1995; Dealberto et al., 1997; Larose, 1996). Dans ce sens, on montre que de 30 à 50 % des dossiers médicaux des utilisateurs de psychotropes chez les personnes âgées n'affichent aucune note faisant état d'un problème de santé mentale (Burns & Kamerow, 1988; Beers, Avorn, Soumarai, Everitt, Sherman, & Salem, 1988). Tamblyn et collègues (1994) rapportent qu'en 1988, 1,1% des personnes âgées admises dans les hôpitaux l'ont été en raison de problèmes psychiatriques, alors qu'environ 35 % des personnes âgées vivant dans la communauté et de 60 à 90% de celles en résidences

pour gens du troisième âge consomment des psychotropes. Cela soutient l'hypothèse voulant que les psychotropes chez les personnes âgées soient davantage prescrits pour des malaises psychologiques plus "légers".

Par ailleurs, à la connaissance du chercheur, il n'y aurait aucune étude où la santé mentale, lorsque définie de façon multidimensionnelle ou à l'aide de concepts traités de façon similaire (satisfaction dans la vie, moral...), n'a pas été reconnue comme ayant une relation avec l'usage des psychotropes. Alors que les autres facteurs examinés plus tôt dans le chapitre n'ont pas été associés avec constance avec l'usage de psychotropes. Il faut donc privilégier l'étude de l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes.

À la lumière des dernières recherches réalisées auprès de grands échantillons (Allard et al., 1995; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Gustaffson et al., 1996; Massé et al., 1998;1998b; Paterniti et al., 1998), la santé mentale fait toujours partie des variables ayant la plus forte relation sur la consommation de psychotropes. Allard et collègues (1995) ont obtenu une corrélation de  $r=0,32$  ( $p<0,001$ ) et Gustafsson et collègues (1996) un  $r=0,63$  ( $p<0,033$ ). Massé et collègues (1998b) démontrent qu'un individu avec une détresse psychologique élevée montre 3,15 fois plus de risques d'être un consommateur de psychotropes. Ils démontrent (Massé et al., 1998) aussi qu'une personne avec un bien-être psychologique élevé a 58 % moins de risques d'être une consommatrice de psychotropes. Pour leur part, Paterniti et collègues (1998) rapportent qu'une personne âgée présente quatre fois plus de risque d'être consommatrice de psychotropes si elle manifeste des symptômes d'anxiété et de dépression (détresse psychologique). Dans la même lignée, Gleason et collègues (1998) démontrent que les consommateurs de benzodiazépines rapportent sept fois plus de problèmes émotifs ou nerveux que les non-consommateurs. Enfin, Dealberto et collègues (1997) montrent que le risque de devenir un consommateur de psychotropes est influencé par la présence de symptômes de dépression (Ratio de cote : 2,78;  $p<0,001$ ) et le risque d'être un consommateur à long terme se trouvent également influencé par la variable dépression (ratio de cote : 5,65;  $p<0,001$ ). On peut constater toutefois qu'il prévaut une variabilité significative sur la force de l'association d'une étude à l'autre. Cette variabilité n'est pas comprise actuellement autrement que par les différences méthodologiques mentionnées plus tôt.

Ces recherches établissent l'influence de la santé mentale sur le fait de consommer des psychotropes ou non. Il semble pertinent de prétendre que la relation entre ces deux variables serait plus grande si les chercheurs prenaient en considération le nombre de psychotropes utilisés (1, 2, 3, etc. de psychotropes consommés) ainsi que la fréquence d'utilisation (quotidienne plutôt qu'occasionnelle).

En somme, il apparaît que la santé mentale constitue une cible privilégiée de recherche pour comprendre la consommation de cette classe de médicaments chez les personnes âgées. De plus, la santé mentale représente une cible potentielle d'intervention pour réduire la demande en psychotropes chez les personnes âgées. Toutefois, en l'absence de théorie et en connaissance de limites soulevées, l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes devra être approfondie.

Par ailleurs, une stratégie originale est entreprise dans cette recherche afin de favoriser l'observation de l'association entre la santé mentale et l'utilisation des psychotropes. En effet, comme il est souhaitable que des changements se produisent au niveau de la santé mentale, il semble pertinent d'introduire une intervention qui est reconnue pour influencer sur la santé mentale des personnes âgées afin de pouvoir apprécier la dynamique entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Ce point est abordé en profondeur ci-dessous.

### **Le rationnel sous-tendant le choix de la manipulation pour modifier la santé mentale**

Dans la présente recherche, l'intervention recherchée vise la stimulation de la santé mentale et ainsi permettre d'observer la dynamique entre cette dernière et l'usage des psychotropes. L'activité physique en groupe a été retenue puisque sa relation avec la santé mentale a été maintes fois démontrée.

### **L'activité physique**

L'activité physique en groupe chez les personnes âgées est reconnue pour améliorer la santé mentale (Blumenthal et al., 1989; Brown, 1992; Caldwell, 1996; Casper, 1993; Cowper et al., 1991; Fujita, 1995; Gauvin & Spence, 1996; Judge et al., 1993; Langemo et al., 1990; Matinsen, 1990; McAuley & Rudolph, 1995; McMurdo &

Burnett, 1992; Mills et al., 1996; Netz & Jacob, 1994; Shepard, 1995; Stacey, Kozma, & Stones, 1985; Stephens, 1988). L'activité physique en groupe chez l'aîné est aussi reconnue pour améliorer l'état physique et physiologique (Fujita, 1995, Mazzeo et al., 1998; Roy & Andrews, 1991) le tonus musculaire, la flexibilité, la capacité cardio-respiratoire, l'endurance physique, stimule le retour du calcium dans les os et procure à la personne âgée une vitalité et un sentiment de bien-être important (Caldwell, 1996; Judge et al., 1993; Mazzeo et al., 1998). Aussi, elle est associée à une amélioration de l'estime de soi, l'image de soi et le concept de soi (Riddick & Freitag, 1984; Sonstroem & Morgan, 1989; Mazzeo et al., 1998; Morgan, 1985). L'activité physique chez les aînés accroît également la qualité du sommeil (Shapiro et al., 1984; Vitiello et al., 1996) et diminue les symptômes de la dépression et de l'anxiété (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1994; Casper, 1993; Coyle & Santiago, 1995; Gauvin & Spence, 1996; Mazzeo et al., 1998; Morgan & Goldston, 1987; Palmer et al., 1995; Ross & Hayes, 1988). D'ailleurs, des chercheurs démontrent que l'inactivité physique représente un facteur de risque pour les symptômes de dépression (Aenchenbacher, Dishman, & Tieman, 1991; Farmer et al., 1988).

Brown (1992) suggère que le fait que les chercheurs ne trouvent pas tous d'association entre l'activité physique et le bien-être psychologique, s'expliquent parfois par le niveau déjà très élevé de bien-être psychologique des participants rendant difficile l'obtention de résultats significatifs (effet de seuil). Emery et Blumenthal (1991), dans une revue critique, soutiennent que la relation entre l'activité physique et le bien-être psychologique n'est pas concluante dans toutes les études; cependant, ils affirment que, chez les personnes âgées, la relation ne fait aucun doute.

Dans une autre revue critique de la littérature, Casper (1993) conclut que les écrits soutiennent l'hypothèse voulant que la pratique de l'activité physique entraîne une augmentation du bien-être psychologique. Des auteurs concluent que lorsque l'activité physique n'a pas d'effet sur le plan affectif, dans les recherches recensées, ce serait probablement le résultat d'instruments de mesure inadéquats (Netz & Jacob, 1994). De plus, selon ces chercheurs, l'utilisation d'échelle de dépression ne constitue pas la meilleure mesure pour percevoir les changements qu'entraîne l'activité physique au niveau psychologique. Brown (1992), McAuley et Rudolph (1995) et McAuley (1994) vont dans le même sens et indiquent que lorsqu'il n'y a pas de relation entre l'activité physique et la



santé mentale un problème réside dans une des causes suivantes: mauvaise qualité du protocole de l'étude (Blankfort-Doyle et al., 1989), absence d'un groupe témoin, groupe non équivalent, longueur ou type de programme d'exercices inadéquats, petits échantillons, absence de mesure de suivi, problèmes d'attrition, absence de modèle théorique et dans la plupart des cas des instruments de mesure insatisfaisants. Brown (1992) appuie les propos des auteurs en ce qui a trait à la mesure. Il indique que le bien-être psychologique ne possède pas de définition conceptuelle consistante dans les recherches. En effet, il note que le bien-être psychologique se définit par n'importe quel concept qui va dans l'intérêt du chercheur. De façon générale, le bien-être psychologique se mesure par l'absence de symptômes négatifs (stress, dépression, anxiété), la présence d'un trait positif (estime de soi) et le fonctionnement cognitif (mémoire, temps de réaction) (McAuley & Rudolph, 1995). McAuley et Rudolph rapportent l'utilisation de 85 instruments de mesure dans 38 études pour mesurer le bien-être psychologique. Ils encouragent la mesure de la santé mentale de manière cognitive et affective et d'évaluer les aspects positifs et négatifs. Cette position est reconnue par Diener (1984). Toutefois, Massé et collègues (1998) et Ryff (1995) indiquent que le bien-être psychologique doit reposer uniquement sur des dimensions positives. Pourtant, dans une revue des écrits comprenant 81 recherches, les auteurs révèlent que parmi celles-ci, une seule avait comme cible des concepts autres que l'anxiété, la dépression, la personnalité, l'humeur et le concept de soi (Leith & Taylor, 1990). Massé et collègues (1998a) indiquent que l'idéal dans une recherche est d'associer le bien-être psychologique et la détresse psychologique pour mesurer la santé mentale. D'ailleurs, Gauvin et Spence (1996) qui ont analysé de façon critique 90 revues des écrits divisent le bien-être psychologique en ses dimensions les plus fréquentes pour mieux apprécier l'association entre l'activité physique et la santé mentale. Ces auteurs démontrent que l'activité physique diminue effectivement les symptômes de l'anxiété, de la dépression et la réaction aux stressseurs. Aussi, ils ont démontré que l'activité physique accroît le sentiment d'énergie, de vigueur, d'efficacité personnelle, d'estime de soi et d'émotions positives. On constate que le bien-être psychologique, tel que mesuré dans les sciences de l'activité physique, se rapporte davantage à un concept de santé mentale qui se compose d'une dimension positive et négative de l'état psychologique.

On regroupe six hypothèses (Casper, 1993; McAuley, 1991;1994; McAuley & Rudolph, 1995) pour expliquer l'association entre l'activité physique et la santé mentale. Il y a trois explications psychosociologiques et trois de type biophysiological.

Les trois hypothèses de type psychosociologique sont les suivantes. McAuley (1991;1994) et Brown (1992) suggèrent que (a) le fait de participer à un programme d'activité physique entraîne un sentiment de maîtrise, qui lui, conduirait à l'augmentation du bien-être psychologique, (b) Bahrke et Morgan (1978) soutiennent que la distraction entraînée par l'activité physique conduit la personne à oublier les tracas de la vie quotidienne, ce qui favoriserait un meilleure santé mentale (Brown, 1992), (c) enfin, la dernière hypothèse suggère que l'augmentation des relations sociales pendant l'activité physique développe un sentiment de bien-être (Brown, 1992; Gauvin & Spence, 1996; McAuley & Rudolph, 1995). Dans ce sens, Emery et Blumenthal (1990) démontrent que l'activité physique diminue le sentiment d'isolement et améliore la vie sociale, la vie sexuelle, la qualité du sommeil et la confiance en soi. D'ailleurs, des auteurs soutiennent que lorsque l'activité physique se réalise en groupe, l'effet de l'activité physique sur le bien-être psychologique est accentué (Clark & Watson, 1988).

D'autre part, on connaît trois hypothèses physiologiques qui appuient la thèse de l'effet de l'exercice sur le bien-être psychologique. La première hypothèse stipule que les monoamines du cerveau sont augmentés à la suite de la pratique de l'exercice (Biddle & Fox, 1989; Brown, 1992; Coverley Veale, 1987; Martinsen, 1990; Morgan, 1985; Spirduso, 1983; Toole & Abourezk, 1989). Les monoamines représentent un groupe d'amines, comprenant la sérotonine et les catécholamines (dopamine, adrénaline, noradrénaline), qui jouent un rôle dans le système nerveux central, rôle qui se rapporte essentiellement à la régulation du tonus émotionnel et aux phénomènes d'intégration communs à la vie relationnelle et à la vie végétative (Garnier & Dalamare, 1989). La deuxième hypothèse soutient que c'est l'augmentation du transport de l'oxygène, de la circulation sanguine et de l'utilisation de l'énergie de tout le corps qui induisent un sentiment de bien-être (Abourezk, 1989; Brown, 1992; Netz & Jacob, 1994). Enfin, la dernière hypothèse suggère que le relâchement des endorphines à la suite de l'activité physique, entraîne un sentiment de bien-être psychologique et une diminution de la dépression et de l'anxiété (Biddle & Fox, 1989; Brown, 1992; Morgan, 1985; Netz & Jacob, 1994; Spirduso, 1983).

L'investigateur note que les hypothèses psychosociologiques sont mieux soutenues dans les écrits. Dans ce sens, l'investigateur mise beaucoup sur les relations

sociales pour stimuler des changements au niveau de la santé mentale. D'ailleurs, l'activité de groupe seule favorise une meilleure santé mentale (Burnside & Schmidt, 1994). En effet, l'activité de groupe montre des effets multiples sur une personne. Entre autres, le groupe brise l'isolement, augmente le niveau d'estime de soi, soulage les symptômes de dépression, favorise un sentiment de réalisation, procure un sentiment d'intégration sociale, un sentiment d'appartenance, donne de l'importance à la vie, améliore la capacité à communiquer et procure des échanges satisfaisants avec autrui (Burnside & Schmidt, 1994, Cook & Fontaine, 1991). De plus, le groupe offre un soutien à la personne dans ses comportements (Cook & Fontaine, 1991).

Burnside & Schmidt (1994) font ressortir des lignes directrices pour s'assurer de la réussite de l'activité de groupe. Le leader du groupe doit: (a) encourager les membres à partager, (b) utiliser le terme "nous", (c) débiter les rencontres en démontrant les réalisations du groupe, (d) établir le contact avec chacun des membres du groupe, (e) démontrer et favoriser du respect entre les membres et enfin, (f) accepter les moments de rires, de relâchement et de détente.

De plus, la perception de la santé et les relations sociales, qui ont un impact sur la santé mentale (Allard et al., 1995; Gustafsson et al., 1996), sont grandement influencées par l'activité physique en groupe (Barrett & Watkins, 1986; Burnside & Schmidt, 1994; Gurin et al., 1960; Langemo et al., 1990; Webster, 1988).

### **Le type de programme**

L'intervention proposée comme manipulation (l'activité physique) a été étudiée abondamment chez les personnes âgées (Caldwell, 1996; Mills, 1994; Stevenson & Topp, 1990; Vitiello et al., 1996) et l'on sait que les personnes âgées retirent des bénéfices à pratiquer l'activité physique (Caldwell, 1996; Judge et al., 1993).

D'ailleurs, il existe peu de documents sur les effets néfastes de l'activité physique chez la personne âgée. Casper (1993) indique que les risques connus en lien avec l'activité physique sont: l'épuisement, la pratique compulsive de l'exercice, la dépression et l'isolement. Ces problèmes ont été observés chez des athlètes de pointe. Les risques de l'activité physique se manifestent surtout lors d'une activité physique vigoureuse (85% de la

capacité aérobie), alors qu'on suggère que l'activité physique modérée et légère ne comporte pas de risque (Rohan, 1997).

Les risques chez les aînés en lien avec l'activité physique vigoureuse se rapportent aux blessures découlant de mouvements répétés (tendinite), aux fractures, aux infarctus du myocarde et le décès (Mittleman et al., 1993, Rohan, 1997). On estime qu'une personne de 50 ans ou plus, sédentaire qui s'adonne à un exercice exigeant (haute intensité), risque d'avoir un infarctus du myocarde durant l'activité 1 fois sur 10 000, comparativement à 1 fois sur un million pour l'exercice léger (qui est un risque semblable à celui de l'inactivité). Ainsi, il n'y a pas de danger pour le système cardiaque à pratiquer de façon légère un programme d'activité physique. La mort subite due à l'exercice est un phénomène rare, mais on note l'accroissement avec la pratique d'exercice vigoureux (Rohan, 1997).

Les contre-indications à la pratique de l'activité physique chez la personne âgée sont: infarctus du myocarde récent, angine instable, arythmie, insuffisance cardiaque, hypertension, cardiopathie, asthme, douleur aiguë, chutes fréquentes et problèmes métaboliques non contrôlés (ex.diabète) (Mazzeo et al., 1998). En ce qui concerne les personnes âgées, plusieurs chercheurs indiquent que les avantages de la pratique de l'exercice physique surclassent et de loin, les risques qui y sont associés (Blair et al., 1989; Guralnik & Kaplan, 1989; Mazzeo et al., 1998; Powell, Thompson, Casperson, & Kendrick, 1987; Rohan, 1997). En effet, même s'ils ont mentionné plusieurs contre-indications, un groupe de chercheurs indiquent que la présence de maladies cardiorespiratoires, de diabète, d'ostéoporose, d'infarctus, de dépression, de démence, de problèmes rénaux, d'arthrite ou d'athérosclérose ne représentent pas nécessairement ni automatiquement des contre-indications (Mazzeo et al., 1998). Dans une revue des écrits (n=15) sur l'activité physique chez les 80 à 100 ans dans les résidences pour personnes âgées, aucune recherche ne rapporte de conséquences négatives chez les participants, que ce soit sur le plan cardiaque, respiratoire et métabolique (Mazzeo et al., 1998). Selon ces auteurs, la sédentarité constitue un risque plus grand que la participation à des programmes d'activité physique.

À noter que le terme "activité physique", qui est utilisé pour désigner l'intervention, est soigneusement choisi. En effet, il prévaut une distinction entre l'activité physique et l'exercice physique. L'activité physique signifie: "tout mouvement corporel issu du travail

des muscles squelettiques et qui engendre une dépense énergétique” (Casperson, Powell & Christenson, 1985; D’Amours, 1988). L’exercice physique implique la planification d’activités structurées (intensité, durée, fréquence) et répétitives, dont l’objectif est d’améliorer la capacité cardiorespiratoire et la condition physique (McAuley & Rudolph, 1995).

Or, les études récentes indiquent que les programmes légers d’activité physique (tel VIACTIVE adaptée) et les programmes modérés tels que celui de VIACTIVE de Kino-Québec (Kino-Québec, 1996) sont les plus appropriés pour les personnes âgées (Blumenthal et al., 1991; Caldwell, 1996; King et al., 1993; McAuley, 1991; Stevenson & Topp, 1990; Taylor & Driver, 1995). D’ailleurs, des résultats de recherches démontrent qu’il n’est pas nécessaire de faire de l’activité physique de haute ou de moyenne intensité et qu’il n’est pas essentiel d’inclure une partie aérobie dans un programme pour percevoir des changements au niveau psychologique (Blumenthal et al., 1989; Casper, 1993; Emery & Gatz, 1990; Netz & Jacob, 1994; Rohan, 1997; Taylor, Sallis & Needle, 1985) ou physiologique (Rohan, 1997). Gauvin et Spence (1996) et Mazzeo et collègues (1998) notent que la vitalité est autant atteinte par un programme léger que par un programme de haute intensité. Dans ce sens, McAuley et Rudolph (1995) arrivent à la conclusion que c’est peut-être la participation à un programme d’activité physique qui améliore la santé mentale (bien-être psychologique/détresse psychologique) et non l’amélioration de la condition physique. En effet, les auteurs rapportent plusieurs études (n=17) qui n’ont pas observé de relation entre l’amélioration de la condition physique et le bien-être psychologique. D’autres chercheurs ont également observé une amélioration du bien-être psychologique sans noter de changements biochimiques (Emery & Blumenthal, 1990; Hatfield, Golfarb, Sforzo, & Flynn, 1987; Mazzeo et al., 1998). Dans ce sens, Emery et Blumenthal (1991) indiquent que les relations sociales au moment de l’activité physique représentent un facteur important.

À partir des recherches recensées, McAuley et Rudolph (1995) soulignent que plus la durée d’un programme d’activité physique est longue, plus il est possible d’observer une amélioration du bien-être psychologique (les auteurs parlent de bien-être psychologique; toutefois, les études rapportées mesurent autant le bien-être que la détresse psychologique). Ils démontrent qu’un programme de 10 semaines et moins, à 50 % des chances de présenter un impact sur le bien-être psychologique. Les programmes de 10 à

20 et ceux de 20 semaines et plus présentent dans l'ordre 79 % (11/14 recherches) et 83 % (5/6 recherches) des chances d'augmenter le bien-être psychologique. McAuley et Rudolph attirent l'attention sur le fait que les recherches qui ont un programme d'une durée de 20 semaines et plus étaient de meilleure qualité car elles étaient composées de devis avec groupe témoin et d'échantillons de grandes tailles. Cette critique suggère que la différence entre un programme de 10 à 20 semaines et un de 20 semaines et plus est négligeable selon l'état actuel des connaissances. Par exemple, une étude a observé une diminution des symptômes de dépression après seulement 6 semaines d'activité physique (North, McCullagh, & Tran, 1990).

Dans leur revue de plus de 90 recensions des écrits, Gauvin et Spence (1996) indiquent qu'en moyenne les programmes sont d'une durée de 10 à 12 semaines, d'une intensité modérée à élevée et durent en moyenne 20 à 30 minutes par séance. La durée de 12 semaines ressort des écrits comme étant une durée "standard" (Emery & Blumenthal, 1991; Gauvin & Spence, 1996; Sinyor, Golden, Steinart, & Seraganian, 1986). La moyenne de 20 à 30 minutes par séance semble faire aussi consensus dans la littérature (Casper, 1993; Langemo et al., 1990; Mazzeo et al., 1998). La fréquence de trois séances par semaine est classique (Casper, 1993; Emery & Blumenthal, 1991; Mazzeo et al., 1998; McAuley & Rudolph, 1995; Taylor & Driver, 1995).

Par ailleurs, Gauvin et Spence (1996) et Rejeski (1994) notent que les personnes qui se sentent le mieux mentalement durant la période d'activité physique sont celles qui augmentent le plus leur niveau de bien-être psychologique. C'est dans cette ligne de pensée que des chercheurs indiquent que l'animateur doit encourager les individus à pratiquer l'activité physique à une intensité jugée plaisante par la personne (Dishman, 1994; Gauvin & Spence, 1996). Rohan (1997) indique que les personnes âgées qui pratiquent des programmes d'activité physique modérés et légers sont plus fidèles et assidues au programme. Il ajoute que les aînés sont plus assidus lorsque le programme d'activité a été développé spécialement pour ce groupe d'âge (comme VIACTIVE).

Outre cela, Blumenthal et collègues (1991) soutiennent que les personnes âgées qui présentent des problèmes de santé sont celles qui peuvent le plus bénéficier de l'activité physique. Gauvin et Spence (1996) indiquent également que, sur le plan des caractéristiques individuelles, un élément connu comme ayant une influence médiatrice

entre l'activité physique et le bien-être psychologique, est le niveau de bien-être psychologique (santé mentale) au début du programme. Les individus qui affichent un faible bien-être psychologique au début du programme sont ceux qui vont avoir la plus grande augmentation à la suite de l'activité physique. À cet effet, les aînés consommateurs de psychotropes sont reconnus pour avoir un bien-être psychologique bas et une détresse élevée (santé mentale).

La pratique de l'exercice physique chez les personnes âgées est maintenant très sécuritaire. Le moment de la journée où l'activité physique se pratique est un élément qui peut jouer sur les résultats (Taylor & Driver, 1995). On recommande de faire l'activité physique le matin ou l'après-midi pour ne pas perturber le sommeil (Taylor & Driver, 1995; Ouellet, 1996). Par conséquent, en connaissance des écrits les plus récents sur l'activité physique en gérontologie, il semble qu'un programme adéquat devrait se situer dans ces paramètres pour favoriser une stimulation de la santé mentale:

**Tableau 2.8**

Les caractéristiques d'un programme d'activité physique adapté aux aînés

Le type de programme	L'intensité	La durée	Le moment	Fréquence
Léger à modéré.	Selon la tolérance, l'activité doit demeurer plaisante.	20/30 min. pour 10-20 semaines (16).	Le matin ou l'après midi.	3 fois / semaine

La programme de VIACTIVE (Kino-Québec, 1997) correspond aux critères mentionnés ci-dessus. Le programme est présenté au chapitre trois et en annexe 1 et constitue l'activité de groupe à caractère physique sélectionnée pour cette recherche.

### **Synthèse des connaissances et contribution de la présente étude**

L'investigateur propose une recherche innovatrice dans le domaine de la consommation de psychotropes chez l'aîné. La revue de la littérature a soulevé six limites des recherches antérieures qu'il faut tenter de contourner. La première limite touche le devis de recherche. On devrait aller un peu plus loin que les devis prédictifs qui abondent dans l'étude des psychotropes. Ces devis prédictifs se ressemblent énormément puisqu'ils observent le phénomène toujours sous le même angle. D'une

étude à l'autre, ils obtiennent des résultats variables et on note que le devis utilisé explique possiblement ces résultats.

La deuxième limite se rapporte étroitement à la première car il s'agit d'une conséquence de l'utilisation continue de ces devis prédictifs, c'est-à-dire la présence quasi-exclusive de données transversales. Ce type de donnée, soumis à la fluctuation de l'échantillonnage, empêche une compréhension plus globale du phénomène. Ces dernières ont soulevé davantage de questions que de réponses puisqu'elles ne présentent pas de tendance convergente. De plus, ces deux limites résultent en une méconnaissance cruciale de l'évolution dans le temps de la santé mentale, de la consommation de psychotropes et de l'association entre ces dernières. Ainsi, on ne sait pas si l'état de santé mentale des consommateurs de psychotropes change ou s'il reste stable avec le temps. Or, il est fondamental d'identifier la trajectoire de la santé mentale pour examiner son importance chez les consommateurs.

Une seule étude du genre a été réalisée. Leurs données indiquent que l'usage des psychotropes diminue les capacités cognitives. De plus, les auteurs n'ont noté aucune amélioration de l'état cognitif avec l'usage des psychotropes (Berg & Dellasege, 1996). On peut se demander s'il y a un phénomène similaire pour la santé mentale chez les personnes âgées consommatrices de psychotropes. C'est-à-dire, est-ce qu'ils présentent une amélioration de leur santé mentale grâce à l'utilisation de psychotropes ? Est-ce que la santé mentale est stable ? Est-ce qu'elle évolue ? Aucune recherche portant sur des utilisateurs de psychotropes ne s'est intéressée au concept de santé mentale en prenant le facteur temps en considération. Outre cela, on ne connaît pas les habitudes de consommation de psychotropes sur une plus longue période. Toutes les études répertoriées font l'inventaire de la consommation des psychotropes des participants une seule fois pour tracer un portrait de la consommation. On sait que les personnes âgées utilisent des psychotropes pour une durée moyenne de 141 jours (Tamblyn et al., 1994). Par contre, on ne connaît pas le portrait réel de la consommation de psychotropes durant ces 141 jours. En fait, on ne connaît pas les habitudes de consommation des aînés utilisateurs de psychotropes de façon longitudinale. Ainsi, est-ce que la consommation de psychotropes est stable ou est-elle irrégulière ?



Mishara et MicKim (1993) indiquent également qu'on ne connaît pas vraiment les pratiques réelles d'utilisation des psychotropes. Cohen et Collin (1997) soulignent qu'on ne peut estimer avec précision le niveau d'utilisation de psychotropes en raison des différentes fenêtres temporelles utilisées dans les recherches. Certaines recherches évaluent la consommation à partir des données annuelles de la RAMQ; les enquêtes canadiennes l'évaluent à partir des 30 derniers jours et enfin, l'enquête provinciale, à partir des deux derniers jours. Toutefois, aucune de ces études n'évalue la consommation dans le temps chez un même échantillon.

Dans la même lignée, ces données transversales ne permettent pas d'apprécier la dynamique, s'il y a, entre la santé mentale et l'usage de psychotropes dans le temps chez les aînés consommateurs de ce type de médicaments. Alors, il faudrait observer si des changements au niveau de la santé mentale sont possibles et, dans l'affirmative, déterminer ce que cela entraîne sur la consommation de psychotropes et vice-versa. Le devis devrait permettre, dans l'optique où le niveau de la santé mentale se modifie, (mais pas la consommation de psychotropes ou inversement), d'approfondir notre connaissance du phénomène de la consommation. La prise en considération de ces limites conduit l'investigateur à suggérer une étude longitudinale. On prétend que par l'application de ce type de devis la rigueur du protocole de recherche dans l'étude de l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes est accrue.

La troisième limite que l'étude doit satisfaire pour favoriser l'avancement des connaissances concerne le type d'échantillon. Les recherches antérieures portaient habituellement sur des échantillons formés de consommateurs et de non consommateurs de psychotropes. Cet aspect a pour conséquence de produire des résultats uniquement comparatifs. On apprend sur les consommateurs de psychotropes de par leurs différences avec les non consommateurs. Comme il l'a été mentionné, la santé mentale représente un facteur prédicteur de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. La santé mentale constitue effectivement une variable qui permet de prédire avec le plus d'efficacité les aînés consommateurs des non-consommateurs. Toutefois, lorsqu'on s'intéresse uniquement aux consommateurs, on ne sait plus l'importance de la santé mentale. On ignore quel rôle elle joue. On ne connaît pas comment évolue la santé mentale chez les utilisateurs de psychotropes. Une connaissance longitudinale du niveau de santé mentale et de l'usage de psychotropes pourra établir si

l'association entre ces deux variables demeure toujours présente dans le temps chez les consommateurs. En bref, on ne connaît pas l'importance de la santé mentale chez des consommateurs de psychotropes exclusivement et particulièrement chez les utilisateurs de longue date (plus de 6 mois). Il semble donc prometteur d'étudier seulement les utilisateurs. La recension des écrits permet aussi de suggérer qu'en raison de la consommation à long terme des psychotropes qu'il devienne de plus en plus ardu de les distinguer des non consommateurs à partir des variables classiquement étudiées. Il semble nécessaire d'en connaître plus sur les consommateurs qui représentent, pour l'investigateur, le groupe sur lequel il interviendra ultérieurement. En conséquence, cette recherche portera sur les utilisateurs de psychotropes exclusivement.

La quatrième limite dont il faut tenir compte se penche sur la présence quasi-exclusive de données étiques. Les propos des aînés ont le potentiel de nous faire découvrir des éléments déterminants que les instruments de mesure actuels échappent. Il est effectivement essentiel de connaître les perceptions des aînés ainsi que la compréhension qu'ont ces derniers du phénomène de la consommation de psychotropes. Il apparaît capital de connaître davantage les perceptions des aînés utilisateurs de psychotropes sur leur usage quotidien de ces médicaments et sur les solutions qu'ils conçoivent pour contrer ce phénomène. On pourrait découvrir que les raisons pour lesquelles une personne amorce l'usage de psychotropes peuvent être différentes de celles pour lesquelles un aîné arrête de consommer. Toutefois, ces affirmations restent hypothétiques puisqu'il n'y a aucune recherche qui s'est intéressée au phénomène de cet angle. Par exemple, comme il l'a été illustré par Cohen et Collin (1997), la consommation de médicaments psychotropes chez les adultes s'apparente au phénomène de la toxicomanie de drogues illicites. Cependant, il n'y a aucune donnée similaire chez les aînés. En effet, les études présentes ne nous permettent pas d'évaluer quel rôle jouent les symptômes de sevrage dans le phénomène. Le sevrage désigne l'arrêt de l'administration ou de la consommation d'une substance (Cohen & Collin, 1997). La rechute, qui est souvent mentionnée lorsqu'on s'intéresse au sevrage, signifie le retour graduel des symptômes originaux pour lesquels le médicament avait été prescrit (Cohen & Collin, 1997). Le rebond, un troisième concept associé au phénomène de sevrage, se rapporte à l'expérience des symptômes de départ, mais de façon plus intense qu'avant la prise du médicament. Les symptômes de sevrage, pour leur part, sont de nouveaux symptômes liés exclusivement au retrait du médicament (Cohen & Collin, 1997). Par exemple, l'anxiété et

l'insomnie de rebond sont des phénomènes qui ont été associés à la réduction des anxiolytiques, et cela même lorsque le médicament a été consommé pendant une période de 4 semaines avec une même dose (Lader, 1994). Outre ces symptômes, on remarque des tremblements, des nausées, de la constipation, des difficultés à uriner, des maux de tête, une hypersensibilité aux bruits et aux odeurs environnants (Cohen & Collin, 1997). Ces symptômes se présentent pour les psychotropes de courte demi-vie et de longue demi-vie. Une recherche démontre même que les symptômes de sevrage se développent plus rapidement avec les psychotropes de courte demi-vie (Noyes, Garvey, Cook, & Suelzer, 1991).

Par contre, comme on le mentionnait, on ne sait pas, chez les aînés qui consomment des psychotropes et qui ont un niveau de santé mentale satisfaisant, si la peur des symptômes de sevrage représente un obstacle à l'arrêt de la consommation de médicaments. On sait toutefois que 71 % des utilisateurs de psychotropes dans la population en général désirent arrêter de consommer ces médicaments, mais la moitié de ces consommateurs redoutent d'arrêter en raison des symptômes de sevrage (Ettore, Klaukka, & Riska, 1994). Une recherche soutient que 50 % des femmes âgées souhaitent arrêter de prendre leurs sédatifs-hypnotiques, mais désireraient avoir une supervision (Tabloski, Cooke, & Thoman, 1998). C'est peut-être cette crainte des symptômes de sevrage ou la dépendance face aux psychotropes qui pousse 42 % des personnes âgées à demander un renouvellement de leurs prescriptions de psychotropes (Sleath et al., 1997). Or, des études récentes montrent qu'on peut cesser la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées avec succès (Gerety, Cornell, Plichta, & Eimer, 1993; Graves et al., 1997; Tabloski et al., 1998). Ainsi, lors des entretiens en profondeur, on sera à même d'observer si les participants âgés apportent cet élément comme une variable importante dans le phénomène. De ce fait, le protocole de recherche comprendra des entretiens en profondeur.

La cinquième limite qui se dégageait de la littérature concerne la mesure de la santé mentale. Il apparaît souhaitable d'utiliser une mesure de la santé mentale qui correspond davantage au type de malaise psychologique vécu par les aînés consommateurs de psychotropes. Les écrits suggèrent fortement que ces derniers font usage de psychotropes pour répondre à des malaises psychologiques correspondant à la santé mentale (bien-être psychologique et la détresse psychologique). Les résultats

des études antérieures suggèrent que les échelles de mesure de problèmes psychiatriques ne correspondent pas à la nature des malaises psychologiques des consommateurs de psychotropes. Les mesures de détresse psychologique et de bien-être psychologique représentent la forme de mesure à utiliser. En outre, les recherches passées ne renfermaient généralement que l'un ou l'autre de ces dimensions psychologiques ce qui limitaient la mesure des états psychologiques. Ainsi l'investigateur a choisi deux instruments de mesure de l'état psychologique à savoir le bien-être psychologique et la détresse psychologique ce qui est un avantage sur les études précédentes. Qui plus est, les deux construits psychologiques viennent d'être développés dans deux échelles de mesure adaptées à la spécificité de la population québécoise.

Enfin, la dernière limite concerne la mesure des psychotropes. La mesure des psychotropes perpétue un problème dans l'étude des médicaments car elle est hétérogène et souvent imprécise. Le manque de conformité entre les mesures de psychotropes rend difficile la comparaison des études. On qualifie certaines mesures d'imprécises car elles estiment davantage la consommation qu'elles ne l'évaluent réellement. Ces mesures imprécises comprennent celles qui nécessitent la mémoire des aînés et celles reposant sur les bases de données. L'investigateur contribuera malencontreusement au manque de conformité des mesures car il privilégie la précision de la mesure. Il va donc construire un instrument qui évaluera la consommation de psychotrope de façon hebdomadaire à partir du flacon même du participant. De plus, on doit exclure les neuroleptiques et les stimulants de la mesure des psychotropes chez des aînés consommateurs vivant dans la communauté car ceux-ci ne correspondent pas au type de molécule qu'ils utilisent. La prise en considération de chacune de ces limites devrait favoriser une avancée dans la compréhension du phénomène. Par ailleurs, cette recherche comprend un aspect original soit la présence d'une intervention de groupe visant à accroître la santé mentale des participants. L'inclusion de cette intervention favorisera l'examen de l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes.

Le fait de réagir à chacune des six limites des études antérieures devrait permettre de répondre avec rigueur aux questions de recherche. Le devis se bâtira en relation avec les questions de recherche et l'état actuel des connaissances. De la sorte, on pourra tracer une trajectoire de la santé mentale et de l'utilisation de psychotropes

chez des personnes âgées consommatrices. Également, la connaissance de ces trajectoires permettra d'évaluer l'association entre ces variables. Enfin, les perceptions des utilisateurs devraient offrir des explications et une compréhension nouvelle du phénomène.

Chapitre III :  
La méthode

Ce chapitre se compose des six éléments centraux de la méthode. Ces éléments sont le devis, le milieu et l'échantillon, les variables à l'étude et les instruments de mesure, la description de l'intervention, le déroulement des activités de l'étude et les considérations éthiques.

### **Le devis**

Cette recherche préexpérimentale est basée sur un devis longitudinal à mesures répétées. L'investigateur était intéressé par la trajectoire de la santé mentale et celle de l'utilisation des psychotropes chez des aînés qui consomment ce type de médicaments ainsi que par l'association entre ces deux variables dans le temps. Un devis de type longitudinal était donc indiqué puisque le but des recherches longitudinales est d'observer une entité à plusieurs reprises dans le temps afin d'en apprécier son évolution (Baltes & Nesselroade, 1979; Pedhazur & Pedhazur-Schmelkin, 1991).

Toutefois, pour examiner l'association entre les deux variables, il était souhaitable de favoriser un changement dans la santé mentale et c'est pour cette raison qu'une manipulation a été mise en place dans la présente étude. La manipulation visait uniquement à augmenter la probabilité d'observer une modification de la santé mentale et n'avait pas pour but d'évaluer l'intervention. Le devis est donc préexpérimental puisque la manipulation est sous le contrôle de l'investigateur sans procéder à une sélection aléatoire des participants et sans groupe témoin et il est longitudinal puisque l'étude comprend cinq mesures échelonnées sur 4 mois.

Pedhazur et Pedhazur-Schmelkin (1991) notent que la recherche longitudinale se réalise généralement avec des devis non expérimentaux. Pourtant, ces auteurs et Marco (1974) indiquent que les devis longitudinaux auraient avantage à être plus utilisés dans les recherches expérimentales, quasi-expérimentales ou préexpérimentales. L'introduction d'une manipulation favorise l'installation d'un dynamisme entre les variables à l'étude et par

conséquent, favorise l'identification des processus sous-jacents qui ne peuvent être évalués par un devis préexpérimental seul (Baltes & Nesselroade, 1979). D'un autre côté, il est possible qu'aucun changement ne se produise dans le temps entre des variables avec seulement un devis longitudinal. La combinaison de ces deux devis permet donc d'enrichir le devis proposé dans cette étude par les forces respectives et complémentaires mentionnées ci-dessus d'un devis longitudinal et préexpérimental.

L'étude s'échelonne sur 16 semaines et compte cinq temps de mesures à quatre semaines d'intervalle. Polit et Hungler (1995) indiquent que lorsqu'il est possible d'avoir plus d'une mesure dans une recherche, cela augmente considérablement la connaissance du phénomène à l'étude. Ainsi, la présence de cinq mesures permet de faire un pas dans la compréhension du phénomène. Le choix de cinq mesures se justifie par certains constats d'études antérieures. D'abord, la santé mentale et ses dimensions étant des concepts psychologiques, il était indiqué d'assurer un laps de temps entre les mesures pour qu'il puisse y avoir une modification de l'état psychologique. La littérature montre qu'on peut s'attendre à voir des changements à l'intérieur de 4 à 6 semaines (McAuley & Rudolph, 1995; North et al., 1990). On devait également préserver un intervalle de temps substantiel pour éviter que les participants ne puissent se rappeler leurs réponses aux questionnaires à la mesure précédente. On voulait aussi tracer un portrait fidèle de l'évolution des participants et 4 semaines d'intervalle a donc été retenus. Les écrits scientifiques ont documenté que 10 à 20 semaines d'activité physique représentaient le nombre de semaines nécessaires pour avoir une forte probabilité d'observer un accroissement de la santé mentale (McAuley & Rudolph, 1995). Prenant appui sur ces recommandations, un programme de 16 semaines apparaissait adéquat. Par conséquent, une mesure avant le début du programme et une mesure par intervalle de quatre semaines pour une durée de 16 semaines, ont conduit à la somme de cinq temps de mesures pour l'étude.

Par ailleurs, il est recommandé, lorsque possible, d'utiliser différentes méthodes de collectes de données pour augmenter la validité des résultats d'une étude (Burns & Grove, 1993; Polit & Hungler, 1995). Dans cette étude, l'investigateur, en plus d'administrer des questionnaires, a effectué des entretiens en profondeur à la fin de l'activité de groupe à caractère physique dans le but de connaître les perceptions des aînés utilisateurs de psychotropes.



## **Le milieu et l'échantillon**

Le milieu est formé de deux résidences pour personnes âgées. Ces résidences ont été aléatoirement sélectionnées parmi les 14 résidences situées sur le territoire de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Laval et qui répondaient aux deux critères de sélection. D'abord, le programme VIACTIVE de Kino-Québec ne devait pas avoir été instauré dans la résidence. En effet, ce critère permettait de réduire les chances d'avoir un effet de plateau (biais) lors de l'introduction de la manipulation. Le deuxième critère était que la résidence devait se trouver sur le territoire de la ville de Laval. Ces résidences sont reconnues pour être un endroit où la consommation de psychotropes est habituellement élevée.

La sélection de l'échantillon s'est réalisée en 2 étapes. La première étape a été de choisir aléatoirement deux résidences sur le territoire de la ville de Laval. Par l'intermédiaire d'une personne ressource de la RRSSS de Laval qui possède une connaissance qualitative des résidences du territoire de la ville de Laval, 14 résidences qui répondaient aux critères d'inclusion ont été retenues. L'investigateur a attribué un numéro à chacune des résidences. Il a tiré au hasard deux numéros d'une boîte contenant les 14 numéros. C'est par ce procédé que deux résidences furent sélectionnées pour la recherche.

Par la suite, l'investigateur a rencontré les directeurs de chaque résidence. Il a présenté le projet avec les lettres d'appui de la RRSSS de Laval et du comité d'éthique de l'Université de Montréal. Ils ont tous deux acceptés.

La deuxième étape de la sélection de l'échantillon se divise en trois phases. Il a fallu d'abord recruter des participants à VIACTIVE, par la suite, identifier, parmi les participants de VIACTIVE, des aînés utilisateurs de psychotropes pour la recherche et enfin, parmi ces consommateurs de psychotropes, 11 utilisateurs ont été recrutés pour former un sous-échantillon pour les entretiens profonds.

Lors de la première phase, il fallait intéresser et attirer les participants au programme de VIACTIVE et les premières stratégies ont été mises en place pour favoriser un nombre maximal d'inscription.

Les stratégies pour favoriser le recrutement dans un programme léger d'activités physiques sont nombreuses (Mills et al., 1996). La plus efficace demeure l'encouragement à la participation par un médecin connu du milieu (Hirsch et al., 1992; Mills et al., 1996). Le soutien de résidents influents est aussi souhaitable (Mills et al., 1996). Il est également suggéré de nommer l'intervention souhaitée sous l'appellation «un programme de promotion de la santé» au lieu d'un programme d'activité physique (Mills et al., 1996). L'investigateur s'est donc assuré d'avoir le soutien des personnes significatives c'est-à-dire les médecins et les infirmières du bureau de santé des résidences, le pharmacien de la résidence, le pharmacien adjacent à la résidence, le président du comité des loisirs et les propriétaires des résidences. De plus, lors de la publicité, ce programme a été présenté comme étant une activité visant la promotion de la santé.

Un plan de marketing rigoureux a été mis en place (annexe 2). D'abord, dès septembre 1998, une lettre d'information a été distribuée à chacun des appartements des deux résidences. Cette lettre informait les aînés que leur résidence avait été sélectionnée pour une recherche visant la promotion de la santé qui se tiendrait au début de l'hiver prochain et que cette recherche leur donnait l'opportunité de participer au programme VIACTIVE. Ensuite durant l'automne 1998, des conférences traitant de l'activité physique et de la sédentarité, du sommeil et de l'observance du régime thérapeutique ont été réalisées dans chacune des résidences. Les conférences étaient de type interactif afin de favoriser les contacts entre l'investigateur et les résidents. L'objectif consistait à créer un lien de confiance entre l'investigateur et les résidents. Durant cette même période, une deuxième lettre d'information sur la tenue prochaine d'une étude dans leur résidence leur a été acheminée. À quelques jours de la période des fêtes une troisième lettre les informait du début de VIACTIVE après le temps des fêtes. Au retour des fêtes, une quatrième lettre leur a été envoyée pour leur expliquer où s'inscrire (les infirmières du bureau de santé ont pris les noms) et quand le programme de promotion de la santé débutait. Dans cette lettre, il était mentionné que les médecins de la résidence ainsi que d'autres personnes clés encourageaient la participation.

Durant le mois de janvier 1999, les pharmaciens ont collaboré au recrutement en donnant une lettre de promotion de VIACTIVE à chacun des résidents qui se présentaient à leur pharmacie. De plus, pendant cette période, des affiches publicitaires géantes étaient placées à des endroits stratégiques de chaque résidence. Ces affiches annonçaient, entre autres, que l'activité était gratuite et que les 100 premières personnes inscrites auraient un chandail à l'effigie de VIACTIVE. Enfin, des kiosques ont été tenus par l'investigateur pendant deux jours dans chacune des résidences pour recueillir les inscriptions.

En se basant sur les expériences relatées dans les écrits, la taille de l'échantillon total attendue se situait à 15 aînés consommateurs de psychotropes. Le nombre de participants avait été fixé à quinze résidents en raison des difficultés bien documentées sur le recrutement de personnes âgées à une activité de groupe à caractère physique. De plus, cette embûche est encore plus importante lorsque le chercheur vise une clientèle cible telle que des fumeurs, des personnes obèses, des personnes souffrant de problèmes cardiaques et dans ce cas-ci des utilisateurs de psychotropes. En effet, à la lumière des études sur les techniques de recrutement, il apparaît que la proportion de personnes âgées qui adhèrent à un programme d'activités à la suite d'interventions soutenues de recrutement est de 2 à 23 % (King, Carl, Birkel, & Haskell, 1988; King, Haskell, Taylor, Kraemer, & DeBusk, 1991; Mills et al., 1996; Vogt, Ireland, Black, Camel, & Hugues, 1986). Il s'avère plus difficile de recruter des aînés sédentaires et c'est ce qui explique cette différence de pourcentage (Mills et al., 1996). D'ailleurs, lorsque les chercheurs s'intéressent à des sujets fumeurs ou des personnes obèses, le pourcentage d'efficacité se situe entre 1 et 12 % (Prochaska, 1992). Dans la présente étude, les personnes âgées sont sédentaires et doivent consommer des psychotropes, ces deux critères ne favorisent pas le recrutement. Mills et collègues (1996), dans leur recherche ont joint par téléphone les individus qui ont refusé de participer, 72 % d'entre eux ont souligné qu'aucune stratégie ne les aurait amené à participer au programme.

Ainsi, en considérant que les résidences qui ont été sélectionnées aléatoirement comptaient 275 résidents chacune (550 total) et qu'aux dires des pharmaciens de ces résidences, environ 50 % consommaient des psychotropes, un recrutement relativement efficace signifiait l'obtention d'environ (5 % = 13,5) 15 personnes âgées. Toutefois, il n'était pas assuré que ces 15 personnes accepteraient de participer à la recherche. Car,

participer à VIACTIVE ne signifiait pas que la personne âgée allait accepter de participer à la recherche.

Un total de 150 personnes âgées se sont inscrites à VIACTIVE. Ce résultat se trouve supérieur à ce qui était prévu selon les écrits. Si on avait obtenu 20 % des résidents, ce qui représente un recrutement optimiste selon les études antérieures, 110 personnes âgées se seraient inscrites. Or, 150 résidents représentent 27 % de l'ensemble.

**Tableau 3.1**  
Inscriptions à VIACTIVE

Résidence A	Résidence B
73 inscriptions	77 inscriptions

Par la suite chaque résident inscrit a été rencontré individuellement à son appartement. Lors de cette visite un premier questionnaire était administré pour évaluer les aptitudes de l'aîné à l'activité physique (Q-AAP) (annexe 3). Comme un item de ce questionnaire porte sur la consommation de médicaments, la personne dévoilait la totalité des médicaments qu'elle consommait. Par conséquent, il a été possible d'observer si elle prenait des médicaments pour lesquels la pratique de l'activité physique demandait une évaluation médicale et si elle consommait un médicament de type psychotrope qui constituait un critère d'inclusion.

D'ailleurs, pour participer à la recherche, les participants à l'intérieur de la résidence devaient répondre aux critères d'inclusion suivants: être âgé de 60 ans ou plus, être consommateur de médicaments psychotropes et comprendre le français. Deux critères d'exclusion ont également été établis afin d'assurer la validité de la recherche. Les personnes âgées qui devaient s'absenter pour plus d'un mois ou avec des troubles cognitifs (selon le personnel du bureau de santé) n'ont pu participer à l'étude.

Par ce procédé, 64 personnes âgées ont été identifiées comme étant consommatrices de psychotropes. Ce nombre correspond à un peu moins que la moitié des 150 participants potentiels, ce qui peut indiquer qu'il y a plus de 50 % de

consommateurs de psychotropes ou que les positions théoriques voulant que les consommateurs de psychotropes soient des gens isolés et qui s'intègrent peu, est à revoir.

**Tableau 3.2**

Nombre de consommateurs de psychotropes

Résidence A	Résidence B
31 consommateurs	33 consommateurs

Par la suite, les objectifs de l'étude ont été présentés aux participants. Une semaine de réflexion a été allouée. Après ce laps de temps, cinq participants de la résidence A ont été retirés ou ils ne pouvaient plus participer à l'étude. Les causes ou raisons évoquées sont : un décès, une maladie respiratoire trop importante et trois refus de participer (un ne voulait plus faire d'exercices, un par manque de disponibilité et l'autre ne voulait pas répondre aux questions). En ce qui a trait à la résidence B, deux personnes ont été retirées par l'investigateur car un participant présentait de la confusion et un autre était anglophone et un participant n'a pu participer en raison d'une hospitalisation. Ainsi, la recherche a débuté avec un total de 56 participants.

**Tableau 3.3**

Participants de la recherche

Résidence A	Résidence B
26 consommateurs	30 consommateurs

Un ensemble de moyens a été entrepris pour diminuer le plus possible l'attrition de participants. En effet, la présence de plusieurs mesures sur une courte période et le nombre important de séances d'activité par semaine rendaient ce phénomène d'attrition prévisible. Les stratégies étaient les suivantes : (a) avant chaque séance (48 séances dans le programme), tous les participants de l'étude étaient personnellement contactés par l'investigateur pour les encourager à se présenter à l'activité, (b) chaque participant portait son chandail à l'effigie de VIACTIVE pour favoriser un effet d'entraînement, (c) les participants pouvaient suggérer la musique pour le groupe, (d) l'investigateur a participé à quelques fêtes pour se rapprocher des gens, (e) les présences étaient prises à chacune des séances, (f) à chaque mois, on présentait un classement des gens les

plus assidus, (g) les gens étaient informés qu'il y aurait une fête à la fin et (h) qu'ils recevraient un diplôme pour leur participation.

Malgré l'utilisation de stratégies pour favoriser la rétention dans le programme, huit participants ont arrêté de participer à la recherche. Deux participants sont décédés, deux ont été arrêtés par avis du médecin, deux furent hospitalisés, un est déménagé et un autre ne voulait plus répondre aux questionnaires. Ainsi, on constate que les stratégies furent efficaces puisqu'il n'y a qu'un participant qui aurait pu continuer, mais qui en a décidé autrement. Les autres raisons rapportées pour justifier l'arrêt se trouvent en dehors du contrôle de l'investigateur.

Des analyses ont été effectuées pour examiner si les participants qui n'ont pas terminé (sujets retirés [SR]) la recherche étaient différents de ceux qui ont continué. Les caractéristiques sociodémographiques, la santé mentale et la consommation de psychotropes des SR ont été comparés aux participants de l'échantillon. Le Chi carré de Pearson en tableaux croisés a été appliqué pour évaluer s'il y avait des différences et aucune différence significative n'a été relevée. Toutefois, le Chi carré de Pearson ne constitue peut-être pas le test le plus approprié puisque la comparaison se fait entre 8 et 48 participants. Le tau-c de Kendall est un test non paramétrique spécialement conçu pour réaliser des tableaux croisés avec un petit échantillon. À la lumière du test, les SR étaient plus âgés ( $p < 0,05$ ). Le tableau 3.4 présente les résultats du test tau-c de Kendall.

Les caractéristiques de l'échantillon final sont donc les suivantes (tableau 3,5). L'échantillon dont l'âge moyen est de 78,7 ans (ET : 6,98) se compose principalement de femmes (88 %) veuves (62,5 %). Les participants ont en moyenne une neuvième année de scolarité (m : 9,43; ET : 3,48) et pour 75 % d'entre eux, ils déclarent un revenu inférieur à 20 000 dollars canadiens par année.

**Tableau 3.4**

Comparaison des participants de l'échantillon avec ceux ayant été retirés de l'étude

Variabes contrastées entre l'échantillon final et les participants n'ayant pas complété l'étude	Résultats du test de tau-c de Kendall	Probabilité
Âge	Tau-c = -1,96	$p=0,05$
Genre	Tau-c = 0,76	$p=0,45$
Revenu	Tau-c = -1,42	$p=0,16$
Scolarité	Tau-c = -1,34	$p=0,18$
État civil	Tau-c = 1,15	$p=0,25$
Santé mentale	Tau-c = 1,43	$p=0,15$
Bien-être psychologique	Tau-c = 1,54	$p=0,12$
Détresse psychologique	Tau-c = -1,39	$p=0,17$
Médicaments psychotropes «total»	Tau-c = -1,85	$p=0,07$
Médicaments psychotropes «prn»	Tau-c = -1,12	$p=0,26$
Médicaments psychotropes «rég»	Tau-c = -1,11	$p=0,27$
Nombre de médicaments psychotropes	Tau-c = -1,52	$p=0,13$
Nombre de visites chez le médecin	Tau-c = -0,93	$p=0,35$

**Tableau 3.5**

Caractéristiques de l'échantillon final

Caractéristiques	N = 48	%
Genre	Femmes = 42	87,5
	Hommes = 6	12,5
État civil	Veuf(ve) = 30	62,5
	Marié(e) = 12	25
	Divorcé(e) = 4	8,3
	Célibataire = 2	4,2
Revenu	0 - 10 000 = 8	16,7
	10 001 - 20 000 = 28	58,3
	20 001 - 30 000 = 5	10,4
	30 001 - 40 000 = 2	4,2
	40 001 - 50 000 = 2	4,2
	Pas de réponse = 3	6,3

En ce qui a trait à leur consommation de médicaments psychotropes, les participants de l'échantillon présentent des profils de consommation similaires à ce qu'on retrouve dans la littérature québécoise sur certains aspects. D'autres caractéristiques des comportements et de la consommation de psychotropes des aînés sont décrites dans les tableaux suivants.

**Tableau 3.6**

Données descriptives sur les comportements et la consommation de psychotropes

Variables	
Nombre moyen de médicaments par participant	x=1,40 médicament (s =0,64)
Nombre de classes différentes de psychotropes consommés	1 classe = 35 participants 2 classes = 12 participants 3 classes = 1 participants
Durée de consommation	X =8,88 ans (s = 8,9) Md = 6,8 ans
Nombre moyen de visites chez le médecin	x =1,57 visite (s = 0,60)
Assiduité à VIACTIVE	X = 33,33 présences sur 48 (s = 11,17) Md = 35,5 présences

**Tableau 3.7**

Les différentes classes de psychotropes consommés

Classes de psychotropes	n	%
Anxiolytiques	29	60,4
Antidépresseurs	3	6,3
Sédatifs-hypnotiques	2	4,2
Anticonvulsivants	1	2,1
Anxiolytiques et antidépresseurs	7	14,6
Anxiolytiques et sédatifs-hypnotiques	2	4,2
Antidépresseurs et sédatifs-hypnotiques	1	2,1
Sédatifs-hypnotiques et anticonvulsivants	1	2,1
Antidépresseurs et anticonvulsivants	1	2,1
Anxiolytiques et antidépresseurs et sédatifs-hypnotiques	1	2,1

Les participants de l'étude consomment en moyenne un médicament psychotrope. La majorité (35 / 48) n'utilise qu'une seule classe de psychotropes en l'occurrence les anxiolytiques puisque 8 participants sur 10 font usage de cette catégorie de psychotrope (83,33%). Cependant, treize personnes âgées consomment plus d'une classe de psychotropes donc un participant fait usage de trois classes de psychotropes. Le tableau 3,7 présente les différentes combinaisons de classes de psychotropes dont font usage les participants de la recherche. Ils consomment des psychotropes depuis



presque 9 ans, ce qui est élevé. Cette durée moyenne est beaucoup plus importante que celles rapportées dans les recherches antérieures. L'écart type (6,8 ans) suggère qu'il y a une importante variabilité dans la durée de consommation. La médiane confirme quand même que les participants sont des consommateurs de longue date (plus de 6 mois). Leur grand âge explique peut-être cette consommation à long terme. Les participants ont consulté en moyenne une à deux fois par mois le médecin. Enfin, les personnes âgées ont été relativement assidues au programme de VIACTIVE se présentant en moyenne à 33 séances sur une possibilité de 48.

La plus grande proportion des aînés consomme un anxiolytique seul et la combinaison la plus fréquente est celle d'un anxiolytique et d'un antidépresseur. Le participant qui consomme trois psychotropes en même temps, tout en étant à risque, présente une combinaison acceptable puisqu'il n'y a pas, par exemple, d'alliance de deux anxiolytiques ou de deux antidépresseurs simultanément.

Par ailleurs, les participants proviennent de deux résidences différentes. On doit donc évaluer s'ils présentent des caractéristiques comparables. Le tableau 3.8 présente les résultats qui démontrent que les participants des résidences sont équivalents sur plusieurs variables.

Enfin, la troisième phase du recrutement visait à identifier des aînés pour participer aux entretiens en profondeur. Des entretiens furent réalisés afin de connaître les perceptions des aînés à propos du phénomène de la consommation de psychotropes. Le sous échantillon a été formé par contraste. On désirait par ce procédé obtenir des participants qui affichent des trajectoires et des comportements particuliers et ainsi s'assurer une certaine richesse et une hétérogénéité de leurs propos. Les diverses trajectoires possibles se retrouvent dans le tableau 3.9.

**Tableau 3.8**

Comparaison des participants des deux résidences

Variabiles contrastées selon la résidence	Résultats du test de Chi-carré de Pearson	Probabilité
Âge	23,62	$p < 0,31$
Genre	0,012	$p < 0,91$
Revenu	8,34	$p < 0,14$
Scolarité	10,41	$p < 0,66$
État civil	1,37	$p < 0,71$
Santé mentale	39,32	$p < 0,50$
Bien-être psychologique	37,32	$p < 0,41$
Détresse psychologique	37,32	$p < 0,24$
Médicaments psychotropes «total»	40,65	$p < 0,40$
Médicaments psychotropes «prn»	27,90	$p < 0,36$
Médicaments psychotropes «rég»	12,15	$p < 0,59$
Nombre de médicaments psychotropes	1,19	$p < 0,76$
Durée de la consommation de psychotropes	18,82	$p < 0,60$
Nombre de visites chez le médecin	4,79	$p < 0,09$
Nombre de classes différentes de psychotropes consommés	1,45	$p < 0,48$
Présence au programme à VIACTIVE	29,64	$p < 0,28$

**Tableau 3.9**

Les trajectoires possibles de la santé mentale et des psychotropes

Trajectoires possibles	Pas de changement dans la santé mentale.	Un changement se produit dans la santé mentale.
Pas de changement dans l'usage des psychotropes.	1	2
Un changement se produit dans l'usage des psychotropes.	3	4

Évidemment, si on introduit les dimensions et les sous-dimensions de la santé mentale on multiplie les possibilités de trajectoires. Le nombre de participants qui a été rencontré pour les entretiens en profondeur a donc été déterminé en partie par les résultats quantitatifs. À noter que si aucun changement ne se produisait parmi tous les participants quant à leur santé mentale (et de ses dimensions et sous-dimensions), un minimum de huit participants avait été fixé pour répondre aux questions qui étaient prévues à l'entretien (annexe 4). Toutefois, ce problème ne s'est pas présenté. En effet, plusieurs trajectoires ont été observées. Par conséquent, 11 participants qui présentaient des trajectoires ou un profil particuliers ont été choisis.

Les différentes trajectoires ou caractéristiques observées qui ont servi de base à la composition du sous-échantillon sont : (a) une augmentation linéaire de la consommation de psychotropes, (b) une augmentation discontinue de la consommation de psychotropes, (c) une diminution linéaire de la consommation de psychotropes, (d) une diminution discontinue de la consommation de psychotropes, (e) une consommation de psychotropes stable, (f) une consommation de psychotropes stable et discontinue, (g) un phénomène de dépendance, (h) un arrêt complet de la consommation de psychotropes durant l'étude, (i) l'impact de la dosette sur la consommation de psychotropes, (j) l'impact de la visite médicale sur la consommation de psychotropes, (k) l'impact du décès du conjoint sur la consommation de psychotropes.

Les caractéristiques socio-démographiques de ce sous-échantillon sont les suivantes : les participants du sous-échantillon ont un âge moyen de 80,5 ans (étendue: 72 à 93 ans), il se compose principalement de femmes (82 %) veuves (63,6 %). Les participants ont en moyenne une dixième année de scolarité (étendue de 4 à 15 ans) et 64 % d'entre eux révèlent un revenu inférieur à 20 000 dollars canadiens par année.

**Tableau 3.10**

Les caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Femme	9	81,8
Homme	2	18,2
<b>État civil</b>		
Veuf(ve)	7	63,6
Marié(e)	4	36,4
Divorcé(e)	0	0
Célibataire	0	0
Union libre	0	0
Autre	0	0
<b>Revenu</b>		
0 - 10 000	2	18,2
10 001 - 20 000	5	45,5
20 001 - 30 000	2	18,2
30 001 - 40 000	0	0
40 001 - 50 000	1	9,1
50 001 - et plus	0	0
Pas de réponse	1	9,1

En ce qui a trait à leur consommation de médicaments psychotropes, les participants du sous-échantillon présentent des profils de consommation similaires à ce qu'on retrouve dans l'échantillon global. Les participants prennent en moyenne 1, 27 psychotropes (étendue de 1 à 3) depuis environ 10 ans (étendue de 7 mois à 40 ans) et la classe de psychotropes la plus fortement consommée est celle des anxiolytiques (82%).

### Le déroulement des activités de l'étude

La recherche s'est déroulée sur une période de 10 mois. Les cinq premiers mois ont été consacrés aux stratégies de recrutement et à la formation de l'échantillon ce qui fut décrit plus tôt dans le chapitre. Les quatre mois suivants se rapportent à l'intervention et à la collecte des données. Enfin, le dernier mois a servi à identifier les participants à interviewer et à faire les entretiens en profondeur avec ces derniers. Tous les aspects de la recherche ont été réalisés par l'investigateur (recrutement, intervention, collecte).

L'intervention et les collectes de données ont été réalisées sur quatre mois. Le graphique ci-dessous illustre la planification de l'intervention et des mesures.

**Tableau 3.11**

Plan du déroulement de la recherche

---

D: données socio-démographiques  
P: mesure de psychotropes (\*: première mesure de psychotropes)  
SM: mesure de santé mentale  
MD: nombre de visites chez le médecin  
QE : questionnaire de l'entretien pour tous les participants  
E: entretien en profondeur  
-----: 1 semaine d'intervalle  
Entre T0, T1, T2, T3, T4: il y a 4 semaines d'intervalle  
Entre T4 et T5: 2 jours (fin de semaine) de repos et les entretiens débutent par la suite.

---

*-----T0	*-----T1	*-----T2	*-----T3	*-----T4	T5
P	P	P	P	P	E
D	SM	SM	SM	SM	
	MD	MD	MD	MD	
				QE	

Une première collecte de données avec les instruments de mesure eut lieu au temps 0. Les données socio-démographiques ont été recueillies au temps 0. Le

programme VACTIVE a été introduit à la suite de la première mesure. Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième mesures ont été réalisées à 4 semaines d'intervalle. À noter qu'au temps 4, les questions de l'entretien ont été adressées à tous les participants. Enfin, les entretiens en profondeur ont été réalisés à la dernière collecte des données au temps 5.

### Les concepts à l'étude et instruments de mesure

Les variables à l'étude et les instruments de mesure représentent les éléments sur lesquels toute l'étude repose. Il s'avérait important que les variables de la recherche aient une signification claire. Aussi, il était fondamental que les items qui composent les instruments de mesure aient une congruence conceptuelle reconnue avec les concepts à l'étude. Dans les prochaines lignes, on retrouve dans un premier temps, les définitions conceptuelles des variables, et dans un deuxième temps, les instruments de mesure qui ont permis d'apprécier l'importance de ces dernières dans le phénomène. Les variables de l'étude sont la santé mentale et ses deux dimensions (le bien-être psychologique et la détresse psychologique), la consommation de psychotropes, le nombre de visites chez le médecin et la participation à l'activité de groupe à caractère physique.

La santé mentale se définit par ses deux dimensions : bien-être psychologique et détresse psychologique comme le suggèrent Massé et collègues (1998;1998a;1998b). Le bien-être psychologique se définit par les six dimensions du tableau suivant.

**Tableau 3.12**

Dimensions du bien-être psychologique selon Massé et collègues

Dimensions	Définitions
L'estime de soi	se définit par le fait de se sentir en confiance, apprécié et aimé, utile, fier de soi et satisfait de ses réalisations.
L'équilibre	s'exprime au niveau émotif mais aussi au niveau des activités professionnelles et familiales.
L'engagement social	s'exprime à travers l'intérêt pour ce qui se passe autour de la personne et le goût d'entreprendre des activités.
La sociabilité	une propension à socialiser avec l'entourage dans l'humour, la joie tout en étant à l'écoute des autres.
Le contrôle de soi	un sentiment de contrôle de soi et des événements, de se sentir capable d'affronter de façon constructive et dans le calme les difficultés de la vie.
Le bonheur	le fait de se sentir bien dans sa peau, de jouir de la vie, d'avoir un bon moral et de se sentir en forme.

La détresse psychologique est composée par les quatre dimensions du tableau suivant.

**Tableau 3.13**

Dimensions de la détresse psychologique de Massé et collègues

Dimensions	Définitions
Auto dévalorisation	réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et une tendance à s'isoler de son entourage.
Irritabilité / agressivité	s'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage.
Anxiété / dépression	couplée à un état de stress.
Désengagement social	associé à un désintérêt généralisé.

Les auteurs ne fournissent pas de définitions conceptuelles supplémentaires. Lors d'un contact téléphonique avec le chercheur principal qui est à l'origine du développement des instruments de mesure, on m'a informé de la raison qui justifie l'absence de définitions conceptuelles plus étoffées. Puisque la formation des instruments provient d'un processus inductif, les propos des participants de leur étude sont à l'origine de la formulation des items et ces derniers furent regroupés pour créer les sous-dimensions du bien-être psychologique et de la détresse psychologique. Selon l'auteur, la conceptualisation des sous-dimensions (par exemple, le désengagement social, le bonheur...) représente un sous construit des deux dimensions (bien-être psychologique, détresse psychologique) du construit latent santé mentale. Par conséquent, pour connaître la signification des dimensions et sous-dimensions, il faut consulter les items dont ils sont issus (annexe 5). En somme, les items qui composent les instruments de mesure constituent les définitions conceptuelles des construits à l'étude.

La consommation de psychotropes se définit par l'usage de cette classe de médicaments. Le médicament psychotrope fait référence à un médicament qui agit sur la fonction psychique, comportementale ou expérientielle (Harrington et al., 1992). On le définit aussi comme une substance qui agit sur le système nerveux central et qui semble exercer un effet sur la conscience, les émotions ou les comportements (Cohen et Collin, 1997). Dans le cadre de cette recherche, les psychotropes ont été identifiés à l'aide de la dernière édition (33e) du compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) (1998). Dans le tableau 3.14, on retrouve les noms génériques et les noms déposés tels que suggérés dans le CPS. À noter que les dominations communes ne

sont pas présentées dans cette liste. Aussi, les psychotropes consommés par les participants de l'étude sont rapportés.

**Tableau 3.14**

Les noms génériques et déposés des médicaments psychotropes

---

**Anxiolytiques: Dérivés azaspirodécanediones;** chlorhydrate de buspirone, **benzodiazépines;** alprazolam, bromazépam, chlorhydrate de chlordiazépoxyde, clorazépate dipotassique, diazepam, lorazepam, oxazepam, **divers anxiolytiques;** chlorhydrate d'hydroxyzine, méprobamate, chlorhydrate de trifluopérazine.

Dans la présente étude les anxiolytiques inventoriés sont les suivants : serax, ativan, apo-oxazépam, oxazepam, lectopam, alprazolam, novo-lorazem, novoxapam, apo-alpraz, apo-lorazepam, pro-lorazepam.

**Antidépresseurs: Inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) non sélectifs (types A, B);** sulfate de phénelzine, sulfate de tranlycypromine, **Inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) sélectifs (type A);** moclobémide, **Inhibiteur de la recaptation de la monoamine non sélectifs;** chlorhydrate d'amitriptyline, amoxapine, chlorhydrate de désipramine, chlorhydrate de doxépine, chlorhydrate d'imipramine, chlorhydrate de maprotiline, chlorhydrate de nortriptyline, chlorhydrate de protriptyline, maléate de trimipramine, **Inhibiteur de la recaptation de la sérotonine-norépinéphrine;** chlorhydrate de venlafaxine, **Inhibiteur de la recaptation de la sérotonine sélectif;** chlorhydrate de fluoxétine, maléate de fluvoxamine, chlorhydrate de paroxétine, sertraline, **Divers antidépresseurs;** l-tryptophane, chlorhydrate de néfazodone, chlorhydrate de trazodone.

Dans la présente étude les antidépresseurs inventoriés sont les suivants : paxil, apo-doxepin, luvox, amitriptyline, zoloft, surmontil, alti-fluvoxamine, PMS-desipramine, trimipramine.

**Hypnotiques et sédatifs: Aldéhydes et dérivés;**hydrate de chloral, paraldéhyde, **Barbituriques;** amobarbital, amobarbital sodique, butobarbital sodique, pentobarbital sodique, phénobarbital, sécobarbital sodique, **Benzodiazépines;** alprazolam, bromazépam, chlorazépate dipotassique, diazépam, chlorhydrate de flurazépam, monochlorhydrate de flurazépam, lorazépam, chlorhydrate de midazolam, nitrazepam, oxazepam, témazépam, triazolam, **Cyclopyrrolones;** zopiclone, **Divers hypnotiques sédatifs;** ethchlorvynol, propofol.

Dans la présente étude les hypnotiques-sédatifs inventoriés sont les suivants : apo-temazepam, temazepam, PMS-temazepam, apo-flurazepam, nitrazadon.

**Anticonvulsivants: Barbituriques et dérivés;** phénobarbital, primidone, **Dérivés de l'acide carboxylique;** acide valproïque, divalproex sodique, **Dérivés de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA);** gabapentine, vigabatrine, **Benzodiazépines;** clobazam, clonazépam, diazépam, lorazépam, nitrazépam, **Dérivés hydantoïne;** phénytoïne, phénytoïne sodique, **Dérivés iminostilbènes;** carbamazépine, **Dérivés succinimides;** éthosuximide, methsuximide, **Divers anticonvulsivants;** lamotrigine, sulfate de magnésium, paraldéhyde, topiramate.

Dans la présente étude les anticonvulsivants inventoriés sont les suivants : clonazepam, PMS-clonazepam.

---

À noter que les benzodiazépines qui se retrouvent sous plus d'une classe de médicaments (ex.: anxiolytiques et hypnotiques et sédatifs) ont été automatiquement placés parmi les anxiolytiques de façon arbitraire. Le but était de créer des classes exclusives. Le médicament est placé dans la classe qui représente son utilisation la plus courante. Par ailleurs, la classe «anticonvulsivant» a été intégrée dans l'étude puisqu'il est reconnu que le clonazepam est administré, entre autres, pour son effet sédatif induisant le sommeil. De plus, comme seulement trois participants consommaient du clonazepam, l'investigateur a validé auprès du médecin traitant que l'effet thérapeutique recherché était bien celui-là.

La variable "nombre de visites chez le médecin" se définit par la consultation d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste dans les quatre semaines précédant le moment où la question est posée. C'est le participant qui indique s'il a consulté un de ces professionnels. La variable traitant de la participation à l'activité de groupe à caractère physique se rapporte à la présence aux séances durant toute la durée de l'intervention. Les présences ont été additionnées et on peut déterminer un pourcentage de participation pour chaque aîné ou pour le groupe.

### **Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique**

Le bien-être psychologique se mesure à l'aide de l'échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique (EMMBEP) de Massé et collègues (1998) (annexe 5). Les qualités psychométriques de l'instrument sont les suivantes pour les six dimensions: (a) le contrôle de soi et des événements (14 items,  $\alpha=0,91$ ), (b) le bonheur (8 items,  $\alpha=0,90$ ), (c) l'engagement social (6 items,  $\alpha=0,78$ ), (d) l'estime de soi (6 items = 0,84), (e) l'équilibre (7 items,  $\alpha=0,82$ ), (f) la sociabilité (6 items,  $\alpha = 0,83$ ). À noter, qu'une version abrégée a été construite (25 items) avec une corrélation entre les deux formes de l'ordre de  $r=0,98$ . La variance expliquée du bien-être psychologique est de 52,1 % (solution oblmin, extraction PAF) et de 63,4 % pour l'analyse en composantes principales (Massé et al., 1998). Dans cette étude, la version courte fut utilisée puisque plusieurs mesures étaient prises et il fallait éviter la fatigue et le désintérêt des participants. Une personne a besoin de 10 minutes pour répondre aux 25 items. L'individu encercle le choix qui représente le mieux ce qu'il a vécu au cours de la dernière semaine (1=jamais, 2=rarement, 3=la moitié du temps, 4=fréquemment, 5=presque toujours).



Les tests de consistance interne (alpha de Cronbach) pour chacune des dimensions du bien-être psychologique à l'étude (tableau 3.14) sont satisfaisants à l'exception de la dimension «contrôle de soi» qui présente un alpha de 0,63, ce qui est passable. Dans l'ensemble, les résultats au test de consistance interne de cette étude sont inférieurs à ceux obtenus par Massé et collègues (1998). Ceci s'explique par le fait que leurs tests de consistance interne ont été calculés à partir du questionnaire intégral qui compte plus d'items par dimension et d'un échantillon de plus grande taille (N=400).

### **Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique**

La détresse psychologique se mesure à partir de l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP) de Massé et collègues (1998b) (annexe 5). Contrairement à leur instrument sur le bien-être psychologique, les qualités psychométriques qu'ont rapportées les auteurs proviennent de la version courte : a) l'auto dévalorisation (7 items, alpha=0,89); b) l'irritabilité / agressivité (5 items, alpha=0,81); c) l'anxiété / dépression (5 items, alpha=0,85); d) un désengagement social (6 items, alpha=0,82). À noter que les chercheurs ne présentent pas les résultats de la version longue. Par contre, ils indiquent que la corrélation entre les deux versions (longue (43 items) et courte) est de  $r=0,99$ . Les résultats de l'analyse factorielle soutiennent les quatre dimensions. La dernière solution factorielle explique 52,1% et 60,3 % pour l'analyse en composante principale. Dans la présente étude, la version courte a été administrée afin de diminuer la possibilité de fatigue et de perte d'attention chez les participants. À noter que cette décision a été facilitée par le coefficient de corrélation élevé entre les deux versions. Une personne prenait 10 minutes pour répondre aux 23 items. L'individu encercle le choix qui représente le mieux ce qu'il a vécu au cours de la dernière semaine (1=jamais, 2=rarement, 3=la moitié du temps, 4=fréquemment, 5=presque toujours).

Le test de consistance interne a été effectué avec les résultats obtenus par les participants de l'étude. On constate que les résultats sont similaires à ceux de Massé et collègues (tableau 3.16). Ces résultats semblables appuient l'explication donnée quant aux résultats divergeants obtenus avec l'instrument de mesure portant sur le bien-être psychologique.

La santé mentale est évaluée par une marque construite à partir de ces deux instruments de mesure. Massé et collègues (1998a) indiquent qu'il est acceptable à la lumière de leurs résultats de donner une marque de santé mentale en prenant soin d'inverser les scores pour obtenir une addition des scores des deux échelles qui aient une signification juste. Selon ce calcul, plus un individu présente une marque élevée, plus sa santé mentale est bonne. La procédure pour déterminer la marque de santé mentale est simple. Il suffit d'inverser les scores des participants pour chacune de leurs réponses pour la détresse psychologique. Ainsi, un participant qui a inscrit «jamais» à la première question, ce qui mérite 1, aura un 5 après la transformation et c'est l'addition des marques transformées de la détresse psychologique avec les marques intactes du bien-être psychologique qui crée la marque de la santé mentale.

**Tableau 3.15**

Les coefficients alpha standardisés du bien-être psychologique

Dimensions (nombre d'items)	Massé et collègues Version intégrale	Recherche actuelle Version courte
L'estime de soi	,84	,71
L'équilibre	,82	,78
L'engagement social	,78	,78
La sociabilité	,83	,69
Le contrôle de soi	,91	,63
Le bonheur	,90	,85

**Tableau 3.16**

Les coefficients alpha standardisés de la détresse psychologique

Dimensions (nombre d'items)	Massé et collègues Version courte	Recherche actuelle Version courte
Auto dévalorisation	,89	,87
Irritabilité / agressivité	,81	,83
Anxiété / dépression	,85	,90
Désengagement social	,82	,85

### **Inventaires des psychotropes**

L'instrument portant sur les psychotropes a été développé afin de faire une appréhension plus juste de la consommation de psychotropes (annexe 6). La

consommation de psychotropes a été mesurée sur une semaine et une moyenne hebdomadaire de consommation fut calculée en milligramme. L'investigateur s'est rendu, lors d'un jour prédéterminé de la semaine, à l'appartement du participant pour faire le calcul du nombre de médicaments psychotropes dans le pilulier. Une semaine plus tard, il se rendait de nouveau pour effectuer le même procédé. Ainsi, le nombre de pilules manquantes correspondait au nombre de pilules consommées. Une moyenne hebdomadaire en milligrammes fut calculée (pour chaque médicament psychotrope, si l'aîné en consomme plus d'un) afin d'augmenter la précision de la mesure. Par exemple, un participant pouvait posséder 25 comprimés d'Ativan 1 mg dans son pilulier à la première observation et en présenter 20 comprimés à la deuxième observation. La différence suggère que la participant a consommé cinq comprimés de 1 mg au cours de la semaine. Ainsi, à la première mesure, on indiquait une consommation moyenne de 0,71 mg pour ce participant.

Le nombre de visites chez le médecin se mesure par le même item que celui utilisé par Larose (1996) et Santé Québec (1995) (annexe 7). Une personne répondait aux choix offerts (1=aucune fois, 2=1-2 fois, 3=3-6 fois, 4= plus de six fois). Une deuxième question visait à identifier si un changement de prescription avait été effectué. La personne répondait par oui ou par non. Si l'individu répondait oui, un espace était prévu afin d'identifier la modification.

La participation s'est mesurée par le contrôle des présences des aînés aux séances. Elles ont été recueillies à chacune des séances par l'investigateur. Les données socio-démographiques pour décrire l'échantillon ont été collectées à partir de l'instrument de Larose (1996) (annexe 7).

### **Les entretiens**

Pour connaître les perceptions des aînés, un questionnaire a été administré (annexe 4) en entretien face-à-face au domicile du participant. Dans un premier temps, les questions préparées pour les entretiens en profondeur ont été posées à tous les aînés de l'échantillon. En effet, lors de la dernière collecte des données au temps 5, l'investigateur a posé les questions à tous les participants, et il a noté par écrit leurs réponses. Ces questions ont été posées à l'ensemble des aînés pour répondre avec le plus validité à la quatrième question de recherche, car 11 participants ont répondu à ces mêmes questions,

en entretien en profondeur, mais il était souhaitable de connaître les perceptions du groupe. Ces résultats fournissent un portrait plus étendu des perceptions des participants sur le phénomène.

Les entretiens en profondeur ont été réalisés à la fin de l'étude afin d'enrichir la compréhension du phénomène à l'étude et de saisir des éléments qui ne peuvent être appréhendés par les instruments de mesure. L'objectif visé par l'addition d'entretiens à la fin de l'intervention était de connaître les perceptions des utilisateurs de psychotropes en regard de la cause de l'amorce de la consommation, des habitudes d'utilisation, des raisons de l'usage à long terme et, enfin, le rapport de l'aîné aux psychotropes.

Les entretiens ont été enregistrés sur cassettes audio et ont fait l'objet d'une retranscription verbatim. L'analyse de contenu est le procédé par lequel les données qualitatives ont été interprétées. Enfin, l'analyse de contenu par émergence de thèmes a été effectuée avec le support du logiciel Atlas-Ti. Ce dernier permet l'organisation, le découpage et le codage des données qualitatives.

### **La description de l'activité de groupe à caractère physique**

L'intervention représente la manipulation dans un devis préexpérimental. La manipulation se rapporte à l'introduction d'une variable sous le contrôle du chercheur. Dans cette recherche la variable indépendante était le programme d'activité physique VIACTIVE de Kino-Québec.

En recherche préexpérimentale comme dans toutes les recherches expérimentales, il faut s'assurer que le traitement est le plus constant possible. Toutefois, il peut être difficile de démontrer que le traitement a toujours été fait de la même manière lorsque celui-ci est vague, complexe, donné sur une longue période et réalisé par plusieurs agents de recherche (Pedhazur & Pedhazur-Schmelkin, 1991). Par contre, le but de la présente étude ne consistait pas en l'évaluation d'une intervention. Ces critères, même s'ils ont été poursuivis, étaient de moindre importance. En effet, la manipulation dans cette recherche visait à favoriser un changement dans les variables à l'étude. Il est important de souligner que si un changement se produisait ou ne se produisait pas au niveau de la santé mentale ou de la consommation de psychotropes,

l'investigateur ne désirait aucunement inférer que ce changement avait été produit par l'intervention.

Le programme VIACTIVE a été créé par Kino-Québec et la Fédération de l'âge d'or du Québec en 1988. Vous retrouvez en annexe 1 les exercices qui forment ce programme. De plus, les animateurs sont encouragés à suivre les recommandations de Kino-Québec (1997) qui ont été appliquées dans le cadre de cette étude.

Au niveau pratique, les participants doivent porter des vêtements dans lesquels ils sont à l'aise et des souliers à talons plats, la salle choisie devait être bien aérée et y avoir assez de la place pour y bouger et tout le monde devait pouvoir voir l'animateur et l'animateur voir tout le monde. Au niveau de la sécurité, chaque participant potentiel devait être rencontré et le questionnaire d'aptitudes à l'activité physique (Q-AAP) (annexe 3) de Kino-Québec (1997) a été utilisé afin de déceler les individus pour qui l'activité physique (même très légère ou selon tolérance) peut présenter certains risques. Lors de l'activité physique les participants étaient informés qu'ils ne devaient jamais ressentir de la douleur, qu'elle soit angineuse, articulaire ou musculaire et que VIACTIVE ne constitue pas une activité compétitive. Enfin, la routine de VIACTIVE se compose de quatre étapes à savoir, l'échauffement, l'aérobic, l'exercice musculaire et l'exercice de flexibilité.

À noter que l'aérobic fait référence aux exercices qui sollicitent de grosses masses musculaires. Lors de ces exercices, le programme de VIACTIVE suggère de contrôler l'intensité de l'exercice par la capacité qu'a l'individu de tenir une conversation durant l'activité physique. Dans la présente étude, les participants contrôlaient l'intensité selon le plaisir apporté pendant l'activité. Ainsi, les individus devaient viser le plaisir durant l'activité et non l'effort. Ceci a permis de réduire les risques et d'augmenter la satisfaction face à l'intervention.

Le programme VIACTIVE de Kino-Québec fut ainsi légèrement modifié pour répondre aux connaissances actuelles de l'activité physique en gérontologie.

**Tableau 3.17**

Les critères de l'activité de groupe à caractère physique

Le type de programme	L'intensité	La durée	Le moment	Fréquence
Léger et modéré.	Selon la tolérance, l'activité doit demeurer plaisante.	20/30 min. pour 10-20 semaines (16)	Le matin ou l'après-midi.	3 fois / semaine

**Les considérations éthiques**

Au plan éthique, le projet a été soumis et accepté par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. La réflexion s'est orientée vers l'analyse du rapport risques/bénéfices pour les participants potentiels de l'étude. Lors de l'examen de cette recherche par le comité d'éthique de l'Université de Montréal, la responsable avait spécifié de bien distinguer la participation à l'étude, de la participation à VIACTIVE. En effet, selon le comité d'éthique, même si les participants doivent participer à VIACTIVE pour faire partie de l'étude, la recherche ne porte pas sur cette participation, mais bien sur l'usage des psychotropes. C'est donc, selon le comité d'éthique, à propos des aînés qui participent à la recherche uniquement sans considération pour VIACTIVE que la réflexion éthique devait se porter. D'autant plus, que ce n'étaient pas tous ceux qui adhéraient à VIACTIVE qui participaient à la recherche.

Ainsi, le bénéfice possible pour les personnes âgées en lien avec la recherche était de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'usage des psychotropes chez les aînés. Quant aux risques, le fait de répondre à des questionnaires ne comportaient pas de risque pour leur santé.

Également, l'investigateur s'est assuré de respecter les droits fondamentaux des aînés. Les droits fondamentaux observés étaient le droit à l'autodétermination (peut se retirer en tout temps de l'étude), le droit à l'intimité, le droit à l'anonymat et la confidentialité, le droit à la protection et le droit à un traitement juste et équitable. À ce sujet, il y avait uniquement l'investigateur qui connaissait les noms des participants de l'étude. De plus, un code a été attribué à chaque participant pour identifier les questionnaires. La liste qui détermine le code de chaque personne, ainsi que les questionnaires répondus ont été

gardés sous clef par l'investigateur dans deux classeurs différents. Cette liste et les questionnaires seront détruits à la suite de l'obtention du diplôme de l'investigateur.

Les participants ont été informés individuellement de la nature de la recherche, afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée. Lors de la rencontre individuelle pour obtenir leur consentement, les participants ont été informés de la signification des psychotropes et qu'ils étaient observés durant l'étude. Toutefois, en raison de la nature particulière des médicaments psychotropes (Cohen & Collin, 1997), c'est uniquement au début lors de l'explication de l'étude (et à la fin lors des entretiens) que l'investigateur a porté un accent sur les psychotropes. En effet, par la suite, lors des mesures, l'étudiant chercheur a demandé aux participants de montrer l'ensemble des médicaments consommés afin d'éviter que soit trop évident l'accent mis sur les psychotropes. Le but était de diminuer le risque que les participants modifient leur consommation juste parce qu'ils se sentent observés. On sait que l'usage de psychotropes repose sur un jugement subjectif (Cohen & Collin, 1997). Il est donc susceptible d'être influencé par l'entourage ou l'investigateur et c'est cette réactivité à la mesure qui a voulu être diminuée ou évitée.

Enfin, l'investigateur a obtenu un consentement libre et éclairé des personnes âgées participant à son étude (annexe 8 et 9).

Chapitre IV :  
Les résultats



Ce chapitre rapporte les résultats de cette étude. Le chapitre débute par les analyses préliminaires. Par la suite, il y a présentation des réponses aux trois premières questions qui visent à décrire les trajectoires et l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Finalement, les perceptions des consommateurs sont exposées afin de répondre à la quatrième question. Les analyses ont été effectuées à partir des logiciels SPSS 7,5 pour les données numériques et Atlas-Ti pour les données qualitatives.

### **Traitement des données**

Le traitement des données a pour objectif d'identifier les aberrations dans les données et de diriger le choix des analyses statistiques subséquentes. Les aberrations sont repérées par l'observation des données. Les réponses des participants pour chacune des variables de l'étude ont donc été examinées afin d'identifier des résultats anormaux ou des participants qui présentent des résultats qui se distinguent de façon importante du groupe. Les résultats anormaux possibles proviennent essentiellement d'une mauvaise entrée de données, tandis que la deuxième aberration se produit lorsqu'un participant présente un profil tellement différent qu'il modifie à lui seul les résultats pour l'ensemble de l'échantillon. Cette observation se trouve facilitée par les tableaux de fréquences, les statistiques descriptives (moyenne, écart type, étendue) et les graphiques. On peut par ce procédé réduire le risque de mauvaises interprétations des résultats des analyses ultérieures. À la suite de cette vérification de données, aucun participant n'a été reconnu comme présentant un profil exceptionnel.

Dans un deuxième temps, puisque nous sommes en présence d'un échantillon de petite taille (  $< 50$  ), il était indiqué d'exécuter un test de la normalité. Comme le souligne Bouyer (1997), avec un échantillon de 30 participants et plus, sélectionné de façon aléatoire, il est généralement fort probable que les données proviennent d'une population obéissant à une loi normale. Le respect de la loi normale donne accès aux

tests statistiques paramétriques. Il existe différents tests pour évaluer la normalité des données. Le test de Shapiro et Wilk (1965) est reconnu comme étant très efficace et puissant (Conover, 1980; Haccou & Meelis, 1992; Martin & Baillargeon, 1989) pour analyser les échantillons de petite taille comme c'est le cas dans cette étude ( $n=48$ ). Les données associées aux deux variables d'intérêts, la santé mentale et la consommation de psychotropes, ont été soumises à ce test. Les résultats indiquent qu'il n'est pas probable que ces observations proviennent d'une population régie par une loi normale, les coefficients  $W$  étant significatifs pour la santé mentale ( $W=0,917$ ;  $p=0,01$ ) et la consommation de psychotropes ( $W=0,620$ ;  $p=0,01$ ). Les données ne peuvent donc pas être analysées par les tests statistiques paramétriques. Les tests non paramétriques sont alors choisis pour toutes les analyses subséquentes.

### **Trajectoire de la santé mentale**

La première question de recherche porte sur la description de la trajectoire de la santé mentale d'aînés utilisateurs de psychotropes participant à une activité de groupe à caractère physique. Trois procédés ont été effectués pour répondre à cette question. Dans un premier temps, la moyenne, l'écart-type et l'étendue réelle des données sont présentés (tableau 4,1). Dans un deuxième temps, les trajectoires du groupe concernant la santé mentale et ses composantes, le bien-être psychologique et la détresse psychologique, sont illustrées par des graphiques et des tableaux (figure 4,1). Dans un troisième temps, l'ampleur des changements notés dans les variables à l'étude et vérifié par les tests statistiques non paramétriques a été examinée. D'abord, les tests de tendance de Mann et de Daniels permettent d'évaluer si les données montrent une tendance dans le temps (augmentation, réduction). Ces tests consistent à comparer la moyenne du groupe à chacun des temps de mesure avec une échelle numérique ordinaire croissante (ex. 1,2,3,4,5). Ainsi, les données qui présentent une forme de tendance se trouveront associées à l'échelle ordinaire. Les deux tests de tendance sont appliqués car ils ne reposent pas sur le même type d'analyse. Le test de Mann s'appuie sur le tau de Kendall qui analyse les données sous forme de paires (discordantes ou concordantes), alors que le test de Daniels se réalise à l'aide du rho de Spearman qui, lui, attribue un rang aux données. Ces deux tests s'avèrent donc différents. Même s'ils analysent les données sous un angle différent, il est occasionnel qu'ils donnent lieu à des résultats distincts (Stuart 1956). En revanche, un ne devrait pas être préféré à

l'autre (Gibbons, 1993). Par rigueur, les deux tests sont effectués. Le deuxième test à être exécuté se nomme le test de la somme des rangs positifs de Wilcoxon. Il permet d'évaluer si la moyenne pour une variable donnée se trouve statistiquement différente entre deux temps de mesure. Enfin, le test de Friedman constitue le troisième test. Il permet, entre autres, d'observer si des changements se présentent entre les différents temps de mesure d'une même variable. En somme, ces tests possèdent leur propre angle d'analyse des données et ensemble viennent renforcer les résultats.

Comme le suggère le tableau 4,1, la santé mentale des participants est bonne en début de recherche. Un score moyen de 185,58 ( $s= 32,28$ ) sur un score maximum possible de 240 s'avère relativement élevé et dénote une bonne santé mentale. Les étendues appuient cette constatation puisque la marque minimale qui a été obtenue est de 102, alors que le score théorique minimum possible est de 48. À chacun des temps de mesure, on note que le score moyen de l'échantillon augmente et que dans le même sens les limites inférieures et supérieures des scores obtenus sont généralement poussées vers le haut. Du point de vue du groupe, il est vrai que leur santé mentale se montre très bonne et elle n'a pas cessé de s'accroître aux cours de la recherche. D'un point de vue individuel, on pourrait suggérer qu'un participant présentant une marque de 120 et moins (étendue théorique : 48 – 240) porte des signes négatifs de la santé mentale. 120 se situe au milieu de l'échelle. Toute marque en dessous de 120 signifie que l'individu présente des manifestations négatives de l'état psychologique et plus on se rapproche de la borne inférieure, plus la santé mentale s'en trouve détériorée. À noter que les instruments de mesure utilisés pour cette étude ne visent pas à établir de diagnostic, ils constituent des instruments thermomètres (Massé et al., 1998;1998b). Or, pour chaque temps de mesure on retrouve un maximum de trois participants se situant en dessous de 120 ( $t_1= 3$ ;  $t_2= 1$ ;  $t_3= 0$ ;  $t_4= 1$ ;  $t_5= 0$ ) (annexe 10).

Tableau 4.1

La moyenne, l'écart type et l'étendue réelle de la santé mentale

Variables (étendue théorique)	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
	<i>x / s</i> (étendue réelle)	<i>x / s</i> (étendue réelle)	<i>x / s</i> (étendue réelle)	<i>x / s</i> (étendue réelle)	<i>x / s</i> (étendue réelle)
Santé mentale (48-240)	185,58 / 32,28 (102 – 231)	194,98 / 27,52 (105 – 233)	197,81/ 26,52 (130 – 233)	198,96 / 31,07 (107 – 239)	203,94 / 31,11 (132 – 240)
Bien-être psychologique (25-125)	93,54 /20,29 (42 – 123)	98,73 /17,47 (50 – 124)	100,79 /14,78 (58 – 120)	101,13 /17,28 (54 – 124)	104,40 /17,72 (64 – 125)
<u>Dimensions du bien-être psychologique</u>					
L'estime de soi (4-20)	15,29 / 3,54 (5 – 20)	16,13 / 3,60 (5 – 20)	16,5 / 2,91 (10 – 20)	16,33 / 3,46 (6 – 20)	17,10 / 3,30 (7 – 20)
L'équilibre (4-20)	16,15 / 3,75 (4 – 20)	16,98 / 3,05 (9 – 20)	17,42 / 2,52 (9 – 20)	17,42 / 2,73 (8 – 20)	17,73 / 2,60 (11 – 20)
L'engagement social (4-20)	13,38 / 4,54 (4 – 20)	13,81 / 4,12 (5 – 20)	14,31 / 3,51 (4 – 20)	14,13 / 4,09 (5 – 20)	15,21 / 4,31 (4 – 20)
La sociabilité (4-20)	16,56 / 3,11 (9 – 20)	17,21 / 2,60 (11 – 20)	17,40 / 2,18 (12 – 20)	17,73 / 2,25 (12 – 20)	17,81 / 2,85 (8 – 20)
Le contrôle de soi (4-20)	14,21 / 3,75 (5 – 20)	15,38 / 3,23 (7 – 20)	16,29 / 2,87 (9 – 20)	16,38 / 3,46 (7 – 20)	16,77 / 3,30 (9 – 20)
Le bonheur (5-25)	17,96 / 5,20 (6 – 25)	19,23 / 4,60 (5 – 25)	18,88 / 4,39 (10 – 25)	18,88 / 4,39 (10 – 25)	19,77 / 4,76 (7 – 25)
Détresse psychologique (23-115)	45,96 / 16,85 (23 – 95)	41,75 / 13,93 (24 – 83)	40,98 / 13,76 (23 – 76)	40,17 / 15,87 (23 – 85)	38,46 / 14,51 (23 – 74)
<u>Dimensions de la détresse psychologique</u>					
Auto dévalorisation (7-35)	13,27 / 6,05 (7 – 33)	11,98 / 5,03 (7 – 29)	11,77 / 4,56 (7 – 24)	11,40 / 5,30 (7 – 30)	11,19 / 4,96 (7 – 27)
Irritabilité / agressivité (5-25)	7,88 / 3,30 (5 – 21)	7,35 / 2,47 (5 – 14)	7,15 / 2,33 (5 – 14)	7,19 / 2,83 (5 – 16)	6,85 / 2,89 (5 – 14)
Anxiété / dépression (5-25)	12 / 5,13 (5 – 25)	11,29 / 4,65 (5 – 25)	10,83 / 4,54 (5 – 25)	11,10 / 5,13 (5 – 25)	10,35 / 4,88 (5 – 25)
Désengagement social (6-30)	12,81 / 5,15 (6 – 28)	11,13 / 3,92 (6 – 23)	11,23 / 4,46 (6 – 23)	10,48 / 4,30 (6 – 24)	10,06 / 4,23 (6 – 19)

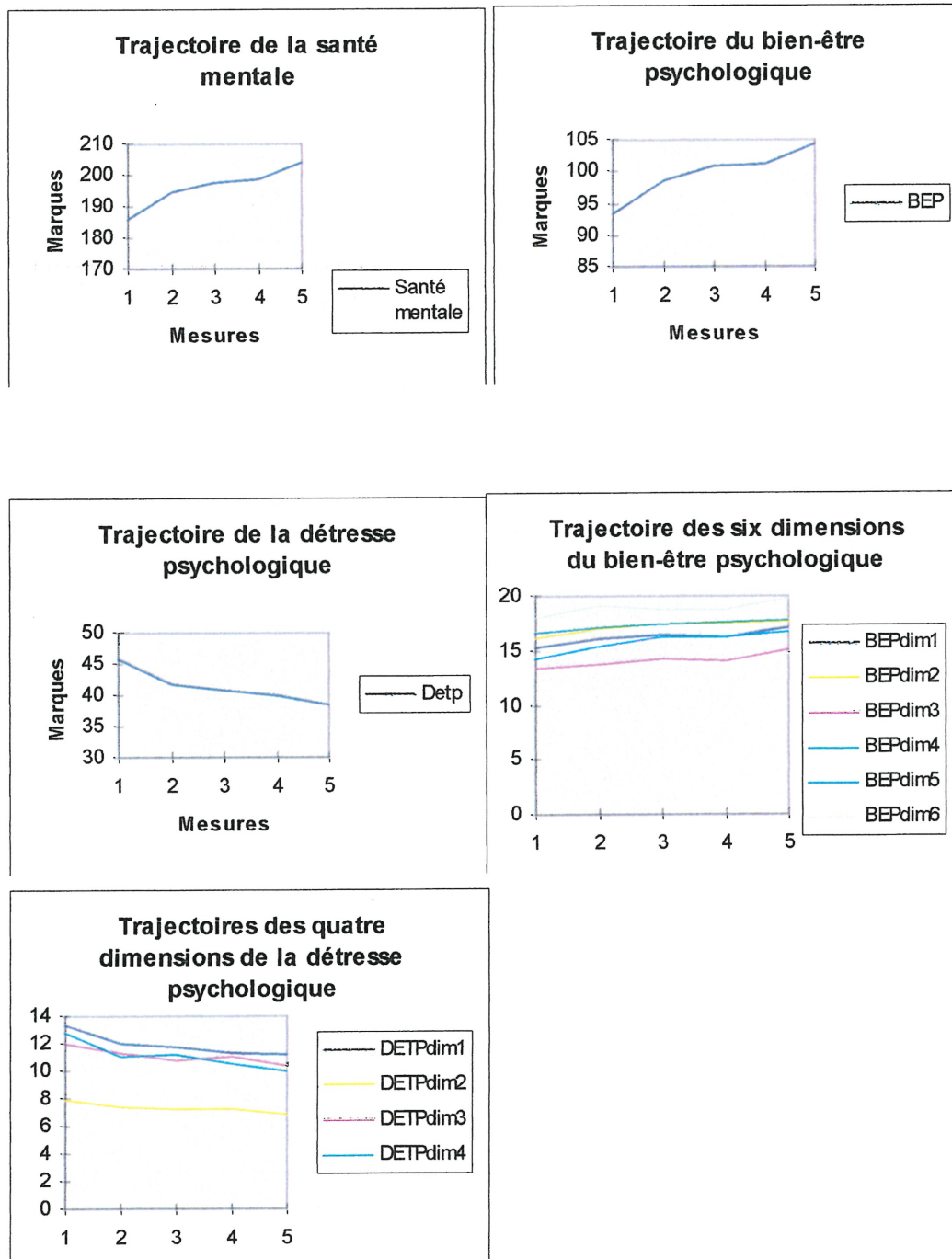
Pour ce qui est du bien-être psychologique, on remarque qu'il est lui aussi bon. Le score moyen des participants augmente à chacune des mesures et à la dernière mesure, la marque théorique supérieure se trouve atteinte. En examinant, les dimensions du bien-être, on note que c'est celle du contrôle de soi qui s'est le plus modifiée entre le début et la fin de l'étude suivi de l'engagement social, de façon équivalente l'estime de soi et le bonheur, ensuite l'équilibre et en dernier lieu la sociabilité. Par ailleurs, pour les dimensions qui sont comparables du point de vue de

leur étendue théorique (estime de soi, équilibre, engagement social, sociabilité, contrôle de soi) c'est la sociabilité qui représente la dimension où les participants ont présenté des scores les plus élevés.

La détresse psychologique des participants est faible dès le début de l'étude et elle affiche une décroissance constante pour chacun des temps de mesure. La moyenne ( $x = 45,96$ ) se situant à plus de la moitié inférieure à la cote théorique maximale (115). Dès le début de l'étude la cote théorique inférieure (23) est déjà atteinte. Les dimensions de la détresse psychologique qui présentent le plus de changements entre le début et la fin sont dans l'ordre décroissant : le désengagement social, l'auto dévalorisation, l'anxiété / dépression et l'irritabilité / agressivité.

Les graphiques (figure 4.1) montrent bien comment la santé mentale et le bien-être psychologique ont augmenté, alors que la détresse psychologique a diminué. Toutefois, il demeure possible que ce ne soit pas tous les participants qui affichent une amélioration de leur santé mentale. En comparant la marque de chacun des participants entre le début et la fin des 16 semaines on peut établir combien de participants ont vu s'améliorer leur santé mentale. On constate que la majorité des participants (35/48) a amélioré sa santé mentale, qu'une seule personne a conservé le même niveau et que le quart des aînés ont vu leur santé mentale se détériorer au cours des 16 semaines. Dans la même lignée, on observe que 36 participants ont amélioré leur bien-être psychologique et que 12 ont subi une détérioration de leur niveau de bien-être psychologique. Enfin, on constate que 34 aînés ont vécu une diminution leur niveau de détresse psychologique durant l'étude, que trois autres ont maintenu le même niveau et que onze participants affichent un accroissement de leur détresse psychologique.

**Figure 4.1** Les trajectoires de la santé mentale et de ses dimensions dans le temps



Si on scrute ces trajectoires, il est possible d'observer que les participants ont emprunté plusieurs cheminements différents. En effet, ces cheminements ont été qualifiés de «continu» ou de «discontinu». Le terme «continu» signifie que le profil du participant s'est toujours maintenu dans la même direction. Ainsi, un aîné qui a amélioré sa santé mentale à chacune des mesures a une trajectoire continue. Par contre, une personne âgée

qui a vu sa santé mentale augmenter et diminuer à différentes mesures représente un parcours «discontinu». Les résultats montrent que la majorité des participants présente des parcours discontinus. Deux participants seulement ont vu leur santé mentale s'améliorer de façon continue, alors que 46 personnes âgées ont eu une réduction de leur santé mentale à au moins une reprise durant les 16 semaines. Le bien-être psychologique et la détresse psychologique présentent les mêmes profils, c'est-à-dire que 3 participants ont amélioré leur bien-être psychologique de façon continue et 3 aînés ont réduit leur niveau de détresse psychologique de façon continue. Par conséquent, 45 participants présentent des cheminements discontinus en ce qui a trait à leur niveau de bien-être psychologique et de détresse psychologique. De façon plus détaillée, le tableau 4,2 présente l'ensemble des différents cheminements des participants en ce qui concerne la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique.

Le tableau révèle que peu de participants ont présenté des trajectoires continues. Le cheminement le plus souvent emprunté est discontinu. On note qu'il y a toujours environ 22 % ou plus de participants qui présentent une trajectoire qui va à l'encontre de l'ensemble du groupe. Toutefois, dans l'ensemble 71 % des participants ou plus présentent une trajectoire allant dans la même direction.

À la lumière de ces derniers résultats, il est évident que la santé mentale et ses dimensions ont été plus variables au cours des 16 semaines que le laissent entrevoir les moyennes du groupe. Dans les tableaux suivants (4,3; 4,4; 4,5), on verra combien de participants ont augmenté, diminué ou ont vu leur santé mentale, leur bien-être psychologique et leur détresse psychologique demeurer stable pour chacun des temps de mesure. Évidemment, pour le temps 1, on ne peut déterminer le changement de la santé mentale en l'absence de mesure précédente. Le tableau 4,3 présente les résultats pour la santé mentale.

On note qu'en considérant les cheminements individuels, la santé mentale n'a pas évolué pour tous les participants selon la trajectoire croissante que présente la moyenne du groupe aux divers temps de mesure. Il s'avère intéressant de constater que les participants qui présentent un accroissement de leur niveau de santé mentale ont enregistré des augmentations plus importantes que les aînés ayant vécu une diminution de leur santé

mentale. La trajectoire positive de la santé mentale du groupe témoigne de cette observation, particulièrement aux temps 3 et 4.

**Tableau 4.2**

Les différents cheminements de la santé mentale et de ses dimensions dans le temps

Variables	Cheminements	Nombre de participants
Santé mentale	• Augmentation de façon continue	➤ 2 ( 4,2 %)
	• Augmentation discontinue	➤ 33 (68,8 %)
	• Même niveau de santé mentale entre le début et la fin mais discontinu au cours des 16 semaines	➤ 1 ( 2,1 %)
	• Même niveau de la santé mentale entre le début et la fin mais continu au cours des 16 semaines	➤ 0 ( 0 %)
	• Diminution continue	➤ 0 ( 0 %)
	• Diminution discontinue	➤ 12 ( 25 %)
Bien-être psychologique	• Augmentation de façon continue	➤ 2 ( 4,2 %)
	• Augmentation discontinue	➤ 34 (70,8 %)
	• Même niveau de la santé mentale entre le début et la fin mais continu au cours des 16 semaines	➤ 0 ( 0 %)
	• Même niveau de la santé mentale entre le début et la fin mais discontinu au cours des 16 semaines	➤ 0 ( 0 %)
	• Diminution de façon continue	➤ 1 ( 2,1 %)
	• Diminution discontinue	➤ 11 (22,9 %)
Détresse psychologique	• Augmentation continue	➤ 0 ( 0 %)
	• Augmentation discontinue	➤ 11 (22,9 %)
	• Même niveau de la santé mentale entre le début et la fin mais continue au cours des 16 semaines	➤ 0 ( 0 %)
	• Même niveau de la santé mentale entre le début et la fin mais discontinue au cours des 16 semaines	➤ 3 ( 6,3 %)
	• Diminution de façon continue	➤ 3 ( 6,3 %)
	• Diminution discontinue	➤ 31 (64,6 %)

**Tableau 4.3**

Les changements de la santé mentale selon les temps de mesure

Santé mentale	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	32 (66,7 %)	25 (52,1 %)	25 (52,1 %)	38 (79,2 %)
Stable		2 ( 4,2 %)		
Diminution	16 (33,3 %)	21 (43,8 %)	23 (47,9 %)	10 (20,8 %)



À l'image de la santé mentale, on constate également que pour le bien-être psychologique les cheminements individuels se montrent variables d'un participant à l'autre (tableau 4,4). On note que le bien-être psychologique des participants affiche des bonds positifs plus importants que des diminutions. Qui plus est, au temps 3 avec un nombre équivalent de participants par trajectoires, on observe quand même un accroissement du bien-être psychologique du point de vue du groupe comme l'a montré la figure 4.1.

**Tableau 4.4**

Les changements du bien-être psychologique selon les temps de mesure

Bien-être psychologique	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	29 (60,4 %)	23 (47,9 %)	27 (56,3 %)	32 (66,7 %)
Stable		2 ( 4,2 %)	1 ( 2,1 %)	1 ( 2,1 %)
Diminution	19 (39,6 %)	23 (47,9 %)	20 (41,7 %)	15 (31,3 %)

**Tableau 4.5**

Les changements de la détresse psychologique selon les temps de mesure

Bien-être psychologique	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	16 (33,3 %)	19 (39,6 %)	20 (41,7 %)	15 (31,3 %)
Stable	3 ( 6,3 %)	1 ( 2,1 %)	5 ( 0,4 %)	4 ( 8,3 %)
Diminution	29 (60,4 %)	28 (58,3 %)	23 (47,9 %)	29 (60,4 %)

À l'instar des trajectoires précédentes, la détresse psychologique affiche des variations individuelles. En effet, malgré une trajectoire de groupe négative, plusieurs individus ont vu leur niveau de détresse psychologique augmenter durant l'étude. Par ailleurs, il est intéressant de constater que la réduction de la détresse psychologique se manifeste en proportion aussi importante à chaque mesure et cela même au temps 5 où les participants avaient déjà diminué de beaucoup leur niveau de détresse.

En somme, les résultats descriptifs révèlent des variations au niveau de la santé mentale, du bien-être psychologique et de la détresse psychologique. Pour établir si ces changements se trouvent statistiquement significatifs, différents tests non paramétriques, qui ont été préalablement expliqués, sont exécutés.

Tableau 4.6

Résultats des tests de tendance pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique

Tests	Variabes	Temps de mesure	Marques des participants	Résultats du test	Probabilité
rho de Spearman	Santé mentale	1	185,6	$r_s = 1$	$p = 0,014$
		2	195		
		3	197,9		
		4	199		
		5	203,9		
	Bien-être psychologique	1	93,5	$r_s = 1$	$p = 0,014$
		2	98,7		
		3	100,8		
		4	101,1		
		5	104,4		
	Détresse psychologique	1	46	$r_s = -1$	$p = 0,014$
		2	41,8		
		3	41		
		4	40,1		
		5	38,5		
tau de Kendall	Santé mentale	1	185,6	$t = 1$	$p = 0,001$
		2	195		
		3	197,9		
		4	199		
		5	203,9		
	Bien-être psychologique	1	93,5	$t = 1$	$p = 0,001$
		2	98,7		
		3	100,8		
		4	101,1		
		5	104,4		
	Détresse psychologique	1	46	$t = -1$	$p = 0,001$
		2	41,8		
		3	41		
		4	40,1		
		5	38,5		

Ces tests permettent d'affirmer que la santé mentale affiche un accroissement statistiquement significatif dans le temps. Le score du bien-être psychologique présente également une augmentation positive dans le temps. En ce qui a trait à la détresse psychologique, on peut établir qu'elle a diminué avec le temps. Ces augmentations et cette diminution se montrent statistiquement significatives.

**Tableau 4.7**

Résultats du test de Wilcoxon pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique.

Test	Concepts	Temps 1 et 5	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Santé mentale	T1 = 185,58 T5 = 203,94	w = - 3,60	$p = 0,001$
	Bien-être psychologique	T1 = 93,54 T5 = 104,40	w = - 4,28	$p = 0,001$
	Détresse psychologique	T1 = 185,58 T5 = 203,94	w = - 3,94	$p = 0,001$

Les résultats de ce test témoignent d'une différence statistiquement significative des scores entre la première et la dernière mesure. Ces résultats viennent soutenir les premiers résultats observés avec les tests de tendance.

**Tableau 4.8**

Résultats du test de Friedman pour la santé mentale, le bien-être psychologique et la détresse psychologique.

Test	Concepts	Temps = marques	Résultats du test	Probabilité
Test de Friedman	Santé mentale	T1 = 185,58 T2 = 194,98 T3 = 197,81 T4 = 198,96 T5 = 203,94	f = 31,35	$p = 0,001$
	Bien-être psychologique	T1 = 93,54 T2 = 98,73 T3 = 100,79 T4 = 101,13 T5 = 104,40	f = 18,51	$p = 0,001$
	Détresse psychologique	T1 = 45,96 T2 = 41,75 T3 = 40,98 T4 = 40,17 T5 = 38,46	f = 23,00	$p = 0,001$

Ce test permet de conclure que les moyennes du groupe aux cinq temps sont différentes. En somme, les quatre tests obtiennent des résultats statistiquement significatifs. Il s'avère donc justifié de soutenir que la santé mentale s'est améliorée au cours des 16 semaines.

## Trajectoire de la consommation de psychotropes

La deuxième question de recherche se rapporte à la description de la trajectoire de la consommation de psychotropes chez des aînés participant à une activité de groupe à caractère physique. Elle sera répondue par le même procédé d'analyse que la première question.

La consommation moyenne de psychotropes en milligrammes par participant se situe à 24,5 mg par jour. Le tableau montre la consommation quotidienne en milligrammes par participant selon le temps de mesure et le type de prescription. La moyenne des psychotropes «TOTAL» est une moyenne combinée à partir des psychotropes consommés au besoin (PRN) et à prise régulière (RÉG).

**Tableau 4.9**

La consommation moyenne quotidienne de psychotropes en milligrammes par participant selon les temps de mesures

Variables	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
	<i>x/s</i>	<i>x/s</i>	<i>x/s</i>	<i>x/s</i>	<i>x/s</i>
Psychotropes TOTAL / semaine	24,45 / 39,96	25,64 / 41,27	25,11/ 41,50	24,22 / 40,58	23,31 / 38,68
PRN / semaine	7,50 / 10,59	8,33 / 11,72	9,28 / 14,56	8,76 / 13,82	7,83 / 10,91
RÉG / semaine	43,03 / 51	44,33 / 52,61	41,48/ 53,79	40,34/ 52,74	41,45 / 50,83

La consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) ne semble pas s'être modifiée de façon importante durant l'étude. On remarque que la moyenne TOTAL se trouve à être inférieure aux psychotropes RÉG. On explique ce résultat par deux éléments. Le premier étant que les psychotropes à prise régulière comprennent des antidépresseurs dont les dosages varient de 25 mg à 150 mg par jour et qu'on retrouve moins d'individus qui possèdent une prescription régulière (21) qu'une prescription au besoin (36). Qui plus est, les psychotropes au besoin incluent majoritairement des anxiolytiques dont le dosage se situe aux environs de 1 à 10 mg. En créant une moyenne qui englobent tous les psychotropes on en obtient une automatiquement inférieure. Le dosage plus élevé des psychotropes à prise régulière s'illustre clairement dans le tableau suivant.

**Tableau 4.10**

La consommation totale de psychotropes en milligrammes par le groupe selon les temps de mesures

Variables	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
	Somme en mg	Somme en mg	Somme en mg	Somme en mg	Somme en mg
Psychotropes TOTAL / semaine	1173,45	1230,93	1205,26	1162,50	1118,66
PRN / semaine	269,83	299,93	334,12	315,28	289,59
RÉG / semaine	903,63	931,0	871,14	847,22	829,07

La sommation confirme les distinctions selon le type de prescription, mais elle soulève aussi une variabilité entre les temps de mesure pour chaque type de prescription que les moyennes ne pouvaient apprécier. On constate qu'il se présente des écarts, le plus grand pour les psychotropes «TOTAL» se chiffrant à 112,27 mg, de 64,29 mg pour les psychotropes PRN et de 101,93 mg pour les psychotropes à utilisation régulière.

Ces sommations sont influencées par le nombre de consommateurs. Le nombre de participants qui ne témoignent d'aucun usage de psychotrope s'avère constant pour les trois premières mesures, mais un changement s'opère aux deux dernières mesures. Le tableau suivant présente le nombre d'individus par temps de mesure selon la prescription qui ne consomment aucun comprimé de psychotrope.

**Tableau 4.11**

Le nombre de participants par type de prescription qui ne consomment aucun psychotrope par temps de mesure

Variables	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants
Psychotropes TOTAL (57 prescriptions)	2	2	2	5	7
Psychotropes PRN (36 prescriptions)	3	4	3	6	8
Psychotropes RÉG (21 prescriptions)	0	0	0	1	1

Le nombre de participants qui n'a pas consommé de psychotrope pendant la semaine de mesure s'accroît à partir du quatrième et cinquième temps de mesure. Le

même profil se présente auprès des détenteurs d'un psychotrope au besoin et de façon moins accentuée pour les psychotropes «réguliers». Ce tableau démontre que les participants cesseront pour une semaine de consommer des psychotropes au besoin plus fréquemment que des psychotropes «réguliers». Les individus qui possèdent deux prescriptions arrêteront davantage de recourir à leurs psychotropes au besoin que ceux à prise régulière comme l'atteste la différence dans le nombre d'individus pour chacune des mesures entre les psychotropes «TOTAL» et «PRN». Ces modifications se sont peut-être réalisées sous l'autorité de l'individu ou bien de celle du médecin. Le tableau suivant présente le nombre de participants dont la consommation de psychotropes a changé en raison d'une ordonnance médicale.

**Tableau 4.12**

Le nombre de participants qui a vu sa consommation changé en raison d'une prescription médicale.

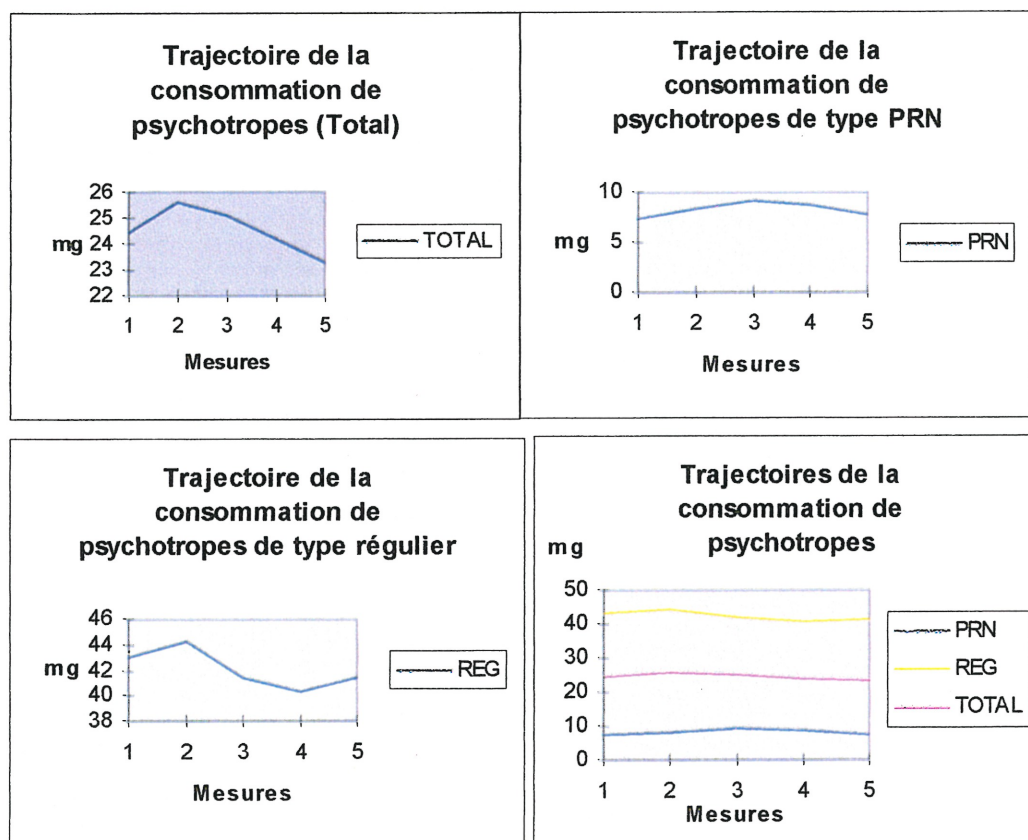
Variables	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants	Nbre de participants
Prescriptions modifiant la consommation	0	2	1	3	3

Les changements qui se présentent dans la consommation de psychotropes des participants n'ont donc que rarement pour une origine ordonnance médicale. À noter que les neuf modifications se partagent entre six participants. De façon plus précise, à la deuxième mesure les transformations furent une augmentation du dosage d'un sédatif-hypnotique et d'un antidépresseur. Il y a ajout d'un sédatif-hypnotique à la troisième mesure. On voit l'adjonction d'un anxiolytique, l'accroissement du dosage d'un sédatif-hypnotique et l'arrêt d'un sédatif-hypnotique au quatrième temps. Enfin, la prescription d'un sédatif-hypnotique, la cessation d'un anxiolytique et la réduction du dosage d'un anxiolytique représentent les modifications de la dernière mesure. En bref, six changements résultent en un accroissement de la consommation contre trois qui se rapportent à une diminution de l'usage de psychotropes. Ce dernier résultat, en lien avec le tableau précédent, suggère que l'arrêt de la consommation de psychotrope provient en deux occasions du médecin. Ainsi, les changements dans l'utilisation des psychotropes qu'on pourra observer découlent fortement des choix des participants.

Ceci nous amène donc à observer à l'aide de figures la consommation de psychotropes du groupe. Les moyennes du groupe sont illustrées visuellement pour les 16 semaines. Quatre graphiques ont été construits dans le but de distinguer la consommation selon le type de prescription.

**Figure 4.2**

Les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» dans le temps



Les résultats descriptifs mettent en lumière, à l'aide des moyennes du groupe, que la consommation de psychotropes n'a que quelque peu été modifiée au cours des 16 semaines. Malgré des variations peu significatives, il s'avère quand même possible que des participants aient changé leur consommation de façon plus importante. À l'image de ce qui a été effectué avec la santé mentale, la même analyse descriptive est réalisée, c'est-à-dire comparer la marque de chacun des participants entre le début et la fin des 16 semaines pour établir combien de participants ont réellement augmenté ou diminué leur

consommation de psychotropes. Ainsi, on constate sur le plan des psychotropes «TOTAL» que 19 participants ont réduit leur utilisation de psychotropes, que 17 personnes âgées ont augmenté et que 12 aînés ont maintenu le même niveau de consommation. Lorsqu'on prend en considération le type de prescription, on observe que les médicaments psychotropes au besoin ont plus varié entre le début et la fin de l'étude, puisque 16 participants ont diminué leur consommation, 14 l'ont augmenté et seulement six participants ont maintenu la même consommation. À l'inverse, l'utilisation des psychotropes «RÉG» s'avère plus stable. Onze participants maintiennent le même niveau de consommation de psychotropes «RÉG», cinq ont accru leur utilisation et un nombre équivalent a réduit leur usage des psychotropes de type régulier. Le tableau suivant présente plus en détail ces différents cheminements.

**Tableau 4.13**

Les différents cheminements de la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG» dans le temps.

Variables	Cheminements	n (%)
Psychotropes TOTAL	• Augmentation de façon continue	> 5 (10,4 %)
	• Augmentation discontinue	> 12 (25,0 %)
	• Même niveau de consommation entre le début et la fin et profil continu au cours des 16 semaines	> 9 (18,8 %)
	• Même niveau de consommation entre le début et la fin mais profil discontinu au cours des 16 semaines	> 3 (6,3 %)
	• Diminution de façon continue	> 12 (25,0 %)
	• Diminution discontinue	> 7 (14,6 %)
	Psychotropes PRN	• Augmentation de façon continue
• Augmentation discontinue		> 11 (29,7 %)
• Même niveau de consommation entre le début et la fin et profil continu au cours des 16 semaines		> 4 (10,8 %)
• Même niveau de consommation entre le début et la fin mais profil discontinu au cours des 16 semaines		> 3 (8,1 %)
• Diminution de façon continue		> 10 (27,0 %)
• Diminution discontinue		> 6 (16,2 %)
Psychotropes RÉG		• Augmentation de façon continue
	• Augmentation discontinue	> 2 (9,5 %)
	• Même niveau de consommation entre le début et la fin et profil continue au cours des 16 semaines	> 10 (47,6 %)
	• Même niveau de consommation entre le début et la fin mais profil discontinu des 16 semaines	> 1 (4,8 %)
	• Diminution de façon continue	> 2 (9,5 %)
	• Diminution discontinue	> 3 (14,3 %)



La consommation de psychotropes «TOTAL» présente deux cheminements. 26 personnes âgées ont modifié leur consommation de psychotropes (TOTAL) d'une manière continue et 22 participants tracent un cheminement caractérisé, au minimum, par une augmentation ou une diminution de sa consommation de psychotropes «TOTAL». On remarque que l'augmentation de la consommation de psychotropes se réalise davantage de façon discontinue contrairement à la diminution qui s'effectue dans une plus grande proportion d'une manière continue. Enfin, chez les gens qui n'affichent pas de modification de leur dosage, la gestion des psychotropes en «continue» est plus prévalente.

Sur le plan des psychotropes au besoin, 17 participants ont maintenu la même direction, contre 20 qui présentent un profil discontinu. Comme pour les psychotropes «TOTAL», les participants qui ont accru leur consommation de psychotropes PRN l'ont fait d'une manière discontinue (11) et ceux qui ont limité leur utilisation l'ont réalisé de manière continue (10). À l'instar des psychotropes «TOTAL», l'utilisation des psychotropes PRN chez les participants qui n'ont pas changé leur posologie entre le début et la fin de l'étude s'effectue davantage d'une manière «continue».

En ce qui concerne les psychotropes «RÉG», 15 participants montrent un profil continu de leur consommation en comparaison à six personnes âgées qui présentent une consommation discontinue. La stabilité caractérise ce sous-groupe puisque 47,6 % d'entre eux n'ont subi aucun changement dans l'utilisation de leurs psychotropes. Toutefois, cette stabilité est bien relative puisqu'en réalité, tous les participants devraient consommer ces médicaments de manière continue et sans changement de posologie. Cependant, les résultats montrent que 11 participants sur 21 ont changé leur consommation de psychotropes. En somme, les aînés utilisateurs de psychotropes adoptent plusieurs styles de consommation pour répondre à leurs besoins.

On constate qu'en détaillant les trajectoires, on met à jour toute la variabilité de l'usage des psychotropes des participants. Il est possible que la consommation illustre encore plus de variabilité en tenant compte des temps de mesure. Ainsi, pour chaque mesure, il sera déterminé combien de participants ont augmenté, diminué ou ont vu leur consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) demeurer stable. À noter qu'en l'absence d'une mesure précédente pour le temps 1, il s'avère impossible d'identifier le

changement à cette mesure. Le tableau suivant présente les résultats pour la consommation de psychotropes TOTAL.

**Tableau 4.14**

Les changements de l'usage des psychotropes «TOTAL» selon le temps de mesure

Psychotropes TOTAL	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	18 (37,5 %)	11 (22,9 %)	11 (22,9 %)	9 (18,8 %)
Stable	21 (43,8 %)	20 (41,7 %)	20 (41,7 %)	24 (50,0 %)
Diminution	9 (18,8 %)	17 (35,4 %)	17 (35,4 %)	15 (31,3 %)

Les résultats montrent que sur 16 semaines le nombre d'individus qui a augmenté sa consommation de psychotropes diminue avec le temps. Le pourcentage des aînés qui ont maintenu une stabilité dans leur consommation est demeuré sensiblement le même. Enfin, le nombre de participants qui ont réduit leur usage de psychotropes s'accroît au temps 3, mais reste plutôt constant par la suite. Ce tableau permet de constater que la majorité des participants ne modifie pas sa consommation.

Le tableau 4,15 présente les résultats pour la consommation de psychotropes au besoin (PRN).

**Tableau 4.15**

Les changements de l'usage des psychotropes «PRN» selon le temps de mesure

Psychotropes PRN	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	14 (38,9 %)	12 (33,3 %)	9 (25,0 %)	6 (16,7 %)
Stable	10 (27,8 %)	10 (27,8 %)	12 (33,3 %)	16 (44,4 %)
Diminution	12 (33,3 %)	14 (38,9 %)	15 (41,7 %)	14 (38,9 %)

Les résultats montrent qu'avec le temps le nombre d'individus qui augmentent leur consommation de psychotropes (PRN) a diminué de façon intéressante. Les consommateurs qui ont maintenu un usage équivalent entre chacune des mesures a augmenté. Enfin, le nombre de participants qui réduisent leur utilisation a augmenté entre les temps 2 et 5. Ce tableau révèle donc un accroissement du nombre de participants qui ont stabilisé ou diminué leur consommation de psychotropes «PRN» à travers le temps.

Le tableau 4,16 présente les résultats pour la consommation de psychotropes réguliers (RÉG).

**Tableau 4.16**

Les changements de l'usage des psychotropes «RÉG» selon le temps de mesure

Psychotropes RÉG	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
Augmentation	4 (19,0 %)	1 ( 4,8 %)	2 ( 9,5 %)	5 (23,8 %)
Stable	17 (81,0 %)	16 (76,2 %)	16 (76,2 %)	14 (66,7 %)
Diminution	0 ( 0,0 %)	4 (19,0 %)	3 (14,3 %)	2 ( 9,5 %)

Les résultats ne suggèrent pas de tendance en ce qui a trait au nombre d'individus qui a augmenté leur consommation de psychotropes (RÉG). Le nombre de participants chez qui on observe une stabilité d'utilisation entre les mesures se trouve réduit sensiblement, tandis que le pourcentage de participants qui ont diminué leur consommation s'est modifié, mais, il est resté très bas. Ce tableau appuie des observations antérieures voulant que les comportements des utilisateurs de ce type de prescription changent moins leur posologie.

Lorsqu'on observe les trajectoires, on constate que la consommation de psychotropes (TOTAL) et de type régulier semble diminuer au cours des 16 semaines. Toutefois, ce sont les tests de tendances qui permettront d'établir s'il se présente réellement une direction dans les trajectoires de ces graphiques (figure 4,2).

Les résultats des tests indiquent que les données ne témoignent pas de tendance (tableau 4,17). Ainsi, ces tests soutiennent que la consommation de psychotropes au cours des 16 semaines ne présente pas de tendance à la baisse ou à la hausse qui soit statistiquement significative et ce pour les différents types de prescription.

Les résultats au test de Wilcoxon vont dans le même sens que les précédents (Mann et Daniel). La consommation de psychotropes des participants à l'étude n'affiche pas de changement significatif entre le début et la fin de l'étude (tableau 4,18).

Les résultats du test de Friedman démontrent aussi que la consommation de psychotropes au cours des 16 semaines n'a pas changé de façon significative sur le plan statistique (tableau 4,19). En somme, selon les tests statistiques, la consommation de psychotropes ne s'est pas modifiée au cours de l'intervention.

**Tableau 4.17**

Résultats des tests de tendance pour la consommation de psychotropes  
«TOTAL», «PRN» et «RÉG».

Tests de tendance	Variables	Temps de mesure	Marques des participants	Résultats du test	Probabilité
rho de Spearman	Psychotropes TOTAL	1	24,45 mg	$r_s = -0,70$	$p = 0,14$
		2	25,64 mg		
		3	25,11 mg		
		4	24,22 mg		
		5	23,31 mg		
	Psychotropes de type PRN	1	7,50 mg	$r_s = 0,30$	$p = 0,62$
		2	8,33 mg		
		3	9,28 mg		
		4	8,76 mg		
		5	7,83 mg		
	Psychotropes de type RÉG	1	43,03 mg	$r_s = -0,80$	$p = 0,10$
		2	44,33 mg		
		3	41,48 mg		
		4	40,34 mg		
		5	41,45 mg		
tau de Kendall	Psychotropes TOTAL	1	24,45 mg	$t = -0,60$	$p = 0,19$
		2	25,64 mg		
		3	25,11 mg		
		4	24,22 mg		
		5	23,31 mg		
	Psychotropes de type PRN	1	7,50 mg	$t = 0,20$	$p = 0,62$
		2	8,33 mg		
		3	9,28 mg		
		4	8,76 mg		
		5	7,83 mg		
	Psychotropes de type RÉG	1	43,03 mg	$t = -0,60$	$p = 0,14$
		2	44,33 mg		
		3	41,48 mg		
		4	40,34 mg		
		5	41,45 mg		

**Tableau 4.18**

Résultats du test de Wilcoxon pour la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG»

Test	Concepts	Temps = marques	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Psychotropes TOTAL	T1 = 24,45 mg T5 = 23,31 mg	w = - 0,41	p = 0,68
	Psychotropes de type PRN	T1 = 7,50 mg T5 = 7,83 mg	w = - 0,46	p = 0,65
	Psychotropes de type RÉG	T1 = 43,03 mg T5 = 41,45 mg	w = - 0,65	p = 0,52

**Tableau 4.19**

Résultats du test de Friedman pour la consommation de psychotropes «TOTAL», «PRN» et «RÉG».

Test	Concepts	Temps = marques	Résultats du test	Probabilité
Test de Friedman	Psychotropes TOTAL	T1 = 24,45 mg T2 = 25,64 mg T3 = 25,11 mg T4 = 24,22 mg T5 = 23,31 mg	f = 7,96	p = 0,09
	Psychotropes de type PRN	T1 = 7,50 mg T2 = 8,33 mg T3 = 9,28 mg T4 = 8,76 mg T5 = 7,83 mg	f = 7,78	p = 0,10
	Psychotropes de Type RÉG	T1 = 43,03 mg T2 = 44,33 mg T3 = 41,48 mg T4 = 40,34 mg T5 = 41,45 mg	f = 2,41	p = 0,66

### Association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes

La troisième question de recherche vise à identifier s'il prévaut une association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez des aînés participant à une activité de groupe à caractère physique. Les trajectoires nous permettent de constater qu'il ne semble pas y avoir d'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes d'un point de vue intra-individu. En effet, à chaque temps de mesure, l'individu est comparé avec lui-même, à l'aide de la moyenne du groupe, en rapport avec son score précédent. Or, il est impossible d'obtenir une association significative lorsqu'une des variables ne montre pas de modification (usage de psychotropes). Une

deuxième façon d'évaluer le niveau d'association entre ces variables est de réaliser des tests d'association inter-individus. En effet, dans les prochaines pages, on évalue si les individus présentant une très bonne santé mentale se trouvent à être ceux qui consomment le moins ou l'inverse. Pour répondre à cette question, deux tests d'association, le rho de Spearman et le tau de Kendall, sont réalisés dans le but d'évaluer le niveau d'association entre ces deux variables. Ces tests sont effectués sous plusieurs angles ce qui pourrait élucider certaines associations. Ces tests sont réalisés aux cinq mesures et plusieurs combinaisons sont examinées entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et la consommation de psychotropes (type de prescription).

Les deux tests d'association effectués entre la santé mentale et la consommation de psychotropes et cela pour l'ensemble des possibilités ne soutiennent pas d'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes à travers le temps (tableau 4.20).

#### **Association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes en considérant le nombre de visite chez le médecin.**

La troisième question de recherche comprend la sous question suivante : "Quelle est l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes après avoir contrôlé pour le nombre de visites chez le médecin?" Or, les résultats obtenus ne supportent pas la relation entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Ainsi, les résultats de l'analyse qui était planifiée pour répondre à la sous-question trois sont prévisibles. Il ne s'avère donc pas nécessaire d'effectuer le coefficient tau de corrélation partielle de Kendall puisqu'il n'y a pas d'association entre ces variables. D'ailleurs, comme on l'a illustré il est rare que le médecin modifie la prescription de psychotropes (tableau 4,9). Au cours de cette étude, la mesure portant sur les visites médicales permet d'estimer qu'il y a eu 222 visites. En scrutant, les mesures de psychotropes, on constate que la prescription a été modifiée à seulement neuf occasions par le médecin (4%).

Tableau 4.20

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chacun des temps de mesure.

Variables étudiées		Psychotropes	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale vs psychotropes (TOTAL)	T1 = 185,58	24,45 mg	t = -0,05	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,59
	T2 = 194,98	25,64 mg	t = -0,02	p = 0,82	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,81
	T3 = 197,81	25,11 mg	t = -0,05	p = 0,64	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,55
	T4 = 198,96	24,22 mg	t = -0,01	p = 0,96	r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,95
	T5 = 203,94	23,31 mg	t = -0,10	p = 0,35	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,41
Santé mentale vs psychotropes (PRN)	T1 = 185,58	7,50 mg	t = 0,03	p = 0,82	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,86
	T2 = 194,98	8,33 mg	t = -0,01	p = 0,94	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,98
	T3 = 197,81	9,28 mg	t = 0,02	p = 0,84	r <sub>s</sub> = 0,004	p = 0,98
	T4 = 198,96	8,76 mg	t = -0,06	p = 0,60	r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,67
	T5 = 203,94	7,83 mg	t = -0,15	p = 0,21	r <sub>s</sub> = -0,17	p = 0,33
Santé mentale vs psychotropes (RÉG)	T1 = 185,58	43,03 mg	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,87
	T2 = 194,98	44,33 mg	t = 0,24	p = 0,15	r <sub>s</sub> = 0,30	p = 0,18
	T3 = 197,81	41,48 mg	t = 0,10	p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,50
	T4 = 198,96	40,34 mg	t = 0,14	p = 0,38	r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,37
	T5 = 203,94	41,45 mg	t = 0,04	p = 0,82	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,87
Bien-être psychologique vs psychotropes (TOTAL)	T1 = 93,54	24,45 mg	t = -0,08	p = 0,44	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,43
	T2 = 98,73	25,64 mg	t = 0,04	p = 0,68	r <sub>s</sub> = 0,08	p = 0,58
	T3 = 100,79	25,11 mg	t = -0,07	p = 0,49	r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,50
	T4 = 101,13	24,22 mg	t = -0,07	p = 0,49	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,58
	T5 = 104,40	23,31 mg	t = -0,05	p = 0,60	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,60
Bien-être psychologique vs psychotropes (PRN)	T1 = 93,54	7,50 mg	t = 0,06	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,08	p = 0,64
	T2 = 98,73	8,33 mg	t = 0,003	p = 0,98	r <sub>s</sub> = 0	p = 0,99
	T3 = 100,79	9,28 mg	t = 0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,89
	T4 = 101,13	8,76 mg	t = -0,07	p = 0,55	r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,67
	T5 = 104,40	7,83 mg	t = -0,12	p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,46
Bien-être psychologique vs psychotropes (RÉG)	T1 = 93,54	43,03 mg	t = 0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = 0,02	p = 0,92
	T2 = 98,73	44,33 mg	t = 0,19	p = 0,24	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,24
	T3 = 100,79	41,48 mg	t = 0,15	p = 0,35	r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,32
	T4 = 101,13	40,34 mg	t = 0,12	p = 0,47	r <sub>s</sub> = 0,17	p = 0,47
	T5 = 104,40	41,45 mg	t = 0,08	p = 0,63	r <sub>s</sub> = 0,09	p = 0,69
Détresse psychologique vs psychotropes (TOTAL)	T1 = 45,96	24,45 mg	t = 0,04	p = 0,68	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,78
	T2 = 41,75	25,64 mg	t = -0,03	p = 0,80	r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,87
	T3 = 40,98	25,11 mg	t = -0,02	p = 0,81	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,83
	T4 = 40,17	24,22 mg	t = 0,002	p = 0,99	r <sub>s</sub> = 0,02	p = 0,87
	T5 = 38,46	23,31 mg	t = 0,11	p = 0,28	r <sub>s</sub> = 0,14	p = 0,35
Détresse psychologique vs psychotropes (PRN)	T1 = 45,96	7,50 mg	t = 0,04	p = 0,71	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,77
	T2 = 41,75	8,33 mg	t = 0,05	p = 0,70	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,68
	T3 = 40,98	9,28 mg	t = 0,05	p = 0,70	r <sub>s</sub> = 0,07	p = 0,67
	T4 = 40,17	8,76 mg	t = 0,13	p = 0,29	r <sub>s</sub> = 0,17	p = 0,34
	T5 = 38,46	7,83 mg	t = 0,18	p = 0,13	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,23
Détresse psychologique vs psychotropes (RÉG)	T1 = 45,96	43,03 mg	t = -0,08	p = 0,61	r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,56
	T2 = 41,75	44,33 mg	t = -0,18	p = 0,26	r <sub>s</sub> = -0,26	p = 0,26
	T3 = 40,98	41,48 mg	t = -0,04	p = 0,81	r <sub>s</sub> = -0,70	p = 0,76
	T4 = 40,17	40,34 mg	t = -0,06	p = 0,72	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,71
	T5 = 38,46	41,45 mg	t = -0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = -0,05	p = 0,85

Pourtant, la variable traitant du nombre de visites chez le médecin, ainsi que celle portant sur la santé mentale ont été identifiées maintes fois dans les recherches comme ayant une influence sur le recours aux psychotropes. Par contre, ces deux variables comportaient les mêmes limites (devis, données transversales, échantillons, mesures des psychotropes) soulevées dans la recension des écrits à propos de leur relation avec l'usage des psychotropes. Il apparaît donc tout de même opportun d'évaluer la relation qui prévaut entre l'usage de psychotropes et le nombre de visites chez le médecin. Les tests non paramétriques d'association (le rho de Spearman et le tau de Kendall) qui ont été choisis pour tester la relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes sont répétés de nouveau. Ces deux tests d'association ont été effectués entre le nombre de visites chez le médecin et la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) et cela à chacune des cinq mesures (tableau 4.21).

**Tableau 4.21**

Résultats aux tests d'association entre le nombre de visites chez le médecin et la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chacun des temps de mesure

Variables étudiées	psychotropes	Nombre de visites chez le médecin	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Nombre de visites chez le médecin vs psychotropes (TOTAL)	24,45 mg	T1 = 1,67	t = 0,09	$p = 0,44$	$r_s = 0,11$	$p = 0,46$
	25,64 mg	T2 = 1,67	t = 0,14	$p = 0,25$	$r_s = 0,17$	$p = 0,25$
	25,11 mg	T3 = 1,48	t = -0,12	$p = 0,31$	$r_s = -0,15$	$p = 0,32$
	24,22 mg	T4 = 1,56	t = -0,20	$p = 0,09$	$r_s = -0,25$	$p = 0,09$
	23,31 mg	T5 = 1,48	t = -0,08	$p = 0,53$	$r_s = -0,10$	$p = 0,52$
Nombre de visites chez le médecin vs psychotropes (PRN)	7,50 mg	T1 = 1,67	t = 0,14	$p = 0,32$	$r_s = 0,17$	$p = 0,32$
	8,33 mg	T2 = 1,67	t = 0,23	$p = 0,10$	$r_s = 0,29$	$p = 0,09$
	9,28 mg	T3 = 1,48	t = 0,17	$p = 0,22$	$r_s = 0,22$	$p = 0,20$
	8,76 mg	T4 = 1,56	t = -0,21	$p = 0,13$	$r_s = -0,25$	$p = 0,15$
	7,83 mg	T5 = 1,48	t = -0,01	$p = 0,93$	$r_s = -0,02$	$p = 0,89$
Nombre de visites chez le médecin vs psychotropes (RÉG)	43,03 mg	T1 = 1,67	t = -0,03	$p = 0,89$	$r_s = -0,03$	$p = 0,92$
	44,33 mg	T2 = 1,67	t = 0,08	$p = 0,67$	$r_s = 0,10$	$p = 0,65$
	41,48 mg	T3 = 1,48	t = -0,02	$p = 0,91$	$r_s = -0,03$	$p = 0,91$
	40,34 mg	T4 = 1,56	t = 0,43	$p = 0,43$	$r_s = -0,18$	$p = 0,42$
	41,45 mg	T5 = 1,48	t = -0,05	$p = 0,81$	$r_s = -0,05$	$p = 0,82$

Les résultats ne soutiennent pas la relation entre le nombre de visites chez le médecin et l'usage de psychotropes. Le nombre de visites chez le médecin ne constitue



donc pas, à la lumière de ces résultats, une variable qui influence le niveau de consommation de psychotropes chez ces consommateurs.

En somme, la santé mentale ne se trouve pas associée à la consommation de psychotropes chez les personnes âgées participant à une activité de groupe à caractère physique.

### **Les variables attributs**

Les résultats concernant l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes seront nuancés selon différentes variables. En effet, il apparaît convenable d'évaluer si leur association n'aurait pas été dissimulée par d'autres facteurs. L'objectif de cette démarche est donc de s'assurer que l'absence d'association lors des tests statistiques précédents n'a pas été masquée par l'une de ces variables. Par conséquent, l'association entre les deux variables d'intérêt de l'étude est analysée de nouveau, mais en prenant en considération les variables attributs suivantes : la durée de l'usage de psychotropes, l'assiduité à VACTIVE, les classes et le nombre de médicaments psychotropes, les trajectoires de la santé mentale (du bien-être psychologique et de la détresse psychologique) et de la consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG). Des catégories ont été construites pour chacune des variables attributs afin de permettre l'analyse. Le rationnel soutenant la création de la catégorie précède chaque analyse.

Par ailleurs, il importe de prendre bonne note de la loi de la courbe normale quant aux épreuves statistiques réalisées. En effet, il faut prendre des précautions dans l'interprétation des résultats significatifs. Lorsqu'on réalise un test statistique, on accorde une marge d'erreur qui est notée par l'alpha. Ce dernier se trouve fixé par convention à 5 %. L'alpha s'applique aussi au nombre de tests que l'on exécute. En effet, plus on réalise de tests statistiques sur les mêmes données plus on augmente le risque d'affirmer à tort la présence de relations significatives (erreur de première espèce). Par exemple, lorsqu'on fait plus de 100 tests statistiques, il prévaut un risque théorique d'environ 5 % d'erreur dans les résultats obtenus. Or, dans l'évaluation, par exemple, de la variable attribut portant sur la durée de la consommation de psychotropes plus de 400 tests statistiques sont effectués (annexe 11). Ainsi, théoriquement, 20 résultats

significatifs peuvent être erronés. Par conséquent, il est établi à priori qu'il est nécessaire d'avoir au minimum 21 résultats significatifs à l'intérieur d'un même tableau d'analyse pour déterminer qu'il se présente effectivement une association entre les variables à l'étude. Enfin, les résultats différents de ceux obtenus lors des analyses précédentes, sans l'intervention des variables attributs sont mis en caractère gras.

#### La durée de la consommation

La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes est réévaluée en prenant en considération la durée de la consommation. Il est possible que la santé mentale des consommateurs de psychotropes de longue date (plus de 6 mois) soit différente de ceux qui ont débuté récemment. Ces consommateurs de longue date modifieraient ainsi l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes.

Il apparaît pertinent de définir les catégories selon un raisonnement clinique, c'est-à-dire en comparant les nouveaux consommateurs (1 an et moins) avec les consommateurs de longue date (2 ans et plus). Pour soutenir cette distinction les données de l'enquête canadienne (ECCAAD, 1994) représentent un appui à cette proposition. Les données de cette enquête montrent qu'au Québec 75 % des personnes âgées consommatrices de psychotropes le font depuis plus de 1 an. Ainsi, on retrouverait 25% des aînés qui en consomment depuis 1 an et moins. Or, dans cet échantillon 18,8% des participants consomment des psychotropes depuis 1 an et moins. Toujours selon les données de cette enquête, 60 % des aînés en consomment depuis 3 ans. Dans cet échantillon, c'est 75 % d'entre eux qui en font usage depuis 3 ans. Les participants de l'étude consomment donc depuis une plus longue période en comparaison avec l'ensemble des aînés québécois. L'âge de cet échantillon constitue peut-être la raison de cette différence. Dans l'enquête canadienne, les participants de l'étude devaient avoir 55 ans ou plus, alors que dans cette recherche l'âge moyen se montre élevé atteignant quasiment les 80 ans. Il semble donc logique d'après les données de l'enquête canadienne, de soutenir que les consommateurs de psychotropes de 1 an et moins se distinguent des consommateurs de 2 ans et plus. Ces derniers apparaissent plus homogènes puisque lorsqu'une personne âgée consomme au delà de 2 ans, elle devient une consommatrice pour une longue période. En effet, le seuil critique d'une année réduit de 25 % les consommateurs de psychotropes

comparativement à 15 % pour le seuil de 3 ans (ECCAAD, 1994). Une recherche de type longitudinal de Isacson (1997) appuie cette proposition. En effet, cette recherche illustre clairement à l'aide d'un graphique qu'au courant de la première année 35 % des participants de l'étude cessent l'usage de psychotropes. À l'analyse du graphique, on note qu'il faut attendre le cumul de 9 années pour voir une autre réduction de 35 %. Ainsi, en considération de ces arguments, les catégories sont les suivantes.

**Tableau 4.22**

Catégorisation pour la variable attribut : durée de la consommation de psychotropes

Variables	Catégories
Durée de la consommation de psychotropes Abréviation: durpsy3	1= 1 an ou moins (n=9) 2= 2 ans ou plus (n=39)

Les tests non paramétriques d'association (Spearman et Kendall) ont été exécutés entre la santé mentale et la consommation de psychotropes, toujours en tenant compte de la durée de l'usage des psychotropes. On constate (annexe 11) que la nouvelle catégorisation n'apporte pas davantage de tests significatifs sur le plan de l'association entre les variables de la recherche. En effet, la variable attribut influence peu ou pas les résultats obtenus sans catégorisation.

#### La participation à VIACTIVE

La deuxième variable attribut porte sur la participation à VIACTIVE. L'objectif est d'examiner si les participants qui ont été assidus à VIACTIVE présentent des profils différents et par conséquent influencent l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes. La recherche de McAuley et Rudolph (1995) sert de base à la création des catégories. Cette recherche montre que la durée d'un programme d'exercice a un impact important sur les changements qui peuvent être observés au plan de la santé mentale. En effet, les auteurs démontrent que la probabilité d'améliorer la santé mentale des participants d'une étude est variable selon que le programme d'exercices soit de 10 semaines et moins, 11 à 19 semaines et 20 semaines et plus. Ainsi, pour la variable VIACTIVE, les participants sont divisés en deux groupes selon le nombre de semaines qu'ils ont participé à VIACTIVE. Les participants qui ont manqué seulement 2 semaines complètes sur les 16 semaines forment la première catégorie et les aînés qui furent absents plus de 3 semaines entières sont regroupés dans la deuxième catégorie. Le

nombre moyen de présence par catégorie est de 39 séances sur 48 pour la première catégorie comparativement à 22 pour les participants de la deuxième catégorie. Les tableaux en annexe 12 appuie la différence du niveau de santé mentale selon l'assiduité à VIACTIVE.

**Tableau 4.23**

Catégorisation de la variable attribut : assiduité à VIACTIVE

Assiduité à VIACTIVE	1= 2 semaines et moins (n=32)
Abbréviation:viactive	2= 3 semaines et plus (n=16)

La prise en considération de cette variable attribut ne permet pas d'obtenir davantage de résultat significatif lors des tests de Spearman et de Kendall (annexe 13). Ceci indique que la participation à VIACTIVE ne peut être considéré comme un facteur qui explique l'absence d'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes.

#### Les classes et le nombre de médicaments psychotropes

Une troisième variable attribut qui est examinée se rapporte aux classes de médicaments psychotropes. Comme les résultats descriptifs concernant l'échantillon l'ont montré au chapitre III, un participant peut consommer plus d'une classe de psychotropes. Ainsi, l'objectif est d'évaluer si l'association entre la santé mentale et les psychotropes ne se trouve pas différente selon la classe de psychotropes. L'investigateur a dû modifier les classes pour faciliter l'interprétation des résultats. Les anxiolytiques qui sont fortement majoritaires forment une seule catégorie. Cependant, les autres classes sont réunies car le nombre de participants n'étant pas suffisants pour chaque classe. Outre cela, une personne qui consomme un anxiolytique additionné d'un antidépresseur a été placée dans la deuxième classe. Or, dans la deuxième catégorie, on retrouve aussi des consommateurs d'anxiolytiques. Par contre, leur consommation d'anxiolytiques se trouve combinée à un autre psychotrope. En somme, les analyses sont effectuées en prenant en considération (1) les anxiolytiques versus (2) les anxiolytiques en combinaison avec les antidépresseurs, sédatifs-hypnotiques et anticonvulsivants. L'investigateur est conscient de l'imperfection de ces catégories, mais il semble raisonnable de croire qu'une personne âgée qui consomme un seul psychotrope, particulièrement un anxiolytique puisse être différente d'ainés utilisant plus

d'un psychotrope ou un autre type de psychotrope (antidépresseur, sédatifs-hypnotiques, anticonvulsivants).

**Tableau 4.24**

Catégorisation pour la variable attribut : classes de psychotropes

Classes de psychotropes Abbréviation: Classes	1= anxiolytiques (n=29) 2= anxiolytiques en association, antidépresseurs, sédatifs-hypnotiques, anticonvulsivants (n=19)
--	---

L'introduction de la variable attribut portant sur les classes de médicaments ne modifie pas les résultats obtenus jusqu'à maintenant. En effet, l'absence d'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes est maintenue (annexe 14).

Les tests statistiques ont évalué s'il y avait une association entre la santé mentale et les psychotropes qui se composent d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de sédatifs-hypnotiques. Or, le dosage de chacun de ces psychotropes n'a pas de correspondance parfaite avec l'état psychologique. Le fait pour un participant de consommer un comprimé de Serax 15 mg au coucher ne signifie pas que cette personne est plus dépressive ou anxieuse que celle qui consomme quatre comprimés de Ativan 1 mg par jour. De la sorte, le logarithme des tests d'association ne correspond pas exactement à la logique clinique. Ceci pourrait contribuer partiellement à l'absence de résultats statistiquement significatifs. Par contre, même si on teste l'association en prenant en considération seulement les anxiolytiques (catégorie 1; n = 29) qui forment une classe plus homogène on ne rapporte pas de résultats significatifs. De plus, même les analyses avec uniquement les utilisateurs d'Ativan (n= 18) donc un psychotrope où le dosage est, tout à fait similaire, on ne dénote pas d'association entre la santé mentale et la consommation d'Ativan (annexe 15). Ce dernier résultat montre que même avec un seul type de psychotrope, la santé mentale ne se montre pas associée au dosage du médicament. Or, si le dosage ne présente pas de correspondance avec la santé mentale des participants de cette étude, quel est le facteur qui correspond au dosage ? Les entretiens en profondeur pourront peut être suggérer la nature du lien entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Il est possible que le nombre de psychotropes qu'ils consomment, lui, soit associé à leur état psychologique. Un test d'association est donc effectué entre la santé mentale et le nombre de psychotropes

consommés (annexe 16). On dénombre cinq résultats significatifs sur une possibilité de 15. Des associations statistiquement significatives entre la santé mentale et le nombre de psychotropes sont obtenues aux temps 1 (t Kendall : -0,25 [ $p = 0,04$ ]; r Spearman : -0,30 [ $p = 0,04$ ]) et temps 3 (t Kendall : -0,26 [ $p = 0,03$ ]; r Spearman : -0,31 [ $p = 0,04$ ]). Le bien-être psychologique atteste également d'une association avec le nombre de psychotropes consommés aux temps 1 (t Kendall : -0,28 [ $p = 0,02$ ]; r Spearman : -0,34 [ $p = 0,02$ ]), temps 3 (t Kendall : -0,28 [ $p = 0,02$ ]; r Spearman : -0,33 [ $p = 0,02$ ]) et temps 4 (t Kendall : -0,27 [ $p = 0,02$ ]; r Spearman : -0,32 [ $p = 0,03$ ]). Les tests d'association n'établissent pas de résultats significatifs avec la détresse psychologie et cela pour chacun des temps de mesure. Ces résultats témoignent d'une association modeste entre ces variables. Toutefois, il s'avère crucial de poursuivre l'analyse portant sur l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes tel que mesuré dans cette étude. Les prochaines variables concernent la santé mentale et les psychotropes. On examine si le fait de prendre en considération la trajectoire de la santé mentale influencera l'association entre celle-ci et l'usage de psychotropes. Ainsi, si on prend en considération uniquement les individus qui présentent un accroissement de leur santé mentale, est-ce que l'usage des psychotropes montre une association inverse? On fera de même avec les trajectoires de la consommation de psychotropes ultérieurement.

#### La trajectoire de la santé mentale

Une quatrième variable attribut est donc analysée toujours dans le but d'approfondir notre compréhension de la relation entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Les trajectoires de la santé mentale sont ici regroupées en trois catégories. La première catégorie représente les participants qui ont eu une augmentation du niveau de leur santé mentale, la deuxième catégorie se compose de ceux qui rapportent un niveau de santé mentale stable et la troisième est formée de ceux ayant subi une diminution de leur santé mentale pendant l'étude. À noter que ces catégories sont établies à partir du niveau de santé mentale à la première mesure versus la dernière mesure. Ainsi, il s'avère possible que la santé mentale, malgré son augmentation ou diminution, ait beaucoup varié entre ces deux mesures. À noter que malgré les différentes trajectoires de la santé mentale, elle demeure toujours dans la

sphère positive de l'état psychologique et cela même chez ceux présentant une réduction de la consommation (annexe 17).

**Tableau 4.25**

Catégorisation pour la variable attribut : trajectoires de la santé mentale

Trajectoires de la santé mentale des participants de l'étude abréviation: trjdfsm	1= augmentation	(n=35)
	2= stable	(n= 1)
	3= diminution	(n=12)

La prise en considération des trajectoires de la santé mentale ne favorise pas une meilleure compréhension du phénomène. On ne soulève pas d'association significative entre la santé mentale et l'usage des psychotropes (annexe 18). Le fait de témoigner d'une augmentation ou d'une diminution du niveau de santé mentale ne s'est pas répercuté sur la consommation de psychotropes.

#### La trajectoire du bien-être psychologique

Dans le même sens que la variable attribut précédente, la prochaine variable porte sur les trajectoires du bien-être psychologique.

**Tableau 4.26**

Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires du bien-être psychologique

Trajectoires du bien-être psychologique des participants de l'étude Abréviation: Trjdfbep.	1= augmentation	(n=36)
	2= stable	(n= 0)
	3= diminution	(n=12)

Le fait d'avoir diminué ou augmenté sur le plan du bien-être psychologique ne se transfère pas sur la façon de consommer ses psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG). La division du bien-être psychologique en trois catégories ne favorise donc pas une meilleure compréhension du niveau d'association entre la santé mentale et l'utilisation de médicaments psychotropes chez ces personnes âgées (annexe 19).

### La trajectoire de la détresse psychologique

La sixième variable attribut s'inscrit en continuité avec les deux précédentes. En effet, la détresse psychologique se trouve catégorisée selon sa trajectoire entre le début et la fin de l'étude.

**Tableau 4.27**

Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la détresse psychologique

Trajectoires de la détresse psychologique des participants. Abréviation: trjdfdet.	1= augmentation (n=11) 2= stable (n= 3) 3= diminution (n=34)
---	--

Les différentes trajectoires de la détresse psychologique n'apportent pas d'éléments de réponse sur l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Les tests statistiques ne révèlent pas d'association entre ces variables (annexe 20).

### La trajectoire de la consommation de psychotropes «TOTAL»

Une septième variable attribut est introduite dans l'analyse afin d'examiner la relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes en considérant cette fois-ci la trajectoire de la consommation de psychotropes «TOTAL». Ainsi, la trajectoire de la consommation de psychotropes «TOTAL» a été divisée en trois catégories. La première catégorie représente les participants qui ont eu une augmentation de leur consommation de psychotropes, la deuxième catégorie est composée de ceux qui illustrent une consommation stable et la troisième, ceux ayant diminué leur consommation de psychotropes durant l'étude. À noter qu'à l'image de la catégorisation de la santé mentale, les catégories de consommation de psychotropes sont construites à partir de la première mesure versus la dernière mesure. Ainsi, il se peut qu'une consommation, malgré qu'elle soit stable en milligrammes entre le début et la fin de l'étude ait beaucoup variée entre ces deux mesures.



**Tableau 4.28**

Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL»

Trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL» des participants de l'étude Abréviations : trjdsto	1= augmentation	(n=17)
	2= stable	(n=12)
	3= diminution	(n=19)

La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes n'est pas davantage significative en tenant compte des trajectoires des psychotropes «TOTAL» (annexe 21).

La trajectoire de la consommation de psychotropes «PRN»

La huitième variable attribut introduite porte sur la trajectoire de la consommation de psychotropes «PRN». À l'image des psychotropes «TOTAL», les trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN» ont été divisées en trois catégories.

**Tableau 4.29**

Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN»

Trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN» des participants de l'étude Abréviations : trjdoPRN	1= augmentation	(n=14)
	2= stable	(n= 7)
	3= diminution	(n=16)

La prise en considération de la trajectoire des psychotropes «PRN» ne dévoile pas d'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes (annexe 22).

La trajectoire de la consommation de psychotropes «RÉG»

Une neuvième et dernière variable attribut est insérée dans l'analyse afin d'évaluer l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes en considérant la trajectoire de la consommation de psychotropes «RÉG».

**Tableau 4.30**

Catégorisation pour la variable attribut : les trajectoires de la consommation de psychotropes «RÉG»

Trajectoires de la consommation de psychotropes «RÉG» des participants de l'étude abréviation : trjdosRÉG	1= augmentation 2= stable 3= diminution	(n= 5) (n=11) (n= 5)
--	---	----------------------------

L'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes ne se modifie pas sous l'influence de la catégorisation. En somme, qu'un participant ait accru ou réduit sa consommation de psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) au cours de l'étude cela ne se répercute pas sur l'association entre ces variables. En d'autres mots, les participants de cette recherche n'ont pas vu leur santé mentale être modifiée s'ils ont augmenté ou diminué leur usage de psychotropes (annexe 23).

### **Les perceptions des consommateurs**

La quatrième question de recherche porte sur les perceptions des aînés en relation avec leurs comportements d'utilisateurs de médicaments psychotropes. Afin de répondre à cette question, un questionnaire a été soumis à l'ensemble des participants (annexe 4). Deux procédures ont été utilisées pour recueillir leurs propos. D'abord, les participants (n = 48) ont répondu aux questions par des phrases courtes et l'investigateur a colligé leurs réponses. Dans un deuxième temps, un sous-échantillon composé de onze participants a été formé par contraste. Ces derniers ont été rencontrés individuellement pour réaliser un entretien en profondeur d'une durée moyenne d'une heure et 25 minutes. Les questions ouvertes préparées pour l'ensemble des participants leur ont été adressées de nouveau. Toutefois, les participants pouvaient cette fois-ci élaborer davantage sur leurs perceptions. Les entretiens furent enregistrés sur une bande magnétique et retranscrits intégralement pour permettre l'analyse de leur discours.

Vous retrouvez donc dans les pages suivantes les perceptions de l'ensemble des participants vis-à-vis chacune des questions. Les résultats s'organisent autour des thèmes touchés par le questionnaire, à savoir le contexte de la première prescription, les habitudes d'utilisation et le rapport de l'aîné avec le psychotrope. Les résultats des

entretiens en profondeurs (n=11) sont présentés suite à la description des perceptions de l'ensemble du groupe lorsqu'ils apportent des éléments de réponses nouveaux. Le discours provenant des entretiens en profondeur agit donc comme soutien aux réponses de l'ensemble du groupe. En effet, leur discours étant plus élaboré, il permet d'aller plus loin dans l'interprétation des perceptions du groupe par rapport aux thèmes touchés. À noter qu'il sera bien spécifié lorsque les éléments de réponses proviennent des entretiens en profondeur. Les codes sur lesquels s'appuient l'analyse qualitative se trouve en annexe 24.

### Le contexte de la première prescription

Trois questions ont été posées pour identifier le contexte de la première prescription telle que perçue par l'aîné. La première question se formulait comme suit : «Depuis quand consommez-vous ce médicament?» En réponse à cette question, les résultats indiquent une durée moyenne de consommation de 8,8 ans (s : 8,9 ans) et une médiane de 6,8 ans. La durée s'établit selon la perception de l'aîné et non à partir d'une base de données provenant d'une pharmacie. Le résultat peut être sous-estimé puisqu'il est reconnu que l'aîné est plus sujet à l'oubli que d'autres groupes d'âge et qu'il y a banalisation et stigmatisation du psychotrope. La deuxième question fut formulée ainsi : «Comment en êtes-vous venu à prendre ce médicament ?» L'analyse des réponses permet de dégager deux thèmes des propos des participants, lesquels ont été regroupés sous l'appellation de *stresseurs physiques* et *stresseurs psychosociaux*. Les stresseurs physiques peuvent être la maladie, une opération, une hospitalisation ou un accident de la route qui a évidemment conduit la personne à l'hôpital. Les stresseurs psychosociaux se composent du déménagement, du décès d'un proche, d'une perte significative, d'une insatisfaction face à la vie et le fait d'être préoccupé par son entourage. Selon les propos des aînés, ces deux types de stresseurs représentent les raisons pour lesquelles ils ont débuté l'usage de psychotropes.

Les stresseurs physiques et psychosociaux ont été rapportés par les personnes âgées à peu près à la même fréquence c'est-à-dire à 28 et 29 reprises respectivement. Par exemple, pour un stresseur physique l'aîné pouvait s'exprimer ainsi : «*j'ai été opéré pour un cancer de l'utérus et la pilule a été donnée pour dormir*», ou «*suite à un accident d'auto, les Ativan ont été prescrits pour me calmer et dormir*», ou «*suite à une opération*

et à des traitements de chimiothérapie». Dans l'ensemble, ces stressseurs physiques portent sur des événements de vie ponctuels (ex. : douleur, accident, opération) ou chroniques (ex. : ménopause, névralgie, problèmes cardiaques).

En ce qui a trait aux stressseurs psychosociaux, les propos des aînés pouvaient prendre plusieurs formes, mais ils se rapportaient de façon prépondérante à la famille et à l'entourage : «[ma] fille faisait de la sclérose en plaques et je pleurais, j'étais triste», le décès d'un proche, l'ennui et le comportement des enfants s'avèrent sources d'anxiété. Par exemple, un participant mentionne que lors de la première prescription son fils achetait des voitures excessivement dispendieuses et c'est ce qui le rendait nerveux. Pour un autre, les traitements du chiropraticien qui étaient trop onéreux lui ont occasionné de l'anxiété. Enfin, les déménagements et l'obligation de se départir de biens significatifs pouvaient amener le recours aux psychotropes : «...j'ai vendu ma maison...je prenais mal les choses». En somme, les événements de vie extrinsèques composent généralement les stressseurs psychosociaux. Les aînés rapportent des problèmes financiers, des relations difficiles ou intenses avec l'entourage et des changements dans leur vie.

Les stressseurs regroupent l'ensemble des éléments déclencheurs rapportés par les personnes âgées pour expliquer le recours initial aux psychotropes. Ces stressseurs apparaissent assez similaires et analogues aux échelles de mesure portant sur les événements stressants. Ainsi, il semble que le début de la consommation de psychotrope chez la personne âgée se réalise au moment d'un événement qui lui ferait perdre l'équilibre émotionnel ou psychologique nécessitant ainsi l'usage de ce médicament. Toutefois, comme les propos des aînés le suggèrent ces événements déclencheurs s'avèrent différents d'un individu à un autre et très variables en importance. Bien que pour ces aînés, les stressseurs soient importants, il faut noter que d'un point de vue médical, ces événements ne représentent pas toujours les indications thérapeutiques suggérées dans les volumes de pharmacologie.

#### Le rôle perçu de l'aîné

La troisième question porte sur le rôle de l'aîné lors de la première prescription à savoir si le médicament lui avait été proposé ou s'il l'avait lui-même demandé au

médecin. Les résultats obtenus montrent que 90 % (43/48) des participants avancent que c'est le médecin qui leur a proposé le médicament pour répondre à la situation, tandis que les autres affirment le lui avoir demandé.

Les entretiens en profondeur permettent d'en apprendre un peu plus sur le rôle de l'aîné lors de la première prescription ainsi que lors de la reconduction de l'ordonnance. Les réponses du groupe nécessitent un approfondissement en raison du fort pourcentage d'aînés affirmant que c'était le médecin qui avait offert le psychotrope. De plus, la question traitant du rôle de la personne âgée lors de la prescription portait uniquement sur l'ordonnance initiale. Il semble donc pertinent de tenter de trouver parmi le discours des participants de ce sous-échantillon leur rôle lors de la re-prescription.

Les propos des participants appuient la tendance qui se dégageait des réponses courtes. Il semble effectivement que, lors de la prescription initiale, l'offre du psychotrope précéderait la demande. La plupart du temps, l'aîné souligne la présence d'événements stressants dans son environnement pour expliquer un malaise et le médecin lui recommande l'usage d'un psychotrope : *«...je leur disais ça que je dormais pas [personnel de la résidence], alors c'est là qu'ils ont commencé à m'en donner...»* ou *«...je dormais pas à l'hôpital...,...alors je leur ai dit ça, pis c'est là qu'ils m'ont donné des Ativan»*. Il est également possible que le médecin prescrive le psychotrope sans recourir à l'opinion de l'aîné : *«...le docteur m'a dit, si tu dors pas tu passeras pas au travers toi, ça fait que, il m'a donné des 30 [Serax 30 mg]»* ou *«...peut-être qu'elle m'a trouvé nerveuse, parce que je venais de déménager, je ne le sais pas»*. À l'inverse l'aîné peut prendre un rôle plus actif : *«...oui, je lui ai demandé s'il avait quelque chose, pis j'ai pris des Ativan»* ou *«j'ai demandé un médicament parce que je ne pouvais pas dormir, tu pleures, hein, à ce moment là, ha mon doux, fait que c'est ça pis j'ai continué par après»*. L'analyse des entretiens en profondeur appuie les résultats précédents.

De plus, on découvre un peu plus de substance sur l'interaction entre ces acteurs lors de la reconduction de la prescription. D'un côté, on constate que le médecin peut refaire, selon les propos des aînés, la prescription sans évidence de questionnement : *«[médecin qui vous refaisait la prescription]...mon médecin de famille...[qui a poursuivi]...oui...»* ou soit qu'il suggère de réduire le dosage *«...le docteur Untel, il m'a dit que c'était de la drogue..., il a essayé [d'arrêter les psychotropes]»* ou soit qu'il

modifie la prescription sans aviser la personne *«pourquoi elle l'a changé sans m'en parler»* ou enfin qu'il recommande le maintien de la consommation *«...j'ai continué parce que à l'automne je voulais arrêter, pis il m'a dit [le médecin] c'est le temps des déprimés, c'est pas le temps d'arrêter...»*. De l'autre côté, les personnes âgées apparaissent plus actives dans leurs discours. Leurs expériences de consommatrices semblent leur donner confiance dans leur jugement et elles se permettent de donner davantage leurs opinions sur la poursuite des événements. Par exemple, il va suggérer une modification du dosage *«...quand j'ai commencé à étouffer, à pleurer, ha je me disais je vais en prendre deux, alors là le docteur Untel, il m'a dit :«non, c'est pas assez fort?»* ou choisira de poursuivre la consommation malgré la recommandation du médecin de stopper l'usage du psychotrope *«le Dr untel, il m'a dit que c'était de la drogue...,...je me les prends ailleurs...»* et dans la même lignée, va changer de médecin si son médecin actuel n'apparaît pas enclin à re-prescrire *«[vous allez voir l'autre médecin] je vais lui conter la même chanson, [s'il dit non], ils sont deux [médecins], je vais essayer l'autre»*. L'aîné peut aussi suggérer une réduction du dosage *«...j'ai dit j'ai pas besoin de 30 mg...,...c'était des 30 pis maintenant c'est des 15, pis mon médecin, il m'en donnait une prescription pour un an...»*. Enfin, les propos des participants montrent que le changement de médecin n'a pas d'impact sur la re-prescription *«...je leur ai dit, Dr untel m'a donné ça qu'est-ce que vous en pensez, ils m'ont dit, on continue avec la même chose madame.... »* ou *«moi, je lui ai dit que ça faisait tant d'année que j'étais avec le même médecin...,...il m'a dit d'abord que vous dépassez pas la dose»*.

En résumé, lors de l'initiation de l'ordonnance du psychotrope, le médecin joue un rôle possiblement prépondérant. Le médecin lors de la première émission est le seul à posséder des connaissances sur le psychotrope. Cela le positionne en tant qu'expert et l'aîné en tant que novice. Or, lors de la reconduction, l'expérience de l'aîné en tant que consommateur semble lui procurer une connaissance pratique suffisante pour qu'il puisse s'imposer davantage dans la négociation de la re-prescription du psychotrope. Le rôle de l'aîné dans la reconduction de l'ordonnance se révèle être plus accentué que lors de la première prescription selon les propos des participants de ce sous-échantillon.

Les participants consomment donc leurs médicaments psychotropes depuis presque 9 ans. Les motifs évoqués pour initier cette consommation sont généralement de deux ordres : les stressseurs physiques et les stressseurs psychosociaux. Ces

stresseurs poussent l'aîné à consulter pour demander de l'aide et chez 90 % de ces participants, le médecin leur aurait proposé d'utiliser un médicament psychoactif. Par la suite, l'aîné apparaît influencer davantage la reconduction de la prescription.

#### Habitudes de consommation et raison du maintien de la consommation

À l'intérieur de cette catégorie, quatre questions étaient posées afin de connaître (a) la gestion du psychotrope, c'est-à-dire s'il se consommait de façon régulière ou au besoin, (b) de cerner les raisons du maintien de la consommation de psychotrope, (c) de connaître le niveau de «satisfaction» de l'aîné par rapport à sa pilule (psychotrope) et (d) d'obtenir une explication des raisons de l'augmentation ou de la diminution de la consommation observée durant la collecte de données. Ces quatre questions devraient permettre de cerner la place de la santé mentale et des autres facteurs dans le maintien de la consommation.

#### Habitudes de consommation

La première question était formulée ainsi : «de quelle façon prenez-vous ce médicament ?» Des 57 psychotropes consommés au moment de l'entretien, 37 psychotropes étaient utilisés au besoin et 20 psychotropes étaient consommés de façon régulière selon la perception des participants. Il s'avère possible de détailler davantage le type de prescription en scrutant les données de l'instrument de mesure portant sur les psychotropes. L'investigateur a analysé la consommation de psychotrope pour chaque participant à la dernière mesure puisque celle-ci correspond à la période de temps où le questionnaire fut administré (tableau 4,31). Cet examen a permis d'identifier le nombre de participants qui possédaient réellement au moins une prescription au besoin ou régulière et si cela correspondait avec ce que le participant avait révélé.

Les perceptions des participants convergent parfaitement avec la prescription réelle du psychotrope. Ils connaissent donc clairement le type de prescription du médecin. La connaissance du type de prescription ne semble pas se répercuter sur l'observance de cette prescription comme le laissaient voir les courbes de consommation (voir figure 4,2). Pour aller plus en profondeur dans cette direction, l'investigateur a scruté de nouveau l'échelle de mesure des psychotropes pour faire la

comparaison entre ce qui est prescrit et ce qui est consommé par les participants au cours de l'étude. Le patron de consommation de chaque participant a été observé. Il y a trois patrons possibles, soit qu'il respecte la prescription, soit qu'il augmente le dosage ou qu'il le réduise. À noter qu'un participant peut avoir conservé la même posologie durant l'étude, mais avoir consommé un dosage inférieur à ce qui lui est prescrit. Par exemple, un participant peut avoir une prescription d'Ativan 1 mg, un comprimé deux fois par jour au besoin. Ce dernier peut cependant consommer un comprimé par jour pendant toute l'étude sauf qu'il consomme moins d'Ativan qu'il en a la possibilité (il lui est possible de prendre deux comprimés par jour). Le tableau 4,32 démontre les comportements d'observance lorsque le médicament est prescrit au besoin (PRN).

**Tableau 4.31**

Le nombre de participants qui possèdent au moins une prescription d'un psychotrope régulier et au besoin.

Variables	Participants (n)
Une prescription de type au besoin	37
Une prescription de type régulier	20

**Tableau 4.32**

Le *pattern* d'observance chez les consommateurs de psychotropes au besoin

Variables	n = 37 (%)
Consomme moins que la dose prescrite	30 (81 %)
Consomme la dose prescrite	4 (11 %)
Consomme plus que la dose prescrite	3 (8 %)

La liberté qui s'adjoint à une prescription au besoin n'apparaît pas entraîner, chez ces participants, des abus de médicaments. On retrouve peu d'ainés qui vont au-delà de la limite permise par la prescription. Le prochain tableau montre les comportements d'observance pour les psychotropes prescrits pour un usage régulier.



**Tableau 4.33**

Le *pattern* d'observance chez les consommateurs de psychotropes de type régulier

Variables	n = 21(%)
Consomme moins que la dose prescrite	8 (38 %)
Consomme la dose prescrite	12 (57 %)
Consomme plus que la dose prescrite	1 (5 %)

Une prescription régulière augmente l'observance de la posologie. Si chez les consommateurs de psychotropes au besoin seulement 11 % consomment en parfaite conformité avec ce qui est recommandé, c'est 57 % qui font de même lorsque la prescription est régulière. Néanmoins, il est questionnable d'indiquer qu'un consommateur de psychotropes au besoin qui fait usage d'un dosage inférieur à la dose prescrite ne respecte pas le régime thérapeutique. Il est d'intérêt de remarquer que 38 % vont réduire la posologie du médicament régulier. Or, les antidépresseurs prescrits généralement pour une consommation régulière nécessitent une observance rigoureuse pour obtenir les effets thérapeutiques. Afin d'évaluer sous quel type de psychotrope l'aîné modifie le plus sa posologie des tableaux ont été réalisés en tenant compte justement des patrons de comportement pour chaque type de psychotrope.

**Tableau 4.34**

Le *pattern* d'observance chez les consommateurs selon le type de psychotrope

Variables	Anxiolytiques	Antidépresseurs	Sédatifs-hypnotiques
	n (%)	n (%)	n (%)
Consomme moins que la dose prescrite	31 (72 %)	5 (38 %)	3 (43 %)
Consomme la dose prescrite	8 (19 %)	8 (62 %)	4 (57 %)
Consomme plus que la dose prescrite	4 (9 %)	0	0

Les habitudes de consommation de psychotropes chez les participants ne tendent pas vers une augmentation de la dose. Les consommateurs d'anxiolytiques où on aurait pu s'attendre le plus à voir une consommation supérieure à la limite permise montrent plutôt une sous utilisation. Ce qui demeure toutefois préoccupant c'est de constater que cinq participants sur treize réduisirent la posologie de leurs antidépresseurs. Enfin, l'observance des hypnotiques-sédatifs se montre aussi en deçà de ce qui leur est consenti par la prescription.

Les habitudes de consommation de psychotropes chez les participants se trouvent donc généralement en dessous de ce qui leur est prescrit. Cette tendance à la réduction de la dose n'a pas d'explication pour le moment. Ce phénomène devient d'autant plus pertinent du fait que la dépendance à la molécule psychoactive représente un thème qui est apparu dans les réponses des participants (point touché plus loin).

Le discours des participants lors des entretiens en profondeur montre quatre types de raisons pouvant expliquer la sous-utilisation des psychotropes : la peur du médicament, les effets secondaires du médicament, le rapport entre les symptômes et le psychotrope et l'environnement. Des participants consomment moins que la limite prescrite car ils ont peur des conséquences néfastes sur leur santé, dont la dépendance, que peut engendrer l'usage de ce type de molécule. Cette opinion se présente ainsi dans leur discours : «...c'est à la dernière extrémité que je prends cette pilule...» ou «...j'ai peur, j'ai peur de l'accoutumance, j'ai peur de m'habituer...» ou «...parce qu'ils disent que c'est pas bon, hein, pas bon pour la mémoire...» ou «...ça enlève la mémoire, ça affecte le cerveau...». Une expérience négative en lien avec l'usage du psychotrope amène des aînés à réduire le dosage du psychotrope : «...les Serax ça me faisait pas...,...j'ai baissé à des 15 mg...» ou «...j'étais assis pis j'étais comme une zombie...». Le dosage se trouve modifié aussi chez certains aînés par leur évaluation de l'adéquation entre les symptômes vécus et le soulagement recherché dans le psychotrope : «...quand je me sentais pas nerveuse, j'en prenais juste une moitié...» ou «...bien parce que je m'endors pis je dors bien, je n'ai pas de besoin...» ou «...je réalisais que j'en avais peut-être pas besoin, parce que, en somme, tout va bien...». De façon plus particulière, certains participants réduisent leur consommation lorsqu'ils vivent d'autres symptômes : «j'ai un gros mal de tête...,...quand je prends une Tylénol je prends pas d'Ativan...». L'environnement peut également constituer un facteur qui soit responsable d'une sous-utilisation : «...pis j'étais bien avec eux autres t'sais, ils avaient leurs chambres en bas, pis là j'ai diminué...» ou «...il y en a qui me disaient, tu ne devrais pas en prendre...» ou «...ma belle-sœur...,...elle est bien avancée là-dedans, elle étudie tout le temps ces choses là, c'est elle qui m'a conseillé, elle a dit prends en dont seulement la moitié d'une...».

En somme, les participants consomment en dessous de la limite prescrite car ils craignent la dépendance ou de subir des effets délétères en lien avec le psychotrope.

Des participants qui ont vécu des effets secondaires d'un psychotrope réduiront également la posologie. Enfin, l'influence de l'entourage peut conduire des personnes âgées à réduire leur consommation. Ce dernier point est relié au premier puisque l'entourage suggère de diminuer justement en raison des effets potentiellement néfastes du psychotrope.

### Raisons du maintien de la consommation

La deuxième question pouvait se formuler de deux façons en fonction du type d'usage du psychotrope : « à quel besoin répond la prise quotidienne de ce médicament? » ou « qu'est-ce qui fait qu'une journée vous prenez une pilule et l'autre non ? » Ces deux questions permettent de connaître les raisons du maintien de l'usage de psychotropes tel que perçu par les participants. Si les premières questions ont permis d'identifier les causes de l'origine de la consommation, ici ce sont les raisons du maintien de la consommation « quotidienne » du psychotrope qui sont visées. L'analyse des données a permis d'identifier sept thèmes pour regrouper l'ensemble des causes rapportées par les participants. On note d'emblée que la justification du maintien se montre plus diversifiée que celle portant sur le début de la consommation.

D'abord, la signification de tous les codes est expliquée et par la suite les propos des participants qui s'inscrivent dans ces codes sont présentés. Les *stresseurs physiques* et *psychosociaux* identifiés comme raisons de la première prescription apparaissent également comme thème de maintien. Le thème *décision médicale* a émergé à partir de réponses des participants qui disaient ne pas connaître l'utilité du psychotrope ou s'en remettaient à l'ordonnance médicale pour justifier le maintien. Même si le participant ne pouvait expliquer le maintien, on propose, puisqu'il possède une prescription d'un psychotrope, qu'il présentait des raisons médicales à son recours. Le code *anxiété* a été créé et sa définition est : pour la relaxation, la détente, la dépression, l'anxiété et la nervosité. Le thème de *sommeil* se rapporte à l'insomnie ou à l'induction du sommeil. Outre cela, de par l'attitude, le vocabulaires utilisés ou les expressions employées le terme *dépendance* a été formulé. Enfin, le thème *stresseurs multiples* signifie que l'aîné invoque plusieurs raisons (au moins trois différentes) et symptômes pour légitimer son usage de psychotropes. En somme, ces sept thèmes émergents expliqueraient les raisons du maintien de l'usage de psychotropes aux yeux

des participants. À noter que l'anxiété et l'insomnie constituent des thèmes différents des autres, particulièrement des stressseurs physiques et psychosociaux. La raison de cette distinction est méthodologique car lors de la collecte des données, lorsque cette question était adressée, on notait par écrit la première réponse. Or, des participants mentionnaient des stressseurs pour expliquer le maintien, alors que d'autres se rapportaient aux symptômes vécus (insomnie et anxiété). Il est vrai toutefois que la frontière est fragile entre les stressseurs et ces symptômes puisque les stressseurs représentent souvent les facteurs déclencheurs de ces symptômes. De plus, il importe de se rappeler que le thème stressseurs multiples se compose d'autres thèmes dont l'anxiété, l'insomnie, les stressseurs physiques et psychosociaux. La facilité d'application de la codification aux réponses des participants démontre cependant la pertinence de la grille par sa juste correspondance aux propos des aînés. Lors de l'analyse, l'investigateur a cherché à identifier la raison principale du maintien de la consommation. Dans les lignes suivantes, chacun des thèmes est présenté et entre parenthèse le nombre de fois où ce thème a été énoncé par rapport à l'ensemble apparaît.

Les stressseurs physiques (5/74) qui ont été rapportés par les participants portent essentiellement sur des problèmes cardiaques et la douleur. Ces stressseurs physiques poussent donc la personne âgée à recourir aux psychotropes de façon régulière pour diminuer ces symptômes de palpitations cardiaques et de douleur.

Les stressseurs psychosociaux (9/74) s'énonçaient de la manière suivante : « *si j'en prends pas je vois noir, je trouve des défauts à mes belles-filles* ». Les participants soulignaient aussi que le psychotrope leur permettait d'affronter des funérailles, l'éloignement des enfants lorsqu'ils étaient en voyage, une visite médicale, des difficultés familiales ou amicales et des événements imprévus. On note donc une nouvelle façon de gérer sa consommation pour faire face aux stressseurs psychosociaux. On constate que certains aînés consomment de façon prophylactique leurs psychotropes. En effet, ils estiment donc pouvoir prévenir l'impact de ces stressseurs psychosociaux sur leur état psychologique. De plus, on observe une nette différence dans l'intensité et l'importance des stressseurs psychosociaux. Lors de l'explication des causes de l'amorce de la consommation, les stressseurs psychosociaux rapportés touchaient principalement les décès, les déménagements, les maladies de leurs enfants..., mais cette fois-ci, les stressseurs psychosociaux sont généralement d'une

toute autre nature. Les participants mentionnent des chicanes avec des amis et des préoccupations face à la vie de leurs enfants. Bref, de multiples événements sociaux quotidiens.

Le terme décision médicale (3/74) correspond aux propos suivants : *«pour dormir, je sais pas, l'ennui, le docteur me l'a pas dit, mes nerfs peut-être ?»*. Un participant répond pour sa part qu'il consomme les médicaments que le médecin lui donne. Il ne connaît ni la raison ni à quel besoin le psychotrope répond. Mais, comme il est prescrit par son médecin, il le prend. Cette catégorie illustre l'aîné qui consomme des médicaments et qui s'en remet au jugement du médecin pour légitimer l'utilisation de ceux-ci.

Le thème anxiété (6/74) fut créé puisqu'il concorde aux propos des aînés qui ciblent un apaisement émotif : *«pour relaxer»* ou *«ne plus être déprimé»* ou *«car il est prescrit pour améliorer ma qualité de vie, diminuer ma nervosité»*. La personne âgée explique le maintien de l'usage du psychotrope par l'effet attendu du psychotrope sur son anxiété. D'ailleurs, les psychotropes sont prescrits pour répondre aux symptômes de malaises psychologiques. On pouvait donc s'attendre à retrouver la majorité des causes de maintien sous le thème de l'anxiété. Pourtant, l'anxiété n'a été évoquée qu'à six reprises.

Le sommeil (18/74) fut mentionné fréquemment pour motiver le recours au psychotropes : *«je fais de l'insomnie»*. Les problèmes de sommeil représentent les symptômes les plus souvent signalés pour expliquer l'usage prolongé du médicament psychotrope. Or, il est d'intérêt de constater cette réalité chez des consommateurs de longue date puisqu'il s'avère amplement documenté que l'usage des psychotropes pour l'insomnie devient inefficace après une période de 30 jours.

La dépendance (16/74) s'est présentée en ces termes chez les participants : *«c'est une béquille»* ou *«avoir la paix le soir, moi, il y en a qui fument pour se calmer, moi c'est ça [Ativan]»* ou *«je ne veux plus en prendre, on s'habitue trop à ça»* ou *«c'est une confiance, une habitude»* ou encore *«des fois j'ai rien, mais j'ai l'habitude, alors je la prends»*. La dépendance représente le troisième thème le plus souvent rapporté par les participants pour expliquer l'usage quotidien du médicament. Des

participants rapportaient avec candeur leur besoin vis-à-vis de ces médicaments. Les propos suggèrent qu'il s'installe une dépendance, physique ou psychologique, lorsqu'une personne consomme un psychotrope.

Les stressseurs multiples (17/74) se sont présentés fréquemment dans le discours des aînés : *«être bien nerveuse, ou avoir une mauvaise digestion, ou si je dors pas, difficile à expliquer quand tu en as absolument besoin, ½ co c'est pas beaucoup»* ou *«je m'en fais pour tout le monde, je prends tout le monde sur mes épaules, tout m'énerve, je m'inquiète pour mes enfants, ça empêche la douleur et ça fait dormir un peu»*. Plusieurs combinaisons de stressseurs ont été invoqués telles l'anxiété, le sommeil et des stressseurs psychosociaux, ou un stressseur physique et le sommeil, etc. Comme on peut le constater, l'aîné montre par ces propos que le psychotrope peut être utilisé en maintien pour une multitude de raisons.

L'émergence du code des stressseurs multiples soulève des interrogations. Les aînés expriment plusieurs facteurs pour justifier leur consommation de psychotropes. Les réponses courtes ne permettent pas d'interpréter en profondeur la signification de ces stressseurs multiples. L'analyse des entretiens en profondeur éclaire davantage le sens de ces stressseurs.

L'analyse permet effectivement de mieux comprendre le rôle des stressseurs multiples dans le phénomène. Par la même occasion, on saisit davantage la place de l'anxiété et de l'insomnie. Le discours des aînés montre que l'anxiété (nervosité) ou l'insomnie représentent les symptômes que les participants désirent contrôler à l'aide du psychotrope. Ces deux symptômes sont très liés l'un à l'autre. La majorité des aînés souhaitent calmer leur anxiété ou leur nervosité afin de bien dormir. S'il est rare que les participants indiquent qu'ils consomment un psychotrope pour corriger directement un problème de sommeil, en revanche il est fréquent qu'ils disent prendre un psychotrope pour se calmer pour bien dormir. Ces deux symptômes ou malaises se montrent sensibles à l'environnement interne et externe de la personne. Les stressseurs multiples s'inscrivent dans le phénomène en raison de l'interaction directe de ces deux malaises avec l'environnement. Ainsi, plusieurs causes deviennent des raisons légitimes pour consommer des psychotropes. Dans le discours des participants ce phénomène se présente comme suit : *«c'est à dire que je me faisais du souci et quand tu penses la nuit*

*sans arrêt, sans arrêt, sans arrêt, tu dors pas.....[son conjoint] il avait cessé de lutter et puis moi je m'en étais aperçue et je me faisais beaucoup de soucis»* ou «*pis après ça moi, je suis tombée toute seule, mon mari était parti, les enfants étaient partis, j'avais une grande maison, pis j'avais peur la nuit...*» ou encore «*[c'est quand votre conjoint est tombé malade que vous avez eu besoin de vos Ativan] j'ai été trois ans à la soigner, à en avoir soin.....[pourquoi vous avez continué à prendre vos Ativan si il n'était plus là {il vit maintenant en établissement}] ben, oui, mais là hein c'est un départ.....[pis disons après 6 mois du départ de votre conjoint] parce que l'ennui d'être toute seule, d'être habituée de jouer aux cartes avec lui, pis toutes sortes de petites affaires.....[pis aujourd'hui ?] les premiers soirs que j'ai connu l'animatrice elle m'empêchait de dormir tout le temps, elle parle trop fort, elle m'énerve.....on dirait que je m'ennuie plus, j'ai pas personne moi..... la peur de ne pas dormir ».*

Comme on peut le constater les raisons semblent illimitées pour justifier la consommation. L'important pour motiver sa consommation est d'identifier une cause qui peut raisonnablement influencer le niveau d'anxiété, de nervosité ou la qualité du sommeil. Il semble que contrairement aux causes de l'initiation de l'utilisation de psychotrope qui reposent essentiellement sur deux types de stressseurs (physiques ou psychosociaux), les facteurs responsables du maintien de la consommation s'avèrent très diversifiés.

Les raisons du maintien de l'usage de psychotropes par les participants de l'étude se distribuent selon ces sept thèmes. Il est intéressant de constater que les trois raisons les plus souvent rapportées par les aînés sont : *les stressseurs multiples, l'insomnie et la dépendance* (51/74). Or, elles ne représentent pas des justifications scientifiques et médicales reconnus pour la prescription comme pour la distribution d'un psychotrope. Globalement, on peut organiser les raisons du maintien en deux catégories. Les participants continuent à utiliser des psychotropes pour des raisons intrinsèques (l'insomnie, l'anxiété, la dépendance, les stressseurs physiques) et extrinsèques (stressseurs psychosociaux, multiples et l'ordonnance médicale).

Les raisons soulevées comme responsables du maintien de la consommation de psychotropes révèlent trois points qui nécessitent une deuxième analyse à partir des entretiens en profondeur. Dans un premier temps, les réponses des quarante-huit participants permettent d'identifier les stressseurs ou symptômes ou phénomène (dépendance) responsables du maintien de la consommation. Ces réponses courtes

informent peu sur le lien entre ces variables, la santé mentale et l'usage continu de psychotropes (plus de 6 mois). Il apparaît important de cerner davantage dans leur discours la relation entre ces trois variables. Dans un deuxième temps, le rôle de la santé mentale dans le maintien de la consommation doit être éclairci à l'aide du discours des entretiens en profondeurs. La santé mentale constitue la variable centrale de l'usage des psychotropes selon la littérature scientifique. Il semble important d'identifier la place accordée par les participants à celle-ci pour expliquer le maintien de la consommation. Les analyses quantitatives montrent qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre cette variable et l'usage des psychotropes. Or, il importe de s'assurer que des limites méthodologiques ne sont pas responsables de ce résultat. L'analyse en profondeur du thème des stressseurs multiples suggère que la nervosité et l'anxiété prennent place tel un synonyme de la santé mentale chez les participants. Dans un troisième temps, le rôle de l'environnement dans le maintien de la consommation requiert une exploration. Pour motiver le maintien de la consommation, les participants ont mentionné les stressseurs psychosociaux, multiples et l'ordonnance médicale, ce qui témoigne de l'influence de l'environnement. De plus, les participants qui rapportaient l'insomnie et l'anxiété, effectuaient aussi explicitement ou implicitement, un lien avec l'environnement. Par exemple, un participant pouvait dire qu'il continuait à faire usage de psychotrope car il était nerveux, surtout depuis que sa femme était malade; ou pour un autre, l'insomnie surtout en cette période de canicule. Ainsi, l'investigateur considère important d'analyser plus en profondeur le rôle de l'environnement dans le maintien de l'usage des psychotropes.

Comment les participants articulent-ils le lien entre les stressseurs, la santé mentale et l'usage des psychotropes ? Comme il l'a été indiqué ci-dessus, la relation entre ces trois variables peut posséder une logique théorique adéquate, cependant, les résultats de cette étude montrent que ces liens, particulièrement celui entre la santé mentale et l'usage des psychotropes, ne sont pas indéfectibles. Les verbatims ont donc été analysés afin d'éclairer ce lien du point de vue des participants.

Les propos témoignent tacitement ou précisément de la relation entre un stressseur, la santé mentale et l'usage des psychotropes. Cette relation prend différentes formes dans le discours des aînés. Par exemple, l'association peut se présenter dans l'ordre le plus simple : *«pour me calmer, parce que moi quand il y a quelque chose qui*



ne va pas, là t'sais, maladie ou bien d'autres choses, bien, ça m'excitait, pis ça [le psychotrope] ça me calmait» ou «bien, c'était comme une petite déprime là, une grosse là, bien c'est ça, le déménagement, vendre la maison, té, quand tu vends ta maison, les nouveaux, c'est pas toujours facile non plus, hein, avec c'est ça, le Dr [...] m'a prescrit ça». L'association peut également se manifester dans un autre ordre, c'est-à-dire l'influence du psychotrope sur la santé mentale et les stresseurs potentiels : «c'est comme une doudou [le psychotrope], c'est comme un bébé avec sa doudou...,... c'est préventif, c'est ça justement, c'est préventif, en cas...,...ha si j'ai rien j'en prends moins» ou encore «[quand le médecin lui a retiré son psychotrope au coucher] je suis venue folle quasiment, c'est pas mêlant..., ... j'étais pas capable de rester dans mon lit, pis ça pas durée longtemps ils ont vu là que j'en avais de besoin...,... j'étais après devenir folle, quand je voyais le soir, la nuit je me couchais même pas, pis je priais, je disais au bon Dieu de venir me chercher, même je pense que s'ils avaient continué, je me, je me serais suicidée, c'est pas mêlant, je me serais peut-être pas suicidée, mais t'sais c'est dur». On note aussi que lorsque la situation se modifie, par exemple quand elle s'améliore, ce qu'on pourrait appeler un stresser positif, la santé mentale et la consommation de psychotrope changent aussi. Par exemple, une dame dont le conjoint avait retrouvé la santé avait cessé de consommer ses médicaments pour dormir. Enfin, l'analyse du discours des participants permet aussi de situer la place du sommeil dans le phénomène. L'insomnie qui se présentait fréquemment dans les propos des participants suggérait une association étroite avec l'anxiété (nervosité) et les stresseurs. À la lumière des verbatims, on note qu'une association réciproque prévaut entre ces variables chez certains participants. Les stressers vécus dans la journée vont provoquer de la nervosité chez l'ainé ce qui va l'empêcher de dormir, alors la personne va recourir aux psychotropes pour se calmer et favoriser son sommeil. Les exemples suivants illustrent cette constatation : «parce que j'étais nerveuse, [son conjoint] était dans plein de maladies, c'était après son opération à cœur ouvert, et puis je me faisais beaucoup de soucis, je ne dormais pas la nuit, alors, elle [le médecin] m'a donné ça, la dose la plus faible» ou «d'abord j'avais un problème de pieds, pis après, j'étais inquiète, puis la médecin me dit, c'est de la goutte, un autre c'est, pis là ça marchait pas, en tout cas, je suis revenue ici à 10 heures [PM] la radiographie on l'a pris vers 8 heures, 8 heures 15 minutes, on a attendu le résultat, puis là...,... pis là bien en plus, on est allé me chercher une chaise roulante, m'habituer à marcher en chaise roulante, tout enlever les tapis, ha ! mais c'était du barda hier, écoutez, ça me prenait vraiment une pilule pour dormir».

L'interprétation des verbatims appuie la relation qui existe entre les stressseurs, la santé mentale et l'usage des psychotropes. De plus, chez certains participants qui consomment des psychotropes au coucher, on voit que les stressseurs influencent la santé mentale qui perturbe le sommeil et qui conduit à user de psychotropes. En plus d'appuyer la relation entre ces variables, cette analyse soulève de nouveau qu'il existe un éventail de causes de l'usage de psychotropes.

Dans un deuxième temps, on tente de cerner davantage le rôle de la santé mentale dans le maintien de la consommation. Les résultats quantitatifs n'ont pas reconnu de lien entre la santé mentale et l'utilisation de psychotropes et les réponses des quarante-huit participants n'ont pas accordé un rôle prépondérant à la santé mentale dans le maintien de la consommation.

Les propos des participants montrent que la santé mentale joue un rôle dans le maintien de la consommation. Leur discours montrent que la santé mentale se définit par quatre termes : la nervosité, la solitude, la tristesse et la dépression. La nervosité représente un mot significatif pour les aînés. Il ne constitue pas un code provenant de l'investigateur. Il fait partie de leur vocabulaire : *«ha ! c'est par rapport à mes nerfs, je suis trop nerveuse»* ou *«...ça me fait même du bien, ça me calme les nerfs»*. La solitude s'exprime ainsi : *«nerveuse pas nerveuse, j'en prends une et demie quand même, depuis que je suis rendu ici, on dirait que je m'ennuie plus, j'ai pas personne moi, j'ai pas d'enfant»*. La tristesse apparaît ainsi dans les propos des aînés : *«...tu prends tout à cœur à ce moment là, hein, tu te fais de la peine avec à rien...»* ou *«...tu peux pas rester tout le temps triste...»*. La déprime prend la forme suivante : *«...je me sens malheureuse...»* ou *«...ils savent que je suis malheureuse...,...je pourrais pleurer...,...les yeux pleins d'eau...»*. À noter que la nervosité semble prendre une place cruciale dans la définition de la santé mentale des aînés qui utilisent des psychotropes depuis longtemps.

Tableau 4,35

Marques des participants aux questions ciblées qui correspondent davantage à leur vocabulaire

Santé mentale	Marques x / s
<b>La nervosité</b>	
<i>Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique</i>	
1. Je me suis senti(e) en confiance.	4,06 / 1,12
22. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.	4,15 / 1,20
<i>Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique</i>	
14. Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se).	2,52 / 1,17
21. Je me suis senti(e) stressé(e), sous pression.	2,46 / 1,34
<b>La solitude</b>	
<i>Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique</i>	
5. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e).	4,10 / 1,12
11. J'avais une bonne écoute pour mes amis(es).	4,17 / 1,06
18. J'ai été en bon terme avec mon entourage.	4,70 / 0,62
<i>Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique</i>	
8. J'ai été en conflit avec mon entourage.	1,38 / 0,82
11. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.	1,65 / 1,06
18. J'ai eu le sentiment d'être inutile.	2,31 / 1,42
<b>La tristesse</b>	
<i>Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique</i>	
9. J'avais facilement un beau sourire.	4,25 / 1,08
20. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.	3,33 / 1,36
21. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis(es).	3,44 / 1,43
<i>Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique</i>	
10. Je me suis senti(e) triste.	2,40 / 1,05
<b>La dépression</b>	
<i>Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique</i>	
4. Je me suis senti(e) équilibré(e) émotionnellement.	3,79 / 1,40
7. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés.	3,63 / 1,42
14. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.	3,23 / 1,48
25. J'avais un bon moral.	4,06 / 1,29
<i>Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique</i>	
6. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit.	2,25 / 1,28
7. Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e).	1,75 / 1,08
16. Je me suis senti(e) déprimé(e), ou "down".	2,42 / 1,25
20. Je me suis senti(e) mal dans ma peau.	2,21 / 1,29

La santé mentale s'inscrit donc dans un vocable abordé par les instruments de mesure. Toutefois, il faut reconnaître que des items de ces questionnaires concernent d'autres dimensions de l'état psychologique, autres que seulement la nervosité, l'anxiété et l'insomnie. Pour des fins de comparaison, les questions des instruments de mesure portant sur la santé mentale telle qu'exprimée par les participants sont mises en relief. Le tableau 4,35 regroupe les items des questionnaires sous chacun des thèmes mentionnés par les participants avec les marques obtenues par le groupe à ces questions à la première mesure. On pourra examiner si la marque obtenue par le groupe à ces questions se trouvent différentes de celles obtenues en moyenne par le groupe pour l'ensemble des questions. On se rappellera qu'une marque de 1 signifie «jamais», 2 «rarement», 3 «la moitié du temps», 4 «fréquemment» et 5 «presque toujours» et que leur évaluation portait sur le dernier mois.

La moyenne du groupe pour chacune des questions de l'échelle portant sur le bien-être psychologique est de 3,74 et de 2 pour la détresse psychologique. On note donc que de façon générale, les marques des participants, en ce qui à trait au bien-être psychologique se montrent plus élevées. À l'inverse, ils affichent des marques plus élevées aux questions ciblées portant sur la détresse psychologique. Le fait de cibler les questions qui se rapportent spécifiquement au vocabulaire utilisé par les aînés pour caractériser leur état psychologique montre qu'ils ont tout de même obtenu des marques assez élevées ce qui représente un état psychologique positif. Pour ce qui est de la nervosité et de la solitude, les participants obtiennent aux deux échelles des marques qui ne témoignent pas d'un malaise psychologique. Pour ce qui est de la tristesse et de la dépression, les réponses des participants à l'échelle de mesure de la détresse psychologique ne suggèrent pas d'état psychologique négatif. Toutefois, leurs réponses à l'échelle de bien-être psychologique se rapprochent d'une marque moyenne de 3 ce qui témoigne que la moitié du temps au cours du dernier mois, ils ont été joyeux et tristes ainsi qu'actifs et déprimés. De façon globale, le dégagement des questions qui pouvaient être plus pertinentes pour eux afin de mieux comprendre la place de la santé mentale dans le maintien de la consommation n'a pas rapporté les effets escomptés car les participants n'ont pas obtenu des marques qui tranchaient avec celles des autres questions.

Dans un troisième temps, on cherche à saisir pourquoi les participants se tournent davantage vers leur rapport avec l'environnement pour justifier le maintien de la consommation ? Le rôle de l'environnement dans le phénomène s'est présenté indirectement dans les réponses des participants. D'ailleurs, la recherche du rôle des stressseurs multiples dans le discours des participants a contribué à élucider la place de l'environnement dans la justification du maintien de l'usage de psychotropes. Le contexte de vie de la personne peut être imputable à des modifications dans l'usage des psychotropes de par son influence sur l'anxiété et le sommeil.

Les entretiens en profondeur confirment le rôle de l'environnement, dans son sens large, sur le maintien de la consommation. Un nombre considérable de facteurs externes peuvent modeler la consommation de l'aîné. Les causes externes responsables du maintien le plus souvent rapportées par les participants se portent sur le décès d'un proche, la maladie d'un proche, le déménagement, les inquiétudes à propos des enfants et des petits-enfants, les services funéraires, la solitude, avoir vécu une journée stressante ou prévoir vivre une journée stressante. Ces facteurs vont agir sur l'anxiété et le sommeil des gens ce qui les pousse à vouloir contrôler ces changements de leur état psychologique par des médicaments psychotropes. Cette interprétation se présente de la sorte dans leurs discours : *«on dirait que c'est la solitude, j'aime pas ça sentir de la solitude...,...on jase ensemble, on a du fun, pis je suis heureuse, la minute qu'on se dit bonsoir, pis je m'en viens toute seule chez nous là...»* ou *«...j'ai toujours peur qu'elle manque d'argent, tu t'énerves pour les enfants t'sais...»* ou de façon préventive *«...ça dépend des fois, si tu as des soirées le lendemain pis que tu veux être un peu mieux...,...là tu vas prendre un petit morceau [psychotrope]»*. Les facteurs externes (presque exclusivement psychosociaux) prennent une place plus importante dans le maintien que lors de l'initiation de la consommation. Il est probable qu'il n'y ait tout simplement pas suffisamment de changements qui s'opèrent au niveau de la santé de la personne (stressseurs physiques) pour légitimer le maintien. Les stressseurs psychosociaux peuvent, pour leur part, prendre une multitude de formes. Par ailleurs, l'environnement peut se manifester très directement sur la consommation de psychotropes. Par exemple, au cours de la recherche on a assisté à l'impact d'un changement d'une pratique professionnelle sur la consommation de psychotropes. La pharmacie avait décidé de modifier le contenant des médicaments. Elle a passé des piluliers aux dosettes. Cette dernière a pour rôle de classifier les pilules

selon l'heure. Ce changement s'est répercuté sur le rapport entre le pharmacien et le client et sur la consommation. D'abord, les possibilités d'interactions entre le pharmacien et l'aîné se trouvent réduites : «...ils me l'ont envoyé de même [en dosette], m'en envoient deux enveloppes de même par 15 jours [à l'appartement]...». De plus, la consommation de psychotrope peut augmenter car le client doit maintenant respecter la posologie : «...avant c'était un petit pot, ça fait que j'en prenais rien qu'une [1 comprimé d'Ativan],...la dosette elle m'aide à prendre toute [1 comprimé et demi d'Ativan].....oui pis j'en prenais même pas une [avant]....je prenais ça [la demie] pis je donnais ça à ma sœur...». Cette expérience montre que de simples modifications dans les pratiques professionnelles peuvent influencer la consommation.

### Efficacité subjective du psychotrope

La troisième question était adressée à la suite de l'explication par le participant de la raison de la consommation quotidienne, l'investigateur demandait : «est-ce que le médicament répond à votre besoin ?» L'objectif visé par cette question était de connaître jusqu'à quel point le psychotrope répond au besoin pour lequel il est consommé. À cette question, il s'est présenté 58 réponses. Des participants pouvaient présenter un jugement sur un psychotrope, ou par exemple, pour un autre participant qui en consomme trois différents indiquer que ses trois pilules sont bonnes. C'est pour cette raison qu'à partir de 48 participants, on obtient globalement, 38 réponses affirmant une satisfaction face à l'usage du psychotrope et 20 réponses suggérant plutôt une insatisfaction face à la consommation du psychotrope. De plus, l'investigateur a classé les propos des participants sous les rubriques «satisfaits» ou «insatisfaits» d'après leurs réponses positives (oui) ou négatives (non). Ainsi, la justification de l'aîné n'a pas été prise en compte pour cette classification. Selon, l'investigateur, ce procédé permet de mettre en lumière certaines contradictions qui pourraient apparaître dans leur discours.

Chez les participants se disant «satisfait», les remarques positives s'exprimaient ainsi : «oui, ça empêche de trembler et ça calme un peu» ou «oui, mais des fois ça me revient d'être mal dans ma peau, mais cela dure pas» ou «oui, presque à chaque fois, c'est commode d'avoir ça, c'est une soupape» ou «ça fonctionne bien» ou «oui, il améliore ma vue et je dors bien» ou «oui, pis c'est psychologique, je gagerais que je la prendrais pas pis je dormirais pareille» et enfin plusieurs «oui» sans autre argument.

Alors que chez les participants manifestant de l'insatisfaction ou du scepticisme (20) les propos de ceux-ci se présentaient comme suit : *«ça doit ?»* ou *«plus ou moins, des fois il fait l'effet contraire»* ou *«non, je dors pas plus»*. D'autres indiquent que le sommeil est toujours de mauvaise qualité, que les inquiétudes persistent ou que le psychotrope s'avère efficace une journée sur deux. Des participants soulignent que la prise d'Atasol leur apparaît aussi efficace et qu'en période de stress les psychotropes perdent de leur efficacité. Ce dernier point a fait l'objet d'une deuxième analyse à partir du discours provenant des entretiens en profondeur. Cette analyse démontre que lors de la présence d'un stresser intense c'est-à-dire un stresser plus important que ceux vécus habituellement, le psychotrope peut perdre de son efficacité : *«...je mettais beaucoup de temps [à m'endormir] les débuts après le décès de [son conjoint] même la pilule ne me faisait pas dormir...»*. De ce fait, le psychotrope qui normalement devrait soulager la souffrance des gens lors de crises passagères devient inefficace en raison d'un usage continu (plus de 6 mois). Cette révélation suggère que pour un consommateur de longue date de psychotrope, il possède moins de recours possible en situation de crise. D'ailleurs, un participant souligne son inquiétude face à cette possibilité et gère son psychotrope en conséquence : *«si on prend un médicament régulièrement là, quand on en a besoin vraiment, il fera pas de l'effet, l'organisme s'habitue, tandis que si je le prends au besoin, là là il va faire de l'effet...»* ou *«oui, car s'il m'arrive quelque chose, alors je me demande ce qu'ils vont me donner puisque je suis déjà dopée»*.

Les arguments démontrant une satisfaction à l'égard de leurs médicaments psychoactifs soulèvent des interrogations. À même leurs réponses, des participants soulèvent le doute face à leurs propres appréciations du médicament. De façon générale, ils se montrent critiques quant à l'efficacité du psychotrope et nuancent leur niveau de satisfaction. Mais, en même temps 52 % ne voudrait pas abandonner leur utilisation (point abordé plus loin). On voit que l'évaluation mitigée du rendement du psychotrope est assez analogue entre le groupe des «satisfaits» et des «insatisfaits». En somme, pour une expérience assez similaire, des participants présentent des évaluations dissemblables. Qui plus est, les raisons qu'ils évoquent pour appuyer leur satisfaction ne représentent pas les cibles thérapeutiques conventionnelles (tremblements, soupape, la vue, mal dans ma peau).

La quatrième question de cette catégorie visait à comprendre les changements dans la trajectoire de la consommation de psychotropes que présentaient les participants. Par exemple, si l'aîné a diminué sa consommation et nos données montrent que sa santé mentale s'est accrue, est-ce que son explication confirme, explicitement ou implicitement, le rôle de la santé mentale ou il mentionnera d'autres facteurs responsables de la modification de sa consommation. On se rappelle toutefois que les analyses précédentes n'ont pas relevé d'association entre la santé mentale et les trajectoires de la consommation de psychotrope. Ainsi, pour les participants qui affichent une augmentation ou diminution de leur usage de psychotropes au courant de l'étude, on posait la question suivante: «votre consommation de [psychotrope] a diminué ou augmenté récemment, comment expliquez-vous cela ?»

L'investigateur a identifié sept participants ayant augmenté leur consommation. Les explications des participants sont de trois ordres. Le premier se rapporte à un changement de prescription par la médecin (3/7). Le deuxième ordre d'explication se trouve associé à l'environnement (1/7) : *«ça dépend de l'impact de différents facteurs sur moi, une semaine active, je consomme moins»*. Enfin, trois participants disent ne pas comprendre mes résultats. Selon eux, il n'y a pas eu de modification de leur usage des psychotropes. Il est possible effectivement qu'ils n'aient pas remarqué l'accroissement de leur consommation. Par exemple, un participant qui utilise un anxiolytique de façon sporadique ne se souviendra pas de sa consommation à la première mesure (16 semaines plus tôt). Par exemple, il s'avère possible qu'à la première mesure, il ait consommé trois comprimés de son anxiolytique et quatre à la dernière mesure. Dans ce sens, leurs réponses apparaissent plausible. Cependant, il arrive que la réponse du participant laisse perplexe. Par exemple, un des participants consomme des Ativan 1 mg. Il peut prendre quatre Ativan par jour. Habituellement, il utilise quatre comprimés par jour (temps 1 : 4,14 mg). On peut noter qu'il consomme au-delà de ce que sa prescription lui permet. De plus, selon mes données, il en aurait consommé un peu plus à la dernière mesure au point de dépasser par un comprimé par jour la limite permise et cela pour une semaine (temps 5 : 5,14 mg). Cet exemple démontre qu'il peut être difficile d'interpréter les réponses des participants.



Il se dégage cinq catégories d'explications de la diminution de la consommation de psychotropes (16/23). D'abord, des aînés (8/16) attribuent à l'environnement la réduction de la consommation. L'environnement peut jouer un rôle passif : *«je voulais arrêter, j'avais de la volonté, tout va bien côté familial...,...je me suis adapté au milieu»*. Dans le même sens, la présence des enfants qui mettent de la vie dans leur milieu réduit le besoin en psychotrope : *«parce que je n'étais pas seule»*. Enfin, l'environnement peut jouer un rôle plus actif, lorsque pour un participant, les infirmières de l'établissement ont omis d'inclure dans la dosette l'anxiolytique qu'il prend au coucher. Ainsi, à la dernière semaine, on observe une réduction drastique de la consommation. À noter que c'est l'investigateur qui a informé le participant qu'il lui manquait un médicament. Trois participants ont diminué puisqu'ils éprouvaient des peurs ou expérimentaient des effets négatifs associés aux psychotropes. Le participant qui vit des peurs face aux psychotropes s'est exprimé ainsi : *«j'aime pas avaler trop de médicaments, alors je me suis essayé à diminuer, c'est du chimique»*. Les participants qui ont subi des effets secondaires des psychotropes mentionnent la perte d'équilibre et la somnolence comme cause de la diminution de l'usage des psychotropes. Quatre participants montrent une réduction de leur utilisation de psychotropes en raison des changements sur le plan des symptômes vécus : pour l'un c'est la baisse des symptômes *«j'étais moins nerveuse et j'avais un bon sommeil»* ou *«j'étais moins déprimé»* mais pour un autre l'apparition de céphalées a entraîné une diminution *«ça dépend si j'ai un mal de tête, si j'ai mal à la tête, je prends pas d'Ativan»*. Enfin, une personne âgée ne croit pas mes observations. Elle consomme des Serax 15 mg au coucher au besoin. Elle n'en prend pas à tous les soirs et elle coupe souvent en deux ses comprimés. Ainsi, sa consommation se montre très variable (temps 1 : 9,64 mg ; temps 5 : 4,82 mg). Il s'avère fortement probable qu'elle n'ait pas noté de changement dans sa consommation.

À noter que les entretiens en profondeur révèlent une autre cause des changements de trajectoires. Les conditions expérimentales représentent une influence sur la consommation de psychotropes. Deux participants en font mention. L'influence des conditions expérimentales s'est produite ainsi : *«...me semble que tu m'as inspiré confiance, t'sais on a parlé des Ativan, tu m'as pas dit d'arrêter, je ne veux pas dire ça...,...fait que je vais lui montrer que je suis capable de faire quelque chose...,...bien ça me stimulait que t'es compte là pis que tu vois que j'en prenais moins...,...je me disais c'est sûr que c'est pas bon...»* ou *«j'étais étudiant pis vous vous êtes dit je veux*

*l'aider] je vais lui donner une chance parce que moi j'étais certaine que ça serait pas difficile, ensuite vous étiez stimulant, vous étiez très, c'était agréable, j'ai aimé ça...».* Il est difficile d'estimer l'impact réel des conditions expérimentales sur la consommation de psychotropes des participants. Il est cependant certain qu'il y en a eu une. On se rappellera que 17 participants ont accru leur usage de psychotropes, 19 l'ont réduit et 12 ont maintenu un usage équivalent au cours des 16 semaines. Comme le témoignent les différentes trajectoires cette influence ne s'est toutefois pas manifestée d'une seule manière.

En somme, en ce qui a trait aux changements de trajectoires dans l'utilisation des psychotropes chez ces participants, il semble que l'accroissement de la consommation se réalise sous l'influence médicale. Le rôle de la dépendance dans l'augmentation est difficile à estimer. La dépendance pourrait être déduite du fait que la mesure employée dans cette recherche pour évaluer la consommation est fiable. Or, malgré une augmentation de la consommation des psychotropes rigoureusement calculée, des participants niaient les résultats. Ils n'admettaient pas avoir consommé davantage, car ils jugeaient mes résultats comme étant erronés. Cette induction constitue toutefois une hypothèse. La réduction de la consommation apparaît être influencée principalement par l'environnement, dont les conditions expérimentales, la baisse des symptômes pour lesquels le psychotrope est consommé et un vécu négatif en rapport avec la consommation. La santé mentale joue possiblement un rôle chez certains participants puisque l'influence positive de l'environnement et la réduction des symptômes vécus se trouvent étroitement reliés à l'état psychologique. Enfin, on constate que la diminution volontaire de l'utilisation des psychotropes s'est réalisée sous le contrôle de la personne elle-même, puisqu'on ne dénote pas de présence professionnelle dans leurs discours.

En résumé, sous cette rubrique quatre questions furent adressées. À la première question qui concernait la gestion du psychotrope, on peut affirmer que la majorité utilise des psychotropes au besoin et que 80 % d'entre eux consomment moins que ce que la prescription leur permet en raison de la peur du médicament, des effets secondaires du médicament, du rapport entre les symptômes et le psychotrope et de l'environnement. La deuxième question visait à cerner les raisons du maintien de la consommation. Les participants continuent de recourir aux psychotropes en raison des symptômes de

l'anxiété, particulièrement la nervosité et de l'insomnie qui sont produits par des stressseurs multiples qui prennent origines fréquemment de l'environnement. Certains aînés poursuivent leur usage de psychotropes en raison de leur dépendance envers ceux-ci. La troisième question visait le niveau de satisfaction des participants à l'égard de leurs psychotropes. La majorité des participants se dit satisfait même si leurs arguments s'avèrent assez similaires pour déterminer l'insatisfaction comme la satisfaction. De plus, on note que les psychotropes perdent de leur efficacité dans l'adversité chez des utilisateurs de longue date. La dernière question cherchait à établir les raisons soutenant les différentes trajectoires de psychotropes observées par les résultats quantitatifs. Il semble que l'autorité médicale et possiblement la dépendance auraient été responsables de l'augmentation de l'usage des psychotropes. La diminution de la consommation semble être provoquée par l'environnement, dont les conditions expérimentales, la réduction des symptômes psychologiques et suite à l'apparition d'effets secondaires. La réduction se réalise, de plus, sans avis professionnels.

#### Rapport aux psychotropes

Il apparaissait fondamental de connaître les perceptions des aînés par rapport au psychotrope lui-même. Ainsi les questions suivantes ont été posées : «est-ce que cette pilule est différente des autres ?», si oui, «en quoi cette pilule est différente des autres?»

L'analyse des réponses permet de soulever 63 opinions exprimées par les aînés envers leurs psychotropes. Un participant pouvait donner plus d'un argument pour soutenir que le psychotrope diffère des autres médicaments. Ceci explique le nombre de 63 perceptions. Par exemple, un consommateur d'Ativan indique que cet anxiolytique est différent car il permet de calmer et de dormir. Ainsi, dans cette réponse, l'investigateur a codé deux perceptions (oui, anxiété et oui, sommeil). Vingt-cinq de ces perceptions indiquent que le médicament psychotrope ne diffère pas des autres, alors qu'à 38 occasions, ils distinguent les psychotropes des autres classes de médicaments. À noter que l'investigateur s'est préoccupé en premier lieu de la réponse positive ou négative à la question pour classifier la perception. Cette façon de faire permet de ressortir en deuxième analyse les possibles contradictions dans leurs discours.

Il y a quatre types de réponses avancées par les participants pour démontrer que le psychotrope constitue un médicament comme les autres. Le premier regroupe les propos des gens qui indiquent simplement que le psychotrope est comme les autres. Ainsi, pour le code «*médicaments comme les autres*» (16/63), les participants s'exprimaient de cette façon : «*il est pareil aux autres*» ou «*elle n'est pas différente*» ou «*elle est comme les autres, c'est pour mon bien*» ou encore «*comme les autres j'ai de la confiance en ça*». Un deuxième thème identifié «*minimisation*» (3/63) regroupe les réponses des aînés qui diminuent les risques entourant ce type de médicament pour démontrer que le psychotrope est comme les autres. Leurs réponses étaient énoncées ainsi : «*non, elle est comme toutes les autres, elle n'a rien de spécial, c'est une petite pilule pour dormir*» ou «*non, c'est courant, elle est comme les autres, c'est un dérivé*». Le troisième type de réponse chez les participants qui ne considèrent pas les psychotropes comme étant différents des autres médicaments touche à la dépendance. En effet, sous l'appellation «*dépendance*» (4/63) des participants indiquaient que le psychotrope ne diffère pas des autres médicaments sauf qu'ils soulignaient du même jet qu'ils n'oublieraient jamais de le prendre celui-là. Pour un autre participant, les médicaments s'avèrent tous similaires et ils évitent de les consommer. Or, les observations montrent que ce participant consomme son psychotrope à tous les soirs. Enfin, des participants se rapportaient à l'autorité médicale pour soutenir que le psychotrope ne se distingue pas des autres classes de médicaments. Le thème «*référence à l'ordonnance*» (3/63) se compose des perceptions des participants qui soutiennent implicitement que si c'est prescrit par la médecin, cela démontre que c'est une substance qui fait partie de la famille des médicaments : «*non, je prends ça parce qu'on m'a dit de prendre ça*».

Les participants qui soulèvent une différence entre le psychotrope et les autres médicaments utilisent six types d'arguments pour en faire la démonstration. La première raison s'appuie sur le soulagement de problème d'ordre physique. En effet, sous le code «*stresseurs physiques*» (2/63) des participants établissent une différence pour ces raisons : «*oui, quand je sens que j'ai de quoi à digérer*» ou «*oui, ça dépend du mal que j'ai à soigner*». Le psychotrope apparaît donc utile lors de la présence d'un problème ou d'un malaise physique. Dans la même lignée, le psychotrope se distingue par son effet sur l'anxiété (16/63), par exemple : «*il m'a enlevé de la peine et d'être mal dans ma peau*» ou «*il enlève ma solitude et le stress*». Ces différentes opinions forment le code

«*anxiété*». Dans le même sens, des participants soutiennent que la différence entre les autres médicaments et le psychotrope se situe au niveau des symptômes soignés par ce dernier, entre autres le «*sommeil*» (9/63) : «*oui, il me faisait dormir c'est bien l'fun*» ou «*oui, ça l'aide mon sommeil, du moins c'est ce que je pense*». Par ailleurs, on note qu'une justification utilisée précédemment par les aînés pour indiquer que le psychotrope est comme les autres peut servir aussi à soulever une différence entre les psychotropes et les autres médicaments. En effet, on souligne (1/63) que le psychotrope se distingue en s'appuyant sur l'autorité médicale. Le code «*référence à l'ordonnance*» s'est présenté de la façon suivante : «*c'est pas un médicament qui faut que je prenne tout les temps, il n'est pas obligatoire, c'est pas un remède régulier*». Le participant montre que le psychotrope diffère puisque la gestion qu'il en fait se démarque de la façon dont il procède avec les autres médicaments. La minimisation (1/63) du psychotrope s'est aussi manifestée dans les propos des participants : «*elle est petite, c'est pas beaucoup, mais je leur ai dit, dopez moi pas, ça m'enlève la mémoire*». Enfin, le thème de la dépendance (8/63) s'est aussi illustré dans les réponses des personnes âgées : «*on dirait que ça me les prend tout le temps*» ou «*ça aide à être moins malheureuse, c'est peut-être des Smarties qu'ils me donnent, je sais pas*», ou encore «*je suis attiré à lui comme quelqu'un qui est attiré comme de la boisson, j'y pense de la prendre et ma patch [timbre de nitroglycérine] pour le cœur je l'oublie, le médecin dit qu'à mon âge il aime mieux que je continue à la prendre*»

En somme, une plus grande proportion des perceptions (38/63) des aînés utilisateurs de psychotropes, selon une réponse affirmative ou négative, identifient cette classe de médicaments comme étant différentes des autres. Les personnes âgées qui ne considèrent pas le psychotrope comme étant différent indiquent que (a) il est pareil, (b), qu'il est une petite pilule inoffensive comme les autres, (c) qu'il est comme les autres mais qu'il ne pourrait pas s'en passer et (d), comme les autres puisqu'il est prescrit par le médecin. Alors, que chez les aînés qui établissent une distinction, ils appuient leurs positions par (a) oui, il est différent, (b) oui, car, il me calme, (c) oui, car il m'aide à dormir, (d) oui, parce que c'est prescrit au besoin par le médecin, (e) oui, parce que c'est pas fort, et (f), oui, parce que celui-là j'y pense tout le temps. On remarque que la dépendance, la minimisation et l'ordonnance médicale servent d'arguments aussi bien pour appuyer une différence que pour la nier. De plus, si on scrute la substance des réponses, on peut soulever certaines contradictions. En effet, au moment où le

participant donne une raison comme la minimisation ou la dépendance, il reconnaît tacitement qu'il prévaut une distinction entre ces médicaments. Par exemple, lorsque le participant dit que le psychotrope est comme les autres et qu'en même temps il concède qu'il ne pourrait sans passer. Il vient de relever, à cet instant, une différence entre le psychotrope et les autres médicaments. En conséquence, il semble adéquat de ne pas tenir compte, en deuxième analyse, du «oui» ou du «non» du participant. De ce fait, on constate qu'il y a réellement deux types de réponses données par les participants qui ne distinguent pas le psychotrope des autres médicaments. Les perceptions des thèmes «non, médicaments comme les autres» et «non, référence à l'ordonnance». Subséquemment, les autres thèmes se composent de perceptions qui soulèvent implicitement ou explicitement des différences entre ces médicaments. Par conséquent, on dénombre que 19 perceptions sur 63 qui n'établissent pas de différences aux psychotropes. Il transparaît donc de la majorité des perceptions (70 %) du discours des participants qu'il existe une dissimilitude entre le psychotrope et les autres médicaments. Cette différence se manifeste par les six arguments mentionnés par les participants.

Ainsi, une forte proportion de participants juge que le psychotrope se distingue des autres médicaments. Les réponses courtes ne permettent pas d'appréhender les distinctions plus subtiles qui peuvent exister entre ces médicaments.

La lecture des verbatims dévoile avec éloquence la distinction entre les psychotropes et les autres classes de médicaments. On apprend énormément sur le psychotrope en demandant aux participants de parler des autres médicaments. Leurs perceptions des autres médicaments diffèrent significativement du psychotrope. On le constate car les arguments des participants dans leur discours s'avèrent plus développés et étoffés. Leurs propos montrent qu'ils ne mettent pas en opposition le psychotrope par rapport aux autres médicaments comme le fait l'investigateur. Ils portent un jugement sur un médicament selon le malaise qu'il traite. Ils vont, suivant le malaise, avoir une vision du médicament. Cette vision se répercute sur l'importance du médicament, la gestion de ce dernier et de l'étiquette qu'on lui accroche. De plus, on note dans le discours des participants qu'un psychotrope se compose d'un contexte social unidimensionnel négatif construit à partir de différentes sources d'information.

L'investigateur avait préparé les questions concernant les représentations des médicaments en contrastant le psychotrope avec les autres médicaments. Or, la mise en application de ce canevas d'entretien a permis de constater, comme on l'a dit, que les aînés ne placent pas les médicaments par opposition, mais ils accordent plutôt de l'importance aux malaises traités par ceux-ci. D'ailleurs, un participant l'apprend à l'investigateur assez directement : «...ce n'est pas le médicament Philippe, toi tu joues trop sur le médicament, c'est pas ça...,... ça dépend du malaise que tu ressens, ok, je fais de la haute pression, ça c'est un malaise dangereux...». Ainsi, un médicament qui traite un malaise important sera consacré comme un médicament essentiel. En fait, certains participants ne nomment pas le médicament par son nom, mais par le malaise traité : «...d'abord, j'ai ma pilule pour le cœur pis pour l'urine...». Une participante illustre clairement que c'est le malaise qui est important selon son évaluation et cela attribue conséquemment une valeur au médicament : «...la haute pression j'en ai besoin...,...mais t'sais, c'est pas normal ce que je te dis peut-être, mais j'aimerais mieux qu'il m'enlève ma haute pression que ma pilule [antidépresseur] parce que comme je suis là là, je suis heureuse, je suis pas malheureuse...» ou «...ça c'est des Nitrong, ça c'est pour le cœur, ça il faut pas que j'en manque...,...ha ça j'attache pas beaucoup d'importance à ça [Colchicine]...,...c'est pour empêcher d'avoir des troubles, des douleurs...». Le malaise qui est traité va également dicter le type d'observance du médicament : «...parce que j'ai lu pour les médicaments du cœur...,...tu les arrêtes, tu meurs, on peut pas les arrêter les médicaments du cœur, mais les autres là, les anti-inflammatoires, des anti-douleurs, des choses comme ça, ça c'est pas grave...» ou «j'ai laissé ma demie [Ativan] pis j'ai pas demandé [au médecin]...,...ça [médicament pour le cœur] j'arrêtera pas, parce que ça doit être bon pour moi, t'sais pour le cœur...» ou encore «bien, je trouvais, ça vraiment c'était du luxe [Serax], ceux que je prends c'est vraiment efficace pour ma vie, tandis que le Serax c'est pour dormir, on peut dormir sans Serax...». Il est à noter que l'influence du prescripteur est apparu, en de rares occasions, dans le discours des aînés comme facteur agissant sur le type d'observance : « [pis le Zolof] ... il a dit [le médecin] il dit il faut pas que vous manquiez une journée...». D'autre part, l'autodétermination des aînés s'est également illustrée pouvant même défier l'ordonnance : «si le médecin me dit tu vas prendre un médicament pendant trois semaines et qu'au bout de 10 jours je vais me sentir bien, je vais désobéir au médecin...» ou «...les Provachol, parce que je sais que j'en fais plus de cholestérol, pourquoi faire t'sais que je vais en prendre...,...le docteur me fait prendre

des prises de sang...ça fait deux fois que j'en fais plus...c'est pas lui qui me l'a dit [de diminuer], c'est moi...». Dans la même ligne de pensée, le malaise qui est soigné par le médicament va procurer une étiquette au médicament : «[un médicament pour le sommeil ou la nervosité]...ha non, ça c'est pas grave, ça on fait ce qu'on veut avec, d'après comment on se sent...» ou «...ha ça, c'est la tête, la dépression, pis le cœur les gens de cet âge là, c'est sûr que c'est le cœur surtout hein [qui est malade], tandis que les dépressions, bien, je ne le sais pas me semble que ce soit pas si bien hein, les dépressions dans ce temps là tu es obligé d'aller voir le psychologue ou le psychiatre...». Cette étiquette se répercute plus subtilement sur la vision à long terme du médicament dans la vie de l'aîné : «...le cœur bat trop vite, j'aime mieux pas arrêter ça...» ou «...mais il y a ceux que je prends jusqu'à la fin de mes jours, c'est ça l'Indéral, le Lanoxin...» ou «[et les Ativan] je pense bien que je pourrais m'en passer [et les autres médicaments]non, non, non impossible, ça je peux pas m'en passer, ça je peux pas m'en passer c'est pour le cœur, aille, ça je peux pas m'en passer c'est pour les tremblements, ça je peux pas m'en passer, c'est depuis que je prends ça que je peux marcher...» ou «...tant qu'aux pilules pour le cœur pis l'urine, je pense pas d'arrêter ça...ça m'a toujours fatigué l'Ativan...» ou encore un participant lorsqu'il parle des autres médicaments indique : «...je me dis quand on vieillit de même ça nous prend des médicaments pour nous remonter...nous monter, être mieux en santé...» et cette même personne lorsqu'elle s'exprime au sujet des psychotropes : «ha non moi, j'ai toujours haïe ça...hein selon moi ça, ça dérange le système ces pilules là...». À noter qu'en de très exceptionnels cas, un médicament ne pouvait pas être nommé par le participant. Le psychotrope se différencie aussi des autres médicaments car il est porteur d'une «réputation» peu enviable ce qui conduit plusieurs participants à craindre sa consommation : «...j'ai peur de l'accoutumance...» ou «...c'est de la drogue des pilules pour dormir...» ou «on est dépendant de ça, c'est pas vrai ce que le docteur m'a dit que c'est les meilleurs...» ou «...j'aimerais bien mieux arrêter ça, ça c'est pas bon pour la tête ça, c'est tu vrai ou bien c'est pas vrai ?» ou «bien je vais te le dire bien franchement, les Ativan ce n'est pas des médicaments, c'est de la drogue...» ou «...moi j'avais peur de perdre la mémoire...». Les participants affichent généralement une vision négative du psychotrope qui ne se présente habituellement pas lorsqu'on les questionne sur les autres médicaments. Leurs jugements négatifs proviennent de différentes sources qui ne sont pas vraiment claires dans leurs discours. Ils indiquent avoir entendu ceci ou lu cela.



Globalement, le malaise qu'un médicament soigne procurera à ce dernier de l'importance qui se reflète sur la gestion et l'étiquette du médicament. Par ailleurs, le psychotrope s'avère victime de ségrégation de la famille des médicaments en raison d'une célébrité qui le présente sous un angle généralement négatif. Cet angle qui est grandement diffusé n'échappe pas aux yeux et oreilles attentifs des aînés. Le psychotrope se distingue également des autres médicaments car il soigne un malaise de l'esprit et les autres médicaments ont des visés plutôt organiques. Cette distinction a pour conséquence que l'aîné va accepter plus facilement de consommer pour le reste de ses jours un médicament pour le cœur qu'un antidépresseur.

#### Rapport de l'aîné avec l'arrêt du psychotrope

Le quatrième thème abordé par les questions ouvertes se rapporte à l'arrêt de la consommation de psychotropes. Trois questions furent posées pour identifier les perceptions et connaître les expériences des participants en ce qui a trait à l'arrêt de l'usage du médicament. La première question avait pour but d'estimer le nombre d'individus qui avaient déjà tenté d'arrêter et d'apprendre de leurs expériences de cette tentative. Ensuite, en saisissant l'opportunité de la réponse à la première question, on cherchait à savoir s'ils avaient profité d'un soutien lors de la tentative. Enfin, la troisième question voulait identifier du point de vue des aînés s'ils considéraient souhaitable d'arrêter de consommer le médicament psychotrope.

La première question était énoncée ainsi : «est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter de prendre cette pilule ?». Il a été possible d'identifier 60 réponses. La majorité des participants ont donné une réponse pour chaque psychotrope. Par contre, certains participants ont plutôt répondu pour l'ensemble des psychotropes qu'ils consomment. La moitié des réponses (30/60) se rapporte à des participants qui indiquent n'avoir jamais tenté d'arrêter de consommer leurs psychotropes. À titre indicatif, par participant c'est 19 aînés (39,6%) qui n'ont jamais essayé d'arrêter un de leur médicaments psychotropes. Certains participants ne se limitèrent pas à répondre par oui ou par non à la question. Des aînés ont émis certaines raisons pour lesquelles ils n'ont pas tenté d'arrêter tel ou tel psychotrope. En fait, 17 réponses des participants sur 30 soutiennent, sans explication, n'avoir jamais tenté d'arrêter de consommer. Des participants n'ont jamais

tenté l'arrêt par crainte de changements dans leurs états (4/30). Ces aînés s'exprimaient ainsi : *«non, je suis pas prête, j'ai peur pour mon cerveau, si le médecin me disait d'arrêter, j'arrêteraï»* ou *«non, mais je voulais le faire, mais j'avais trop peur de ne pas dormir»*. Des participants soulignent avoir déjà diminué leur usage des psychotropes, mais ce n'était pas volontaire (6/30). En effet, l'oubli, une prescription périmée ou une réduction sans but précis représentent le type d'explication de cette diminution. Par ailleurs, des participants invoquent l'influence de l'autorité médicale (2/30), par exemple : *«non, ils m'ont dit de ne pas l'arrêter [infirmière et médecin]»* ou *«non, car le médecin a dit que ce serait à mes risques»*. Enfin, un aîné estime avoir le contrôle sur sa consommation de psychotrope et qu'il pourrait l'arrêter s'il le désirait : *«je peux l'arrêter du jour au lendemain...,...c'est ma prescription à moi»*.

L'investigateur s'est assuré de recueillir des données sur le vécu des aînés ayant tenté, récemment ou dans le passé, un arrêt de la consommation de psychotrope. On constate que 29 personnes âgées (60,4 %) ont déjà tenté d'arrêter au moins un de leurs médicaments psychotropes. De ce groupe, un seul participant ne consomme plus et onze ont réduit leur usage durant l'étude. Il prévaut trois types d'expériences lors d'une tentative de réduction de l'usage des psychotropes. D'abord, il y a ceux (13/30) qui n'observent pas de changement dans leur état. Ces derniers ne notent pas de difficulté lors de l'arrêt. Ils rapportent leurs expériences de cette façon : *«oui, c'est pas difficile, il s'agissait que je sois motivé, je n'ai pas de soucis»* ou *«oui, aussi bien qu'avant, c'est pas difficile»* ou *«oui, j'ai eu aucun changement dans mon sommeil»*. Ensuite, on retrouve ceux (15/30) qui ont vécu des difficultés en rapport avec la tentative d'arrêt : *«oui, je dormais plus, j'ai arrêté du jour au lendemain, ils disent que c'est pas bon les Ativan»* ou *«oui, je faisais rien que pleurer et transpirer»* ou *«je diminuais mais c'était trop dur, je ressentais le besoin d'en reprendre»* ou encore *«oui, j'ai diminué, je devenais triste, je voyais noir, je pleurais, je m'aimais pas»*. Finalement, deux personnes ont tenté d'arrêter de consommer, mais des recommandations de l'autorité médicale ont modifié l'objectif visé. En effet, ces participants essayaient d'arrêter et leurs médecins leur ordonnèrent de reprendre la consommation.

Il paraissait important d'identifier s'ils avaient disposé d'une aide lors de la tentative d'arrêt et de quel type de soutien avaient-ils bénéficié lors de cet essai. La question suivante a donc été posée : *«avez-vous eu du soutien ?»* Parmi les participants

qui ont tenté l'arrêt d'au moins un psychotrope ou qui ont réduit leur consommation de façon périodique sans objectif d'arrêt (40), 19 soutiennent ne pas avoir obtenu de soutien, 14 affirment avoir bénéficié de soutien professionnel et 7 d'un soutien informel. Les propos des aînés qui indiquent ne pas avoir joui d'un soutien semblent ne pas l'avoir recherché. En effet, la consommation, comme l'idée d'arrêter d'utiliser des psychotropes, s'avère être un choix personnel pour eux. Les aînés montrent un sentiment de contrôle sur leur consommation : «*c'est ma propre idée*» ou «*non, aucun soutien, je me connais*» ou encore «*non, aucun soutien, je m'arrange seul*». Ces participants se sentent compétents face au choix à faire en lien avec leurs médicaments psychotropes et ils ne veulent pas voir des gens de l'extérieur s'immiscer dans leur consommation. La stigmatisation entourant l'usage de molécules psychoactives explique peut-être ce besoin de garder pour soi l'expérience de la consommation comme celle de l'arrêt du psychotrope.

Les propos des aînés qui indiquent avoir bénéficié d'une implication professionnelle lors de leur tentative d'arrêt montrent que ce soutien prend deux formes : positive (7/14) ou négative (7/14). À noter que le qualificatif positif ou négatif s'établit en fonction de l'arrêt. Dans ce sens, un médecin qui recommande le maintien de la consommation s'inscrit dans la forme négative. Par contre, cela peut être positif pour la santé de la personne. Par exemple, une personne âgée pouvait tenter d'arrêter et le médecin lui ordonnait de reprendre l'utilisation régulière du psychotrope. Alors que sur le plan du soutien positif pour l'arrêt du psychotrope, ce soutien provient du médecin, de l'infirmière et du pharmacien. Par exemple, l'infirmière a noté sur le calendrier comment diminuer le dosage ou le cardiologue à encourager la personne à persister. Ainsi, selon l'expérience des participants, à l'exception de l'infirmière qui a suggéré une procédure, le soutien professionnel se manifeste exclusivement par du renforcement positif.

Pour sa part, le soutien informel prend trois formes soit de type : conseil (4/7), soit qu'il y a un déplacement de la substance (2/7) ou qu'il y a encouragement de la reprise de la consommation. Les conseils prenaient la forme d'appui, d'encouragements et de recommandations sur la façon d'arrêter. Par exemple, pour un participant, sa belle-sœur lui a dit de couper de moitié l'Ativan. Le transfert de substance se présentait lorsque par exemple la famille faisait prendre du brandy à la place du psychotrope ou que la fille d'un participant a été chercher d'autres pilules à la pharmacie. La famille

désirait donc soutenir sa mère ou son père par d'autres produits jugés probablement par ceux-ci comme étant moins nocifs. Enfin, un participant rapporte que sa famille lui a suggéré de recommencer la consommation du psychotrope.

Enfin, sous le thème «rapport de l'aîné avec l'arrêt du psychotrope», une troisième question fut formulée pour connaître leur intention ou vision du médicament psychotrope. La question ne cherchait pas à connaître une expérience vécue ou à relater un événement, mais bien la valeur et l'importance du psychotrope dans leur vie, puisque la question permettait de constater s'il s'avère possible pour eux d'imaginer se départir de leurs psychotropes. Cette question fut adressée de cette façon : «pensez-vous qu'il est souhaitable d'arrêter de prendre cette pilule, pourquoi?» La question fut posée pour chacun des psychotropes consommés par l'individu. Comme l'aîné répondait parfois pour ses deux psychotropes, un total de 50 perceptions furent colligées. À 32 occasions le participant considère qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter la consommation du psychotrope et par voie de conséquence, pour 28 psychotropes, la personne âgée estime qu'il est souhaitable de l'arrêter.

Les participants (n : 25 [52 %]) ont évoqué six types de réponses pour justifier qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter la consommation du psychotrope. Le premier thème qui se dégage des réponses des participants se rapporte à la peur de la reprise des symptômes par suite de l'arrêt du psychotrope. Les propos des aînés sous le thème «*peur*» (14/32) se présentent de la sorte : «*non, car j'ai besoin de mon sommeil*» ou «*non, pas maintenant, je suis trop fragile, je suis trop dépressive*» ou aussi «*non, j'ai trop peur de m'écraser et de plus être capable de fonctionner*». La deuxième raison rapportée par les aînés se ramène à des attitudes d'âgisme (4/32). L'âgisme signifie, ici, que malgré les bénéfices qu'une personne pourrait retirer d'une intervention ou d'un comportement, elle ne l'adopte pas car elle croit qu'en raison de son âge elle n'en retirera pas les avantages. Par exemple, des participants estiment qu'à leur âge ça ne vaut pas la peine d'arrêter : «*non, pourquoi rendu à mon âge, tu profites de ce que tu peux*» ou «*non, qu'est-ce que ça peut me faire rendu à mon âge ?*». Ensuite, d'autres participants ont montré ou soulèvent dans leurs réponses une dépendance psychologique ou physique face à la molécule (4/32) : «*non, parce que j'en ai trop confiance, c'est impossible de l'arrêter*» ou «*non, je n'en fais pas un usage exagéré, je ne suis pas dépendante*» ou «*diminuer oui, mais l'arrêter non*». Trois participants ne

savent pas s'il est souhaitable d'arrêter de consommer leur psychotrope : *«je sais pas, je ne sais pas qu'est-ce que ça me ferait»*. Des aînés vont s'en remettre à l'autorité médicale pour évaluer s'il est souhaitable ou pas d'arrêter ce médicament : *«non, car le médecin me dit que c'est bon»*, mais un participant utilise l'autorité médicale dans un autre sens. Ce dernier affirme que le médecin a déjà voulu l'arrêter, mais lui, il en avait décidé autrement et il continuait de le consommer. Il démontre par son comportement qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter : *«non, le médecin a déjà voulu et j'ai continué»*. À trois reprises des participants affirment qu'ils ne considèrent pas souhaitable de l'arrêter mais ils n'offrent pas de détails pour expliquer cette réponse.

Les réponses courtes soulèvent deux éléments qui nécessitent un approfondissement car ils présentent une nature différente des autres thèmes de cette catégorie. En effet, la dépendance et l'âgisme ne constituent pas des arguments communs pour affirmer qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter d'utiliser des psychotropes. Il faut les scruter plus en détail pour bien saisir leur place dans le phénomène chez ces participants.

### La dépendance

La dépendance ne constitue pas un élément nouveau, mais l'analyse des discours provenant des entretiens en profondeur révèle des réflexions particulières chez les participants : *«...il faudrait qu'il me donnerait, t'sais comment ils appellent ça, t'sais ce qui remplace, fait un semblant de remède, ils appellent ça, t'sais ils donnent ça à des malades pour les rassurer...,...il faudrait que j'aurais un placebo...,...c'est dans la tête qu'on a ça...»* ou *«[qu'est-ce que ça fait sur vous de pas en prendre]...c'était pas faisable, quasiment, j'étais après devenir folle...,...je priais, je disais au bon Dieu de venir me chercher...,...où est-ce que tu penses que tu vas avec deux petites, deux petites pilules pour dormir...,...au moins laissez moi dormir le soir, laissez moi me calmer dans le jour...,...mais j'ai peur que tu vas me les ôter...,...c'est pas eux autres [professionnels de la santé] qui t'envoient pour me demander ça...,...bon bien laisse moi continuer de même, s'il te plaît...»*. Ces participants illustrent avec éloquence une forme de dépendance au moins psychologique aux psychotropes. Une forme plus subtile de la dépendance psychologique s'est présentée dans les propos des aînés. Le thème de la «réserve» signifie que des participants désirent garder des psychotropes dans leur

pharmacie personnelle. Ils estiment que c'est une sécurité de maintenir une provision : «...j'arrêteraïs pis c'est tout, mais je garderaïs celles qui me restent, au cas où...» ou «...si je l'arrête complètement et que j'ai un flacon ça peut arriver une nuit, qui arrive quelque chose, un drame, n'importe quoi et pas dormir, alors je l'ai sous la main...» ou «...c'est un soulagement de savoir qu'il y en a...,...disons je tombe malade, t'sais n'importe quoi qui m'arrive, moi, c'est les nerfs, fait que ça serait un en tout cas...». Ils démontrent qu'ils souhaitent arrêter de consommer, mais ils ne voudraient pas s'en passer. Le psychotrope représente une sécurité.

### L'âgisme

L'âgisme apparaît être un élément crucial dans le phénomène dont l'impact demeure indéterminé. L'âgisme s'inscrit ainsi dans le discours émanant des entretiens en profondeur : «[si moi {l'investigateur} je prenais des Serax] *ha je trouveraïs ça épouvantable, à ton âge là...,...si tu commences à t'habituer à ça, le restant de ta vie ça pas d'allure...*» ou «[est-ce que ça va être aussi facile pour moi que pour vous d'obtenir une pilule pour dormir] *ha non, ce ne sera pas plus facile pour toi certain, ça va être plus facile pour moi, pas pour toi...*» ou «...bien j'aimeraïs pas ça que mon fils n'en prenne, je me dirais tu es trop jeune pour commencer ça...,...le peu de temps qui me reste ça peut pas me faire tellement de tort...» ou «...si je veux être honnête avec vous, je me disais pourquoi je me priveraïs moi d'un petit quart de 2,5 mg, à mon âge, je peux pas devenir complètement dépendante de ça...,...et puis c'est pas bon pour les neurones...,...je voudraïs pas que mon fils qui a 50 ans commence à prendre de ça...». À noter que l'âgisme ne se manifeste pas à propos de tous les médicaments : «[pis si je prenais des médicaments pour le cœur] *bien, il y a des personnes de ton âge, ils sont obligées...,...il faut que tu passes des examens pour ton cœur c'est pas pareil que pour la tête là...,...mais pour dormir je me dis aille ...*». Il apparaît donc qu'il est plus acceptable de consommer des psychotropes à un âge avancé selon ces participants.

Les aînés (n : 23 [48 %]) qui considèrent qu'il est souhaitable d'arrêter de consommer leurs psychotropes proposent trois arguments pour justifier leurs positions. Ils montrent une préoccupation pour leur santé et ils vivent des inquiétudes face à cette classe de médicament. La grande proportion des arguments des aînés (19/28) se trouve sous le thème de la «*peur*» ; peur pour leur santé et peur de la dépendance : «*oui, ils*

*disent que c'est pas bon et qu'on perd la mémoire» ou «oui, pour ne pas être confuse le matin, je ne veux pas perdre mes souvenirs, je veux les garder intacts» ou «oui, c'est du poison, mon corps va s'habituer à ça» ou encore «oui, car s'il m'arrive quelque chose, alors je me demande ce qu'ils vont me donner puisque je suis déjà dopée». La deuxième argumentation des participants (5/28) pour démontrer qu'il est souhaitable d'arrêter porte sur l'absence de bénéfice associé avec le psychotrope : «oui, il m'est pas utile, je sais pas je dormais bien avant» ou «oui, j'ai pas besoin de ça». Enfin, à quatre reprises des participants affirment qu'il est souhaitable sans autre argument. En définitive, la peur associée aux psychotropes représente la raison essentielle pour laquelle les participants de l'étude considèrent l'arrêt du psychotrope comme désirable.*

Par ailleurs, les participants qui soulignent avoir déjà tenté d'arrêter l'utilisation des psychotropes ont-ils un regard différent sur le caractère souhaitable de se départir du psychotrope dans l'avenir ? La tentative antérieure d'arrêt modifie possiblement leur vision du psychotrope dans leur vie. Le tableau ci-dessous répond à cette question.

**Tableau 4.36**

Le rapport entre une tentative d'arrêt et la perception du caractère souhaitable d'arrêter l'usage de psychotropes

Variables	Oui, une tentative	Non, pas de tentative	tau-b de Kendall	Probabilité
Oui, il est souhaitable d'arrêter	20	3		
Non, il n'est pas souhaitable d'arrêter	9	16	tau - b = 0,52	$P = 0,001$

Les résultats montrent que parmi ceux qui ont reconnu avoir essayé d'arrêter (29 participants) une plus grande proportion (20) indique qu'il serait souhaitable d'arrêter de consommer ( $p = 0,001$ ). Alors que chez ceux qui n'ont jamais expérimenté la cessation de l'usage de psychotropes (19 participants), on retrouve uniquement trois aînés qui considèrent qu'il est souhaitable d'arrêter. Les comportements passés influencent, chez ces participants, leur vision du psychotrope.

Par ailleurs, il apparaît opportun d'analyser si les attitudes ou opinions des gens face aux tentatives d'arrêt et au caractère souhaitable, changent dépendamment du type de psychotrope.

**Tableau 4.37**

Les attitudes selon le type de psychotropes

Variables	Anxiolytiques	Antidépresseurs	Sédatifs-hypnotiques
Tentative d'arrêt du psychotrope ?	26 (60,5 %) OUI 17 (39,5 %) NON	4 (30,8 %) OUI 9 (69,2 %) NON	1 (14,3 %) OUI 6 (85,7 %) NON
Souhaitable d'arrêter le psychotrope ?	21 (48,8 %) OUI 22 (51,2 %) NON	6 (46,6 %) OUI 7 (53,8 %) NON	0 ( %) OUI 7 (100 %) NON

Les attitudes des consommateurs face aux antidépresseurs et aux anxiolytiques apparaissent assez similaires sur le caractère souhaitable de l'arrêt du psychotrope. Toutefois, il semble qu'on essaie davantage l'arrêt du médicament lorsqu'on utilise un anxiolytique qu'un antidépresseur. Il n'y a pas d'hypothèse émanant des propos des participants pour expliquer ces différences. Sur le plan des sédatifs-hypnotifs le portrait s'avère tout autre. Les participants de l'étude qui en font usage essaient beaucoup moins de les arrêter que les consommateurs d'un autre type de psychotrope. De plus, ils ne désirent pas s'en priver dans l'avenir. En définitive, les attitudes des participants de l'étude se distinguent selon le psychotrope consommé et les différences de perceptions se démarquent nettement pour un sédatif-hypnotique. Par ailleurs, plusieurs aînés consomment des anxiolytiques uniquement au coucher. Ceux-ci estiment possiblement qu'ils font l'usage d'un somnifère, par conséquent, il est plausible de penser que les distinctions seraient apparues de façon plus évidentes s'il avait été possible de tenir compte de cet aspect, c'est-à-dire qu'ils soient au courant qu'ils consommaient un anxiolytique et non un somnifère. Alors que pour les antidépresseurs et les sédatifs-hypnotiques, la confusion s'avère moins probable. Toutefois, on se souviendra que la prise en considération des classes de psychotropes n'ont pas révélé des trajectoires différentes de consommation. Mais, on a constaté que l'observance était modifiée dépendamment du psychotrope.

En somme, les réponses des participants sous la catégorie de question se rapportant à l'arrêt du psychotrope, nous apprennent plusieurs aspects intéressants du phénomène. D'abord, une proportion importante de participants ont déjà tenté d'arrêter de consommer leur psychotrope et la révélation de leurs expériences montre qu'on peut



arrêter sans conséquence, mais qu'il s'avère également fréquent de vivre des difficultés psychologiques et physiques lors de la tentative. Chez les participants n'ayant jamais tenté d'arrêter, la peur de ces symptômes psychologiques ou physiques, représente justement un frein à l'idée d'arrêter. De plus, l'autorité médicale dans les deux cas, plus souvent qu'autrement, suggère à l'aîné de continuer la consommation. D'ailleurs, lorsqu'on demande aux participants s'ils ont bénéficié de soutien lors de l'arrêt, le soutien professionnel se manifestait la moitié du temps par l'encouragement à la consommation. De plus, le soutien informel qu'ils décrivent avoir reçu est très limité. En effet, l'aide qu'ils énoncent avoir reçu se limite à du renforcement positif alors qu'il existe des procédures rigoureuses qui permettent d'augmenter le succès lors de l'arrêt. Enfin, les opinions des aînés demeurent partagées en ce qui a trait au caractère souhaitable de l'arrêt du psychotrope. La peur de l'apparition de symptômes anciens ou de l'augmentation de leur intensité, la dépendance et l'âgisme sont allégués pour justifier qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter. En revanche, la peur de l'effet potentiellement nocif des psychotropes pousse plusieurs aînés à souhaiter arrêter de consommer des psychotropes. Mais, à la lumière des résultats, il faut comprendre qu'il y a prépondérance des bénéfiques sur la peur puisqu'une faible majorité soutient qu'il n'est pas désirable d'arrêter la consommation de psychotrope. Enfin, les expériences passées de tentatives d'arrêt et le type de psychotrope influencent la vision du caractère souhaitable de l'arrêt du psychotrope pour l'avenir. Ce dernier résultat met en évidence qu'une portion importante de participants tente d'arrêter et souhaite stopper leur consommation dans l'avenir.

### Solutions perçues pour l'arrêt du psychotrope

Le dernier thème abordé dans le questionnaire touche aux solutions qu'ils jugent utiles pour favoriser l'arrêt de la consommation de psychotrope. Les questions visaient donc à connaître leurs attentes ou leurs idées pour les aider à arrêter. Trois questions ont été posées : «Qu'est-ce qui pourrait vous aider à diminuer ou à arrêter la consommation de cette pilule, c'est-à-dire qu'est-ce que vous pouvez faire ?, Qu'est-ce que votre entourage pourrait faire ? et Qu'est-ce que les professionnels de la santé pourraient faire (médecins, infirmières, pharmaciens) ?»

La première question portait donc sur leur rôle dans la situation. 30 participants, dont 22 ont déjà tenté d'arrêter, ont relevé des moyens pour s'aider à arrêter. Alors que 18 personnes ne se sont pas reconnues de rôle dans la situation, malgré que sept d'entre eux aient déjà essayé de cesser leur consommation.

Les participants qui estiment avoir une place lors d'une tentative d'arrêt ont soulevé des moyens et des attitudes qu'ils pourraient adopter pour s'aider à arrêter. D'abord, 14 participants ont proposé des *alternatives comportementales*. Ces alternatives pouvaient toucher au psychotrope : « *je diminuerais les doses et les quantités* » ou « *j'arrêterais peu à peu, graduellement* ». Aussi, parmi les alternatives comportementales, ils ont proposé de demander de l'aide à la famille ou dans le même sens d'agir sur l'environnement : « *vivre seule...,...apprendre à dire non...,...n'avoir aucune responsabilité, je devrais sortir des comités et régler mes problèmes* ». Toujours parmi les alternatives comportementales des participants révèlent des attitudes à posséder pour réussir l'arrêt du psychotrope : « *avoir de la volonté* » ou « *je me suis motivé moi-même* » ou « *il faut se parler, sauf que le système ne répond pas toujours* ». Enfin, des participants parlent de se coucher plus tard ou d'améliorer leur nutrition pour favoriser l'arrêt du psychotrope. Par ailleurs, des personnes proposent de changer de substance pour favoriser l'arrêt du psychotrope. En effet, sous le thème *alternatives substances* (6/30) des participants suggèrent des produits naturels : « *je prendrais des tisanes* » ou « *je prendrais des relaxol ou des tisanes* » ou « *je prendrais des tisanes, de la valériane, il faudrait que je sois moins active* » ou de se diriger vers d'autres médicaments : « *je prendrais une Tylenol* » ou « *je changerais ce médicament pour un autre* ». Trois participants font un lien avec les symptômes et recommandent de les tolérer « *ne pas avoir d'anxiété, il faut laisser faire les choses* » ou « *il faut endurer son mal* » ou de les reconnaître « *lorsque j'ai le goût de sortir ça veut dire d'arrêter* ». Des aînés ne connaissent pas vraiment de stratégies sinon d'arrêter de les consommer (4/30) : « *j'arrêterais de la prendre* » ou « *il y a rien que je pourrais faire, j'ai arrêté de fumer, si je voudrais arrêter de prendre ça, je les arrêterais* ». Un dernier moyen proposé par trois participants se réfère au soutien professionnel : « *c'est assez difficile, je l'ai dans le sang, je crois que je devrais me faire désintoxiquer* ».

Il y a cinq types de réponses soulevées chez les 18 aînés qui ne voient pas quelle pourrait être leur contribution à l'arrêt du psychotrope. D'abord, il y a le groupe de

ceux qui ne savent pas (11/18) : *«je ne sais pas»* ou *«j'ai jamais pensé à ça»* et ceux qui ne veulent pas (3/18) : *«je veux pas arrêter»* ou *«il est inutile de souffrir»*. Aussi, une personne âgée a peur (1/18) : *«je sais pas, j'aurais peur de tomber bas»* et une autre manifeste de l'âgisme : *«je ne veux pas le faire pour les années qui me reste»*. Enfin, deux participants ne se sentent pas concernés ou responsables de l'arrêt du médicament et ils s'en remettent à l'autorité médicale : *«c'est le médecin qui décide»* ou *«je suis [suivre] le médecin»*. Bref, les aînés veulent jouer un rôle, mais on constate qu'il prévaut de l'improvisation dans ce qu'ils se proposent d'accomplir. D'ailleurs, chez ceux qui ne se reconnaissent pas de rôle dans la situation, affirment principalement ne pas posséder les connaissances pour remplir un rôle.

### L'entourage et l'arrêt du psychotrope

La deuxième question sous ce thème cherchait à savoir s'ils ont des attentes face à leur entourage. Cette question fut posée ainsi : *«qu'est-ce que votre entourage pourrait faire ?»* À cette question, 39 personnes ne veulent pas d'implication de la famille ou des amis dans leur situation et neuf soulèvent le type d'influence qu'ils désirent obtenir.

Les réponses des aînés qui ne veulent pas d'implication de la famille convergent énormément. En effet, une forte proportion (31/39) considère la consommation de leurs médicaments comme étant personnel et ils ne souhaitent pas voir l'entourage s'y introduire : *«non, ils savent que je suis capable d'en venir à bout»* ou *«non, c'est vraiment personnel»* ou *«ils ne sont pas concernés par ça»*. Trois participants ne savent pas ce que l'entourage pourrait faire pour les aider à arrêter : *«je ne vois pas»*. Enfin, cinq aînés rapportent que leur entourage a plutôt tendance à les encourager à consommer et non à diminuer : *«j'en ai pas parlé...,... ma fille rit de moi, elle dit que ce que je consomme ce n'est pas beaucoup à comparé à elle»*. En revanche, il y a neuf participants qui accordent à l'entourage de l'importance lors de l'arrêt de la consommation de psychotrope. Ils attribuent deux dimensions aux rôles qu'ils peuvent accomplir. D'abord, l'entourage devrait briser l'isolement et influencer positivement l'aîné (4/9) : *«peut-être l'été car je les vois plus»* ou *«s'ils vont bien ça m'encourage»*. Dans un deuxième temps, ils devraient encourager, soutenir et conseiller la personne âgée (5/9) : *«il n'y a personne qui m'en parle, ma sœur m'a dit d'en prendre le moins*

*possible*» ou «*mes filles me disent prend donc pas ça maman*». En bref, l'aîné aimerait recevoir un soutien informatif et affectif. De plus, il se dégage que la majorité des aînés ne souhaite pas que l'entourage se mêlent de leur prise de médicaments. L'étiquette négative qui est accrochée aux médicaments touchant à la santé mentale est probablement imputable à ce désir de garder pour soi sa consommation de psychotrope. Les entretiens en profondeur peuvent éclairer davantage ce dernier point. Le discours des participants est donc analysé pour répondre à la question suivante : pourquoi le psychotrope semble-t-il être si personnel, si privé ? Cette question s'inscrit en continuité avec celle concernant les représentations construites par les participants à l'égard du psychotrope.

Le discours des participants met en relief deux aspects concernant le rapport entre le psychotrope et l'entourage. Dans un premier temps, on constate qu'il est différent pour un aîné de discuter d'un psychotrope que d'un autre médicament. Dans un deuxième temps, les participants se disent plus enclins à dire à des très proches qu'ils consomment un psychotrope qu'à des inconnus. Dans un troisième temps, l'interaction entre les deux premières observations suggère qu'il soit beaucoup plus aisé de parler de médicaments cardiaques avec des proches que de psychotropes avec des inconnus. Dans la même ligne de pensée, il semble quand même plus commode de divulguer aux proches qu'on utilise des médicaments cardiaques que des psychotropes. Enfin, on remarque des propos tenus par les participants, qu'il n'est pas coutume de questionner une personne sur les médicaments qu'elle consomme. Les propos des aînés qui soutiennent ces hypothèses inductives sont présentés ci-dessous.

Le rapport entre les médicaments s'illustre ainsi : «[lorsqu'on se parle entre nous]...*le médecin m'a prescrit un anti-inflammatoire, je n'arrive pas à tourner la tête, j'ai un torticolis, j'ai mal à un genou, j'ai mal à l'épaule, je fais une bursite, des choses comme ça, mais jamais on parle des médicaments pour dormir...*» ou «...*bien oui, j'ai mal aux genoux, tout le monde va le voir que je me traîne, ok, mais personne n'a à savoir si je dors ou si je dors pas, c'est plus intime...*» ou «...*bien la plupart me parlent surtout des médicaments pour éclaircir le sang ou pour la pression...,...beaucoup plus que pour dormir...,...on dirait que de prendre des pilules pour dormir ça veut pas dire qu'on est atteint psychologiquement [comme le sont les médicaments pour le stress ou la nervosité]*» ou «*bien, je le sais pas c'est pour les nerfs, les déprimés, pis c'est pour*

*ça, le Zoloft, d'ailleurs, un Ativan c'est pour t'aider à dormir, tandis que l'autre, non, j'en parle pas... j'en parle pas de Zoloft... j'aimerais pas ça qu'ils se diraient ça entre eux [que je suis déprimé]...» ou «...quand j'étais allé chez mon fils, j'avais eu honte un peu... j'étais obligé de lui dire que j'en prenais [Serax]... [un médicament pour le cœur ou autres, l'avez vous dit]... le Mevacor, je leur ai dit...». La jonction entre les proches et les inconnus versus le médicament se présente comme suit : «...personnes disent qu'ils prennent des médicaments...» ou «...il y a des choses, dites qu'on va pas raconter, même à l'infirmière peut-être, même à sa meilleure amie... on dirait qu'on a honte de dire qu'est-ce qui se passe en soi... si c'est un organe qui est malade je n'y peux rien...» ou «...il y en a qui me disaient, tu ne devrais pas en prendre, mes amies qui me disaient...» ou «...très rare que je vais en parler... moi, j'en parle avec mes sœurs...» ou «ha je n'ai jamais parlé que je prenais ça [Serax]... je le dis à mon garçon qui voit à mes affaires...» ou «...non, j'ai pas parlé de ça à personne pas même ma fille qui est ma confidente... madame X surtout là, on allait s'asseoir dans le salon pis on jasant de nos affaires, pis on parlait de pilules...» ou «[qui vous a donné l'idée de coupé en deux l'Ativan] ma belle-sœur...» ou «c'est ma meilleure, c'est ma petite filleule [elle le savait que vous preniez des psychotropes]... ha oui, elle couchait chez moi...». Mais, il arrive de façon plus occasionnelle qu'une personne inconnue va parler de ses médicaments : «...c'est une femme que j'ai rencontrée une fois, elle parlait de ça dans la balançoire... elle disait ça elle qu'avait une nouvelle pilule pour dormir...». Enfin, comme on l'indiquait, il n'est pas d'usage de questionner un individu sur ses médicaments : «[ha lui, il vous l'a dit] ha ! batêche oui, ha c'est pas moi qui lui ai demandé, ha non...» ou «[pis vous en parlez entre vous]... pas tellement, mais des fois on fait allusion...» ou «...les antidépresseurs j'ai une amie qui en prend ici et pis elle me l'a dit...».*

Les propos des participants démontrent nettement qu'un psychotrope est porteur d'une étiquette. La majorité des individus présente des difficultés à vivre avec cette étiquette alors ils parleront péniblement des psychotropes qu'ils consomment. Cette image négative se montre fortement liée à la stigmatisation entourant les problèmes psychologiques. De ce fait, un lien de confiance entre deux personnes semble être ordinairement un préalable pour que les aînés échangent sur leurs médicaments. Enfin, les règles de courtoisie dictent qu'on ne questionne pas une personne sur ses médicaments, on devrait plutôt attendre qu'elle en parle. Cet ensemble de

représentations que porte le psychotrope constitue probablement la raison pour laquelle les participants ne désirent pas voir l'entourage s'immiscer dans la gestion de leurs médicaments.

Toutefois, afin de nuancer un peu ces propos, des confidences lors des entretiens témoignent que le psychotrope peut tout de même faire partie d'une conversation et plus. En effet, des participants ont affirmé avoir échangé des psychotropes. Les échanges désignent le phénomène bien connu du partage des médicaments. Certains témoignages illustrent les différentes formes de ce troc : «...elle dit j'ai assez de la misère à dormir...,...j'y ai passé une Serax une fois elle était chez nous [sa fille], pis ça lui a pas faite...» ou «...pis une fois il m'en manquait, pis ma sœur elle, elle prend des 10 mg...,...fait qu'elle m'en avait passé...» ou «...pis je les [Ativan] donnais à ma sœur, elle était pas bien riche...» ou «il y a un monsieur en bas, j'ai dit j'ai de la misère à dormir c'est pas mêlant, je dors pas le soir...,...il m'a donné une pilule...,...l'homme il a eu un genre de cauchemar...,...il l'a dit, pis ils m'ont amené à l'hôpital...» ou «[vous vous en prenez des fois des Lectopam à votre conjoint] oui...,...j'ai des Ativan, mais Ativan on en prend une habitude...,...les Lectopam...,...on se lève le matin, on n'est pas embrouillé, on fonctionne...,...les Ativan, moi il me laisse, ça prend du temps avant de sortir [du lit]...». Le partage des médicaments s'avère toujours présent et il peut se réaliser à l'intérieur d'un couple ou entre sœurs, entre mère et fille et entre voisins. Ainsi, même si les participants préfèrent ne pas parler de leurs psychotropes, lorsqu'ils sont placés dans une situation où ils en manquent ou un de leurs proches en a besoin, on voit que le secret peut être brisé.

#### Les professionnels de la santé et l'arrêt du psychotrope

La troisième question sous cette catégorie porte sur les attentes des aînés face aux professionnels de la santé. Pour chacun des professionnels (médecin, infirmière, pharmacien) on a adressé la même question illustrée précédemment. Les résultats montrent que seulement 17 participants accordent au médecin un rôle dans la situation pour l'aider à arrêter et 8 font de même pour l'infirmière et le pharmacien. Ainsi, la majorité des aînés de cette recherche ne perçoivent pas les professionnels de la santé comme pouvant les aider à arrêter.

En ce qui concerne le médecin, 32 personnes âgées, consommatrices de psychotropes, ne voient pas ce que peut faire le médecin pour les aider à arrêter. En fait, c'est vingt-et-un participants qui reconnaissent ne pas savoir ce que le médecin pourrait faire ou qui affirment que le médecin ne peut rien faire : «*non, il ne peut rien faire*» ou «*je sais pas*» ou «*je n'ai aucune attente*». De plus, six participants affirment que le médecin ne voudrait pas leur donner de l'aide ou ils se montrent méfiants et insatisfaits face à ce dernier. Ainsi, leurs *perceptions négatives* de l'apport du médecin les portent à s'exprimer de cette façon : «*non, c'est moi-même, eux [médecins] ils sont forts sur la prescription, mais pas pour les arrêter*» ou «*les examens se font trop vites, le médecin dit rien, [ça me prend] un examen général, au complet*» et leurs attentes limitées se manifestent en ces termes : «*c'est lui qui décide, [il imite ce que le médecin lui dit] c'est vous qui décidez, si vous les prenez pas, c'est vous qui dormirez pas, si c'est prescrit c'est parce que vous en avez besoin, [il y a] pas d'effets secondaires, c'est si tu n'en prends pas que tu as des effets secondaires*». Dans le même sens, des participants indiquent que le médecin ne ferait que *changer de médicaments* : «*il donnerait d'autres pilules*» ou «*il va essayer d'autres pilules*». Enfin, deux participants ne veulent même pas se questionner sur l'aide que pourrait leur apporter le médecin s'ils voulaient arrêter puisqu'ils ne désirent pas arrêter. Ces deux individus se placent donc sous le thème *dépendance* : «*je ne veux pas qu'il me les arrête*» et «*non, dans mon cas, ce que je fais, c'est ce qu'il y a de mieux*».

Le portrait suivant se montre un peu plus positif sur le plan des attentes des aînés envers leurs médecins. Des participants (16/48) identifient trois types d'aide médicale qu'ils apprécieraient recevoir : le soutien, la prescription et la supervision. La moitié des participants aimerait obtenir du soutien émotif, de l'information et des encouragements des médecins lors de leurs tentatives d'arrêt : «*je voudrais être encouragé*» ou «*j'aimerais avoir des conseils*» ou «*j'aimerais avoir la coopération du médecin*». Outre cela, des aînés s'en remettent au jugement du médecin. Ils assurent que si le médecin leur prescrirait l'arrêt de la consommation, ils l'écouteraient : «*il devrait me les enlever*» ou «*si il arrêtait les prescriptions*». Enfin, un peu dans le même sens que le thème précédant, des participants (3/16) montrent par leurs propos que la supervision médicale aiderait à endiguer la consommation : «*être supervisé*» ou «*...être hospitalisée serait un moyen ...*».

En ce qui a trait aux infirmiers et infirmières, les résultats s'avèrent très préoccupants. En effet, on retrouve uniquement huit personnes âgées qui estiment que l'infirmière pourrait les aider à arrêter la consommation de leurs psychotropes. Les quarante participants qui n'ont pas identifié comment l'infirmière pourrait les soutenir affirment *ne pas le savoir*, ou maintiennent une *vision stéréotypée* de la profession infirmière ou pour un participant, l'infirmière lui a dit de continuer et un autre ne veut pas arrêter. D'entrée, il persiste un manque de connaissance sur ce que l'infirmière peut réaliser pour aider les aînés. C'est trente-deux aînés qui admettent ne pas savoir ou ne pas avoir d'attente des infirmières pour les soutenir : «*je sais pas*» ou «*elle ne parle pas de ça*». Un peu dans le même sens, des personnes âgées conservent une vision dépassée de la profession infirmière ce qui les conduit à ne pas rechercher leur aide : «*non, c'est le médecin qui règle ça*» ou «*non, c'est le médecin qui voit à ça*» ou «*ils s'occupent pas de ça ici, ils vont d'après le dossier*» ou encore «*elles peuvent rien faire sans l'avis du médecin*». Par ailleurs, on voit que l'infirmière peut avoir une influence négative (1/40) dans la situation lorsqu'elle donne des conseils de qualités douteuses, comme celui-ci : «*c'est le meilleur médicament que vous pouvez prendre*». Enfin, la même personne que lors de l'analyse de l'apport du médecin dans la situation, répète qu'il ne modifiera pas son comportement : «*non, dans mon cas ce que je fais c'est ce qui est de mieux*». Ce dernier soulève le désir ardent de maintenir, tel quel, sa consommation de psychotrope.

Malgré la méconnaissance de la majorité des participants sur l'aide que pourrait leur apporter l'infirmière, huit aînés manifestent des attentes de cette professionnelle de la santé. Les aînés aimeraient avoir du soutien de l'infirmière lors de l'arrêt. Ce soutien pourrait se manifester par des conseils, des encouragements ou du soutien émotif : «*avoir leurs encouragements*» ou «*oui, nous en parler et donner des conseils*» ou «*nous rassurer par rapport à notre état de santé*». En somme, ils s'attendent à ce que l'infirmier et l'infirmière les soutiennent lors d'une tentative d'arrêt.

Les participants décrivent l'aide que peuvent apporter les pharmaciens de manière aussi circonscrite que ce qu'ils attendent des infirmières. D'un point de vue quantitatif, les résultats sont similaires entre l'infirmière et le pharmacien puisque quarante participants ne conceptualisent pas de rôle aux pharmaciens en lien avec



l'arrêt de leurs psychotropes, alors que huit personnes identifient ce qu'ils espèrent obtenir du pharmacien.

Les participants qui n'attribuent pas de place aux pharmaciens le justifient par quatre arguments. La position la plus partagée (30/40) porte sur le manque de connaissance des responsabilités du pharmacien. Les participants indiquent ne pas savoir l'apport du pharmacien dans ce contexte, ne jamais y avoir pensé ou ne jamais lui avoir demandé : «*j'y ai jamais demandé*» ou «*je sais pas*» ou «*je le connais pas*» ou «*je le consulte pas*» ou encore «*je lui en parle pas*». D'autres participants doutent ouvertement de la crédibilité, de l'intégrité du pharmacien et de par les propos de ceux-ci, on constate que le pharmacien peut lui-même ne pas s'impliquer dans l'intervention. Ces trois types de situation forment le thème *influence négative* (6/40) et se présentent ainsi : «*peut-être, [mais] les pharmaciens aiment vendre hein !*» ou «*non, car je suis une bonne cliente*» ou «*[pharmacien] dit de respecter la prescription*» ou «*ils ne veulent pas toucher à ça*» ou encore, «*...il m'a dit que ce n'était pas fort et de ne pas s'inquiéter*». Outre cela, des participants attribuent au pharmacien une fonction très réduite qui se rapproche du distributeur de médicaments. Trois participants montrent par leurs réponses qu'ils entretiennent une *vision stéréotypée* de cette profession : «*ils peuvent rien faire*» ou «*non, eux y donnent d'après la prescription*». Enfin, on retrouve toujours le même participant qui lui ne veut pas donner son opinion sur ce que pourrait faire le pharmacien pour l'aider à arrêter de consommer puisque : «*non, dans mon cas, ce que je fais, c'est ce qu'il y a de mieux*».

D'autre part, huit participants aimeraient obtenir du pharmacien des recommandations, des conseils, du soutien et même une implication active dans l'arrêt du psychotrope. En effet, cinq personnes âgées souhaiteraient que le pharmacien leur donne des conseils et du soutien : «*il m'a dit qu'il faut que je connaisse un bon médecin pour me faire désintoxiquer*» ou «*j'aimerais avoir des conseils*» ou «*[conseiller] à propos des affaires naturelles*». Également, trois aînés apprécieraient que le pharmacien utilise ses connaissances pour s'exécuter activement dans leur situation : «*oui, il m'a dit de couper la pilule en deux et il utilise sa documentation*» ou «*il pourrait arrêter de m'en donner*» ou «*m'arrêter les Ativan progressivement*».

En somme, les aînés consommateurs de psychotropes ne savent pas ce que les professionnels de la santé peuvent faire pour eux lors d'une tentative d'arrêt. En fait, 67% des participants ne manifestent pas d'attentes positives face au médecin et c'est 83% vis-à-vis des infirmières et des pharmaciens. Le manque de connaissance sur ce que peuvent faire ces professionnels pour les aider à arrêter explique, en grande partie, ces attentes limitées. Le soutien informatif, affectif et les encouragements représentent le type d'aide le plus recherché par les participants envers les professionnels de la santé. Enfin, on constate, selon les propos des aînés, que certains professionnels de la santé ne semblent pas être portés à encourager l'arrêt du psychotrope.

Ce dernier résultat se trouve en continuité avec les résultats précédents car ils soulèvent la personnalisation de la consommation. Cette fois-ci, ce sont les professionnels de la santé qui se trouvent exclus des solutions pouvant conduire à l'arrêt de l'usage du psychotrope.

Les propos des participants dans les verbatims ont permis d'émettre des hypothèses sur cette exclusion. En premier lieu, lorsqu'un aîné désire arrêter de consommer des psychotropes, il ne semble pas, de son propre chef, radier réellement les professionnels de la santé de la situation. On devrait plutôt parler d'une auto-radiation des professionnels. Cette auto-élimination se réalise subtilement par la confiance des aînés envers les professionnels particulièrement le médecin et plus directement par le type de recommandations données par ceux-ci. Les recommandations du médecin conduisent les aînés à gérer personnellement leurs psychotropes. Les participants n'ont pas recours au pharmacien et l'infirmière car ils considèrent que ceux-ci jouent des rôles secondaires dans la situation. Ces perceptions étant enrichies par les conseils des professionnels et une vision traditionnelle de la hiérarchie régissant les professionnels de la santé. De façon plus isolée, certains participants soutiennent que les professionnels de la santé ne peuvent les aider à arrêter puisque ceux-ci seraient contre l'idée de stopper le psychotrope.

Dans le paragraphe ci-dessous, chaque thème est repris en rapportant les propos des participants qui y sont liés. L'auto-radiation des médecins se manifeste ainsi en ce qui a trait à la confiance : *«...il m'a dit ça ne va pas vous faire dormir, je le prends moi-même, alors j'ai confiance....,....parce que j'avais confiance....,....parce qu'elle*

*m'a dit je le prends moi-même...» ou «...j'ai pas de crainte, elle m'a donné ça, c'est signe qu'elle pensait me faire du bien...» ou «...je prends ce que le médecin me dit de prendre...» ou «le médecin [dit], vous êtes mieux de prendre une petite pilule que de ne pas dormir de la nuit...,...fait que j'ai continué...». Toutefois, pour un participant, le manque de confiance fait qu'il ne se tournerait pas vers le médecin pour l'aider à diminuer sa consommation «...elle m'a donné quelque chose, je pense, je passe de cobaye moi...». De plus, lorsqu'ils consultent le même médecin depuis une longue période, ils semblent être moins enclins à remettre en question leurs jugements : «...ça fait 42 ans que j'ai le même médecin, il a mis le dernier au monde là [le nom de son fils], pis enfin, il m'a dit les Serax c'est les meilleurs, pis c'est pour calmer, mais c'est pas supposé donner d'habitude...,...». L'auto-radiation plus directe des professionnels par leurs conseils se présente comme suit : «...non, je pourrais le faire de moi-même, je serais bien contente de lui dire au pharmacien, j'ai diminué, je serais contente d'y dire ça mais il va me dire, mais madame, si ça vous fait du bien...,...ils nous aident pas les pharmaciens des fois, surtout ils nous aident pas à diminuer...,...il va dire vous en avez besoin madame, arrêtez pas...» ou «...j'ai eu un médecin tellement longtemps, qu'il m'a dit tu peux diminuer, il m'a dit, diminue selon tes forces...» ou «...pis je lui ai dit que j'essayais de diminuer...,...il m'a dit d'abord que vous dépassez pas la dose...» ou «[la pharmacienne vous pose des questions des fois] non, jamais...» ou «...madame, c'est vous qui êtes juge de ça...,...quand ça vous dit d'arrêter quand vous vous sentirez prête...». Les professionnels suggèrent donc directement à l'aîné de décider par eux-mêmes d'arrêter ou de maintenir la consommation. Également, l'absence de conseil de la part des professionnels conduit l'aîné à ne pas avoir d'attentes envers ceux-ci : «...non, je n'ai pas eu de conseil moi...» ou «...Dr Untel a parle même pas...» ou «[depuis trois ans vous les voyez tous les trois mois, vous n'avez jamais parlez de vos Ativan]...non, elle doit savoir que j'en ai besoin, je suppose...,...j'avais rien qu'à faire remplir [la prescription] c'est arrangé de même...» ou «...bien il m'en parle pas...[le médecin]». En réaction à cette auto-exclusion, la personne âgée va gérer personnellement sa consommation de psychotropes : «[un médicament pour la nervosité]...ha non, ça c'est pas grave, ça on fait ce qu'on veut avec, comme on se sent...» ou «...je me suis dit, je vais essayer moi-même...» ou «...si je voulais arrêter, j'arrêteraï, toute seule...» ou «...ha non si je décidais là, ça c'est moi qui décide ça...». Certaines infirmières et certains pharmaciens se déresponsabilisent de la situation : «...les infirmières tu leur demandes des affaires, pis y disent, on va attendre votre*

*rendez-vous [médical], j'aimerais bien mieux qu'elles me donnent des petits conseils...»* ou «*[le pharmacien] il dit arrêtez pas sans consulter le médecin, il dit il faut continuer...»*. Mais, ces deux groupes de professionnels peuvent être parfois victimes des traditions : «*[l'infirmière]...elle va me dire, tu es mieux de prendre ça...»* ou «*bien elles [infirmières] me conseilleraient d'aller voir le docteur...»* ou «*[les pharmaciens] c'est leur gagne pain ça...,...ils sont bien contents d'en vendre...»*. Enfin, certains participants prétendent que les professionnels ne veulent pas qu'ils cessent de consommer des psychotropes : «*...mais je suis sûr qu'il va me répondre, là puisque vous le prenez rien qu'au besoin madame X [pourquoi arrêter]...,...alors je ne vois pas pourquoi je vais lui poser la question...»* ou «*...le médecin il te dit vous avez pas essayé c'est pas vrai...»* ou «*...je m'essayais [de réduire] comme ça une demie, puis après le docteur avait dit prenez en tout une...»* ou «*...pis j'ai essayé...,...j'y ai dit ça [médecin] y dit prenez en donc une pis laissez donc faire...»*.

Les propos des participants corroborent les hypothèses émises voulant que leur confiance envers les médecins ne les encourage pas à être critique face à leur consommation. Ainsi, s'ils désirent cesser de consommer, ils ne se tourneront pas vers le médecin car celui-ci cautionne la consommation et il recommande à l'aîné de faire une gestion individuelle du psychotrope. Ces deux facteurs font qu'il choisira seul de réduire sa consommation. Les participants ne consultent pas plus les infirmières ou les pharmaciens car ceux-ci oeuvrent dans l'ombre de la profession médicale et les aînés ne croient pas qu'ils pourraient obtenir un service autonome de ces professionnels. Qui plus est, des infirmières et des pharmaciens vont appuyer ce mythe par une faible identité professionnelle. Enfin, plus rarement, des participants estiment que les professionnels ne veulent pas les voir arrêter de consommer. Ces différentes perceptions à propos des professionnels de la santé expliquent probablement leur exclusion des solutions lors d'une tentative d'arrêt.

L'analyse des perceptions des aînés offre plusieurs pistes de réponses aux questions touchées par le questionnaire. À la lumière des propos des aînés, il semble qu'au moment de l'amorce de l'utilisation du psychotrope un événement important se manifeste dans la vie des participants (stresseurs physiques ou psychosociaux). La personne âgée en réaction à ces stresseurs aura recours au médecin, qui chez ces participants, a répondu en majorité à cette demande par la prescription d'un médicament

psychotrope. Par la suite, l'aîné consommera le médicament pour répondre aux symptômes d'anxiété (nervosité) et d'insomnie provoqués par une multitude de stressors et dans certains cas, il affichera une dépendance physique ou psychologique face à la molécule. Enfin, dans de rares cas, la personne âgée ne sait pas pourquoi elle consomme ce médicament. Pour contrer l'impact de ces différents stressors sur l'état psychologique de l'aîné, il apparaît que le psychotrope se montre efficace pour la majorité des aînés. Même si leurs arguments ne se montrent pas très solides ou convaincants, ils en demeurent satisfaits. Outre cela, les perceptions des aînés démontrent que la majorité conçoit la molécule psychoactive comme étant un médicament différent des autres. Les arguments pour relever la distinction entre les psychotropes et les autres médicaments portent sur le malaise soigné par ceux-ci. Un problème grave attribué aux médicaments conçus pour ce problème une importance supérieure aux médicaments qui soignent des malaises plus légers tels que les troubles psychologiques. Par ailleurs, on dénote qu'il est fréquent que l'aîné tente d'arrêter de consommer le psychotrope, phénomène qui ne se présente pas pour les autres médicaments qu'il consomme. De plus, la plupart des personnes âgées ne bénéficient pas de soutien lors de la tentative d'arrêt et si elles en reçoivent de leur entourage ou de professionnels de la santé, ce soutien s'avère plutôt limité. Alors, que le nombre de tentatives d'arrêt se trouve partagé, une faible majorité ne considère pas souhaitable d'arrêter de consommer un psychotrope. De ce fait, il devient probable que de ce sous-groupe peu de participants cesseront de consommer leurs psychotropes, puisqu'une proportion importante de personnes âgées évalue que l'arrêt de la consommation représente un choix personnel. D'ailleurs, leurs minimales attentes envers les professionnels de la santé témoignent de ce caractère personnel que représentent l'arrêt comme le maintien de l'usage de ces substances psychoactives.

#### Les caractéristiques et perceptions des participants selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

Alors, que la tentative d'arrêt représente pour la majorité des aînés un choix personnel, quels sont les facteurs qui caractérisent les participants qui ont diminué par rapport à ceux qui ont conservé ou augmenté leur usage des psychotropes pendant l'étude? Il apparaît logique d'observer d'abord s'il n'y aurait pas des différences sur le plan des caractéristiques sociodémographiques. Le tableau 4,38 a été réalisé afin

d'exécuter un test de tau-c de Kendall en contrastant selon la trajectoire de la consommation de psychotrope «total».

**Tableau 4.38**

Les caractéristiques sociodémographiques selon la trajectoire de la consommation de psychotrope «total»

Test	Concepts	Résultats du test	Probabilité
Test du tau-c de Kendall	Âge vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = -0,01	$p = 0,96$
	Genre vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = 0,014	$p = 0,89$
	Revenu vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = -0,06	$p = 0,65$
	État civil vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = 0,19	$p = 0,06$
	Scolarité vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = 0,26	$p = 0,05$
	Résidence vs trajectoires de psychotropes	Tau-c = -0,05	$p = 0,76$

À l'exception du niveau de scolarité, les caractéristiques sociodémographiques des participants s'avèrent similaires indépendamment de la trajectoire de l'usage des psychotropes. L'aîné qui possède une scolarité élevée se retrouve davantage dans le groupe de participants ayant réduit leur consommation de psychotrope au cours de l'étude. Il peut être possible que la formation académique regroupe des individus davantage réceptifs vis-à-vis les messages véhiculés sur les psychotropes. Cela expliquerait qu'ils se montrent plus enclins à réduire leur usage des psychotropes en raison de leur connaissance des risques qui y sont rattachés.

Les caractéristiques sociodémographiques ne permettent pas d'en apprendre davantage sur la spécificité des participants présentant des trajectoires différentes dans la consommation de leurs psychotropes. Les analyses statistiques non paramétriques de la première partie du chapitre n'ont pas réussi non plus à élucider la distinction entre les aînés qui ont montré des trajectoires différentes de leur consommation. Or, il est

possible que des perceptions distinctes en rapport avec le psychotrope expliquent les différentes trajectoires. Pour répondre à cette question, les perceptions des participants ont été regroupées selon les trajectoires de l'usage des psychotropes «total». Ensuite, les proportions des différentes perceptions, sous chacun des thèmes du questionnaire, ont été évaluées pour apprendre de toutes modifications entraînées par les trajectoires. Évidemment, aucune inférence n'a été réalisée à partir de ce regroupement. La prise en considération des trajectoires vise seulement à faire une analyse descriptive plus en profondeur des données. Dans le tableau 4,39 on évalue si les causes qui ont entraîné le début de la consommation du psychotrope sont différentes en prenant en considération la trajectoire de la consommation de psychotropes «total». À titre indicatif, les trajectoires présentent des changements importants de consommation entre le début et la fin de l'étude. Les participants du groupe ayant accrue leur utilisation de psychotropes affichent un bond de 5,18 mg ( $p = 0,001$ ). Pour leur part, les participants du groupe qui ont diminué leur consommation montrent une réduction de 7,51 mg ( $p = 0,01$ ). Évidemment, le groupe des consommateurs stables n'a présenté aucune modification (annexe 25).

**Tableau 4.39**

Comparaison des causes de l'amorce de l'usage du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N = 17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N = 12)
<b>Causes de la prescription</b>				
Stresseurs physiques	49 % (28)	58 % (11)	48 % (10)	41 % (7)
Stresseurs psychosociaux	51 % (29)	42 % (8)	52 % (11)	59 % (10)

Les causes qui favorisent le recours aux psychotropes pour l'ensemble du groupe se partagent proportionnellement entre les stresseurs physiques et psychosociaux. Parmi les participants qui ont réduit leur utilisation des psychotropes, les causes qui avaient provoqué l'amorce de leur consommation apparaissent à peu près similaires au groupe total, alors que le groupe de participants qui affiche un accroissement a débuté son utilisation davantage sous l'influence de stresseurs physiques. En revanche, le groupe stable avait commencé, en plus grande proportion, en raison de stresseurs psychosociaux. Ces distinctions, plutôt minimes, ne permettent

pas d'avancer des explications sur ces différences. Donc, la cause de la prescription initiale, chez ces participants, ne remplit pas de rôle sur l'évolution de la consommation dans cette étude.

Le tableau 4,40 met en relief les causes du maintien de l'usage du psychotrope en prenant en considération la trajectoire de consommation durant l'étude.

**Tableau 4.40**

Comparaison des causes du maintien en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N = 17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N = 12)
<b>Causes du maintien</b>				
Anxiété	8 % (6)	7 % (2)	7 % (2)	12 % (2)
Autorité médicale	4 % (3)	7 % (2)	0 % (0)	6 % (1)
Sommeil	24 % (18)	25 % (7)	31 % (9)	12 % (2)
Stresseurs multiples	23 % (17)	25 % (7)	28 % (8)	12 % (2)
Stresseurs physiques	7 % (5)	11 % (3)	3 % (1)	6 % (1)
Stresseurs psychosociaux	12 % (9)	7 % (2)	10 % (3)	23 % (4)
Dépendance	22 % (16)	18 % (5)	21 % (6)	29 % (5)

Les raisons pour lesquelles les participants du groupe en entier poursuivent la consommation de psychotrope s'avèrent associés au sommeil, aux stresseurs multiples et à la dépendance. Cet ordre d'importance se trouve respecté chez les groupes qui présentent une augmentation comme chez ceux ayant réduit leur usage de psychotrope. Toutefois, les aînés qui affichent le même niveau de consommation entre le début et la fin de l'étude (groupe stable), persistent à utiliser leurs médicaments en raison de la dépendance et de stresseurs psychosociaux. Par ailleurs, il s'avère intéressant de noter qu'aucun participant faisant partie du groupe qui illustre une réduction de sa consommation ne s'en remet à l'autorité médicale pour justifier l'usage du psychotrope. Nonobstant ces deux points, les différences entre les groupes demeurent négligeables.



**Tableau 4.41**

Comparaison de la satisfaction à l'égard du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N = 17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N = 12)
<b>Niveau de satisfaction</b>				
Évaluation positive	66 % (38)	66 % (14)	61 % (14)	71 % (10)
Évaluation négative	34 % (20)	34 % (7)	39 % (9)	29 % (4)

Le tableau 4,41 aborde un point intéressant, à savoir si les participants qui ont réduit la consommation de leur psychotrope se disaient davantage insatisfaits de celui-ci. Le niveau de satisfaction des participants envers leurs psychotropes n'est étonnamment pas modifié par la prise en considération des trajectoires. Intuitivement, il apparaissait raisonnable de s'attendre à ce que les participants ayant réduit leur utilisation de psychotropes se montrent plus insatisfaits de leur médicament. Or, les participants montrent un niveau de satisfaction équivalent entre les groupes. Ainsi, le niveau de satisfaction général à l'égard du psychotrope n'explique pas les différentes trajectoires. Alors, il se peut que la différence se retrouve dans la vision que les aînés entretiennent à l'endroit du médicament psychoactif. Le tableau 4,42 permettra peut-être de soulever des différences.

La vision qu'entretiennent les aînés envers le psychotrope ne semble pas être un facteur ayant contribué à modifier leur trajectoire de consommation (tableau 4,42). Une proportion assez similaire se situant entre 27 et 35 % (30 % groupe total) considère que le psychotrope ne diffère pas des autres. On note, par contre, que parmi les aînés qui présentent un accroissement de leur consommation de psychotrope, la minimisation s'y trouve un peu plus prévalente. Ce groupe se caractérise également par l'hétérogénéité de ces perceptions. Outre cela, les participants qui ont maintenu un usage stable de leur médicament présentent une vision plus convergente et de ce fait, considèrent le psychotrope comme étant différent des autres médicaments pour son rapport avec l'anxiété. D'ailleurs, ce groupe et celui ayant diminué leur consommation montrent des perceptions plus orientées vers les symptômes d'anxiété et d'insomnie (groupe stable : 53 %; groupe diminué : 48 %). Les propos touchant à la dépendance se partagent assez équitablement entre les groupes. Enfin, le regard que l'individu porte sur le psychotrope selon son profil de consommation pendant l'étude ne se distingue pas de façon assez

évidente pour émettre des hypothèses explicatives des trajectoires.

**Tableau 4.42**

Comparaison de la vision du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N = 17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N = 12)
<b>Vision du psychotrope; différent des autres médicaments ?</b>				
<b>NON</b>				
Comme les autres pilules	25 % (16)	35 % (8)	20 % (5)	20 % (3)
Autorité médicale	5 % (3)	0 % (0)	8 % (2)	7 % (1)
<b>OUI</b>				
Stresseur physique	3 % (2)	9 % (2)	0 % (0)	0 % (0)
Autorité médicale	2 % (1)	4 % (1)	0 % (0)	0 % (0)
Anxiété	25 % (16)	13 % (3)	28 % (7)	40 % (6)
Sommeil	14 % (9)	9 % (2)	20 % (5)	13 % (2)
Minimise	8 % (5)	13 % (3)	4 % (1)	7 % (1)
Dépendance	17 % (11)	17 % (4)	20 % (5)	13 % (2)

Dans la même lignée que les analyses précédentes, il s'avère possible que le participant qui présentait une réduction de sa consommation de psychotrope affiche plusieurs tentatives d'arrêt, qu'il ait bénéficié de plus de soutien et qu'il considère davantage que l'arrêt de l'usage du psychotrope était désirable. D'ailleurs, on peut s'attendre, intuitivement à l'inverse chez le groupe qui a accru sa consommation. En effet, il semble logique que ces aînés n'aient jamais tenté d'arrêter, qu'ils n'aient jamais bénéficié de soutien et qu'ils n'estiment pas souhaitable de stopper leur usage de psychotrope. Le tableau 4,43 va nous offrir un éclairage sur ce point.

La mise en relief des différentes trajectoires sur les perceptions montre qu'aucun des groupes ne présente un profil similaire au groupe total. Les individus qui ont réduit leur consommation ainsi que ceux qui ont maintenu un usage stable se révèlent avoir les perceptions les plus semblables. Toutefois, les perceptions des participants qui présentent une augmentation de leur consommation se distinguent nettement du reste. En effet, on constate que ces derniers révèlent avoir effectué plus de tentatives d'arrêt, qu'ils soulignent avoir hérité de plus de soutien tant informel que professionnel et qu'ils perçoivent davantage comme souhaitable d'arrêter de consommer des psychotropes. Ainsi, ces participants qui possèdent les perceptions et le soutien propice à l'arrêt du

psychotrope se trouvent à être ceux qui ont augmenté leur utilisation. De plus, on remarque que ce sont les individus qui ont diminué leur consommation de psychotrope qui ont le moins profité de soutien. Ceci démontre une fois de plus le caractère privé du psychotrope. Mais, cela soulève aussi une autre réalité par rapport au besoin réel en professionnels de la santé par les participants lors de la diminution. De toute évidence des participants peuvent diminuer leur consommation sans le soutien des professionnels. Ces résultats soulignent par ailleurs qu'il réside un écart important entre les intentions et les réalisations. Dans le but d'aller plus loin pour comprendre ces résultats descriptifs des tableaux croisés sont réalisés (tableaux 4,44 et 4,45). Ces tableaux devraient permettre d'évaluer, à partir des participants, si ces distinctions s'avèrent statistiquement significatives.

**Tableau 4.43**

Comparaison des perceptions des participants sur l'arrêt du recours au psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes «total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N = 17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N =12)
<b>Arrêt du psychotrope</b>				
<b>NON</b>				
Pas de tentative	50 % (30)	36 % (8)	58 % (14)	57 % (8)
Pas de soutien	48 % (19)	29 % (5)	67 % (10)	56 % (5)
Pas souhaitable	53 % (32)	41 % (9)	58 % (14)	64 % (9)
<b>OUI</b>				
Tentative	50 % (30)	64 % (14)	42 % (10)	43 % (6)
Soutien informel	18 % (7)	24 % (4)	7 % (1)	22 % (2)
Soutien professionnel	35 % (14)	47 % (8)	27 % (4)	22 % (2)
Souhaitable	47 % (28)	59 % (13)	42 % (10)	36 % (5)

**Tableau 4.44**

Le rapport entre une tentative d'arrêt chez les participants selon la trajectoire de leur consommation de psychotropes

Variables	Groupe augmenté	Groupe diminué	Groupe stable	Tau – c de Kendall	Probabilité
Oui, tentative d'arrêt	12	6	11		
Non, pas de tentative d'arrêt	5	6	8	tau – c = 0,11	P = 0,45

Les résultats de ce test, en tenant compte des participants et non des perceptions appuient les observations précédentes. D'abord, on note effectivement qu'on dénombre plus d'âinés dans le groupe ayant augmenté leur consommation au cours de l'étude qui ont déjà tenté d'arrêter leur usage de psychotrope. Ce même groupe compte le moins d'individu n'ayant jamais tenté d'arrêter. Toutefois, ces distinctions ne se montrent pas statistiquement significatives.

Le tableau 4,45 confirme également les observations précédentes. Les participants qui ont accru leur consommation de psychotrope se trouvent en plus grand nombre à considérer qu'il est souhaitable d'arrêter de consommer et à l'image des résultats concernant les tentatives d'arrêt, c'est toujours chez ce groupe qu'on relève le moins de personnes qui considèrent comme souhaitable de cesser la consommation. Par contre, ces différences demeurent non significatives ( $p = 0,18$ ).

**Tableau 4.45**

Le rapport entre le caractère souhaitable d'arrêter chez les participants selon la trajectoire de leur consommation de psychotropes

Variabes	Groupe augmenté	Groupe diminué	Groupe stable	Tau – c de Kendall	Probabilité
Oui, il est souhaitable d'arrêter	11	4	8		
Non, il n'est pas souhaitable d'arrêter	6	8	11	tau – c = 0,20	$P = 0,18$

Il se dégage des réponses courtes des participants un phénomène qui va à l'encontre de l'intuition. Comme les résultats l'illustrent ci-dessus, les personnes âgées qui ont augmenté leur recours aux psychotropes durant l'étude présentent le plus de tentatives d'arrêt et considèrent davantage qu'il est souhaitable d'arrêter l'utilisation des psychotropes. L'investigateur va tenter de dégager une interprétation de ce phénomène à partir du discours des trois participants du sous-échantillon qui partagent ces perceptions.

S'ils ont effectivement accru leur usage du psychotrope durant l'étude, en revanche, il apparaît qu'ils ne désiraient pas augmenter leur consommation puisqu'ils considèrent qu'il est souhaitable d'arrêter. Les propos des trois participants convergent

sur un point pour expliquer cette contradiction soit la crainte de devenir dépendant du psychotrope. Leur dépendance aux médicaments psychotropes se présente de la façon suivante dans leur discours : *«pis, là des fois j'en prends la moitié des fois, j'en prends une et tu restes accroché à ça...»* ou *«mais t'sais tu l'as dans la tête, hein, il faudrait qu'il me donnerait...,...des placebos...,...faudrait qu'ils me diraient, c'est correct, tu vas prendre ça, pis ça serait rien là-dedans...»* ou *«...c'est peut-être comme ça qu'ils sont les personnes qui ont pris une drogue, pis qu'ils essayent de les sevrer...»* ou encore *«...parce que je vois que je suis habitué d'en prendre...»*. Les propos d'un participant éveillent cependant une autre possibilité d'interprétation de ce phénomène. Ce participant souligne qu'il consomme davantage de psychotropes lorsqu'il est soumis à plusieurs «stresseurs». Dans ce sens, il est possible que des aînés qui ont présenté ce profil contradictoire aient été soumis à plusieurs stresseurs durant l'étude ce qui aurait causé un accroissement de leur consommation. Par contre, cela ne modifie aucunement leurs perceptions du psychotrope. Un participant s'exprime ainsi à ce sujet : *«...ha si j'ai rien j'en prends moins...»* ou *«...j'en prends moins, il y a des semaines, on a presque toujours de quoi, on avait presque toujours quelque chose ici, là ça diminué, parce que les activités sont finies pas mal, mais t'sais, même à ça, on joue à la pétanque le soir, c'est toujours pas t'sais, mais ça, ça me dérange pas, c'est les soirées surtout, c'est les soirées de musique, de la danse pis tout ça, tu veux être en forme, fait là tu veux dormir avant, tu prends de l'avance, tu te dis bon bien on va prendre de l'avance dans le sommeil...»*.

Des propos des participants, il émane deux explications possibles à ce phénomène. La première insinue que la dépendance à la molécule pousserait les participants à augmenter leur consommation et par le fait même à vouloir se débarrasser de cette habitude. Ils prendraient conscience simultanément qu'ils utilisent davantage de psychotropes et qu'ils deviennent de plus en plus dépendants et cela suffirait à les convaincre qu'il s'avèrerait souhaitable qu'ils arrêtent de consommer et même de faire une tentative de cessation. La deuxième hypothèse est qu'un certain nombre de participants aient vécu une multitude de stresseurs durant l'étude et c'est ce qui explique leur augmentation. Cet accroissement ne changerait pas leur vision du psychotrope et c'est ce qui créerait ce phénomène opposé. On doit cependant prendre de la réserve face à ces hypothèses puisqu'on ne dispose que du discours de trois participants sur 17 qui composent ce sous-groupe.

Le tableau 4,46 expose les différentes perceptions des participants à l'égard de leur rôle, de celui de l'entourage et des différents professionnels en lien avec la trajectoire de consommation.

**Tableau 4.46**

Comparaison des perceptions des participants sur les solutions pour l'arrêt du psychotrope en pourcentage selon la trajectoire de la consommation de psychotropes  
«total»

	Groupe total (N = 48)	Groupe augmenté (N =17)	Groupe diminué (N = 19)	Groupe stable (N = 12)
<b>Solutions pour arrêter</b>				
<b>La personne âgée</b>				
Elle a un rôle à jouer	63 % (30)	71 % (12)	63 % (12)	50 % (6)
Elle n'a pas de rôle à jouer	37 % (18)	29 % (5)	37 % (7)	50 % (6)
<b>L'entourage</b>				
Entourage positif	19 % (9)	35 % (6)	11 % (2)	8 % (1)
Entourage négatif	81 % (39)	65 % (11)	89 % (17)	92 % (11)
<b>Médecin</b>				
Médecin positif	33 % (16)	35 % (6)	37 % (7)	25 % (3)
Médecin négatif	67 % (32)	65 % (11)	63 % (12)	75 % (9)
<b>Infirmière</b>				
Infirmière positive	17 % (8)	12 % (2)	16 % (3)	17 % (2)
Infirmière négative	83 % (40)	88 % (15)	84 % (16)	83 % (10)
<b>Pharmacien</b>				
Pharmacien positif	17 % (8)	12 % (2)	21 % (4)	17 % (2)
Pharmacien négatif	83 % (40)	88 % (15)	79 % (15)	83 % (10)

Les perceptions des aînés vont dans la même direction que les précédentes sur le plan du rôle du consommateur dans l'arrêt du psychotrope. En effet, les participants qui présentent un accroissement du recours aux psychotropes durant l'étude se retrouvent paradoxalement plus nombreux à estimer avoir un rôle dans l'arrêt du psychotrope. Ces derniers présentent également les perceptions les plus positives à l'égard du rôle que peut jouer leur entourage lors d'une tentative d'arrêt. En ce qui a trait à l'aide professionnelle, les attentes entre les participants des différentes trajectoires ne sont pas notables. Ils évaluent tous que le médecin demeure celui qui peut le plus s'impliquer lors d'un arrêt. Toutefois, d'un point de vue global, il semble que les individus

qui ont diminué leur consommation de psychotropes démontrent une perception plus positive du rôle potentiel des professionnels de la santé dans le processus d'arrêt. Pourtant, c'est ce même groupe qui rapporte avoir bénéficié du moins de soutien lors de l'arrêt.

Ainsi, selon la trajectoire, on note que le groupe qui présente une augmentation de sa consommation évalue positivement son rôle, celui de son entourage et énonce très peu d'attentes envers les professionnels. Ceux qui montrent une réduction de la consommation estiment avoir un rôle à jouer et manifestent des attentes faibles quant à l'entourage et modérés quant aux professionnels. Pour leur part, la moitié des consommateurs qui ont conservé un usage stable de leur psychotrope jugent ne pas avoir un rôle important dans l'arrêt et ils expriment très peu d'attente envers leur entourage et les professionnels.

En somme, la catégorisation des perceptions selon les trajectoires de la consommation de psychotropes «total» apporte une perspective intéressante. Elle montre que les causes de l'amorce de la consommation de psychotropes se révèlent assez similaires entre les groupes. Les participants formant le groupe qui a augmenté sa consommation l'avait débutée davantage sous l'influence de stressseurs physiques, alors que les participants qui ont conservé une consommation stable durant l'étude l'avait commencée surtout en raison de stressseurs psychosociaux. Également, la catégorisation démontre que les participants indépendamment des trajectoires continuent à consommer leurs psychotropes en raison de stressseurs multiples, du sommeil et de la dépendance. Toutefois, chez le groupe des consommateurs stables, les stressseurs psychosociaux se révèlent être la seconde raison du maintien. Indépendamment des trajectoires, environ 70 % des participants considère le psychotrope comme étant un médicament différent des autres. Les résultats indiquent également que le niveau de satisfaction se manifeste de la même manière, peu importe la trajectoire. De plus, le regard que les aînés portent sur les psychotropes s'avère assez similaire entre les groupes, sauf que l'anxiété reste toujours un élément plus important chez le groupe stable et qu'il semble y avoir plus de minimisation du risque du psychotrope chez les participants qui affichent un accroissement de leur consommation. Pourtant, c'est parmi ce même groupe que les aînés affirment avoir effectué le plus de tentatives d'arrêt et évoquent davantage qu'il est souhaitable d'arrêter de consommer

des psychotropes. Enfin, c'est toujours chez le groupe qui présente une trajectoire croissante de l'utilisation des psychotropes qui confirme en plus grand nombre qu'ils ont un rôle à jouer pour arrêter de consommer et qui estiment que leur entourage peut les aider. Pour leur part, ceux qui ont réduit leur consommation perçoivent plus positivement le soutien professionnel, mais leurs attentes demeurent faibles. En définitive, ce qui constitue l'élément le plus intrigant de cette catégorisation, selon les trajectoires, se rapporte aux perceptions des participants qui ont accru leur consommation. Les entretiens en profondeur suggèrent que la dépendance et la présence de plusieurs stressseurs durant l'étude puissent expliquer ce phénomène.

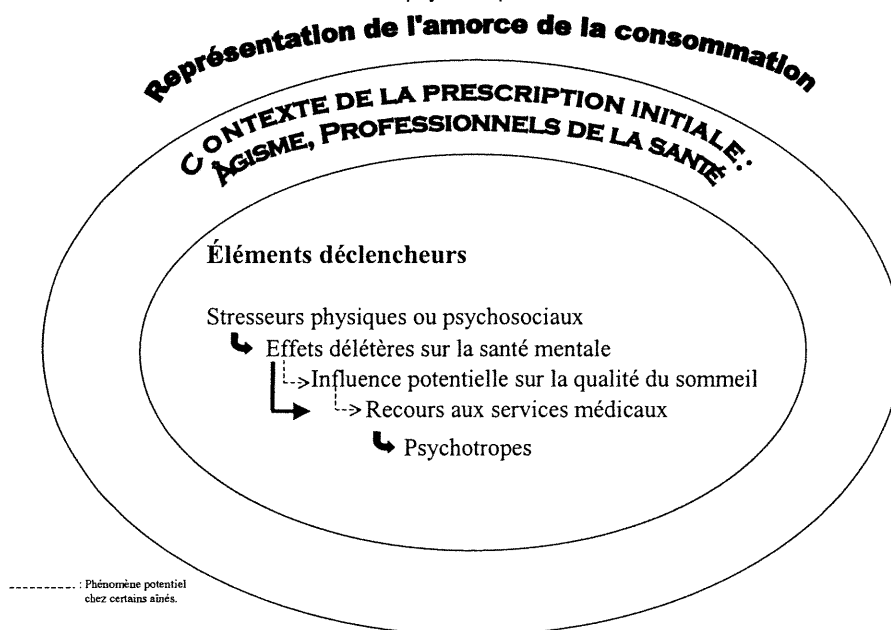
### **Synthèse**

Cette étude dispose d'une richesse substantielle soit la juxtaposition de données quantitatives et qualitatives. Cet avantage permet de comprendre le phénomène sous plus d'un angle. La contribution complémentaire de ces résultats favorise une vision élargie du phénomène. De ce fait, l'investigateur croit qu'il possède assez de pièces du puzzle pour présenter un modèle basé sur ses résultats qui offre une vision de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Le phénomène se divise en deux parties à savoir l'amorce de la consommation (figure 4,4) et le maintien de la consommation (figure 4,5).

L'amorce de l'usage de psychotropes se réalise dans un contexte qui peut être teinté d'âgisme et où il s'avère possible que le prescripteur soit peu porté à suggérer d'autres solutions que le médicament aux problèmes de l'aîné. Habituellement, la personne âgée vit un événement important dans sa vie (stressseurs physiques ou psychosociaux) qui va agir négativement sur sa santé mentale. La détresse psychologique pourra diminuer la qualité du sommeil de certains aînés. Pour l'une ou l'autre de ces raisons, la personne âgée ira consulter les services médicaux. Face à la détérioration de la santé mentale de l'aîné, le médecin choisira de prescrire un médicament de la classe des psychotropes.



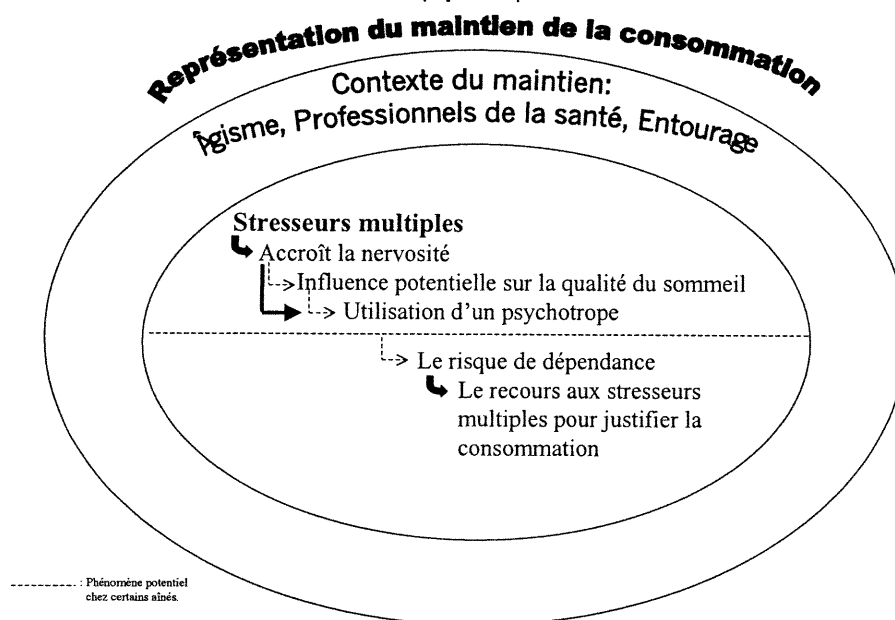
Figure 4.3 Modèle conceptuel explicatif de l'amorce de la consommation de psychotropes chez les aînés



Le maintien de la consommation s'inscrit dans un contexte où l'âgisme chez l'aîné, l'entourage et les professionnels de la santé demeurent fréquents. Les raisons qui conduisent la personne âgée à continuer de consommer sont multiples. Ces stressseurs peuvent être des tracas de la vie quotidienne, une visite médicale, des changements dans l'état de santé, la prévision d'un événement stressant à venir (bingo, soirées dansantes, funérailles...), la situation financière des enfants... En outre, la présence de stressseur de grandes intensités peuvent encore se présenter de façon ponctuelle tel que le décès du conjoint. Ces différents stressseurs multiples agiront cette fois-ci non pas sur la santé mentale mais directement sur des symptômes de nervosité qui favorisent de l'insomnie chez certaines personnes âgées. Le fait de vivre cette nervosité incite l'aîné à recourir de façon continue aux psychotropes. Toutefois, chez certains individus, le maintien de la consommation sur une longue période développe une dépendance à la molécule psychoactive. Les stressseurs multiples, particulièrement les tracas quotidiens, deviennent, pour ces personnes, des raisons invoquées pour légitimer le maintien de l'utilisation des psychotropes. Il est à noter que lors de la reconduction de la prescription, il est probable que l'aîné joue un rôle plus hardi pour conserver son ordonnance de psychotropes. Les propos des participants ainsi que les résultats quantitatifs démontrent également que la visite médicale n'influence que rarement le maintien de la consommation, c'est ce qui explique le retrait du recours aux

services médicaux de ce modèle.

Figure 4.4 Modèle conceptuel explicatif du maintien de la consommation de psychotropes chez les aînés



En définitive, les quatre questions de recherche ont été répondues. La santé mentale du groupe a montré un accroissement statistiquement significatif au cours de l'étude. Par contre, la santé mentale des participants se trouve plus variable que ne laisse voir la trajectoire du groupe. Pour sa part, la consommation de psychotropes du groupe n'a pas illustré de changements statistiquement significatifs au cours des 16 semaines. Toutefois, sur le plan individuel, les participants présentent de multiples cheminements de consommation. L'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes n'a pas été supportée et cela même en tenant compte de plusieurs variables qui pouvaient potentiellement masquer leur association. Les entretiens en profondeur ont permis de connaître les perceptions des aînés à l'égard des psychotropes. L'interprétation de ces perceptions suggère la présence de deux phénomènes. Il apparaît à la lumière des révélations des participants que le début et le maintien de la consommation ne s'avèrent pas soumis aux mêmes facteurs. En conséquence deux modèles conceptuels explicatifs ont été construits, l'un portant sur les représentations de l'amorce de l'usage de psychotropes et l'autre sur les facteurs en jeu lors du maintien à long terme de la consommation.

Chapitre V :  
La discussion

Ce chapitre contient d'abord un résumé des principaux résultats obtenus dans le cadre de cette recherche. Puis, la discussion se penche particulièrement sur la nature du lien entre la santé mentale et l'usage de psychotropes chez des consommateurs de longue date (plus de 6 mois). Par la suite, la discussion aborde les résultats concernant le contexte de la consommation, c'est-à-dire l'âgisme et la stigmatisation des psychotropes et de leur corollaire, les problèmes psychologiques. On verra ensuite les forces et les limites de cette étude ainsi que les pistes de recherche qu'elle dégage. Finalement, le chapitre se terminera par une discussion des principales retombées de l'étude pour la discipline infirmière.

### **Résumé des principaux résultats**

Les buts de la recherche sont de décrire l'association existant entre la santé mentale et la consommation de psychotropes dans le temps chez des aînés vivant dans la communauté et d'explorer les perceptions qu'ils ont en regard des médicaments psychotropes. Ainsi, on a élaboré quatre questions de recherche pour atteindre ces buts.

La première question visait à décrire la trajectoire de la santé mentale des aînés utilisateurs de psychotropes participant à une activité de groupe à caractère physique. Leur santé mentale s'est avérée positive et croissante durant le déroulement de l'étude. La deuxième question cherchait à illustrer la trajectoire du profil de consommation de psychotropes chez des aînés participant à une activité de groupe à caractère physique. La consommation de psychotropes s'est montrée, pour sa part, stable. La troisième question qui était la question centrale de l'étude portait sur l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes. Les résultats n'ont pas supporté la présence d'une association entre ces variables telles que mesurées par les instruments de mesure. Ce résultat, additionné aux réponses de la quatrième question de recherche quant aux

perceptions des consommateurs de longue date de psychotropes, a débouché sur l'identification de deux phénomènes distincts concernant la consommation de psychotropes chez l'aîné.

Les résultats globaux de cette étude suggèrent effectivement qu'il y a deux phénomènes distincts dans l'utilisation de psychotropes chez les personnes âgées. Les nouveaux consommateurs auraient recours aux psychotropes pour des raisons différentes de celles des aînés qui en consomment depuis plus longtemps. La santé mentale prendrait une forme différente également selon le type de consommateur, c'est-à-dire entre un nouveau consommateur et un consommateur de longue date. Les résultats indiquent que lors de l'amorce de l'utilisation des psychotropes, la santé mentale joue un rôle important dans sa forme multidimensionnelle telle que mesurée dans cette recherche. Alors que chez les consommateurs de longue date qui maintiennent leur usage, les symptômes de nervosité et d'insomnie expliqueraient le recours continu (plus de 6 mois).

De plus, le contexte dans lequel évolue le nouveau consommateur se distinguerait de celui du consommateur de longue date. La présence de l'âgisme s'avère un élément nouveau et constitue possiblement un facteur d'importance du contexte de l'usage de psychotropes. Il semble que l'âgisme favorise auprès du médecin l'amorce de la consommation de psychotropes. Tandis que l'âgisme semble encourager chez l'aîné, utilisateur de psychotropes, le maintien de l'usage dans le temps. Dans la même veine, les résultats révèlent que la stigmatisation des psychotropes et des maladies mentales chez les personnes âgées consommatrices de psychotropes colorent le contexte dans lequel se réalise l'usage de ces médicaments. Cette stigmatisation diminuerait les opportunités, pour la personne âgée, de parler de ses médicaments psychotropes avec son entourage et les professionnels de la santé.

Enfin, ces résultats s'inscrivent à l'intérieur des préoccupations thématiques de la discipline infirmière. En effet, la consommation de psychotropes, sous le modèle conceptuel de Henderson, constitue un thème significatif du besoin d'éviter les dangers (Lauzon & Adam, 1996). Les connaissances produites par cette étude pourront s'ajouter à celles nécessaires à la compréhension de la globalité de la personne âgée dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux.

## **L'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes dans le temps.**

Les résultats de cette recherche n'appuient pas la présence d'une association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes chez des aînés qui consomment de façon continue des psychotropes (plus de 6 mois). Les tests statistiques ont été appliqués en considérant le type de prescription, les dimensions de la santé mentale et plusieurs variables attributs susceptibles de masquer l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes et cela, pour tous les temps de mesure. En aucun cas, l'association ne s'est révélée statistiquement significative.

Ces résultats ne correspondent donc pas à ceux des études antérieures qui montrent, fois après fois, l'association entre ces deux variables (Allard et al., 1995; Bourque et al., 1991; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Gustafsson et al., 1996; Hanlon et al., 1996, Huffine et al., 1989; Larose, 1996; Larose et al., 1999; Paterniti et al., 1998; Spore et al., 1992; Stewart et al., 1994). Ceci nous amène à réfléchir sur le pourquoi.

Les trajectoires longitudinales de la santé mentale et de l'usage de psychotropes chez les participants de cette étude illustrent des cheminements incompatibles avec une association. En effet, si la santé mentale s'est accrue à chacun des temps de mesure, la consommation de psychotropes est restée similaire. Il s'avère de fait impossible d'obtenir un résultat supportant une association lorsqu'une des variables demeure stable.

Une première hypothèse liée à la temporalité pourrait expliquer la trajectoire de l'usage de psychotropes. Le temps requis pour observer une modification dans l'usage des psychotropes pourrait être supérieur à quatre mois. Ainsi, le déroulement de l'étude aurait été trop court pour permettre à la santé mentale d'agir sur la consommation de psychotropes. Les aînés auraient besoin de vivre avec une bonne santé mentale pour une plus longue période pour qu'ils modifient leur consommation. En l'absence d'étude portant sur l'association longitudinale entre ces deux variables, on ne peut déterminer, pour le moment, la valeur de cette hypothèse.

La deuxième hypothèse concerne la qualité de la santé mentale au départ. Dès le début de l'étude, la santé mentale des participants était déjà très bonne. Il est possible que les participants de cet échantillon présentaient une santé mentale plus positive que les consommateurs de psychotropes usuels. Ainsi, même s'ils ont accru significativement, d'un point de vue statistique, leur santé mentale, cela n'aurait pas été suffisant pour influencer le recours aux psychotropes. L'effet de plafond s'avère donc une avenue possible pour expliquer l'absence d'association dans cette étude. Toutefois, la prise en considération des trajectoires de la santé mentale lors de l'analyse des variables attributs n'a pas supporté cette hypothèse (annexe 18 à 20).

Une troisième hypothèse concerne la présence possible d'une variable confondante qui aurait masqué l'association. Les recherches antérieures ont obtenu des résultats variables concernant la force de l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes. Par exemple, Allard et collègues (1995) ont obtenu une corrélation de  $r=0,32$  ( $p<0,001$ ), Gustafsson et collègues (1996) présentent un  $r=0,63$  ( $R^2 = 0,59$ ,  $\chi^2 = 3,38$ ;  $p = 0,33$ ) et McKim et collègues (1990) montrent une corrélation de  $r=0,19$  ( $p = 0,05$ ) entre une mesure de bonheur et de médicaments généraux chez les personnes âgées. Les échantillons, la mesure de la santé mentale et des psychotropes sont évoqués pour expliquer la variabilité du coefficient de corrélation de ces études. Mais, cette variabilité pourrait aussi provenir de variables confondantes qui joueraient un rôle important dans ces études comme possiblement dans cette recherche doctorale. Or, avec un petit échantillon, le risque que des variables confondantes perturbent les résultats d'une étude est plus grand.

Une des variables confondantes possibles serait la prescription. En effet, les écrits scientifiques soulignent l'inadéquation entre l'état psychologique et la prescription de psychotropes. Il semble y avoir à la fois sur-prescription et sous-prescription.

Sur le plan de la sur-prescription, des études montrent, par exemple, que 62% des psychotropes prescrits touchent des aînés qui n'affichent pas de troubles psychologiques (Aparasu et al., 1998), que 7 à 11 % des hommes âgés non dépressifs et 10 à 22% de femmes âgées non dépressives utilisent des psychotropes (Dealberto et al., 1997; Paterniti et al., 1999), et enfin, Tamblyn (1996) révèle que de 42 à 75 % des aînés qui consomment des psychotropes ne présentent aucune évidence de problème

de santé mentale dans leur dossier. Sur le plan de la sous-prescription, des recherches ont montré que seulement 10 à 15 % des aînés dépressifs ont reçu une prescription d'un antidépresseur (Kelman & Mayer-Oakes, 1994, [n=205]; Taylor et al., 1998, [n=483]). D'autres recherches démontrent également que seulement 20 à 29 % des hommes âgés dépressifs et 30 à 53 % des femmes âgées dépressives consomment des psychotropes (Dealberto et al., 1997; Paterniti et al., 1999), enfin, une autre recherche corrobore ces résultats et souligne que seulement 30 % des aînés dépressifs sont traités (Keks & Burrows, 1995). Ces différents pourcentages mettent donc en évidence cette inadéquation. Toutefois, il faut faire preuve de réserve face à ces pourcentages. Par exemple, beaucoup d'aînés dépressifs se font prescrire des anxiolytiques au lieu d'antidépresseurs. Aussi ce ne sont pas tous les médecins qui inscrivent dans leurs notes évolutives l'état psychologique de leurs patients. Ces deux éléments font gonfler ces pourcentages. En somme, il est possible que les participants de cet échantillon aient reçu une prescription inadéquate et ce serait pour cette raison qu'il aurait été impossible de soutenir l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes. On leur aurait prescrit des psychotropes, alors que leur santé mentale ne l'exigeait pas.

À l'opposé, il pourrait être suggéré que les participants, de cette étude, aient tous reçu une prescription adéquate et qu'ils répondent de façon optimale à la molécule psychoactive. Les participants ne présentent effectivement pas des marques qui suggèrent un état psychologique détérioré. En effet, la santé mentale des participants de cette recherche s'avère bonne. Un score moyen de 185,58 ( $s= 32,28$ ) sur une marque maximale possible de 240 signifie un état psychologique positif. Lorsqu'on sépare la santé mentale par ses deux dimensions c'est-à-dire le bien-être et la détresse psychologique, on confirme un bon niveau de bien-être psychologique et une faible détresse psychologique. Or, cela va à l'encontre du courant voulant que l'état psychologique des consommateurs de psychotropes se trouve plutôt médiocre (Allard et al., 1995; Dealberto et al., 1997; Gleason et al., 1998; Gustaffson et al., 1996; Larose, 1996; Massé et al., 1998; 1998b; Paterniti et al., 1998; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000). Une forte proportion de consommateurs de psychotropes ne se trouverait donc pas dépressifs. On pourrait penser que ce constat serait modifié selon le type de psychotropes étudiés. Cette étude et d'autres études montrent que l'état psychologique ne diffère pas selon qu'on consomme des antidépresseurs ou d'autres classes de psychotropes (Kelman & Mayer-Oakes, 1994; Larose, Landry, & Colletette, 1999; Mant et



al., 1988; Mant, Landsbury, & Bridges-Webb, 1987; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000). Enfin, il s'avère peu probable que leur bonne santé mentale s'explique par le psychotrope, particulièrement dans un échantillon avec une durée de consommation moyenne de 9 ans. Les études sont claires sur l'effet bénéfique limité dans le temps des psychotropes (Grossberg & Grossberg, 1998; Tamblyn et al., 1994; Walsh, Hatrman, & Kowall, 1994).

Il est aussi possible que cette association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes ne s'avère pas présente chez des utilisateurs de longue date de psychotropes. Cette recherche diffère des études antérieures en se penchant uniquement sur un groupe de consommateurs. Toutefois, les résultats ne nient pas le lien entre la santé mentale et le recours aux psychotropes, les résultats de cette étude suggèrent plutôt que le rôle de la santé mentale serait distinct selon la durée de consommation. Cela a permis de constater que la santé mentale, telle que conceptualisée dans cette recherche, c'est-à-dire avec une dimension portant sur le bien-être psychologique et l'autre sur la détresse psychologique, ne semble pas être adéquate pour étudier le phénomène chez des consommateurs exclusivement.

Les résultats de cette étude démontrent que la santé mentale telle que conceptualisée dans cette étude prendrait une place importante lors de l'amorce de la consommation de psychotropes, mais qu'elle ne se trouverait pas à jouer un rôle significatif lors du maintien de l'usage des psychotropes. Les résultats des études antérieures qui appuient l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes, ainsi que les propos des participants qui témoignent d'une baisse du niveau de la santé mentale, lors de l'amorce de la consommation, supportent cette hypothèse. Dans le même sens, l'association non significative entre la santé mentale et l'usage de psychotropes dans cette recherche et celle de Pérodeau et collègues (1992), additionnée aux discours des participants qui évoquent la nervosité et l'insomnie comme raisons du maintien de la consommation, appuie l'hypothèse que la signification de la santé mentale est différente, selon que l'on débute ou que l'on maintienne l'usage de psychotropes.

Par exemple, Larose (1996) montrait que 33% des utilisateurs de psychotropes (n= 549) dans son étude étaient dépressifs, donc 67 % des autres consommateurs ne sont pas dépressifs. D'autres chercheurs (Dealberto et al., 1997) présentent des

résultats similaires puisque 20,5 % des hommes et 29,8 % des femmes qui consommaient des psychotropes souffraient de dépression (n = 2812), ainsi plus de 70 % des aînés de leur échantillon ne souffrent pas de dépression et font usage de psychotropes. Pérodeau et Galbaud du Fort (2000) démontrent que s'il est vrai que les consommateurs de psychotropes (n = 109) manifestent davantage de symptômes d'anxiété et de signes dépressifs, ces derniers n'atteignent pas le score nécessaire au diagnostic. Ainsi, leurs niveaux d'anxiété et de dépression ne s'avèrent pas cliniquement significatifs. Ceci appuie indirectement la proposition que la santé mentale ne peut expliquer le recours continu aux psychotropes. Il est possible que les nouveaux consommateurs expliquent les pourcentages de dépression de Larose et de Dealberto et collègues et, par conséquent, les consommateurs de longue date non dépressifs forment le 70 % restant qui vivent plutôt de la nervosité et de l'insomnie non détectées par leurs instruments de mesure.

Par ailleurs, un deuxième phénomène intervient dans l'explication de l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes chez des consommateurs de longue date : la dépendance face aux psychotropes. Ainsi, chez ces utilisateurs, la santé mentale ne représente plus la raison du maintien de la consommation. La santé mentale, dans les études auprès de consommateurs de longue date, ne peut donc pas apparaître avec autant de force dans ces recherches. Qui plus est, il est évident que la dépendance aux psychotropes ne peut être présente que chez les utilisateurs de longue date. Par ailleurs, la dépendance aux psychotropes peut favoriser l'émergence de symptômes de nervosité et d'insomnie. Ainsi, les consommateurs de longue date rapportent qu'ils font usage de psychotropes pour calmer les symptômes de nervosité et d'insomnie. Une portion de ceux-ci vit possiblement ces symptômes en raison de leur dépendance aux psychotropes.

Enfin, un troisième élément diminue la probabilité de voir la santé mentale être associée à la consommation de psychotropes chez des utilisateurs exclusivement. Les participants soulignaient qu'ils vivaient des difficultés psychologiques importantes lors de l'amorce de la consommation de psychotropes. Ils révèlent que le médecin face à cette détérioration de leur santé mentale leur aurait prescrit un psychotrope. Par contre, ils rapportent qu'aujourd'hui ils ne discutent à peu près jamais de leurs médicaments psychotropes avec le médecin. De plus, si le médecin en parle, les participants témoignent du pouvoir important qu'ils possèdent pour maintenir active la prescription. D'ailleurs, les

résultats de cette étude montrent que la visite médicale n'a aucunement influencé le patron de consommation des participants. Ceci démontre que la première prescription répond à une détérioration psychologique, alors que la reconduction de la prescription ne repose pas sur la santé mentale de l'aîné. Ainsi, il est probable que la santé mentale des nouveaux consommateurs de psychotropes se soit effectivement dégradée, alors que la santé mentale des consommateurs de longue date demeure plutôt inconnue jusqu'à maintenant. Selon les résultats de cette recherche, la santé mentale telle que conceptualisée dans cette étude ne jouerait pas un rôle important lors du maintien. Ce serait plutôt la nervosité, l'insomnie et la dépendance aux psychotropes qui joueraient ce rôle important.

En somme, les résultats de cette recherche indiquent que le rôle de la santé mentale est différent selon que l'individu débute ou maintienne son usage de psychotropes. De plus, la dépendance aux psychotropes représente une cause de l'usage continu des psychotropes qui ne peut pas être présente lors de l'amorce de la consommation. Enfin, le rôle du médecin apparaît différent entre l'amorce et le maintien de l'usage de psychotropes. On a donc suggéré que l'amorce de la consommation de psychotropes constitue un phénomène différent du maintien et c'est ce qui explique l'absence d'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes dans cette recherche auprès d'utilisateurs de longue date de psychotropes. Dans les paragraphes qui suivent, on évaluera, à la lumière des études antérieures, la qualité de cette proposition.

### **L'usage de psychotropes chez des consommateurs exclusivement, une question de durée d'utilisation.**

Des chercheurs soutiennent que la relation entre la santé mentale et l'usage des psychotropes est ambiguë (Pérodeau & Galbaub du Fort, 2000; Takala, Ryyanen, Lehtowirta, & Turakka, 1993). Les résultats de la recherche offrent comme proposition qu'il faille tenir compte de la durée de consommation pour mieux comprendre le phénomène, les nouveaux consommateurs étant différents des consommateurs de longue date. On débute par un bref rappel des modèles proposés et, par la suite, chaque lien est appuyé par les écrits scientifiques.

## **Le modèle explicatif de l'amorce de la consommation de psychotropes chez l'aîné.**

Les données émiques et étiques obtenues dans le cadre de la présente étude suggèrent que l'utilisation de psychotropes s'amorce à la suite d'un événement stressant. Cet événement aurait un impact négatif sur la santé mentale et parfois indirectement sur la qualité du sommeil des personnes âgées. Cette baisse de la santé mentale ou la présence de l'insomnie conduirait l'aîné à recourir aux services médicaux ce qui, dans la plupart des cas, déboucherait sur la prescription d'un psychotrope. Afin de déterminer la valeur de ces liens, les études qui les ont examinés sont rapportées ci-dessous.

Les événements de vie se formulent aussi sous le terme de stressseurs qui représentent des malheurs, des mésaventures, des accidents, des fardeaux, etc. La littérature scientifique regorge de recherches qui démontrent le lien entre les stressseurs aigus ou chroniques et la santé mentale chez l'adulte (Brown, 1996; McGonagle & Kessler, 1990; Newman & Bland, 1994; Servant & Parquet, 1994) comme chez l'aîné (Allard et al., 1995; Colenda & Smith, 1993; Glass, Kasi, & Berkman, 1997; Husaini, Moore, Castor, Nesor, Witthen-Stovall, Linn, & Griffin, 1991; Krause, 1986; Krause, Jay, & Liang, 1991; Lauzon, 1995; Norris & Murrell, 1987; Russel & Cutrona, 1991; Wilkie, Eisdorfer, & Straud, 1982). Même s'il ressort différentes hypothèses pour expliquer ce lien (Brown, 1996; Cohen, 1988; Glass et al., 1997; Krause 1986; Maes, Vingerhoets, & Van Heck, 1987; Pearlin, Managhan, Lieberman, & Mullan, 1981; Servant, 1998; Turner, 1983), l'existence de cette association n'est pas contestée. La première proposition du modèle concernant la relation entre les stressseurs et la santé mentale n'est donc pas nouvelle et s'avère largement appuyée par les écrits scientifiques.

La deuxième proposition concerne l'association partielle entre la santé mentale et la qualité du sommeil. Des auteurs tentent précisément de cerner la relation complexe qu'entretiennent la santé mentale et le sommeil. Ils démontrent que l'anxiété peut causer l'insomnie et qu'une personne souffrant d'insomnie peut développer un problème anxieux chez l'adulte (Hall, Buysse, Nowell, Nofzinger, & Houck, 2000; Soldatos, 1994) et chez l'aîné (Bliwise, King, Harris, & Haskell, 1992; Frederick, Frerichs, & Clark, 1988). Une étude corrobore indirectement cette association puisque des chercheurs montrent que 50 % des anxiolytiques prescrits dans leurs études visaient le traitement de troubles du sommeil (Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1996). D'ailleurs, un trouble du sommeil

constitue un indicateur diagnostique de l'anxiété et cette dernière représente le facteur le plus souvent invoqué comme cause d'insomnie (Bourdet & Goldenberg, 1994; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV, 1994]). Le rapport entre l'anxiété et l'insomnie s'illustre dans les résultats d'une étude anglaise (n = 5222) (Taylor et al., 1998) qui montre que le meilleur et l'unique prédicteur de l'usage de sédatifs-hypnotiques s'avère l'anxiété (odds ratio : 3.0). En revanche, comme le propose le modèle, des participants vivent de l'anxiété sans rapporter de problèmes de sommeil. Il est donc possible d'être anxieux sans éprouver de problème de sommeil. D'ailleurs, des chercheurs recommandent de distinguer deux composantes du diagnostic d'anxiété (Bourdet & Goldenberg, 1994). Un diagnostic exclusif qui porte sur l'anxiété en présence de problèmes de sommeil et l'autre se limitant à l'anxiété sans problème de sommeil. Les propos des aînés soulèvent une relation entre l'anxiété et l'insomnie, les recherches scientifiques supportent leurs propos.

La troisième proposition du modèle avance qu'une personne âgée vivant avec une santé mentale détériorée entraîne le recours aux services médicaux. Les aînés soulignent avoir consulté le médecin pour faire face à leur détérioration psychologique. Des chercheurs illustrent clairement l'association entre une santé mentale détériorée et la recherche de services d'aide (Eurelings-Bontekoe, Diekstra, & Verschuur, 1995; Eurelings-Bontekoe, Verschuur, & Diekstra, 1996; Johnson, Weissman, & Klerman, 1992; Leaf, Livingston, Tischler, Weissman, Hozler, & Myers, 1985; Phillips & Murrell, 1994; Turner, 1983; Veroff, Kulka, & Douvan, 1981; Ware, Manning, Duan, Wells, & Newhouse, 1984). Or, chez l'aîné, sur le plan des problèmes psychologiques l'aide provient généralement des services médicaux (Knesper & Pagnucco, 1987; Leaf, Bruce, Tischler, & Holzer, 1987, Phillips & Murrell, 1994; Solomon, 1996; Waxman, Carner, & Klein, 1984). En effet, Solomon rapporte que c'est moins de 1,5 % des aînés qui consultent un autre professionnel que leur médecin pour leurs problèmes psychologiques. Les propos des aînés se trouvent corroborés par la littérature scientifique.

La quatrième proposition concerne l'émission d'une ordonnance pour répondre à la détérioration de l'état psychologique de l'aîné. Le discours des participants suggère que, lors de leur visite médicale, celle-ci se concluait par la prescription d'un psychotrope. Il est bien connu que le médecin devant un patient qui présente différents

symptômes prescrira des médicaments (Cormier & Trudel, 1990; Tamblyn et al., 1994). Ainsi, vis-à-vis une personne âgée dont la santé mentale se trouve dégradée, il s'avère fort probable qu'il prescrira des médicaments, en l'occurrence des psychotropes. De plus, les connaissances actuelles permettent de supporter cette hypothèse en raison de la prépondérance d'études qui confirment l'état plus détérioré de la santé mentale des consommateurs par rapport au non consommateurs de psychotropes (Allard et al., 1995; Dealberto et al., 1997; Gustafsson et al., 1996; Larose, 1996; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000).

En outre, des chercheurs indiquent que les médecins prescrivent souvent en rapport avec les symptômes rapportés d'insomnie ou d'anxiété et non selon des critères diagnostiques précis ce qui favorise une sur-prescription (Lader, 1999; Linn & Linn, 1982; Straand & Rokstad, 1997). À noter que ces symptômes s'avèrent présents lors d'une détérioration de la santé mentale. De plus, comme la prévalence de troubles anxieux et de sommeil ainsi que de dépressions est basse chez l'aîné (Blazer, 1990; Folks & Fuller, 1997; Ohayon & Caulet, 1995), il est d'autant plus probable que ces symptômes prennent origine d'une détérioration de la santé mentale. Par ailleurs, l'âgisme peut également se manifester lors de la prescription par l'attitude de certains médecins (Solomon, 1996). Par exemple, on suggère que les médecins offrent rarement d'autres conduites que le psychotrope pour soigner les malaises psychologiques ou les troubles de sommeil chez l'aîné (Straand & Rokstad, 1997).

Le modèle conceptuel portant sur les raisons entraînant la prescription d'un psychotrope aux aînés propose des relations entre des variables qui sont appuyées par des études empiriques. Les propos des participants témoignent également de ces relations et confèrent au modèle une bonne crédibilité. Le contexte d'âgisme qui entoure l'émission de l'ordonnance sera représenté plus loin dans cette section.

### **Le modèle explicatif du maintien de la consommation de psychotropes chez l'aîné.**

Les participants disent continuer d'utiliser des psychotropes en raison de plusieurs facteurs de différentes intensités. Ils disent vivre de la nervosité et / ou de l'insomnie, ce qui les conduit à soigner ces symptômes avec des psychotropes. Une certaine proportion développe une dépendance à la molécule psychoactive. Une partie d'entre eux vont

également mentionner, mais cette fois comme justification, la présence de stressseurs multiples pour expliquer le maintien de la consommation. Le rôle des professionnels de la santé dans le maintien apparaît moins prononcé car les aînés prennent une place plus active dans la reconduction de la prescription.

Les nombreux facteurs de différentes intensités ont été conceptualisés sous le terme «stressseurs multiples». Les propos des participants rapportent plusieurs événements dans leur vie qui vont favoriser l'apparition de la nervosité. Il ne se présente pas de convergence dans les stressseurs identifiés par les participants. Des chercheurs (Glass et al., 1997; Newman & Bland, 1994) indiquent qu'on ne peut associer un type de stressseur exclusif aux symptômes d'anxiété ou de dépression. Par exemple, ces études montrent que tous les stressseurs de leur échelle (*Life Events Scale*) pouvaient être responsables du développement de l'anxiété dans leur échantillon (n = 3070). De plus, Glass et collègues (1997) illustrent dans leur étude prospective qu'un stressseur, seul ou en combinaison peut se répercuter sur la santé mentale des aînés (n = 1962). Plus une personne âgée était soumise à différents stressseurs, plus son risque d'être dépressive augmentait (Glass et al., 1997). On ne peut donc associer un stressseur en particulier comme responsable de l'anxiété et c'est possiblement ce qui explique l'émergence du concept de stressseurs multiples.

Nezu et Ronan (1985) conceptualisent ces stressseurs multiples par des micro-stresseurs qui agissent sur la nervosité. En rapport avec la position de Nezu et Ronan, Ankri et collègues (2000) suggèrent que ces micro-stresseurs, ces tracasseries, souvent répétitifs, créent de la nervosité qui mène à la prise de psychotropes. Ces auteurs soutiennent que les événements de vie majeurs seraient moins associés à l'usage continu de psychotropes. Ces stressseurs majeurs, lorsqu'ils se présenteraient chez des consommateurs, entraîneraient davantage l'adoption de stratégies de résolution de problème.

Les résultats de notre recherche appuient une partie de cette position théorique. Il est vrai que les stressseurs majeurs prennent moins de place dans le maintien de la consommation. D'ailleurs, Norris et Murrell (1987) soulignent que l'impact de stressseurs majeurs se manifeste sur une période d'environ 6 mois à un an chez l'aîné. Faut-il le rappeler, les participants de cette étude consomment des psychotropes depuis environ 9

ans; ainsi, les stressseurs majeurs se devaient d'être moins importants dans le maintien de la consommation. Toutefois, même s'ils jouent un rôle moins prépondérant qu'à l'amorce de la consommation, les propos des aînés montrent que la mort et les différentes pertes font partie de leur réalité quotidienne. Les participants rapportent fréquemment le décès de voisins ou de proches et il semble probable que ces décès aient un effet cumulatif et créent chez eux un stress continu qui favorise probablement la présence de la nervosité. Dans ce sens, Brown (1996) soutient que l'absence d'espoir et le manque de contrôle face aux stressseurs favorisent l'apparition de la dépression. La mort des proches, l'éloignement des enfants, les pertes physiques constituent des stressseurs sur lesquels l'aîné possède justement un contrôle limité. Glass et ses collègues (1997) démontrent (n=1962) qu'au cours des deux années de leur collecte de données, 54,7% des aînés ont perdu un ami proche par décès, 45,6 % ont perdu un membre de leur famille, 35 % ont vu leur conjoint ou conjointe atteint d'une maladie grave, 29,8 % ont subi des hospitalisations, 25,3 % ont vu la maladie atteindre un membre de leur famille, 17,5% ont perdu un ami en raison d'un déménagement, 17 % n'ont plus été capables de pratiquer leurs loisirs, etc. On constate que la prévalence d'événements de vie majeurs demeure élevée chez l'aîné.

D'autre part, Nezu et Ronan (1985) soutiennent que les micro-stresseurs découlent d'événements de vie majeurs. Le discours des participants ne permet pas d'appuyer l'unidimensionnalité de ce lien. Plusieurs stressseurs multiples prennent origine d'événements de vie non majeurs et représentent des stressseurs de «faible intensité», ce qui correspond davantage à la vision des micro-stresseurs de Ankri et collègues (2000). On se souviendra que des préoccupations familiales quotidiennes, la partie de bingo de l'après-midi, la voisine de table déplaisante ont été rapportées comme des causes du maintien de la consommation de psychotropes par les participants.

De plus, l'utilisation prophylactique des psychotropes semble être un élément nouveau qui n'a pas été touché dans les écrits scientifiques. Des consommateurs ont révélé par exemple que lorsqu'ils savaient que, le lendemain, les enfants venaient les visiter, ou qu'ils allaient jouer au bingo en après-midi ou encore qu'ils devaient se rendre chez le médecin, ils recouraient aux psychotropes pour s'assurer une bonne nuit précédant ces événements. De la même manière, d'autres en consommaient avant d'aller à un souper de famille. Ce phénomène peut s'expliquer par la crainte de vivre des émotions ou



symptômes de nervosité, d'anxiété ou de tristesse. D'ailleurs, les résultats de Pérodeau et Galbaud du Fort (2000) suggèrent que les consommateurs de psychotropes réagissent différemment aux stressseurs. Les consommateurs de longue date réagiraient davantage aux stressseurs (Ankri et al., 2000; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000; Pérodeau, Jomphe Hill, Hay-Paquin, & Amyot, 1996), ce qui les amènerait possiblement aussi à vouloir les prévenir. Toutefois, d'autres recherches s'avèrent nécessaires pour comprendre la signification de cet usage préventif.

Enfin, Pérodeau et Galbaud du Fort (2000) rapportent que les consommateurs de psychotropes ne se distinguent pas des non-consommateurs en ce qui a trait au nombre d'événements stressants vécus. Ils ne vivraient ni plus ni moins de stressseurs que les personnes âgées qui n'ont pas recours aux psychotropes.

Le psychotrope représente donc la substance nécessaire au soin de la nervosité qui origine de ces stressseurs. Une participante de cette recherche témoigne de cette réalité puisqu'elle a accru sa consommation lors du décès de son conjoint. Le modèle empirique de Allard et collègues (1995) démontre que les événements stressants ont effectivement un impact sur la santé mentale et indirectement sur l'usage des psychotropes.

La consommation continue des psychotropes peut aussi être justifiée par des symptômes de l'insomnie. Des études démontrent la relation entre l'insomnie et l'usage des psychotropes (Dealberto et al., 1997; Walsh & Schweitzer, 1999; Walsh & Ustun, 1999) et on reconnaît que les plaintes par rapport à la qualité du sommeil représentent une cause de prescription (Lader, 1999; Straand & Rokstad, 1997). Toutefois, d'autres chercheurs ne rapportent pas d'association entre la présence de l'insomnie et l'usage de psychotropes (Englert & Linden, 1998; Foley et al., 1995; Monane, Glynn, & Avorn, 1996). Comme on l'a signalé ci-dessus, il existe une réciprocité importante entre la nervosité et l'insomnie et, comme le modèle explicatif le suggère, ce ne sont pas tous les consommateurs de psychotropes qui vivent de l'insomnie. La réciprocité entre l'anxiété et l'insomnie a été abordée plus en profondeur plus tôt dans le chapitre et n'est pas reprise ici.

Exposé à des stressseurs multiples qui prennent origine d'événements majeurs ou

mineurs, l'aîné va recourir de façon continue aux psychotropes pour soulager ses symptômes de nervosité ou d'insomnie. Ainsi, chez des consommateurs de longue date, la santé mentale prend plutôt la forme de symptômes de nervosité et d'insatisfaction face au sommeil. La santé mentale comme construit multidimensionnel ne correspond pas aux propos des aînés consommateurs de longue date et cela représente possiblement l'explication de l'absence d'association observée dans cette recherche. La nervosité n'a pas fait l'objet de recherche comme facteur significatif du maintien de l'usage de psychotropes. Toutefois, des chercheurs soutiennent que les médecins prescrivent ou représcrivent souvent en raison des symptômes de nervosité (n = 1217) (Linn & Linn, 1982). Des chercheurs soulèvent, cependant, directement ou indirectement, l'importance de la nervosité ou de l'anxiété dans le phénomène (Crismon, 1990; Gurchik & Cunningham; 2000; Jörgensen et al., 1993; Linn et Linn, 1982; Mellinger et al., 1978; Patterniti et al., 1998; Sleath et al., 1998).

Plus concrètement, des résultats récents montrent que l'expression des symptômes nerveux par l'individu représente un prédicteur significatif de la prescription d'un psychotrope alors que l'auto-évaluation de la santé émotionnelle ne s'est pas montrée significative (n=508) (Sleath, Svarstad, & Roter, 1998). Ce résultat avait déjà été obtenu par un groupe de chercheurs qui soutenait que les sentiments nerveux représentaient un prédicteur plus important de l'usage des psychotropes qu'une mesure de détresse psychologique (cette dernière était tout de même significative) (Meillinger, Balter, Manheimer, Cisin, & Parry, 1978). Une recherche révèle que la détresse psychologique ne constitue pas un prédicteur de la consommation à long terme dans un échantillon composé d'adultes (Mant et al., 1988).

L'étude de Pérodeau et collègues (1992) supporte indirectement notre hypothèse. Ces auteurs ont réalisé la seule autre étude portant exclusivement sur des consommateurs. Or, ils n'ont pas révélé d'association entre le nombre de psychotropes consommés et les symptômes psychiatriques de l'anxiété et de la dépression. Ces symptômes représentent probablement des pathologies trop lourdes pour être associées à l'usage continu de psychotropes chez l'aîné. Si on additionne ces résultats à ceux de cette étude, on peut suggérer que l'état psychologique pertinent dans l'étude des psychotropes chez des consommateurs de longue date se trouve à la jonction de ces deux concepts, c'est-à-dire de la santé mentale multidimensionnelle et des symptômes

psychiatriques lourds. Ainsi, à la lumière des propos des participants de cette étude, la nervosité et l'insomnie représenteraient cette jonction. Évidemment, d'autres études s'avèrent nécessaires pour supporter l'hypothèse avancée dans cette recherche.

Lorsque la prescription sera échue, le consommateur âgé consultera de nouveau son médecin. Cette fois-ci les propos des participants indiquent qu'ils favoriseront la re-prescription du psychotrope par leur influence lors de la visite médicale. Ce dernier point a été observé dans d'autres recherches (Ankri et al., 2000; Balint, Hunt, Joyce, Marinker, & Woodcock, 1970; Collin, 1999; Collin et al., 1999; Murrey, Williams, & Clare, 1982; Sleath et al., 1997). Le médecin reconnaît prendre en considération l'opinion du patient âgé avant de modifier la prescription. Il admet que l'incertitude entourant le psychotrope l'amène à être sensible à l'expérience de consommateur de l'aîné (Damestoy et al., 1999).

On note d'ailleurs à partir du discours des participants que les médecins vont re-prescrire avec plus de confiance à un aîné qui a déjà consommé un psychotrope. La personne âgée se verra plus facilement re-prescrire le même type de psychotrope. Dans leurs propos, ils rapportent qu'ils informent le médecin qu'ils veulent tel ou tel psychotrope car c'était celui qu'ils avaient déjà consommé par le passé. Ce résultat ne s'avère pas vraiment surprenant car on recommande justement aux médecins dans leur arbre décisionnel de questionner l'individu pour identifier les psychotropes qu'ils ont déjà consommés afin de le re-prescrire ou de l'éviter (Pathare & Paton, 1997). Ce qui constitue toutefois une nouveauté c'est que les participants révèlent que la légitimité de re-prescrire le psychotrope était généralement déterminée par eux. Une recherche (Straand & Rokstad, 1997) montre que 87 % des psychotropes consommés par les aînés formant leur échantillon (n = 1818) provenaient d'une re-prescription. Ces chercheurs affirment que la pertinence de l'usage du psychotrope dans la situation de la personne était rarement ré-évaluée (Monane et al., 1996).

D'ailleurs, les propos des participants indiquent que le psychotrope n'est guère un sujet de conversation entre eux et le prescripteur. Murrey et collègues (1982) qualifient ce phénomène de «traité de paix» entre les parties où le médecin accepte de ne pas discuter des psychotropes en raison de la résistance des aînés à voir modifier leur médication. Ce traité entraîne une moins grande implication du corps médical chez

les consommateurs de longue date. Des chercheurs rapportent, à cet effet, que 60 à 70 % des re-conductions des ordonnances médicales se réalisent sans qu'il y ait de contact entre la personne et le médecin (Straand, Rokstad, 1997; Van der Waals, Morhs, & Foets, 1993). La re-prescription se réalisant par l'intermédiaire d'un membre de la famille, de la secrétaire du cabinet médical, du pharmacien, etc. La présente recherche ne possède pas de données à ce sujet, mais cette statistique appuie les propos des aînés qui démontrent qu'ils influencent davantage la re-prescription que l'ordonnance initiale. De plus, les résultats de cette recherche montrent qu'il n'y a pas d'association entre les visites médicales et l'usage de psychotropes.

La personne âgée va donc consommer ses psychotropes de façon continue. Toutefois, cet usage à long terme entraîne la probabilité de développer une dépendance envers la molécule psychoactive. Cette proportion d'aînés qui deviennent dépendants des psychotropes est toutefois difficile à déterminer.

Les propos des participants de cette recherche illustrent sans équivoque qu'ils prennent «l'habitude» de la pilule. Ils en consomment même si parfois ils n'en ressentent pas la nécessité ou à l'inverse, soulignent clairement qu'ils ne pourraient se passer de leurs psychotropes. Ces derniers vont invoquer une multitude d'événements pour légitimer leur consommation. Les propos de ces participants démontrent que toutes les raisons sont valables en autant que les stressseurs mentionnés puissent logiquement influencer leur nervosité ou leur sommeil et ainsi motiver leur consommation.

À propos de ces stressseurs qui rendent légitime la consommation, des chercheurs indiquent que l'impact des événements de vie ou les tracas prennent une importance difficile à évaluer chez les consommateurs de longue date de psychotropes car la consommation semble devenir une habitude de vie ou un réflexe quotidien (Ankri, Collin, & Pérodeau, 2000; Pérodeau et al., 1992). Une proportion de participants de cette recherche se retrouve exactement dans la situation décrite par Pérodeau et collègues. Ils consomment leurs médicaments psychotropes, jour après jour, sans se questionner sur la pertinence du traitement. Qui plus est, ces mêmes individus vont juger qu'il n'est pas souhaitable de cesser de consommer leurs psychotropes. Cet usage continu sans véritable visée thérapeutique constitue possiblement une forme subtile de dépendance. De plus, le besoin de se garder une réserve de psychotropes suggère aussi une forme de

dépendance. La dépendance face aux psychotropes chez l'aîné requiert une révision conceptuelle pour inclure ce type de consommation dans la définition des toxicomanies. Une réflexion sur le sujet a déjà été amorcée (Cohen & Collin, 1997).

D'ailleurs, il était inévitable de retrouver une portion de participants qui apparaisse dépendant de leurs médicaments psychotropes. Les participants font usage de cette molécule depuis environ 9 ans, ce qui laisse amplement de temps pour créer une dépendance. Or, il existe un risque réel de dépendance envers les psychotropes (Cohen & Collin, 1997; Miller & Mahler, 1991; Woods & Winger, 1995) et particulièrement lors de l'usage à long terme (Stewart, 1994; Rickels, Schweizer, Case, & Greenblatt, 1990; Schweizer, Rickels, Case, & Greenblatt, 1990; Taylor et al., 1998). Une recherche établit que 27 à 45 % des utilisateurs de psychotropes appartenant à tous les groupes d'âge vivent une dépendance envers ceux-ci (Gabe & Thorogood, 1986). Des adultes qui désirent arrêter de faire usage de psychotropes évoquent à 50 % la dépendance comme obstacle à l'arrêt (Ettore et al., 1994). Le discours des participants suggère que la dépendance aux psychotropes peut se manifester de trois façons : par le besoin d'avoir une réserve, par l'évocation d'une multitude de stressseurs de différentes intensités pour justifier le maintien de la prescription ou par l'expression formelle de leur dépendance aux psychotropes qui les fait se qualifier par exemple de «drogués». Il est possible que ces derniers soient plus dépendants de la molécule. Des symptômes d'anxiété et d'insomnie peuvent provenir, de fait, de la dépendance aux psychotropes (Folks & Fuller, 1997). On estime que 10 % des aînés développeraient ces symptômes en rapport avec la dépendance aux psychotropes ou à l'alcool (Egbert, 1993; Folks & Fuller, 1997). C'est possiblement ce qui distingue les aînés qui justifient leur consommation par les stressseurs multiples de ceux qui ressentent de façon intrinsèque leur dépendance face à cette substance. La dépendance constitue un phénomène tangible et des solutions pour ces consommateurs doivent être recherchées.

On remarquera que le médecin, dans le modèle conceptuel explicatif du maintien, se trouve à faire partie du contexte au même titre que les autres professionnels de la santé. Comme on l'a souligné, les participants rapportent que le médecin s'impliquerait peu lors de la re-conduction comme lors de l'arrêt de l'usage du psychotrope. Les autres professionnels ainsi que la famille ne représentent pas plus des ressources pour eux et ils ne voient pas l'implication de ces derniers dans le phénomène. Au dire des participants, les

infirmiers(ères) et les pharmaciens(nes) recommandent généralement à l'aîné de suivre les ordonnances médicales et ne s'engagent pas davantage dans la situation. Plus de 80 % des personnes âgées ne cherchent guère leur point de vue dans la situation. La famille ne se mêle pas plus de la consommation du psychotrope par l'aîné car ce dernier les écarte systématiquement de sa consommation de médicaments psychotropes (plus de 80 %).

### **Éléments contextuels**

Deux autres constats importants pour la recherche ressortent des propos des participants concernant le contexte. D'abord, l'âgisme semble prendre place comme toile de fond dans le phénomène. Également, la stigmatisation des maladies mentales et des psychotropes colorent l'ensemble du phénomène. Ces deux facteurs qui remplissent certainement un rôle dans le phénomène sont discutés dans les prochaines pages.

### **L'âgisme**

L'âgisme représente probablement un facteur qui favorise le maintien de la consommation. Les participants indiquaient qu'ils ne voyaient pas l'utilité d'arrêter de consommer des psychotropes puisqu'ils estimaient qu'ils ne vivraient pas encore longtemps. La logique implicite de leur discours signifie qu'ils retirent actuellement les bénéfices du médicament et qu'ils mourront avant de subir ses effets négatifs. Qui plus est, ils soutiennent unanimement qu'un jeune, lui, ne devrait pas consommer des psychotropes. Leurs propos démontrent qu'ils admettent que le psychotrope comporte des risques mais qu'en raison de leur âge, ils n'en subiront pas les effets.

Une recherche auprès d'un groupe (n =100) dont l'âge moyen est de 52 ans obtient des résultats qui appuient indirectement la place de l'âgisme (Ettore et al., 1994). Soixante et onze pourcent de ces adultes désirent arrêter de consommer, 50 % se disent inquiets de leur usage et 45 % d'entre eux en ont discuté avec leurs médecins. L'adulte semble donc plus préoccupé par sa consommation puisque ces 71 % d'entre eux souhaitent arrêter de consommer leurs psychotropes contre 48 % chez l'aîné. Il est possible que l'âgisme face de l'aîné explique cette distinction.

D'autre part, des recherches montrent que certains médecins affichent des attitudes d'âgisme et que cela se répercute lors de la prescription de psychotropes aux aînés (Collin et al., 1999; Demestoy et al., 1999) et dans l'évaluation de ceux-ci (Hébert & Carrier, 1997). Les médecins perçoivent l'aîné comme un être vulnérable qui nécessite donc davantage l'usage du psychotrope (Lefrançois, 1997). Des études montrent que les médecins prescrivent plus de psychotropes aux aînés qu'aux adultes (Aparasu et al., 1998; Linden et al., 1999; Mant et al., 1988; Straand & Rockstad, 1997) et qu'ils les prescrivent pour une plus longue période aux aînés (Bridges-Webb, Mant, & Britt, 1985; Hesbacher, Riskels, Rial, Segal, & Zamostein, 1976; Isacson, 1997; Jones, Simpson, Brown, Bainton, & McDonald, 1984; Mant et al., 1988; Williams, 1983). Linn et Linn (1982) ne corroborent pas ce dernier résultat. Ils remettraient en question l'efficacité des stratégies comportementales ou psychologiques (Demestoy et al., 1999). Certains prescripteurs minimisent même les retombées négatives de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées (Cohen & Collin, 1997; Collin et al., 1999).

L'expérience clinique de l'investigateur suggère que ces attitudes d'âgisme ne se limitent pas qu'à la personne âgée et aux médecins, mais bien à l'ensemble des professionnels de la santé dont les infirmiers et les infirmières. Des études montrent que l'âgisme se manifeste même aux niveaux des politiques de santé (Ebersole & Hess, 1994). Des aînés ne bénéficieraient pas des services et des soins requis en raison de leur âge (Ebersole & Hess, 1994; Kalish, 1979). Le rôle de l'âgisme doit donc être pris au sérieux.

On pourrait prétendre que le psychotrope représente une solution facile aux malaises des aînés et que cela constituerait une forme subtile d'âgisme. Dans ce sens, des chercheurs soutiennent que le psychotrope se prescrit fréquemment sans une évaluation approfondie (Straand & Rokstad, 1997) et que le suivi se trouve souvent inadéquat (Everitt, Avorn, & Baker, 1990; Shapiro, 1993; Straand & Rokstad, 1997). En somme, l'âgisme semble favoriser chez le médecin la prescription du psychotrope et chez l'aîné le maintien de sa consommation. Néanmoins, des recherches sur ce thème sont à développer.

### **La stigmatisation des troubles psychologiques et l'étiquette des psychotropes.**

Le deuxième point qui fait partie du contexte et qui influence probablement l'ensemble du phénomène se rapporte à la stigmatisation des troubles psychologiques qui se transfère sur la vision du médicament psychotrope. L'étiquette que porte le psychotrope se répercute à son tour sur l'observance de l'ordonnance médicale. De plus, à l'intérieur même de la famille des psychotropes, on a observé des différences. En effet, les participants souhaitaient davantage se départir de leurs anxiolytiques et antidépresseurs que des sédatifs-hypnotiques. Ce phénomène n'a jamais été rapporté chez l'aîné.

On suggère que cette différence repose sur l'étiquette distincte qui est accrochée à chacun de ces psychotropes et au caractère temporel du problème. En effet, il s'avère sûrement plus facile d'accepter et d'intégrer la consommation d'un médicament pour un trouble du sommeil que pour des problèmes nerveux. Ainsi, les aînés vont davantage accepter de vivre avec l'idée qu'ils consomment un somnifère plutôt qu'un antidépresseur. De plus, il apparaît vraisemblable qu'une personne âgée estime que son insomnie la suivra jusqu'à la fin de ses jours, alors qu'elle ne désire pas se voir anxieuse ou dépressive de façon permanente. En somme, elle ne voudra pas se détacher de son somnifère puisqu'il est moins agaçant de dire qu'elle l'utilise et elle ne voit pas le jour où son insomnie la quittera. En revanche, un anxiolytique et un antidépresseur sont porteurs d'une étiquette plus lourde et l'aîné ne se perçoit pas comme étant contraint à être dépressif ou anxieux dans l'avenir.

Les attitudes des participants de l'étude se distinguent donc selon le psychotrope consommé et les différences de perceptions se démarquent nettement pour un sédatif-hypnotique. Par ailleurs, un nombre considérable de participants utilisent des anxiolytiques au coucher seulement. Ces participants croient probablement qu'ils consomment un somnifère; ainsi, il s'avère probable que les différences seraient apparues encore plus grandes s'il avait été possible de tenir compte de cet élément, c'est-à-dire qu'ils sachent qu'ils consommaient un anxiolytique et non un somnifère. Alors que, pour les antidépresseurs et les sédatifs-hypnotiques, le chevauchement est plus difficile à concevoir. On ne retrouve pas d'autres recherches qui présentent les perceptions des aînés selon le psychotrope.



Les propos des participants ont également permis d'illustrer les différentes perceptions entre les psychotropes et les autres médicaments. De plus, on a constaté qu'on ne peut dissocier le psychotrope de la maladie mentale. Or, il appert que la maladie mentale souffre, elle aussi, de stigmatisation.

Les propos des participants de cette étude témoignent de la stigmatisation des troubles psychologiques. Ils affirment qu'ils ne veulent pas parler de leurs médicaments psychotropes car ceux-ci les ramènent aux problèmes psychologiques. Ils estiment qu'ils seraient mal à l'aise d'avouer utiliser des psychotropes à leur entourage et à leurs amis. Le fait de vivre un problème psychologique est honteux. Par conséquent, ils ne souhaitent pas dire aux autres qu'ils consomment des psychotropes. Sur ce point de vue, les attitudes des aînés ne se distinguent pas de celles de la population en général. Une étude montre que l'usage des psychotropes est mal accepté par l'adulte qui le consomme et sa famille (Ettore et al., 1994). De plus, les perceptions négatives concernant les psychotropes sont largement répandues dans la population (Angermeyer, Däumer, & Matschinger, 1993; Benkert et al., 1997; Manheimer et al., 1973). Une recherche (Ettore et al., 1994) démontre que seulement 8 % de la population a choisi les psychotropes comme étant la meilleure solution pour traiter les problèmes psychiatriques. À l'opposé, 76 % des participants de leur étude croit que la psychothérapie constitue la solution de premier choix pour les personnes souffrant de schizophrénie. Ceci signifie que plusieurs individus ne croient pas en l'efficacité des psychotropes.

En ce qui à trait aux troubles d'ordre psychologique, les personnes âgées se disent peu ouvertes à discuter de dépression, d'anxiété ou autres problèmes psychologiques. Elles indiquent qu'il est plus simple de parler d'anxiété avec un proche qu'un voisin et qu'il s'avère aussi plus facile de parler de maladies cardiaques avec un ami que de troubles psychologiques. Une recherche arrive à des résultats similaires et souligne que les individus (n = 2176) sont beaucoup moins enclins à discuter de maladies mentales que de problèmes tels que le diabète, l'arthrite et l'hypertension (Benkert et al., 1997). Ils se disent à l'aise de parler de diabète avec un voisin, mais ils demeurent inconfortables de parler de troubles mentaux avec la famille. Même qu'un quart de leur échantillon ne révélerait à personne s'ils étaient atteints d'une maladie

psychiatrique. En somme, l'étiquette des psychotropes et la stigmatisation des troubles psychologiques conduisent une bonne part des aînés comme les adultes à cacher leur usage de psychotropes.

Le psychotrope, en tant que molécule thérapeutique licite et prescrite par le médecin, inspire, tout de même, de la méfiance. Des participants affirment vivre de la peur envers le psychotrope. Ceux-ci rapportaient qu'ils craignaient les effets néfastes des psychotropes. Les altérations de la mémoire représentent une des pertes qu'ils redoutent le plus. Une recherche montre que 36 % des personnes formant leur échantillon (n=2176; tous groupes d'âge) considèrent qu'il existe des risques lorsqu'on consomme des psychotropes (Benkert et al., 1997). La perception populaire et celle des aînés se rejoignent donc une fois de plus sur ce point.

Ce qui est tout à fait particulier en rapport avec ces peurs chez l'aîné sont les conséquences qu'elles entraînent. En réaction à ces peurs, des participants vont consommer moins que la limite permise par leur prescription car ils appréhendent justement de connaître les effets délétères des psychotropes ou de devenir dépendants de cette molécule. Les résultats d'une recherche auprès de la population en général témoignent de cette réduction du dosage (Mant et al., 1988). Les auteurs rapportent que les consommateurs utilisent des doses de benzodiazépine inférieures à la limite normalement recommandée. Ces chercheurs ne présentent pas d'explication à ce phénomène.

Une étude récente donne raison aux participants. Leurs résultats montrent que les pertes cognitives s'avèrent fortement corrélées aux doses consommées et à la durée de consommation (Hanlon et al., 1998). L'effet des psychotropes sur les capacités cognitives s'avère plus important chez les aînés qui consomment des psychotropes selon la dose recommandée ou plus et depuis une plus longue période de temps. À noter que même ceux qui consomment moins que la dose recommandée affichaient des pertes cognitives supérieures aux non consommateurs (n = 2765).

Dans leur recherche, Hanlon et collègues (1998) rapportent que 66,7 % des aînés consomment moins que la limite prescrite par leur ordonnance. En revanche, 33,3% en utilisent plus que la dose prescrite. Une autre recherche chez les personnes

âgées présente des pourcentages distincts, 36,5 % consommait moins que ce qui leur avait été prescrit et 1,9 % dépassait la dose prescrite (Gleason et al., 1998). Chez les participants de la présente étude, c'est 81 % qui en consomment moins et 8 % qui dépassent la borne supérieure établie par l'ordonnance. L'écart entre les pourcentages peut être causé par la fluctuation de l'échantillonnage, particulièrement celui de cette étude qui a été formée à partir d'une méthode non probabiliste comparativement aux deux autres recherches qui ont été réalisées à partir d'échantillons formés aléatoirement. La mesure des psychotropes peut également expliquer cet écart. Cette recherche et celle de Gleason et collaborateurs (1998) comparent la prescription avec ce qui est consommé alors que Hanlon et collègues (1998) évaluent la consommation avec des critères standards. Ces deux raisons ont conduit possiblement à des pourcentages différents.

Les perceptions des consommateurs de la présente étude demeurent difficiles à cerner. Si 81 % des participants réduisent le dosage en raison des craintes entourant le psychotrope, la majorité se dit satisfaite du psychotrope (66 %) et 52 % des participants ne considèrent pas comme souhaitable d'arrêter de consommer des psychotropes. Pérodeau et Ostoj (1990) démontrent également que 51 % des consommateurs de leur étude révèlent que les médicaments pour les nerfs et pour dormir les soulagent beaucoup et que 58 % d'entre eux indiquent qu'ils seraient très incommodés s'ils ne prenaient plus ces psychotropes. On illustre assez clairement, par ces pourcentages, que les perceptions des consommateurs sont hétérogènes et complexes.

Les participants sous-exploitent donc leur ordonnance médicale en raison de la peur des effets néfastes des psychotropes. Ils induisent par le fait même qu'ils possèdent l'autorité de modifier la prescription. Ils expliquent qu'ils peuvent modifier le dosage des psychotropes car ceux-ci soignent un malaise peu important. En effet, ils admettent qu'ils ne modifieraient jamais le dosage d'un médicament pour le cœur car ceux-ci sont vitaux. Les résultats de Benkert et collègues (1997) appuient ce rapport entre l'observance et le malaise en question. Ces chercheurs démontrent également que la conformité aux traitements pharmacologiques se trouve liée à la perception du malaise soigné par la personne. Benkert et collègues reprennent le même exemple et rapportent qu'un individu ne modifiera pas le dosage d'un médicament pour le cœur

mais, à l'opposé, ce même individu se permettra de changer le dosage d'un psychotrope. Les aînés partagent donc les mêmes perceptions que la population.

Les participants nous apprennent donc que les troubles psychologiques ne représentent pas des pathologies sérieuses mais, qu'en revanche, le remède pour soigner ces difficultés s'avère, lui, puissant. Leurs expériences de consommateurs les amènent à gérer cet écart entre un trouble mineur et un médicament majeur. Il apparaît que la solution se trouve dans la réduction du dosage du psychotrope. Il semble également que ce jeu se réalise sans l'intervention des professionnels de la santé.

Même s'il n'y a pas d'intervention directe du médecin pour réduire le dosage, les participants auraient l'assentiment des médecins pour le réduire. Les propos des participants rapportent que les médecins vont leur recommander de diminuer leur usage lorsqu'ils se sentiront capables. Ce phénomène de transfert de responsabilité de l'arrêt du psychotrope, du médecin à l'aîné, n'a pas été cité dans d'autres recherches. Une étude montre par contre que sur 3452 prescriptions de sédatifs-hypnotiques, une seule ordonnance mentionne que le médicament ne doit pas être pris pour plus de trois semaines. Ces chercheurs estiment, que sans indication pour la durée, la consommation continue devient la norme (Straand & Rokstad, 1997). Ceci confère donc à la personne âgée toute la responsabilité de planifier l'arrêt du psychotrope.

Les participants de cette étude n'ont d'ailleurs pas d'attente envers les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit d'arrêter l'usage des psychotropes. Ils estiment que ce médicament se trouve sous leur contrôle. Le médecin leur indique qu'ils sont les responsables du psychotrope et ce dernier, le psychotrope, souffre d'une étiquette négative. La boucle est donc complète et les participants prennent donc sur leurs épaules l'entière responsabilité de leur consommation.

En somme, l'âgisme, la stigmatisation des maladies mentales et l'étiquette des psychotropes font partie du contexte dans lequel les aînés utilisent des psychotropes de façon continue. La personne âgée, l'entourage et les professionnels sont en majorité teintés, à des degrés variables, de ces préjugés et mythes. Ces conceptions se répercutent inéluctablement sur l'amorce, le maintien et l'observance de l'usage des psychotropes. Les propos des aînés et les écrits scientifiques suggèrent que lors de

l'amorce de la consommation, le médecin prescrit plus facilement un psychotrope à un aîné. Lors du maintien, les aînés considèrent communément que les effets néfastes ne les feront pas souffrir puisque leur décès précédera l'arrivée de ceux-ci, alors ils favoriseront la poursuite de la consommation. Toutefois, conscients des risques encourus par l'usage de psychotropes, ils réaliseront un compromis soit de diminuer le dosage du médicament. Enfin, ils parleront peu de leurs psychotropes car ces derniers font référence aux troubles mentaux et ils ne désirent pas y être associés.

### **Les modèles explicatifs antérieurs**

À la lumière des résultats de cette recherche, il semble donc plausible de suggérer que le début de la consommation de psychotropes et l'usage continu constituent deux phénomènes distincts. Les propos des participants démontrent que les facteurs impliqués lors de l'amorce de la consommation diffèrent de ceux présents lors du maintien de l'utilisation. Il semble que la santé mentale telle que mesurée dans cette recherche représente un facteur important lors du recours pour la première fois à des psychotropes, en revanche, elle apparaît être moins significative lors du maintien ou plutôt que sa nature change. Le maintien de l'usage de psychotrope sur une longue période repose plutôt sur la présence de sentiments de nervosité. Les stressés multiples représentent les causes de cette nervosité; cette dernière pouvant conduire une proportion d'aînés à expérimenter un mauvais sommeil. Cette variabilité concernant l'influence de la santé mentale, selon qu'on débute ou qu'on soit un consommateur de longue date, explique possiblement les résultats mitigés, voire contraires, des modèles proposés antérieurement. De plus, ces modèles ne tiennent pas compte du contexte de la consommation qui semble pourtant jouer un rôle significatif.

Les modèles antérieurs proposent une explication du phénomène en considérant, sur un même pied, les aînés qui débutent l'utilisation de psychotropes des consommateurs de longue date (Allard et al., 1995; Gustafsson et al., 1996; Pérodeau et al., 1992) et à partir d'échantillons composés de consommateurs et de non consommateurs (Allard et al., 1995; Gustafsson et al., 1996). En outre, il est fort probable que les nouveaux consommateurs forment le groupe d'utilisateurs de psychotropes le moins étudié. En effet, comme le rapporte une recherche (Straand & Rokstad, 1997), 87 % des psychotropes consommés par les aînés formant leur échantillon (n = 1818) provenaient d'une re-

prescription. Comme une prescription est généralement de 1 à 3 mois, ces échantillons comparent, en réalité, des consommateurs de longue date avec des non consommateurs. Dans cette recherche et celle de Pérodeau et collègues, les moyennes de consommation sont de 9 et 10 ans. Les nouveaux consommateurs constituent un groupe sur lequel il faudra se pencher dans l'avenir. Dans cette étude doctorale, aucun participant ne consommait de psychotrope depuis moins de 30 jours.

Le modèle empirique de Allard et collègues (1995) situe le bien-être psychologique, les relations sociales et l'auto-évaluation de la santé comme étant au centre du phénomène. Leurs résultats appuient l'importance du rôle du bien-être psychologique comme prédicteur de l'usage de psychotrope ( $n = 500$ ). Cependant, deux limites réduisent le potentiel éclairant de ce modèle. Le bien-être psychologique est mesuré à l'aide d'une échelle portant sur le moral qui s'oriente principalement sur des symptômes d'anxiété, de dépression, d'adaptation et d'acceptation de l'inévitable (Lawton et al., 1984). Une mesure telle que proposée par Sleath et collègues (1998) qui apprécie les manifestations de nervosité aurait possiblement favorisé l'obtention de résultats supérieurs pour détecter les consommateurs de longue date. Tandis qu'une mesure de la santé mentale, telle qu'utilisée dans cette recherche, aurait favorisé la détection des nouveaux consommateurs. De plus, l'évaluation du sommeil devrait désormais faire partie des instruments de mesure des études sur l'usage de psychotropes. Néanmoins, la limite essentielle de l'étude de Allard et collègues concerne l'échantillon. Ce dernier est constitué de consommateurs et de non consommateurs et les utilisateurs sont traités comme s'ils formaient un groupe homogène. Par conséquent, avec un groupe hétérogène, l'association entre le bien-être psychologique et l'usage de psychotropes ne peut que demeurer faible. Le modèle de Allard et collègues explique 13 % du phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées.

Gustafsson et collègues (1996) offrent une réplique de l'étude précédente en incluant dans leur modèle trois autres variables, à savoir un indice de morbidité, la solitude et le nombre de visites chez le médecin ( $n = 421$ ). Le protocole contient des limites semblables à l'étude de Allard et collègues. Toutefois, leur mesure de la santé mentale se définit par la présence ou non d'insomnie, d'anxiété et de sentiments mélancoliques. Cette mesure se rapproche substantiellement des propos des participants de cette recherche et de ce que suggèrent Sleath et collègues (1998). L'ajout de ces variables renforce le

modèle qui explique 59 % du phénomène. Quarante et un pour cent de l'explication reste tout de même à être élucidé. Il s'avère fort probable que ce modèle, dans sa forme actuelle en modifiant sa mesure de la santé mentale et auprès d'un échantillon formé exclusivement de consommateurs récents, donnerait de meilleurs résultats. Par contre, si on teste ce modèle uniquement chez les consommateurs de longue date, on ne pourra obtenir de résultats intéressants qu'à condition de retirer la variable concernant les visites médicales qui s'avère moins pertinente chez des consommateurs de longue date. En effet, on comprendra que la visite médicale ne constitue pas un facteur d'influence chez ces aînés puisque 60 à 70 % des re-prescriptions s'effectuent sans rencontre entre la personne et le médecin (Straand, Rokstad, 1997; Van der Waals et al., 1993). En outre, ces recherches démontrent, qu'une fois la consommation commencée, la situation se modifie rarement (Isacson, 1997; Stewart, 1994). De plus, il serait souhaitable d'inclure dans la variable de la santé mentale une dimension touchant à la nervosité. En bref, ce modèle réussit davantage à définir le phénomène en raison de sa mesure de la santé mentale, mais les caractéristiques de l'échantillon limitent sa portée explicative.

Le troisième modèle proposé a été testé chez des consommateurs de psychotropes exclusivement ( $n = 94$ ) (Pérodeau et al., 1992). L'attitude envers les psychotropes et les stresseurs constituent les variables principales de leur modèle. Les chercheuses montrent que plus l'aîné vit d'événements stressants, des événements de vie majeurs, moins il fera usage de psychotropes. Ce résultat appuie le rôle plus secondaire des stresseurs majeurs chez des consommateurs de psychotropes. L'attitude envers les psychotropes témoigne de l'importance du rôle joué par l'aîné sur sa consommation. Une personne âgée qui présente une vision positive des psychotropes en consomme davantage ( $B = 0,24, p = 0,05$ ). Il est possible que cette variable ait su appréhender une partie des attitudes âgistes des aînés envers le psychotrope tel qu'identifié dans cette étude doctorale.

Les conclusions des auteurs (Pérodeau et al., 1992) suggèrent que la consommation de psychotropes se retrouve plus soumise à des événements de vie récents et à l'attitude de l'aîné vis-à-vis du psychotrope qu'à la détresse psychologique. Pour appuyer leurs résultats, ils rapportent des études qui établissent que l'attitude envers les psychotropes devient plus positive lorsqu'une personne en consomme sur une longue période (Chambers & White, 1980; Clinthorne, Cisin, Balter, Mellinger, &

Uhlenhuth, 1986) et, du même coup, elle minimise les conséquences néfastes de ces médicaments (Chambers & White, 1980; Helman, 1981). Leur modèle permet de clarifier 17 % du phénomène.

Les résultats de la présente étude rejoignent une partie des conclusions de ces auteurs. Lorsque ces auteurs rapportent que les événements de vie récents jouent un rôle important, on peut faire un parallèle avec les stressseurs multiples. De même que l'attitude vis-à-vis des psychotropes peut se comparer aux attitudes âgistes. Enfin, l'absence d'association entre les symptômes psychiatriques de la dépression et de l'anxiété et l'usage continu de psychotropes corrobore nos résultats. Or, comme dans notre recherche, des entrevues ont été réalisées, nous avons eu l'opportunité d'avancer l'hypothèse que c'est la nervosité, l'insomnie et la dépendance qui expliquent le recours continu aux psychotropes.

Néanmoins, les résultats de notre recherche illustrent que le phénomène s'avère encore plus complexe. En effet, s'il est vrai que des participants minimisent les risques associés à l'usage des psychotropes, d'autres, par contre, craignent ce médicament. De plus la vision positive du psychotrope ne s'illustre pas toujours clairement dans le discours des participants. Un phénomène opposé se présentait dans leurs propos. Ils pouvaient affirmer que le psychotrope comporte des risques, qu'ils ne souhaiteraient pas qu'un de leur enfant en consomme et en même temps, la majorité des participants ne considère pas qu'il soit désirable, pour eux, d'arrêter de consommer leurs psychotropes. Il semble que le regard qu'un aîné porte sur le psychotrope varie substantiellement. L'attitude que l'aîné développe envers le psychotrope se trouve modelé par le contexte et cet élément doit être exploré.

La prise en considération des résultats, obtenus par les modèles présentés ci-dessus, ajoutés aux résultats de cette recherche, pourront possiblement raffiner les prochaines propositions théoriques. Une séparation du phénomène va possiblement entraîner des résultats plus significatifs dans le futur.

L'investigateur n'est pas le premier à démontrer qu'il règne des facteurs et un contexte dissemblables lors de l'émission de l'ordonnance initiale de la re-prescription. Collin et collègues (1999) rapportent que les médecins ne voient pas du même œil la



nouvelle prescription du renouvellement. Il appert que les consommateurs développeraient à la longue des attitudes mixtes envers le psychotrope, ce qui les différencie, dès ce moment, des consommateurs récents et évidemment des non utilisateurs de psychotropes. Cette vision mixte du psychotrope s'est manifestée clairement chez les participants. Par exemple, 48 % des participants considèrent qu'il est souhaitable d'arrêter de faire usage de psychotropes contre 52 % qui affirment l'inverse. On ne peut donc dissocier le contexte qui interagit avec le processus plus rationnel du recours aux psychotropes et du maintien de la consommation.

En bref, les résultats de cette recherche suggèrent qu'un consommateur de psychotropes peut présenter une santé mentale positive et croissante. Cette amélioration de la santé mentale ne se répercute pas sur l'usage des psychotropes. Il appert donc qu'il réside d'autres facteurs responsables du maintien à long terme de ces médicaments.

La piste privilégiée par l'investigateur pour expliquer ces autres facteurs se porte sur la distinction du phénomène entre l'amorce et le maintien de l'usage de psychotropes. Il prévaudrait deux phénomènes de la consommation de psychotrope chez les personnes âgées vivant en résidence. En effet, il semble être sans équivoque qu'il réside des facteurs d'influence différents lors de l'initiation de la consommation et lors de l'usage à long terme.

Cette recherche est la première à avoir étudié auprès d'un même échantillon, l'association entre la santé mentale et l'usage des psychotropes en prenant en considération des données étiques et émiques. Ceci a permis d'aller en profondeur dans la compréhension du phénomène. Les résultats sont présentés en bref dans les paragraphes suivants.

Les éléments déclencheurs diffèrent selon le phénomène dans lequel se situe l'aîné. Il semble que le psychotrope se prescrive lors d'un événement stressant majeur alors que le consommateur de longue date en fait usage pour répondre à une multitude de stressseurs.

La détérioration de la santé mentale représente le symptôme le plus souvent vécu par l'aîné qui débute la consommation, alors que la nervosité, l'insomnie et la dépendance constituent les symptômes rapportés par le consommateur de longue date.

Si on s'appuie sur les recherches auprès de la population en général, environ 25 à 45 % des consommateurs de longue date de psychotropes développeront une dépendance à cette molécule. Évidemment, on ne retrouve pas ces aînés dépendants chez les nouveaux consommateurs. Alors que chez les aînés utilisateurs de longue date, il existe un sous-groupe réel de consommateurs dépendants.

Lors de l'initiation de la première prescription, le rôle du médecin est crucial. Toutefois, son influence s'avère négligeable lors des ordonnances subséquentes. L'aîné, lui, semble jouer le rôle inverse et prendre une responsabilité limitée lors de l'initiation, mais remplir un rôle majeur dans la reconduction de la prescription.

Les professionnels de la santé et l'entourage influencent l'aîné dans les deux phénomènes. Par contre, on ne peut pas déterminer de convergence dans leur façon d'agir dans le phénomène. Il apparaît résider autant d'influences distinctes que de types de personnalité et de dynamiques familiales. Il semble toutefois que leur rôle dans les deux phénomènes demeure secondaire puisque l'aîné discute peu de sa consommation de psychotropes. Le consommateur de psychotrope ne désire pas parler de son recours aux psychotropes car ceux-ci portent une étiquette négative ainsi que les problèmes qu'ils soignent.

### **Forces et limites de l'étude**

Les forces de cette étude sur le plan de la méthode se rapportent à l'échantillon formé exclusivement de consommateurs, aux données longitudinales, à l'activité de groupe à caractère physique et aux entretiens. L'apport majeur de cette recherche sur le plan des connaissances consiste à la mise en évidence de deux phénomènes différents pour expliquer la consommation de psychotropes chez l'aîné. Dans la même veine, la suggestion de redéfinir la santé mentale et la dépendance aux psychotropes sont des contributions originales aux développements futurs des connaissances dans le domaine.

Le fait d'avoir étudié exclusivement des utilisateurs de psychotropes a augmenté notre compréhension du phénomène. L'examen de la santé mentale et de la consommation de psychotropes, en tentant de comprendre cette interaction chez des consommateurs exclusivement, nous a permis d'aller plus loin qu'auparavant. Les études antérieures ont toujours tenté, à l'exception de celle Pérodeau et collègues (1992), d'expliquer l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes en comparant la santé mentale des non-consommateurs psychotropes avec celle des utilisateurs de psychotropes. Les recherches précédentes ont permis de démontrer qu'il prévaut effectivement un lien entre une santé mentale détériorée et la consommation de psychotropes. Cependant, elles n'ont jamais pu établir pourquoi ce n'était pas tous les consommateurs de psychotropes qui affichaient une santé mentale dégradée. Soixante à soixante-dix pourcent des consommateurs de psychotropes de ces études ne présentaient pas de dépression. Ils n'ont jamais tenté d'expliquer ce constat. Cette recherche vient élucider ces pourcentages et propose que ces consommateurs âgés en font usage pour répondre à leur nervosité et insomnie ou parce qu'ils sont dépendants de la molécule.

Le devis de recherche utilisé dans cette recherche a permis la collecte de données à plusieurs reprises. Ceci nous a fourni un regard unique sur le lien unissant la santé mentale et l'usage de psychotropes. Les données ont illustré avec clarté qu'une personne âgée pouvait améliorer son niveau de santé mentale sans modifier sa consommation de psychotropes. Aucune étude n'a analysé cette association d'un point de vue longitudinal.

De plus, l'activité de groupe à caractère physique constitue une idée novatrice dans l'étude des psychotropes chez l'aîné. L'introduction de cette activité a favorisé l'observation de l'association entre la santé mentale et le recours aux psychotropes. En stimulant la santé mentale, l'activité a favorisé un examen dynamique du lien unissant ces variables. Ceci a contribué à comprendre la place de la santé mentale dans le phénomène. Aucune étude n'avait réussi à créer un dynamisme entre ces variables pour observer leur lien.

Les entretiens en profondeur représentent une percée également dans le domaine de la recherche sur le phénomène de la consommation de psychotropes. Aucune recherche n'avait tenu compte du point de vue des personnes âgées. Le discours des aînés a permis de redéfinir le lien unissant la santé mentale et la consommation de psychotropes. En fait, les entretiens sont à la base de l'apport majeur de cette recherche doctorale.

Cet apport majeur s'avère la mise à jour de deux phénomènes distincts quant aux utilisateurs âgés de psychotropes. L'ensemble des avantages, quant à la méthode de recherche choisie, a favorisé la découverte de ces deux phénomènes. La démonstration, que les éléments en jeu lors de l'amorce de la consommation diffèrent de ceux qui en maintiennent l'usage, constitue la contribution la plus significative de cette étude.

Déoulant de cette percée, la proposition de modifier la conceptualisation de la santé mentale selon le type de consommateurs de psychotropes marque un pas de plus dans le développement des connaissances.

Enfin, la suggestion que la dépendance existe chez les consommateurs âgés et surtout qu'elle se manifeste autrement chez l'aîné constitue une proposition pour le développement des connaissances fort intéressante.

Cette recherche comporte toutefois des limites se rapportant à l'échantillon et à la réactivité aux conditions expérimentales.

L'échantillon n'est pas probabiliste. Les résultats obtenus peuvent donc être le résultat de la particularité de l'échantillon (fluctuation de l'échantillonnage). Toutefois, afin de minimiser ce biais, les deux résidences ont été choisies aléatoirement, ce qui demeure préférable que d'avoir sélectionné volontairement une résidence. Les aînés qui ont participé à la recherche étaient volontaires, ce qui constitue un biais de sélection. Toutefois, la comparaison, ci-dessous, entre les échantillons des études antérieures et celle-ci suggère que les différences sont modestes.

Vous retrouvez entre les symboles suivants «[ ]» les caractéristiques des participants de la présente étude. Pérodeau et Galbaud du Fort (2000) qui ont constitué leur échantillon (n= 109 consommateurs; n= 90 non consommateurs) à partir d'un service à domicile à Verdun obtiennent chez les consommateurs un âge moyen de 77,8 ans [79 ans], constitué en grande partie de femmes, (84 %, [88 %]) veuves (57 %, [62,5 %]). Le trois quarts des consommateurs font usage d'anxiolytiques [83,3 %], 11% d'antidépresseurs [27 %] et 10% utilisent les deux simultanément [14,6 %]. Allard et collègues (1995) rapportent que 65,4 % consomment des anxiolytiques [83,3 %], 38,4 % des sédatifs-hypnotiques [15 %] et 12,6% des antidépresseurs [27 %]. Une autre recherche québécoise montre que 79 % des participants de leur échantillon font usage de tranquillisants mineurs (anxiolytiques, sédatifs-hypnotiques) [83,3 %] et 15,6 % d'antidépresseurs [27 %] (Pérodeau et al., 1992). D'autres chercheurs (Aparasu et al., 1998; Berg & Dellasega, 1996) indiquent que 90 % des psychotropes prescrits aux aînés concernent des anxiolytiques et des antidépresseurs [84 %]. Une étude (Gleason et al., 1998) rapporte que leurs participants consommaient majoritairement des anxiolytiques (73 %) [83,3 %] et des sédatifs-hypnotiques (22,5 %) [15 %] et que les deux tiers des prescriptions étaient de type «au besoin» (PRN) [65%]. Enfin, les participants consomment des psychotropes depuis 9 ans, ce qui correspond aux chiffres issus d'autres recherches qui affichent une durée de 9 ans (Ettore et al., 1994) et 10 ans (Pérodeau & Ostol, 1992). On constate, comme on le soulignait ci-dessus que, même s'il y a une légère variabilité entre les paramètres de ces échantillons, ils se montrent quand même relativement équivalents.

Il semble donc que les consommateurs de psychotropes qui ont participé à l'activité de groupe à caractère physique ne diffèrent pas de façon majeure des consommateurs des autres recherches. Ces résultats pourraient donc être comparés avec des personnes âgées autonomes consommatrices de psychotropes vivant en résidence, mais non auprès de l'ensemble de la population âgée.

Outre cela, la faible taille de l'échantillon appelle à la prudence dans la généralisation des résultats. Deux raisons ont contribué à obtenir un petit échantillon. La difficulté à recruter des individus qui consomment des psychotropes en raison du caractère spécial que revêt ce type de médicament (stigmatisation) et la difficulté

reconnue face au recrutement d'individus dans un programme de promotion de la santé, surtout lorsqu'une clientèle est visée (2-10%).

L'interactions du participant avec le chercheur et avec les conditions environnementales peuvent avoir modifié le comportement de l'aîné. Ces biais s'avèrent être l'effet de réactivité (la réaction des participants au fait d'être étudiés), l'effet Hawthorne (la modification des comportements des participants puisqu'ils sont étudiés) et imaginer l'hypothèse ou la désirabilité sociale (les participants imaginent ou supposent l'hypothèse à l'étude et se comportent de manière à répondre aux attentes). Il est difficile d'établir si ces biais se sont présentés en l'absence de groupe témoin. Ces biais se trouvent possibles pour les deux variables centrales de l'étude. Le moyen de diminuer le risque de ces biais a été de donner des explications précises sur la façon de répondre aux questionnaires (pas de bonnes, ni de mauvaises réponses) et de souligner que les réponses demeurent confidentielles. Sur la plan de la mesure de la santé mentale, aucune révélation ou observation ne permet d'insinuer que les participants aient modifié leur marque. Sur le plan des psychotropes, même en présence de ces précautions, deux participants ont rapporté avoir modifié leur usage de psychotropes durant la recherche car ils croyaient que cela serait bien perçu. Les conséquences de ce changement demeurent difficiles à estimer, mais comme les cheminements individuels diffèrent considérablement, cela suggère que la réaction ne s'est pas manifestée d'une seule façon chez les participants.

L'apparition d'un facteur historique c'est-à-dire l'arrivée d'un événement particulier, non relié à l'étude qui affecte la réaction du participant quant aux variables à l'étude (santé mentale et consommation de psychotropes) s'avère très difficile à reconnaître en l'absence de groupe témoin. L'investigateur a été soucieux de tous les événements médiatiques ou autres durant la durée de l'étude qui auraient pu avoir une influence sur les résultats. En ce qui à trait à la santé mentale, aucun événement historique n'a été identifié. Sur le plan des psychotropes, une étude de Tamblyn (1999) indique que la consommation de psychotropes a diminué à la suite de l'instauration du régime général d'assurance-médicaments. Par contre, la présente étude s'est réalisée deux ans et demie après l'implantation de ce régime. Ainsi, les effets observés dans l'étude de Tamblyn n'ont probablement plus d'influence dans cette recherche. D'ailleurs,

au mois d'octobre 1997, les trajectoires de l'étude de Tamblyn ne démontrent plus de tendances.

Enfin, comme on le soulignait au début de ce chapitre, il est possible que la durée du programme d'activité de groupe à caractère physique n'ait pas été assez longue pour permettre d'observer un changement dans la consommation de psychotropes malgré une amélioration de la santé mentale. Ainsi, peut-être qu'avec un programme plus long, on aurait pu observer une modification dans le recours aux psychotropes. De plus, si la variable dépendante ne se modifie pas au courant de l'étude, comme ce fut le cas dans cette recherche, il devient alors ardu d'évaluer le niveau d'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Dans cette même lignée, on peut ajouter que l'absence de modification de la consommation de psychotropes dans un devis à groupe unique limite grandement l'analyse des facteurs reliés à l'usage de ces médicaments.

L'investigateur a pris en considération l'ensemble de ces biais pour favoriser l'observation de la santé mentale et l'usage des psychotropes dans le temps. De plus, une variable contrôle (visite chez le médecin) avait été introduite dans le devis afin d'éviter l'impact d'un acteur extérieur à l'étude qui aurait pu modifier l'association entre la santé mentale et la consommation de psychotropes. Comme il l'a été démontré, le médecin n'a pas influencé l'absence d'association entre ces variables.

### **Pistes de recherche**

Les utilisateurs de psychotropes de la présente étude situent la santé mentale au centre du phénomène. Toutefois, selon eux, la santé mentale correspond davantage à la nervosité et aussi, plus occasionnellement, par la solitude, la tristesse et la dépression. Il s'avèrerait important d'analyser si cette transformation de la nature de la santé mentale s'opère auprès d'autres échantillons formés de consommateurs exclusivement. Des devis de type descriptif, longitudinaux et des méthodes qualitatives auprès de consommateurs pourront corroborer ou non les résultats de cette étude.

Dans la même veine, les chercheurs attestent de la dépendance des individus envers la molécule psychoactive. Toutefois, il apparaît que la dépendance aux

psychotropes pourrait se manifester par d'autres comportements que ceux des jeunes toxicomanes. Dans cette recherche, il semble que l'évocation des stressseurs multiples pour justifier le maintien de l'usage et le besoin d'avoir une réserve de psychotropes, constitueraient des exemples de dépendance possible chez l'aîné. Les recherches ultérieures devraient tenter de redéfinir la dépendance et la toxicomanie chez l'aîné. Des recherches qualitatives et descriptives semblent constituer des angles de recherche appropriés.

Le modèle explicatif de l'amorce de la consommation propose plusieurs relations entre les variables. Il serait intéressant que d'autres études examinent ces liens chez des consommateurs. Le modèle du maintien de la consommation offre des associations qui nécessitent des approfondissements. Une étude prospective longitudinale auprès d'une cohorte de personnes âgées pourrait permettre d'évaluer la qualité de ces modèles. On pourrait déterminer la justesse de ces modèles en prenant en considération le type de consommateurs. On examine un nouveau consommateur de psychotropes et un utilisateur de longue date à la lumière de leur modèle respectif. De plus, d'autres recherches émiques vont favoriser la compréhension du phénomène et évaluer l'applicabilité de ce modèle auprès d'autres échantillons.

L'âgisme s'avère un élément à considérer dans l'étude des psychotropes chez l'aîné. Il se manifeste autant chez les personnes âgées que dans leur entourage et chez les professionnels de la santé. Il apparaît crucial d'identifier toutes les formes de cette discrimination et leur impact. Les études exploratoires pourront nous éclairer sur cet aspect.

L'isolement que vivent les consommateurs de psychotropes en rapport avec leur usage de psychotropes exige des éclaircissements. Les personnes âgées ne parlent pas de psychotropes et les professionnels de la santé semblent leur remettre entre les mains la responsabilité de contrôler leur consommation. Toutefois, en présence d'une molécule qui crée la dépendance, cette situation demande des explications. D'autres recherches sont nécessaires pour affirmer ou infirmer cette observation. Des recherches dans les milieux cliniques (hôpitaux, CLSC, cabinets privés, résidences) pourraient supporter ou non cette déresponsabilisation et ces conséquences.



Dans la même lignée, le psychotrope revêt un caractère particulier dans la famille des médicaments. Le malaise soigné est ressorti dans cette étude comme étant un élément de réponse à ces distinctions. Ce rapport entre les médicaments devrait être approfondi. De plus, la symbolique du psychotrope dans l'univers des aînés est complexe. On a dégagé plusieurs perceptions, parfois opposées en lien avec cette molécule. Il faudrait, là encore, accentuer les recherches pour comprendre ces perceptions qui peuvent être à l'origine de différents comportements chez l'utilisateur âgé. Les recherches émiques s'avèrent l'angle de choix pour comprendre ces différentes perceptions.

La sous-consommation ou sous-exploitation des prescriptions requiert un approfondissement. Les éléments de réponses obtenus au cours de cette recherche suggèrent entre autres que les effets secondaires, la disparition des symptômes et la peur du psychotrope constituent les raisons de ce phénomène. Toutefois, on peut se demander si le psychotrope demeure efficace à ce dosage et s'il est toujours nécessaire de le consommer à ce dosage ? Et dans l'optique qu'à ce dosage les effets bénéfiques se trouvent absents, est-ce que ce phénomène représente une forme subtile de dépendance psychologique ? Des études descriptives et des méthodes de recherche qualitatives permettraient de préciser notre compréhension de ce phénomène.

L'évaluation de l'efficacité du traitement pharmacologique sur une longue période représente une autre piste de recherche. Cette recherche a montré que la santé mentale de consommateurs de psychotropes peut être positive et s'améliorer. Elle a également soulevé la variabilité des états psychologiques des consommateurs. Ces trajectoires devraient faire l'objet d'autres recherches et les mettre en lien avec l'usage de psychotropes. Des devis de recherche longitudinaux sont donc à promouvoir pour éclairer cet aspect.

La dépendance chez les consommateurs de psychotropes représente un phénomène réel et préoccupant. Le développement d'outils qui permettrait de cibler les aînés dépendants des psychotropes constitue un défi majeur pour le futur.

Par ailleurs, les recherches s'orientent présentement vers des facteurs biologiques et psychosociologiques. Leurs résultats demeurent inconcluants. Les

perceptions des consommateurs de psychotropes de cette étude montrent des paradoxes importants. La peur du psychotrope peut habiter la même personne qui a déjà tenté d'arrêter de consommer et qui soutient tout de même qu'il n'est pas souhaitable d'arrêter de consommer. Des chercheurs démontrent que le trait de personnalité de l'aîné joue un rôle déterminant dans le type d'observance des médicaments (Ankri, Beaufils, Ledisert, Henrard, 1997). Une piste de recherche possible est d'examiner la place prise par le type de personnalité dans le phénomène.

En somme, à la suite des résultats de cette recherche, plusieurs questions se posent. De toute évidence, les réponses à ces questionnements proviendront de tous les devis de recherche à notre disposition. Néanmoins, il nous apparaît que les devis longitudinaux, expérimentaux et les méthodes de recherches qualitatives devraient caractériser le futur de la recherche sur l'usage des psychotropes chez l'aîné vivant dans la communauté.

### **Recommandations pour la discipline infirmière**

La discipline infirmière doit poursuivre les recherches auprès des aînés consommateurs de psychotropes. Deux modèles explicatifs ont été élaborés dans cette étude doctorale pour expliquer la consommation de psychotropes. En raison des effets potentiellement néfastes des psychotropes sur la santé des aînés, il s'avère crucial qu'on puisse comprendre ce phénomène le plus tôt possible. Le développement de modèles comme ceux de cette étude représente une voie que la discipline peut emprunter pour contribuer à la sécurité des aînés par des avancées théoriques.

Le raffinement par d'autres recherches des modèles explicatifs de l'usage des psychotropes contribuera à enrichir notre compréhension de l'aîné. Cette recherche a développé des connaissances qui s'inscrivent dans le besoin d'éviter les dangers, ce qui les insère dans la structure épistémologique de la discipline. Qui plus est, les liens proposés entre les stressors, la nervosité et le recours aux psychotropes touchent à des thèmes significatifs pour la discipline. En effet, l'adaptation, les moyens de coping, l'interaction de l'individu avec son environnement constituent des concepts centraux de la discipline (Donaldson & Crowley, 1978). Ces connaissances peuvent servir d'assises

sur lesquelles d'autres recherches infirmières participeront au cumul des savoirs nécessaires à la compréhension des phénomènes complexes.

La pratique infirmière peut également bénéficier des résultats de cette recherche sur différents plans. Les résultats montrent que la santé mentale ne constitue pas le seul facteur responsable de l'usage de psychotropes. Les infirmières auraient avantage à œuvrer auprès des aînés consommateurs de psychotropes afin de les soutenir à soulager les symptômes pour lesquels ils maintiennent leur usage de psychotropes. Il appert que la nervosité, l'insomnie, la tristesse, la solitude et la dépression représentent les symptômes évoqués par les participants de cette recherche pour justifier le recours continu aux psychotropes. Or, pour chacun de ces symptômes, les infirmières possèdent l'expertise pour intervenir. Que ce soit par la relation d'aide individuelle ou en groupe, par des thérapies cognitives ou comportementales ou encore la récréologie, ces interventions peuvent contrer ces symptômes. De plus, une intervention comportementale touchant l'hygiène de sommeil a également fait ses preuves chez l'aîné.

Plus de la moitié des participants de cette recherche a déjà tenté de cesser d'utiliser leurs psychotropes. La moitié se disait insatisfaits de leurs psychotropes et considère qu'il est souhaitable d'arrêter de les consommer. Des participants qui ont effectué des tentatives d'arrêt de psychotropes seulement 18 % disent avoir bénéficié d'une implication professionnelle qui les a encouragés à arrêter. Pourtant, des procédures rigoureuses existent pour faciliter l'arrêt des psychotropes. Lorsqu'on demandait aux participants si l'infirmière pouvait les aider à stopper leur consommation, seulement 20 % d'entre eux pensaient que cette professionnelle le pouvait. La profession devrait jouer un rôle plus important auprès de l'aîné. Des services de sevrage de psychotropes spécifiquement développés pour les aînés devraient voir le jour. Les infirmières détiennent l'expertise nécessaire pour mettre de l'avant de tels programmes. Dans le même sens, d'ici à ce que de tels services soient en place, les infirmières des Centres locaux de services communautaires (CLSC), de Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et celles en résidence privée devraient prendre une place plus active pour contrer l'usage continu de psychotropes par des interventions préventives visant une bonne santé mentale et par des interventions individuelles de sevrage.

L'âgisme constitue une retombée significative de cette recherche. L'âgisme se présente autant chez les professionnels de la santé que chez l'aîné. Cette recherche qui s'est consacrée aux aînés a permis de montrer que ceux-ci considèrent que rendus à leur âge avancé, ils ne sont pas touchés par les effets néfastes des psychotropes. Ils estiment que même si ces effets négatifs apparaissaient, ils ne vivront pas assez longtemps pour en souffrir. Des campagnes d'information s'avèrent essentielles pour corriger ces fausses conceptions. Les infirmières peuvent une fois de plus remplir ce mandat.

Dans la même lignée que la recommandation précédente, la minimisation des psychotropes et paradoxalement la peur des psychotropes témoignent de la confusion qui entoure les représentations que se font les aînés de ces médicaments. Cet embrouillement de perceptions entraîne au moins deux conséquences. La première portant sur la minimisation fait que des aînés ne connaissent pas les dangers réels qui s'adjoignent à l'usage des psychotropes. La deuxième portant sur la peur fait que des aînés qui requièrent des psychotropes réduisent leurs doses d'antidépresseurs et ainsi diminuent considérablement les effets bénéfiques du médicament. La diffusion de l'information par les infirmières constitue de nouveau un rôle qu'elles peuvent prendre pour contrer ces conséquences de l'ignorance.

Des perceptions erronées se présentent également en ce qui a trait aux problèmes psychologiques. Le discours des participants a montré que l'observance des médicaments se trouve influencé par le type de malaise qui est soigné par le médicament. Ainsi, on a démontré que les participants ne modifieraient jamais le dosage d'un médicament cardiaque. À l'inverse, puisqu'un psychotrope traite des problèmes psychologiques, donc moins importants selon eux, on peut modifier la prescription. La mauvaise connaissance des troubles psychologiques se révèle donc présente chez les aînés. La discipline infirmière possède les ressources nécessaires pour faire de l'éducation sur le sérieux des problèmes de santé mentale qui exigent, eux aussi, un traitement rigoureux.

La formation professionnelle peut, elle aussi, retirer des dividendes de cette recherche. La formation devrait préparer les infirmières à jouer un rôle accru auprès des aînés. Elle doit mettre en évidence l'efficacité des interventions infirmières visant le bien-

être psychologique des aînés. Les infirmières doivent comprendre, suite à leur formation, qu'elles ont un rôle autonome important auprès des consommateurs de psychotropes.

Les interventions visant la santé mentale des personnes âgées (relation d'aide individuelle, thérapie de groupe, thérapies cognitives et comportementales, etc.) doivent être valorisées dans les programmes de baccalauréat. Le courant des milieux de vie met beaucoup d'accent sur les loisirs chez la personne âgée. Cette vision entraîne des effets pervers dont le mythe que les aînés ne nécessitent que des loisirs. Du soutien psychologique dans un cadre rigoureux est à promouvoir dans la formation des infirmières. La relation d'aide ne doit pas être seulement considérée pertinente chez l'adulte souffrant de troubles mentaux.

Le psychotrope doit également être abordé dans les cours de soins infirmiers à la personne âgée. La valeur des psychotropes, c'est-à-dire leurs avantages et inconvénients, doivent être présentés clairement afin que les infirmières contribuent à projeter une image nette de ceux-ci. Leurs connaissances approfondies de ces substances se répercuteront sur leurs conseils aux aînés. Ces derniers pourront ainsi comprendre la valeur du psychotrope.

Les procédures de sevrage de psychotropes doivent également s'insérer dans la formation des infirmières. Une proportion considérable de participants à cette étude qui désirent stopper leur usage de psychotropes profiterait du soutien d'une professionnelle compétente. Différents procédés existent et les infirmières qui pratiquent dans tous les milieux où se trouve la personne âgée pourraient devenir les professionnels pivots pour contrer l'usage continu de psychotropes chez l'aîné.

## **Conclusion**

La consommation de psychotropes constitue un phénomène complexe. L'ampleur de la consommation ainsi que ces conséquences importantes pour la santé des aînés conduisent les chercheurs à identifier les facteurs associés à son usage. La

recension des écrits démontrait qu'il fallait approfondir notre connaissance du lien unissant la santé mentale à l'usage de psychotropes.

Pour comprendre ce lien, une étude longitudinale préexpérimentale à mesures répétées a été entreprise. De plus, une intervention novatrice a été insérée dans l'étude afin d'examiner dynamiquement l'association entre la santé mentale et l'usage de psychotropes. Plusieurs tests statistiques ont été faits. Les résultats, à partir des données numériques, n'ont supporté, en aucun cas, l'association entre ces variables. Mains facteurs furent pris en considération pour s'assurer que l'association ne se trouvait pas masquée par l'un d'entre eux. Les résultats sont demeurés les mêmes.

Cette association infructueuse additionnée aux entretiens en profondeur ont permis d'offrir des modèles explicatifs de la consommation de psychotropes. Les conclusions de cette recherche suggèrent que nous assistons à deux phénomènes différents. L'amorce de la consommation et le maintien de celle-ci apparaissent soumis à des facteurs et contextes distincts. Ainsi, deux modèles découlent de cette recherche et offrent un nouveau point de départ pour des études subséquentes.

## Références

- Abourezk, T. (1989). The effects of regular aerobic exercise on short-term memory efficiency in the older adults. In A. Ostrow (Ed), *Aging and motor behavior*, (pp. 105-113). Indianapolis: Benchmark.
- Adams, B.N. (1967). Interaction theory and the social network. *Sociometry*, 30, 64-78.
- Aenchbacher, L.E., Dishman, R.K., & Tieman, J. (1991). Physical inactivity is related to self-rated depression in free-living women aged 60 to 86. *Medicine Sciences and Sports Exercises*, 23, 82.
- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G., & Langlois, S.-P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 193-204.
- Allgulander, C. (1989). Psychoactive drug use in general population sample, Sweden: Correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record linkage study. *American Journal of Public Health*, 79, 1006-1010.
- Andrews, F.M., & McKennell, A.C. (1980). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 4, 127-155.
- Andrews, F.M., & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of Well-Being*. New-York: Plenum Press.
- Angermeyer, M.C., Däumer, R., & Matschinger, H. (1993). Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public : Results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry*, 26, 114-120.
- Ankri, J., Beaufils, B., Ledisert, D., & Henrard, C. (1997). Comportements vis à vis des médicaments et représentations de soi chez des personnes âgées souffrant de maladies chroniques. *Social Science and Medicine*, 44, 337-345.
- Ankri, J., Collin, J., & Pérodeau, G. (2000). Médicaments psychotropes et sujets âgés. *Deuxième séminaire d'été franco-québécois sur la santé et le vieillissement*. Montréal. Université de Montréal.
- Aparasu, R.R., Mort, J.R., & Sitzman, S. (1998). Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. *Clinical Therapy*, 20, 603-616.
- Assemblée Nationale du Québec. (1993). Règlement sur la tenue des pharmacies en vertu de la Loi sur la pharmacie. *Gazette officielle du Québec*, 26, 4184.
- Bahrke, M.S., & Morgan, S. (1978). Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 323-333.
- Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M., & Woodcock, J. (1970). *A study of repeat prescriptions in general practice*. London: Tavistock.
- Baltes, P.B., & Nesselroade, J.R. (1979). History and rationale of longitudinal research. In J.R. Nesselroade & P.B. Baltes (Eds), *Longitudinal research in the study of behavior and development* (pp.1-39). New York: Academic Press.
- Barbeau, G. (1990). Médicament et vieillissement: à la recherche d'une identité. *Les cahiers des journées de formation annuelle du sanatorium Bégin*, 9, 27-43.
- Barbeau, J., Guimond, J., & Mallet, L. (1991). *Médicaments et personnes âgées*. St-Hyacinthe (Qc): EDISEM.



- Barbeau, G., & Zay, N. (1988). Adhésion au traitement médicamenteux par les personnes âgées. Document inédit.
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress: beyond the buffering hypothesis. In L.H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning*. Beverly Hills: Sage.
- Barrett, T.R., & Watkins, S.K. (1986). Word familiarity and Cardiovascular health as determinants of age-related recall differences. *Journal of Gerontology*, 41, 222-24.
- Beall, C.S., Baumhover, L.A., Maxwell, A.J., & Pieroni, R.E. (1996). Normal vs pathological aging: Knowledge of family practice residents. *The Gerontologist*, 36, 113-117.
- Becker, L.C. (1992). Good lives: Prolegomena. *Social Philosophy and Policy*, 9(2), 15-37.
- Beers, M., Avorn, J., Soumarai, S.B., Everitt, D.E., Sherman, D.S., & Salem, S. (1988). Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. *Journal of American Medical Association*, 260, 3016-3020.
- Benkert, O., Graf-Morgenstern, M., Hillert, A., Sandmann, J., Ehmgig, S., Weissbecker, H., Kepplinger, H.M., & Sobota, K. (1997). Public opinion on psychotropic drugs: An analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 151-158.
- Berg, S., & Dellasega, C. (1996). The use of psychoactive medications and cognitive function in older adults. *Journal of Aging and Health*, 8, 136-149.
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 170-184.
- Bergin, B., & Baron, J. (1995). Les aînés et la toxicomanie. *L'infirmière canadienne*, 91(4), 39-43.
- Biddle, S.J.H., & Fox, K.R. (1989). Exercise and health psychology: emerging relationship. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 205-216.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Paffenbarger, R.S., Clark, D.G., Cooper, K.H., & Gibbons, L.W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, 262, 2395-401
- Blais, L., Couture, J., Rahme, E., & Le Lorier, J. (1998). *Impact of the Quebec general drug insurance plan on drug, consumption among individuals receiving social assistance*. Communication orale au 2e colloque du Réseau du Fond de la Recherche en Santé du Québec sur l'Utilisation des Médicaments, Québec.
- Blankfort-Doyle, W., Waxman, H., Coughy, K., Naso, F., Carner, E.A., & Fox, E. (1989). An exercise program for nursing home residents. In A.C. Ostrow (Ed), *Aging and Motor Behavior* (pp.201-216). Indianapolis: Benchmark Press.
- Blazer, D. (1990). The epidemiology of depression in late life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 35-52.
- Blazer, D., Hughes, D.C., & George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist*, 27, 281-287.

- Bliwise, D.L., King, A.C., Harris, R.B., & Haskell, W.L. (1992). Prevalence of self-reported poor sleep in a healthy population aged 50-65. *Social Science and Medicine*, 34(1), 49-55.
- Blumenthal, J.A., Emery, C.F., Madden, D.J., Schniebolk, S., Walsh-Riddle, M., George, L.K., McKee, D.C., Higginbotham, M.B., Cobb, F.R., & Coleman, R.E. (1991). Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and women. *Journal of Gerontology*, 46, 352-361.
- Blumenthal, J.A., Emery, C.F., Madden, D.J., George, L.K., Coleman, R.E., Riddle, M.W., McKee, D.C., Reasoner, J., & Williams, R.S. (1989). Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *Journal of Gerontological Medicine science*, 44, 147-157.
- Bourdet, C., & Goldenberg, F. (1994). Insomnia in anxiety : Sleep EEG changes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 93-104.
- Bourque, P., Blanchard, L., Sadéghi, M.R., & Arsenault, A.M. (1991). État de santé, consommation de médicaments et symptômes de la dépression chez les personnes âgées. *La Revue canadienne du vieillissement*, 10, 309-319.
- Bouyer, J. (1997). *Méthodes statistiques, Médecine - Biologie*. Paris: ESTEM.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of pschological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradley, C. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitionners. *British Journal of General Practice*, 422, 454-458.
- Bridges-Webb, C., Mant, A., & Britt, H. (1985). Long term psychotropic drug prescription for general practice patients. *Family Practice*, 2, 238-240.
- Brown, D.R. (1992). Physical activity, ageing, and psychological well-being. *Canadian Journal of Sport Sciences*, 17, 185-193.
- Brown, G.W. (1996). Psychosocial factors and depression and anxiety disorders: some possible implications for biological research. *Journal of Psychopharmacology*, 10(1), 23-30.
- Bryant, F.B., & Verrof, J. (1982). The structure of psychological well-being: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-673.
- Buck, J.A. (1988). Psychotropic drug practice in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 409-418.
- Burgener, S.C., & Chiverton, P. (1992). Conceptualizing psychological well-being in cognitively-impaired older persons. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 24, 209-213.
- Burns, B., & Kamerow, D. (1988). Psychotropic drug prescriptions for nursing home residents. *Journal of Family Practice*, 26, 155-160.
- Burns, N., & Grove, S.K. (1993). *The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique & Utilization* (2<sup>e</sup> Ed). Philadelphie: Saunders.
- Burnside, I., & Schimdt, M.G. (1994). *Working with Older Adults, Group Process and Techniques* (3<sup>e</sup> Edition). Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Busfield, J. (1989). Sexism and Psychiatry. *Sociology*, 23, 343-364.

- Butson, T., & Fisher, P. (1997). Self medication on a geriatric reactivation unit. *Perspectives*, 21(4), 10-14.
- Cabot, A. (1990). *Effets d'un programme d'information et d'entraînement sur la qualité du sommeil de personnes âgées autonomes*. Mémoire de Maîtrise non publié. Montréal: Université de Montréal.
- Caldwell, J.R. (1996). Exercise in the elderly: An overview activities. *Adaptation & Aging*, 20, 3-7.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117-124.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russel Sage Foundation.
- Canada Health Survey. (1981). The Health of Canadians. *Report of the Canada Health Survey*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1994). The research file: exercise, anxiety and depression. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1163.
- Cappeliez, P. (1991). La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées. *Santé mentale et vieillissement, écrits en gérontologie*. Canada: Consultatif national sur le troisième âge.
- Casper, R.C. (1993). Exercise and mood. *World Review of Nutrition & Dietetics*, 71, 115-143.
- Casperson, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-130.
- Castle, N.G. (1999). Changes in resident and family risk factors for psychotropic drug use in nursing homes since the Nursing Home Reform Act. *Journal of Applied Gerontology*, 18(1), 77-98.
- Chambers, C.D., & White, O.Z. (1980). Characteristics of high-frequency consumers of prescription psychoactive drugs. *Chemical Dependencies : Behavioral and Biomedical Issues*, 4(1), 33-46.
- Chren, M., & Landefeld, S. (1994). Physician' behavior and their interactions with drug companies. *Journal of the American Medical Association*, 271, 684-689.
- Clapin-French, E. (1986). Sleep patterns of aged persons in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 57-66.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and social psychology*, 54, 296-308.
- Clinthorne, J.K., Cisin, I.H., Balter, M.B., Mellinger, G.D., & Uhlenhuth, E.H. (1986). Changes in popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *Archives of General Psychiatry*, 43, 527-532.
- Closser, M.H. (1991). Benzodiazepines and the elderly: A review of potential problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35-41.
- Cohen, D., & Collin, J. (1997). *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et*

- analyse des écrits*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health and Psychology, 7*, 269-297.
- Colenda, C.C., & Smith, S.L. (1993). Multivariate modeling of anxiety and depression in community-dwelling elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 1*, 327-338.
- Collin, J. (1999). Rationalité et irrationalité à l'origine des mésusages des médicaments. *Actualité et dossier en santé publique, 27*, 55-58.
- Collin, J., Damestoy, N., & Lalande, R. (1999). La construction d'une rationalité: les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences Sociale et Santé, 17*(2), 31-50.
- Conn, V., Taylor, S., & Miller, R. (1994). Cognitive impairment and medication adherence. *Journal of Gerontological Nursing, 20*(7), 41-47.
- Conn, V.S. (1991). Older adults: Factors that predict the use of over-the-counter medication. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 1190-96.
- Conover, W.J. (1980). *Practical Nonparametric Statistics (2nd ed)*. Toronto: John Wiley & Sons inc.
- Conseil consultatif de pharmacologie (1996). *Le traitement de la dépression*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conseil consultatif de pharmacologie. (1992). *Rapport d'étude sur le remboursement des benzodiazépines dans le cadre du programme de médicaments*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Cook, J.S., & Fontaine, K.L. (1991). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*. Montréal: ERPI.
- Cooper, J.W. (1994). Drug-related problems in the elderly patient. *Pharmacology and Older People, summer*, 19-27.
- Cormack, M.A., & Howells, E. (1992). Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Family Practice, 9*, 466-471.
- Cormier, D., & Trudel, J. (1990). *Médicaments, la surconsommation chez les personnes âgées*. Québec: Méridien.
- Coverley Veale De, D.M.W. (1987). Exercise and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*, 113-120.
- Cowper, P.A., Morey, M.C., Bearon, L.B., Sullivan, R.J., DisPasquale, R.C., Crowley, G.M., Monger, M.E., & Feussner, J.R. (1991). The impact of supervised exercise on the psychological well-being and health status of older veterans. *The Journal of Applied Gerontology, 10*, 469-485.
- Coyle, C.P., & Santiago, M.C. (1995). Aerobic exercise training and depressive symptomatology in adults with physical disabilities. *Archive in Physical Medicine Rehabilitation, 76*, 1179.
- CPS (1998). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, 33e édition*. Ottawa: Association pharmaceutique canadienne.

- Crimson, M.L. (1990). Psychotropic drugs in the elderly: principles of use. *American Pharmacist*, 30, 57-63.
- Cumming, E., Dean, L.R., Newell, D.S., & McCaffrey, I. (1960). Disengagement: A tentative theory of aging. *Sociometry*, 23, 23-35.
- Dallaire- Durocher, L. (1995). La prévention dans le domaine des médicaments chez les personnes âgées. *Le Gêrontophile*, 19 (4), 13-18.
- Damestoy, N., Collin, J., & Lalande, R. (1999). Prescribing psychotropic medication for elderly patients: Some physicians' perspectives. *Canadian Medical Association Journal*, 161(2):143-145.
- D'Amours, Y. (1988). *Activité physique, santé et maladie*. Québec: Québec/Amérique.
- Davidson, K.R. (1981). Conceptions of illness and health practices in a Nova Scotia community. In D. Coburn (Ed.), *Health and canadian society: Sociological perspectives* (p. 80-95). Toronto: Fitzhenry and Whiteside Limited.
- Dealberto, M.J., Seeman, T., McAvay, G.J., & Berkman, L. (1997). Factors related to current and subsequent psychotropic drug use in an elderly cohort. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 357-364.
- Desjardins, B. (1993). *Vieillesse de la population et des personnes âgées*. Ottawa: Statistique Canada, n. 91-133F au catalogue.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> Ed. (DSM-IV) (1994). Washington D.C. : American Psychiatric Association.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E.D. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 33, 103-157.
- Dishman, R.K. (1994). Introduction: consensus, problems, and prospects In R.K. Dishmann (Ed), *Advances in exercise adherence* (pp.1-27). Champaign (IL): Human Kinetics.
- Dohrenwend, B., & Dohrenwend, B.S. (1976). Sex differences and psychiatric disorders. *American Journal of Sociology*, 81, 1447-1454.
- Donaldson, S.K., Crowley, D.M. (1978). The discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120.
- Dubrana, D. (1999). Médicaments. *Science & Vie*, 978, 99-123.
- Dumas, J., Dubé-Bélanger, N., & Allard, C. (1982). Comportement des personnes âgées face aux médicaments. *Cahiers de l'ACFAS*, 11, 229-250.
- Ebersole, P.M., & Hess, P. (1994). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response* (3<sup>e</sup> Ed). St-Louis: Mosby.
- Egbert, A.M. (1993). The older alcoholic: Recognizing the subtle clinical clues. *Geriatrics*, 48, 63.
- Emery, C.F., & Blumenthal, J.A. (1991). Effects of physical exercise on psychological and cognitive functioning of older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 13(3), 99-107.
- Emery, C.F., & Blumenthal, J.A. (1990). Perceived change among participants in an exercise program for older adults. *The Gerontologist*, 30, 516-521.

- Emery, C.F., & Gatz, M. (1990). Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults. *The Gerontologist*, 30, 184-188.
- Englert, S., & Linden, M. (1998). Differences in self-reported sleep complaints in elderly persons living in the community who do or do not take sleep medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (3), 137-144.
- Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAAD) (1994). Ottawa: Santé Canada.
- Ettore, E., Klaukka, T., & Riska, E. (1994). Psychotropic drugs: Long-term use, dependency and gender factor. *Social Science and Medicine*, 39, 1667-1673.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., & Verschuur, M. (1995). Psychological distress, social support and social support seeking: A prospective study among primary mental health care patients. *Social Science and Medicine*, 40, 1083-1089.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verschuur, M., & Diekstra, R.F.W. (1996). Symptomatology, social support and social support seeking: Long-term results of a prospective study among primary mental health care patients. *Patient Education and Counseling*, 28, 277-285.
- Eve, S.B., & Friedsam, H.J. (1981). Use of tranquilizers and sleeping pills among older Texans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13(2), 165-173.
- Everitt, D.E., Avorn, J., & Baker, M.W. (1990). Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. *American Journal of Medicine*, 89, 357-362.
- Farmer, M.E., Locke, B.Z., Moscieki, E.K., Dannenberg, A.L., Larson, D.B., & Radloff, L.S. (1988). Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 128, 1340-1351.
- Fehring, R.J., Brennan, P.F., & Keller, M.L. (1987). Psychological and spiritual well-being in college students. *Research in Nursing and Health*, 10, 391-398.
- Fitten, L.J., Coleman, L., & Siembieda, D.W. (1995). Assessment of capacity to comply with medication regimens in older patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 43, 361-367.
- Foley, D.J., Monjan, A.A., Brown, S.L., Simonsick, E.M., Wallace, R.B., & Blazer, D.G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18, 425-432.
- Folks, D.G., & Fuller, W.C. (1997). Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Geriatric Psychiatry*, 20 (1), 137-164.
- Fordyce, M.W. (1988). A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, 355-381.
- Franson, K.L., & Smith, S.L. (1998). Compliance: Problems and opportunities. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(1), 7-16.
- Frederick, T., Frerichs, R.R., & Clark, V.A. (1988). Personal health habits and symptoms of depression at the community level. *Preventive Medicine*, 17, 173-182.
- Fujita, Y. (1995). Avoidance of Drug Therapy in the elderly, exercise as a preventive prescription. *Drugs & Aging*, 6(1), 1-8.

- Gabe, J., & Thorogood, N. (1986). Prescribed drug use and the management of everyday life : The experiences of black and white working class women. *Sociological Review*, 737-772.
- Garnier, M., & Delamare, V. (1989). *Dictionnaire des termes de médecine* (22 Eds). Paris: Maloine.
- Gartner, J., Larson, D.B., & Allen, G.D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 6-25.
- Gauvin, L., & Spence, J.C. (1996). Physical activity and psychological well-being: Knowledge base, current issues, and caveats. *Nutrition Reviews*, 54(4-2), 53-65.
- George, L.K. (1979). The happiness syndrome: Methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood. *Gerontologist*, 19, 210-216.
- George, L.K. (1981). Subjective well-being: Conceptual and methodological issues. In C. Eidorfer (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 2). New York: Springer.
- Gerety, M.B., Cornell, J.E., Plitcha, D.T., & Eimer, M. (1993). Averse events related to drugs and drug withdrawal in nursing home residents. *Journal of The American Geriatric Society*, 41, 1326-1332.
- Gibbons, J.D. (1993). *Nonparametric measures of association*. Californie: Sage publication.
- Gibson, R. M., & Waldo, D.R. (1981). National health expenditures. *Health Care Financing Review*, 3, 1-54.
- Gilles, C. (1994). «Démence-dépression: quelles relations ? De la pseudodémence dépressive à la pseudodémenteille». *Revue médicale Bruxelloise*, 15:296.
- Glantz, M. (1981). Predictions of Elderly Drug Abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13 (2), 117-126.
- Glass, T.A., Kasl, S.V., & Berkman, L.F. (1997). Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 9(1), 70-89.
- Glazer, G.B., & Zawadski, R.T. (1981). Use of psychotropic drugs among the aged revisited. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 195-198.
- Gleason, P.P., Schultz, R., Smith, N.L., Newsom, J.T., Kroboth, F.J., & Psaty, B.M. (1998). Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderling. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 243-250.
- Gotlib, I.H., & Cane, D.B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp.131-163). New York: Academic Press.
- Graves, T., Hanlon, J.T., Schmader, K.E., Landsman, P.B., Samsa, G.P., Pieper, C.F., & Wienberger, M. (1997). Adverse events after discontinuing medications in elderly outpatients. *Archives in Internal Medicine*, 157, 2205-2210.
- Grossberg, G.T., & Grossberg, J.A. (1998). Epidemiology of psychotherapeutic drug use in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14 (1), 1-5.
- Groupe Angus Reid (1991). L'usage des médicaments chez les canadiens âgés de 55 ans et plus. *Opinions et attitudes*.

- Grymonpre, R.E. (1988). Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1092-98.
- Guerette, A. (2001). *La santé mentale des personnes âgées consommant régulièrement des benzodiazépines*. Thèse de doctorat inédite. École de psychologie. Université Laval.
- Guralnik, J.M., & Kaplan, G.A. (1989). Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 79, 703.
- Gurin, G., Veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view of their mental health*. New York: Basic Books.
- Gurvich, T., & Cunningham, J.A. (2000). Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *American Family Physician*, 61, 1437-1446.
- Gustafsson, T.M., Isacson, D.G.L., Thorslund, M., & Sörbom, D. (1996). Factors Associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *The Journal of Applied Gerontology*, 15, 238-254.
- Haccou, P., & Meelis, E. (1992). *Statistical analysis of behavioral data, an approach based on time-structured models*. New-York: Oxford university press.
- Hall, M., Buysse, D.J., Nowell, P.T., Nofzinger, E.A., & Houck, P. (2000). Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 62, 227-230.
- Hanlon, J.T., Landerman, L.R., Wall, W.E., Horner, R.D., Fillenbaum, G.G., Dawson, D.V., Schmader, K.E., Cohen, H.J., & Blazer, D.G. (1996). Is medication use by community-dwelling elderly people influenced by cognitive function ? *Age and Ageing*, 25, 190-196.
- Hanlon, J.T., Horner, R.D., Schmader, K.E., Fillenbaum, G.G., Lewis, I.K., Wall, W.E., Landerman, L.R., Pieper, C.F., Blazer, D.G., & Cohen, H.J. (1998). Benzodiazepine use and cognitive function among community-dwelling elderly. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 64, 684-692.
- Harper, D.C. (1984). Application of Orem's theoretical constructs to self-care medication behaviors in elderly. *Advances in Nursing Sciences*, 6(3), 29-46.
- Harrington, C., Tompkins, C., Curtis, M., & Grant, L. (1992). Psychotropic drug use in long-term care facilities: A review of the literature. *Gerontologist*, 32, 822-833.
- Harris, J.R., Pedersen, N.L., Stacey, C., McClearn, G.E., & Nesselroade, J.R. (1992). Age differences in etiology of the relationship between life satisfaction and self-rated health. *Journal of Aging and Health*, 4, 349-368.
- Hatfield, B., Golfarb, A.H., Sforzo, G., & Flynn, M. (1987). Serum beta-endorphin responses to graded exercise in young and elderly men. *Journal of Gerontology*, 42, 429-431.
- Havighurst, R.J., & Albrecht, R. (1953). *Older People*. New-York: Longmans-Green.
- Hébert, R., & Carrier, R. (1997). Évaluation du malade âgé. In R. Hébert & M. Arcand (éds), *Précis pratique de gériatrie* (2<sup>e</sup> ed) (p. 59-77). Québec: Bibliothèque nationale du Québec.



- Helman, C.G. (1981). Tonic, fuel, and food: social and symbolic aspects of long-term use of psychoactive drugs. *Social Science and Medicine*, 15B, 521-533.
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68.
- Hesbacher, P., Rickels, K., Rial, W.Y., Segal, A., & Zamostein, B.B. (1976). Psychotropic drug prescription in family practice. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 607-615.
- Himmelfarb, S., & Stanley, S.A. (1983). Reliability and validity of five mental health scales in older persons. *Journal of Gerontology*, 38, 333-339.
- Hirsch, S.H., Mayer-Oakes, A., Schweitzer, S., Atchison, K.A., Lubbern, J.E., & Dejong, F. (1992). Enrolling community physicians and their patients in study of prevention in the elderly. *Public Health Reports*, 107(2), 142-149.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading (MA): Addison-Wesley.
- House, J.S., & Kahn, R.L. (1985). Convoys over life course: Attachment, roles, and social support. In P.B. Baltes & O. Brim (eds), *Life Span Development and Behavior*. Lexington (MA): D.C. health.
- Huffine, C.L., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1989). Psychoactive drugs, alcohol, and stress and coping processes in older adults. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 15(1), 101-113.
- Hurley, J., & Johnson, N.A. (1991). The effects of co-payments within drug reimbursement programs. *Canadian Public Policy*, XVII, 473-489.
- Husaini, B.A., Moore, S.T., Castor, R.S., Nesor, W., Whitten-Stovall, R., Linn, J.G., & Griffin, D. (1991). Social density, stressors, and depression: gender differences among black elderly. *Journal of Gerontology*, 46, P236-P242.
- Isacson, D. (1997). Long-term benzodiazepine use : Factors of importance and the development of individual use patterns over time – a 13-year follow-up in a Swedish community. *Social science and medicine*, 44, 1871-1881.
- Isacson, D., & Haglund, B. (1988). Psychotropic drug use in a Swedish community - The importance of demographic and socioeconomic factors. *Social Science and Medicine*, 26, 477-483.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Jenkins, B.L. (1976). A case against "sleepers". *Journal of Gerontological Nursing*, 2 (2), 10-13.
- Johnson, J., Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal of the American Medical Association*, 267, 1478-1483.
- Johnson, M. (1990). The price of demand for pharmaceuticals. *Economics and Health: 1990, Proceedings of the fifth Australian conference of health economists*. Victoria: Selby Smith.
- Johnson, S.C., & Spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The roles of clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30(1), 21-33.

- Jones, L., Simpson, D., Brown, A.C., Bainton, D., & McDonald, H. (1984). Prescribing psychotropic drugs in general practice: three year study. *British Medical Journal*, 289, 1045-1048.
- Jørgensen, T.M., Isacson, D.G.L., & Thorslund, M. (1993). Prescription drug use among ambulatory elderly in a Swedish municipality. *Annals of Pharmacotherapy*, 27, 1120-1125.
- Judge, J.O., Underwood, M., & Gennosa, T. (1993). Exercise to improve gait velocity in older persons. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 74, 400-406.
- Kalish, R.A. (1979). The new ageism and failure models: a polemic. *The Gerontologist*, 19, 398-402.
- Keks, N.A., & Burrows, G.D. (1995). Use of psychotropic drugs in the community. *The Medical Journal of Australia*, 163, 62-63.
- Kelman, G., & Mayer-Oakes, S.A. (1994). Relationships between depression and the use of antidepressants and benzodiazepines in older community dwelling Southern-Californians. *Clinical Gerontologist*, 14(4), 71-72.
- King, A.C., Carl, F., Birkel, L., & Haskell, W.L. (1988). Increasing exercise among blue-collar employees: the tailoring of worksite programs to meet specific needs. *Preventive Medicine*, 17, 357-365.
- King, A.C., Haskell, W.L., Taylor, C.B., Kraemer, R.F., & DeBusk, R.F. (1991). Group vs. Home-based exercise training in healthy older men and woman: a community-based trial. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1535-1542.
- King, A.C., Taylor, C.B., & Haskell, W. L. (1993). Effects of differing intensities and formats of 12 months of exercise training on psychological outcomes in older adults. *Health Psychology*, 12, 292-300.
- Kino-Québec (1996). *Plan d'action 1996-2000. Ensemble pour un Québec physiquement actif*. Québec: Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec.
- Kino-Québec (1997). *Plan de Formation VIACTIVE*. Laval: RRSSS
- Knesper, D.J., & Pagnucco, D.J. (1987). Estimated distribution of effort by providers of mental health services to U.S. in 1982 and 1983. *American Journal of Psychiatry*, 144, 883-888.
- Krause, N. (1986). Social support, stress, and well-being among older adults. *Journal of Gerontology*, 41, 617-622.
- Krause, N., Jay, G., & Liang, J. (1991). Financial strain and psychological well-being among the American and Japanese elderly. *Psychology & Aging*, 6, 170-181.
- Lader, M. (1994). Anxiolytic drugs: Dependence, addiction and abuse. *European Neuropsychopharmacology*, 4(2), 85-91.
- Lader, M.H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia : Are they justified ? *European Journal of Neuropsychopharmacology*, 9 (suppl.6), 399-405.
- Langemo, L., Volden, P., Oechsle, L.L. & Adamson, M. (1990). Explicating the relationship of health measures and self-esteem to exercise practices in adults. *Health Education*, 21(4), 7-11.

- Larose, D. (1996). Les habitudes de consommation de psychotropes chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec*, XXI, 291-296.
- Larose, D.S., Landry, C., & Colletette, C. (1999). La surconsommation de psychotropes. *L'infirmière Canadienne*, 95(5), 45-50.
- Larson, D.B., & Larson, S.S. (1991). Religious commitment and health: Valuing the relationship. *Second Opinion*, 17(1), 27-40.
- Lasser, R.A., & Sunderland, T. (1998). New psychotropic medication use in nursing home residents. *Journal of the American Society*, 46, 202-207.
- Lauzon, S.A. (1995). *Relationships among informal caregiving, social support and health in wife caregivers to elders*. Thèse inédite. Case Western Reserve University.
- Lauzon, S., & Adam, E. (1996). *La personne âgée et ses besoins, interventions infirmières*. Montréal: ERPI.
- Lawton, M.P. (1972). The dimensions of morale. In D. Kent, R. Kastenbaum, & S. Sherwood (Eds.), *Research, planning and action for the elderly* (pp. 145-165). New York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9(2), 65-72.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., & diCarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged. *Research on Aging*, 6(1), 67-97.
- Leaf, P.J., Bruce, M.L., Tischler, G.L., & Holzer, C.E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15, 275-284.
- Leaf, P.J., Livingston, M.M., Tischler, G.L., Weissman, M.M., Hozler, C.E., & Myers, J.K. (1985). Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Medical Care*, 23, 1322-1337.
- Lefrançois, R. (1997). Sociologie du vieillissement. In R. Hébert & M. Arcand (Éds), *Précis pratique de gériatrie* (2<sup>e</sup> ed) (pp. 47-59). Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Leith, L.M., & Taylor, A.H. (1990). Psychological aspects of exercise: A decade literature review. *Journal of Sport Behavior*, 13, 219-239.
- Liang, J., & Bollen, K.A. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38(2), 181-189.
- Linden, M., Lecrubier, Y., Bellantuono, C., Benkert, O., Kiseley, S., & Simon, G. (1999). The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians : an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(2), 132-140.
- Link, B., & Dohrenwend, B.P. (1980). *Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States*. New-York: Prager.
- Linn, B.S., & Linn, M.W. (1982). Patient symptoms and physician prescribing patterns in the elderly. *Social Science and Medicine*, 16, 1531-1538.
- Maes, S., Vingerhoets, G., & Van Heck, G. (1987). The study of stress and disease : Some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 25, 567-578.

- Manheimer, D.I., Davidson, S.T., Balter, M.B., Mellinger, G.D., Cisin, I.H., & Perry, H.J. (1973). Popular attitudes and beliefs about tranquilizers. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1246-1253.
- Maniere, D., D'Athys, P., & Rossignol, S. (1995). Consommation de psychotropes en institution gériatrique, corrélations à l'état cognitif et à la dépendance. *La revue de gériatrie*, 20, 505-512.
- Mant, A., Duncan-Jones, P., Saltman, D., Bridges-Webb, C., Kehoe, L., Lansbury, G., & Chancellor, A.H.B. (1988). Development of long term use of psychotropic drugs by general practice patients. *British Medical Journal*, 296, 251-254.
- Marco, G.L. (1974). A comparison of selected school effectiveness measures based on longitudinal data. *Journal of Educational Measurement*, 11, 225-234.
- Martin, L., & Baillargeon, G. (1989). *Statistique appliquée à la psychologie (2<sup>e</sup> Éd.)*. Trois-Rivières : Les éditions SMG.
- Martinsen, E.W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Medicine*, 9, 380-389.
- Mason, J.D., & Colley, C.A. (1993). Effectiveness of an ambulatory care clinical pharmacists: In patient care and cost reduction. *Annals of Pharmacotherapy*, 27, 555-559.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue canadienne de santé publique*, 89, 352-357.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. (1998a). The structure of mental health: confirmatory hierarchical factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45, 475-504.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., & Bélair, S. (1998b). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Revue canadienne de santé publique*, 89(3), 183-187.
- Mazzeo, R.S., Cavanagh, P., Evans, W.P., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, 992-1008.
- McAuley, E. (1991). Efficacy, attributional and effective responses to exercise participation. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 13, 382-393.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychosocial outcomes. In C.B. Bouchard, R.J. Shephard, & T. Stephens (Eds), *Physical activity, fitness and health* (pp. 551-568). Champaign, IL: Human Kinetics.
- McAuley, E., & Rudolph, D. (1995). Physical activity, aging, and psychological well-being. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3(1), 67-96.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McGonagle, K.A., & Kessler, R.C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18, 681-706.

- McInnes, E., & Powell, J. (1994). Drug and alcohol referrals. Are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *British Medical Journal*, *12*, 444-446.
- McKim, W.A., & Mishara, B.L. (1987). *Drugs and Aging*. Toronto: Butterworths.
- McKim, W.A., Stones, M.J., & Kozma, A. (1990). Factors predicting medicine use in institutionalized and non-institutionalized elderly. *La revue canadienne du vieillissement*, *9*(1), 23-34.
- McMurdo, M., & Burnett, L. (1992). Randomized controlled trial of exercise in the elderly. *Gerontology*, *38*, 292-298.
- Mellinger, G.D., Balter, M.B., Manheimer, D.I., Cisin, I.H., & Parry, H.J. (1978). Psychic distress, life crisis and use of psychotherapeutic medications. *Archives in General Psychiatry*, *35*, 1045.
- Mickley, J.R., Carson, V., & Soeken, K.L. (1995). Religion and adult mental health: state of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, *16*, 345-360.
- Mill, J.S. (1873). *Autobiography*. London: Penguin (1989).
- Miller, J.F. (1985). Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*, *1*(2), 79-85.
- Miller, N.S., & Mahler, J.C. (1991). Addiction to and dependence on benzodiazepines. Diagnostic confusion in clinical practice and research studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *8*, 61-67.
- Mills, E.M. (1994). The effect of low-intensity aerobic exercise on muscle strength, flexibility, and balance among sedentary elderly persons. *Nursing Research*, *43*, 207-211.
- Mills, K.L., Stewart, A.L., King, A.C., Roiz, K., Sepsis, P.G., Ritter, P.L., & Bortz, W.M. (1996). Factors associated with enrolment of older adults into a physical activity promotion program. *Journal of Aging & Health*, *8*(1), 96-113.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1994). *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées. Stratégie d'action*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social. (1992). *L'usage de l'alcool et d'autres drogues chez les Canadiens âgés et ses conséquences*. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.
- Mishara, B.L., & McKim, W.A. (1989). *Drogues et vieillissement*. Chicoutimi (Qc): Gaëtan Morin.
- Mishara, B.L., & McKim, W.A. (1993). Methodological issues in surveying older persons concerning drug use. *International Journal of the Addictions*, *28*, 305-326.
- Mishara, B.L. (1997). L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées: commentaires sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention. *Santé mentale au Québec*, *22* (1), 200-215.
- Mishara, B.L., Legault, A. (1999). *La consommation de médicaments chez les personnes âgées: une perspective psychosociale*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.

- Misra, R., Alexy, B., & Panigrahi, B. (1996). The relationships among self-esteem, exercise, and self-rated health in older women. *Journal of Women & Aging, 8*(1), 81-94.
- Mittleman, M.A., Maclure, M., Tofler, G.H., Sherwood, J.B., Goldberg, R.J., & Muller, J.E. (1993). Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. Protection against triggering by regular exertion. *New England Journal of Medicine, 329*, 1677-83.
- Monane, M., Glynn, R.J., & Avorn, J. (1996). The impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. *Clinical Pharmacology therapy, 59*(1), 83-92.
- Monette, J., Tamblyn, R.M., McLeod, P.J., Gayton, D.C. (1997). Characteristics of physicians who frequently prescribe long-acting benzodiazepines for the elderly. *Evaluation of Health Professional, 20*, 115-130.
- Morgan, W.P. (1985). Affective beneficence of vigorous physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 17*, 94-100.
- Morgan, W.P., & Goldston, S.E. (1987). *Exercise and Mental Health*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Morgan, K. (1983). Sedative-hypnotic drug use and ageing (a review). *Archives of Gerontology and Geriatrics, 2*, 181-199.
- Morris, J.N. & Sherwood, S.A. (1975). A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center moral scale. *Journal of Gerontology, 30*, 77-84
- Murrey, J., Williams, P., & Clare, A. (1982). Health and social characteristics of long-term psychotropic drug takers. *Social Science and Medicine, 16*, 1595-1598.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., & Burke, J.D. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives in General Psychiatry, 14*, 959-967.
- Netz, Y., & Jacob, T. (1994). Exercise and the psychological state of institutionalized elderly: A review. *Perceptual & Motor Skills, 79*, 1107-1118.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., & Tobin, S.S. (1961). The measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*, 134-143.
- Newman, S.C., & Bland, R.C. (1994). Life events and the 1 year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 35*(1), 76-82.
- Nezu, A.M., & Ronan, G.F. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: an integration model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 693-697.
- Norris, F.H., & Murrell, S.A. (1987). Transitory impact of life-event stress on psychological symptoms in older adults. *Journal of Health and Social Behavior, 28*, 197-211.
- North, T.C., McCullagh, P., & Tran, Z.V. (1990). Effect of exercise on depression. *Exercise and Sport Science Review, 18*, 379-415.

- Noyes, R., Garvey, M.J., Cook, B., & Suelzer, M. (1991). Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 517-523.
- Nuffield Foundation. (1986). *Pharmacy: a report to the Nuffield Foundation*. Londres: The Nuffield Foundation.
- O'Brien, B. (1989). The effect of patient charges on utilisation of prescription medicines. *Journal of Health Economics*, 8, 109-132.
- Ohayon, M., & Caulet, M. (1995). Insomnia and psychotropic drug consumption. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 19, 421-431.
- Ohayon, M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1996). Aging, sleep habits and psychotropic drug consumption in a general french population. *Encephale*, 22, 337-350.
- Olivier, C., & Demers, M.-L. (1996). Une saine utilisation des médicaments chez les aînés, un pas vers l'autonomie. *L'infirmière du Québec*, 3 (3). 27.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1987). *La prescription médicamenteuse aux personnes âgées*. OMS: Bureau régional de l'Europe.
- Orlowski, J.P., & Wateska, L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physicians prescribing patterns. *Chest*, 102, 270-273.
- Ouellet, N. (1996). La personne âgée et son besoin de dormir et de se reposer. In Lauzon, S., & Adam, E. (Éds), *La personne âgée et ses besoins, interventions infirmières*. (pp. 655-683). Montréal: ERPI.
- Palmer, J.A., Palmer, L.K., Michiels, K., & Thigpen, B. (1995). Effects of type of exercise on depression in recovering substance abusers. *Perceptions Motors Skills*, 20, 523-30.
- Papillon, M.-J., Laurier, C., Bernard, L., Baril, J. (2000). Consommation de médicaments. In Enquête sociale et de santé 1998, *Collection la santé et le bien-être* (Ch. 22). Québec : Institut de la statistique.
- Pargament, K.I., Kennel, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104.
- Paterniti, S., Dufouil, C., Bisserbe, J.C., & Alperovitch, A. (1999). Anxiety, depression, psychotropic drug use and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 29, 421-429.
- Paterniti, S., Bisserbe, J.C., & Alperovitch, A. (1998). Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population EVA study. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46, 253-262.
- Pathare, S.R., & Paton, C. (1997). ABC of mental health : Psychotropic drug treatment. *British Medical Journal*, 315, 661-664.
- Paul, H.C. (1978). *The relationship of irrational beliefs adaptative behavior, and life satisfaction in elderly people*. Doctoral dissertation. The Ohio state university. (Microfilm: 7908196).
- Payne, I.R., Bergin, A.E., Bielema, K.A., & Jenkins, P.H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9(2), 11-40.

- Pearlin, L.I., Menaghan, E.G., Lieberman, M.A., & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearlin, L.I. (1985). Social structure and processes of social support. In S. Cohen, et S.L. Syme (Eds), *Social support and health*, Orlando, FA: Academic press.
- Pedhazur, E.J., & Pedhazur-Schmelkin, L.P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. (Student Edition). N.J.: Laurence Erlbaum Associates.
- Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1990). *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*. Québec: Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS).
- Pérodeau, G., King, S., & Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug uses among the elderly: an exploratory model. *The Canadian Journal of Aging*, XI, 347-369.
- Pérodeau, G., Jomphe Hill, A., Hay-Paquin, L., & Amyot, E. (1996). Les psychotropes et le vieillissement normal : une perspective psychosociale et socioéconomique. *Revue canadienne du vieillissement*, 15, 559-582.
- Pérodeau, G., & Galbaud du Fort, G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 19(1), 23-41.
- Phillips, E.J. (1986). A review of the life satisfaction in the elderly scale. *Journal of Counseling and Development*, 64, 542-543.
- Phillips, M.A., & Murrell, S.A. (1994). Impact of psychological and physical health, stressful events, and social support on subsequent mental health seeking among older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 270-275.
- Phongsavan, P., Ward, J.E., Oldenburg., B.F., & Jill, G.J. (1995). Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *The Medical Journal of Australia*, 162, 139-142.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research, principles and methods*. Philadelphie: J.B. Lippincott Company.
- Powell, K.E., Thompson, P.D., Caspersen, C.J., & Kendrick, J.S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 253-87
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- Prochaska, J.O. (1992). A transtheoretical model of behavior change : Learning from mistakes with majority populations. In D.M. Becker, D.R. Hill, J.S. Jackson, D.M. Levine, F.A. Stillman, S.M. Weiss (Eds), *Health behavior research in minority populations : Acces, design, and implementation* (pp. 105-111). Bethesda, MD : National Institute of Health.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: Two traditions of feminist research. *Women & Health*, 19(2-3), 43-68.
- Quinn, W. H. (1983). Personnal and family adjustment in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 57-73.
- Raleigh, E.D.H. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 19, 443-448.



- Ray, W.A., Federspiel, C.F., & Schaffner, W. (1980). A study of antipsychotic drug use in nursing homes: Epidemiologic evidence suggesting misuse. *American Journal of Public Health, 70*, 485-491.
- Ray, W.A., Griffin, M.R., & Downey, W. (1989). Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA, 262*, 3303-3307.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec (1995). *Statistiques annuelles*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Régie de l'Assurance-Maladie du Québec, (1993). *Rapport du Comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*. Québec: RAMQ.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec (1990). *Statistiques annuelles 1983-1988*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Reid, L.D., Christensen, D.B., & Stergachis, A. (1990). Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drug use in elderly patients. *American Journal of Public Health, 80*, 1349-1353.
- Reich, J.W., & Zautra, A. (1981). Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 1002-1012.
- Rejeski, W.J. (1994). Dose-response issues from a psychosocial perspective. In C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens (Eds), *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement* (pp.1040-1055). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Rickels, K., Schweizer, E., Case, G., & Greenblatt, D.J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines 1, effets of abrupt discontinuation. *Archives in General Psychiatry, 47*, 899-907.
- Riddick, C.C., & Freitag, R.S. (1984). The impact of an aerobic fitness program on the body image of older women. *Activities, Adaptation, and Aging, 6*, 59-70.
- Ried, L.D., Johnson, R.E., & Gettman, D.A. (1998). Benzodiazepine exposure and functional status in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(1), 71-77.
- Riedel-Heller, S.G., Stelzner, G., Schork, A., & Angermeyer, M.C. (1999). Psychotropic drug use in residential and nursing homes. *Psychiatrische Praxis, 26*, 273-277.
- Riska, E., & Klaukka, T. (1984). Use of psychotropic drugs in Finland. *Social Science & Medicine, 19*, 983-989.
- Robidas, G. (1987). *La problématique Santé-personnes âgées, Région des Laurentides*. Vol.1.. DSC Saint-Jérôme.
- Rogers, J.V. (1982). *Personnal communication*. Pharmaceutical Manufacturers Association.
- Rohan, I. (1997). Avantages et risques de l'exercice chez les personnes âgées. *Le clinicien, septembre*, 115-127.
- Rousseau, J., & Dubé, M. (1993). Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées. *Revue Québécoise de psychologie, 14*(3), 3-29.

- Ross, C.E., & Hayes, D. (1988). Exercise and psychologic well-being in the community. *American Journal of Epidemiology*, 127, 762-771.
- Roy, C., & Andrews, H.A. (1991). *The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement*. Toronto: Appleton & Lange.
- RRSSS (1998). Mesure de la santé mentale, deux nouveaux outils. *Direction de la santé publique, garder notre monde en santé*, 2(2), 1-4.
- Russell, B. (1930/1968). *The conquest of happiness*. New-York: Bantam Books.
- Russel, D.W., & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress and depressive symptoms among the elderly: test of a process model. *Psychology & Aging*, 6, 190-201.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Salzman, C. (1995). Medication compliance in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 18-23.
- Santé Canada. (1995). *Horizons un, mieux comprendre l'usage de l'alcool et des autres drogues chez les aînés, au Canada*. Canada: Hewitt, Vinje, MacNeil.
- Santé Québec. (1995). Et la santé ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'enquête sociale et de santé volume 1, Santé Québec.
- Santé Québec. (1988). *Et la santé ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, (Tome 1), Québec, Les publication du Québec.
- Sauer, W.J., & Warland, R. (1982). Morale and Life Satisfaction. In Mangen, J. & Peterson, W.A. (Eds), *Research instruments in social gerontology: Clinical and social psychology* (vol. 1). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Schmidt, I., Claesson, C.B., Westerholm, B., & Svarstad, B.L. (1998). Resident characteristics and organizational factors influencing the quality of drug use Swedish nursing homes. *Social Science and Medicine*, 47, 961-9171.
- Schwartz, R.K., Soumerai, S.B., & Avorn, J. (1989). Physician Motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science and Medicine*, 28, 577-582.
- Schweizer, E., Rickels, K., Case, G., & Greenblatt, D.J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II, Effects of gradual taper. *Archives in General Psychiatry*, 51, 206-209.
- Science Council of Canada. (1991). *Medication and Health Policy: A Research Agenda*.
- Servant, D., & Parquet, P.J. (1994). Événements de vie et anxiété. *Encéphale*, 20, 333-337.
- Servant, D. (1998). Quel rôle joue l'environnement psychosocial dans l'anxiété ? *Encéphale*, 24, 235-241.

- Shapiro, C.M., Warren, P.M., Trinder, J., Paxton, S.J., Oswald, I., Flenly, D.C., & Catterall, J.R. (1984). Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology*, 53, 1-4.
- Shapiro, C.M. (1993). *ABC of sleep disorders*. London: BJM publishing group.
- Shapiro, S.S., & Wilk, M.B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52, 591-611.
- Shepard, R.J. (1995). Physical activity, health, and well-being at different life stages. *Research Quarterly for exercise and Sport*, 66, 298-302.
- Shepherd, M. (1998). The risk of polypharmacy. *Nursing times*, 94 (32), 60-61.
- Simonson, W. (1984). *Medications & the elderly. A guide for promoting proper use*. Maryland: Aspen Publication.
- Sinyor, D., Golden, M., Steinart, Y., & Seraganian, P. (1986). Experimental manipulation of aerobic fitness and the response to psychosocial stress: heart rate and self-report measures. *Psychosomatic medicine*, 48, 324-337.
- Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1997). Physician vs patient initiation of psychotropic prescribing in primary care setting: a content analysis of audiotapes. *Social Science and Medicine*, 44, 541-548.
- Sleath, B., Svarstad, B., & Roter, D. (1998). Patient race and psychotropic prescribing during medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 34, 231-238.
- Snowdon, J. (1999). Research – a follow-up survey of psychotropic drug use in Sydney nursing homes. *Medical journal of Australia*, 170, 299-304.
- Snowdon, J., Vaughan, R., & Miller, R. (1995). Psychotropic drug use in Sidney nursing homes. *Medical journal of Australia*, 163, 70-72
- Soldatos, C.R. (1994). Insomnia in relation to depression and anxiety : Epidemiologic considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 3-8.
- Solomon, R. (1996). Coping with stress: A physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics*, 51(7), 46-52.
- Sonstroem, R.J., & Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329-337.
- Soumerai, S.B. (1989). Improving Drug Prescribing in Primary Care Settings. *The Milbank Quarterly*, 67, 269.
- Spiriduso, W.W. (1983). Exercise and the aging brain. *Research Quarterly*, 54, 208-218.
- Spore, D., Mor, V., Hiris, J., Larrat, E.P., & Hawes, C. (1995). Psychotropic use among older residents of board and facilities. *Journal of the geriatrics society*, 43, 1403-1410.
- Spore, D.L., Horgas, A.L., Smyer, M.A., & Marks, L.N. (1992). The relationship of antipsychotic, drug use, behavior, and diagnoses among nursing home residents. *Journal of Aging and Health*, 4, 514-535.
- Stacey, C., Kozma, A., & Stones, M.J. (1985). Simple cognitive and behavioral changes resulting from improved physical fitness in persons over 50 years of age. *Canadian Journal of Aging*, 4, 190-194.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Prevention Medicine*, 17, 35-47.

- Stevenson, G., Kellogg, L.A., Ernst, V.I., & Whinney, P.P. (1989). *Medication use and elderly people. senior drug action program*. British Columbia: Ministry of Health.
- Stevenson, J.S., & Topp, R. (1990). Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Research in Nursing & Health*, 13, 209-218.
- Stewart, R.B. (1994). Benzodiazepine use in an ambulatory elderly population: A 14-year overview. *Clinical Therapeutics*, 16(1), 118-124.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., Wells, K.B., Rogers, W.H., Spritzer, K.L., & Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *Journal of clinical Epidemiology*, 47, 719-730.
- Stewart, R.B., Marks, R.G., May, F.E., & Hale, W.E. (1994). Factors which predict multiple drug use in the elderly. *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 9(2), 53-67.
- Stock, W.A., Okun, M.A., & Benn, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging*, 1(2), 91-102.
- Stones, M.J., & Kozma, A. (1980). Issues relating to the usage and conceptualization of mental health constructs employed by gerontologists. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 269-281.
- Straand, J., & Rockstad, K. (1997). General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: Are elderly patients at particular risk for overprescribing? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15(1), 16-21.
- Strandberg, L.R., Dawson, G.W., Mathieson, D., Rawlings, J., & Clark, B.G. (1980). Effect of comprehensive pharmaceutical services on drug use in long-term care facilities. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 37, 92-94.
- Stuart, A. (1956). The efficiencies of tests of randomness against normal regression. *Journal of the American Statistical Association*, 51, 285-287.
- Summer, L.W. (1992). Two theories of the good. *Social Philosophy and Policy*, 9, 1-14.
- Swartz, M., Landerman, R., George, L.K., Melville, M.L., Blazer, D., & Smith, K. (1991). Benzodiazepine anti-anxiety agents: Prevalence and correlates of use in Southern community. *American Journal of Public Health*, 81, 592-596.
- Tabloski, P.A., Cooke, K.M., & Thoman, E.B. (1998). A procedure for withdrawal of sleep medication in elderly women who have been long-term users. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (9), 20-28.
- Takala, J., Ryyanen, O.P., Lehtowirta, E., & Turakka, H. (1993). The relationship between mental health and drug use. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 256-258.
- Tamblyn, R.M., McLeod, P.J., Abrahamowicz, M., Monette, J., Gayton, D.C., Berkson, L., Dauphinee, W.D., Grad, R.M., Huang, A.R., Isaac, L.M., Schnarch, B.S., & Snell, L.S. (1994). Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 1801-1809.
- Tamblyn, R. (1995). The use of prescription claims databases in pharmacoepidemiological research: The accuracy and comprehensiveness of prescription claims database in Quebec. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 999-1009.

- Tamblyn, R.M. (1996). Medication use in seniors: Challenges and solutions. *Therapie*, 51, 269-282.
- Tamblyn, R. (1999). *Rapport d'évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Taylor, C.B., Sallis, J.F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Report*, 100, 195.
- Taylor, S., McCracken, C.F.M., Wilson, K.C.M., & Copeland, J.R.M. (1998). Extent and appropriateness of benzodiazepine use. *British Journal of Psychiatry*, 173, 433-438.
- Taylor, S.R., & Driver, H.S. (1995). Is Sleep Affected by Physical Exercise and Fitness ? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 7 (2), 131-145.
- Thoits, P.A. (1983). Multiple Roles and Psychological well-being: a reformulation and a test of the isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Tinsley, J.A., Shadid, G.E., Li, H., Offord, K.P., & Agerter, D.C. (1998). Psychiatry and primary care – A survey of family physicians and psychiatrists : Psychotropic prescribing practices and educational needs. *General Hospital Psychiatry*, 20, 360-367.
- Toole, T., & Abourezk, T. (1989). Aerobic function, information processing, and aging. In A. Ostrow (Ed), *Aging and motor behavior* (pp. 37-65). Indianapolis: Benchmark.
- Turner, R.J., (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. In H.B. Kaplan (Ed), *Psychological Stress: Trends in theory and research*. New-York: Academic Press.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1981). *Health - United-States*. Publication no.: 82-1232, December, 1981.
- Van der Waals, F.J., Mohrs, J., Foets, M. (1993). Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *British Medical Journal*, 307, 363-366.
- Veit, C.T., Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 730-742.
- Verbrugge, L., & Steiner, R. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health and Psychology*, 4, 79-88.
- Verhaeghe, W., Mets, T., & Corne, L. (1996). Benzodiazepine use among elderly patients presenting at the emergency room. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22 (1), 55-63.
- Vermette, G. (1996). Vieillir en Santé, Répertoire de projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Veroff, J., Kulka, R.A., & Douvan, E. (1981). *Mental health in America : Patterns of help-seeking from 1957 to 1976*. New York : Basic Books.
- Vitiello, M.V, Larsen, L.H., Moe, K.E., Prinz, P.N., & Schartz, R.S. (1996). Sleep quality and circadian temperature rhythm of healthy older adults improve following successful aerobic training. *Sleep Research*, 25, 115.
- Vogt, T.M., Ireland, C.C., Black, D., Camel, G., & Hugues, G. (1986). Recruitment of elderly volunteers for a multicenter clinical trial: the SHEP pilot study. *Controlled Clinical Trials*, 7, 118-133.

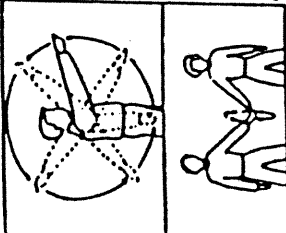
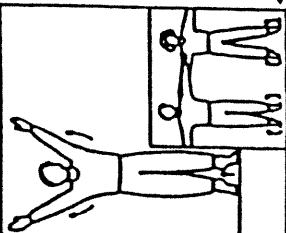
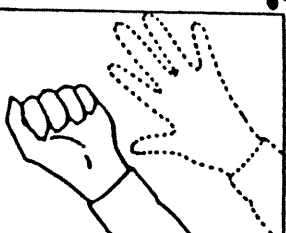
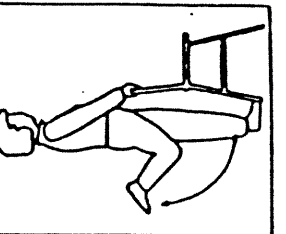
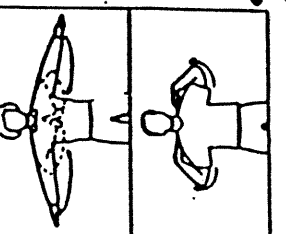
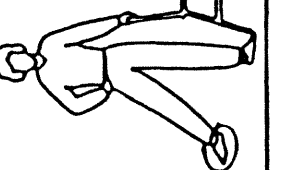
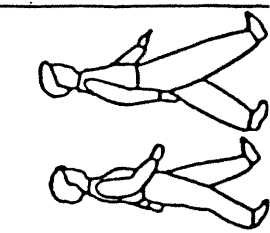
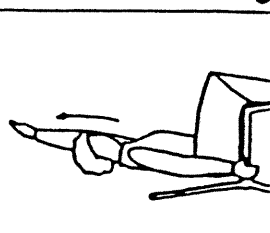
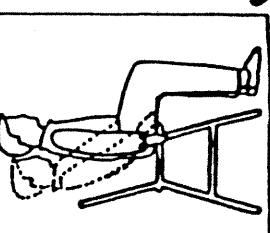
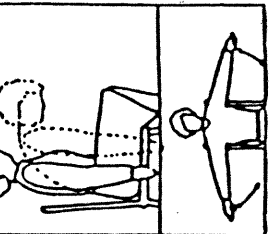




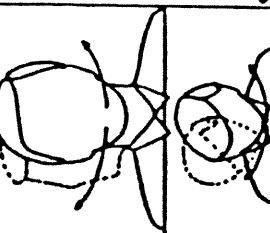
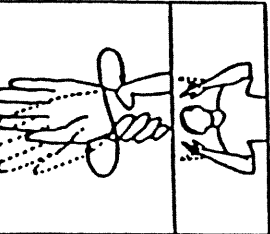
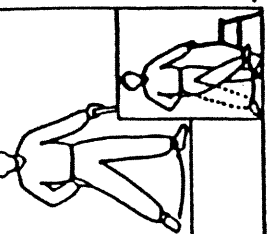
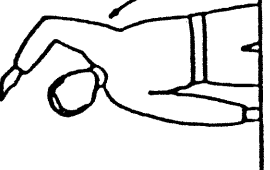
- Voyer, P. (2000). Une nouvelle façon d'aborder le problème de la consommation de médicaments chez les personnes âgées. *La gérontoise*, 11(2), 37-46.
- Walsh, J.K., Hartman, P.G., & Kowall, J.P. (1994). Insomnia. In S. Chokroverty (Ed.), *Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations and clinical aspects* (pp.219-239). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Walsh, J.K., & Schweitzer, P.K. (1999). Therapeutics – Ten-year trends in the pharmacological treatment of insomnia. *Sleep*, 22, 371-375.
- Walsh, J.K., & Ustun, T.B. (1999). Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep*, 22, S427-S436.
- Ware, J.F., Manning, W.G., Duan, N., Wells, K.B., & Newhouse, J.P. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39, 1090-1100.
- Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Waxman, H.M., Carner, E.A., & Klein, M. (1984). Underutilization of mental health professionals by community elderly. *The Gerontologist*, 24, 23-30.
- Webster, J.A. (1988). Key to healthy aging: Exercise. *Journal of Gerontological Nursing*, 14, 8-15.
- Weissman, M.M., Myers, J.K., & Ross, C.E. (1988). *Community surveys of psychiatric disorders*. New Jersey: University Press.
- Weyerer, S., & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and use of psychotropic drugs in the community: Results from the upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303-311.
- Wilkie, F., Eisdorfer, C., & Straub, J. (1982). Stress and psychopathology in the aged. *Psychiatric Clinics of North America*, 5, 131.
- Williams, P. (1983). Factors influencing the duration of treatment with psychotropic drugs in general practice: a survival analysis approach. *Psychological Medicine*, 13, 623-633.
- Williams, P., & Cockerill, R. (1990). Report on the 1989 Survey of the Prescribing Experiences and Attitudes Toward Prescribing Drugs of Ontarian Physicians. *Recommandation pour la santé. Rapport du Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques*. Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario.
- Williams, P. & Cockerill, R., & Lowy, F.H. (1995). The physician as prescriber; Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volume. *Health and Canadian Society*, 3(1-2), 135-166.
- Woods, J.H., Winger, G. (1995). Current benzodiazepine issues. *Psychopharmacology*, 118, 107-115.

Annexe I  
Exercices de VIACTIVE

# VIACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES AINEES


DEPART  ROUTINE 1

 <p>10 ♣</p>	 <p>A ♦</p>	 <p>4 ♣</p>	 <p>5 ♦</p>	 <p>D ♣</p>	 <p>3 ♦</p>
 <p>A ♠</p>	 <p>A ♣</p>	 <p>10 ♠</p>	 <p>3 ♠</p>	 <p>D ♣</p>	 <p>4 ♠</p>
 <p>7 ♣</p>	 <p>A ♣</p>	 <p>7 ♣</p>	 <p>7 ♣</p>	 <p>4 ♦</p>	 <p>4 ♠</p>

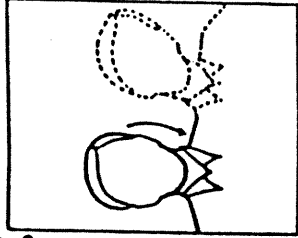


# VIACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITÉS PHYSIQUES  
POUR LES AÎNÉS

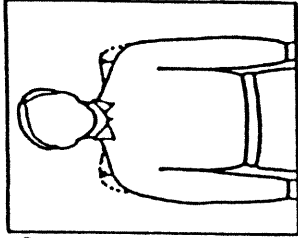
DEPART  ROUTINE 2

2 ♣



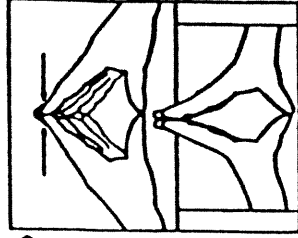
2 ♣

9 ♣



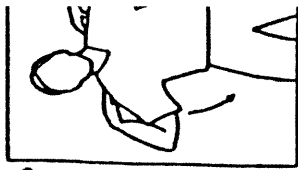
6 ♣

5 ♣

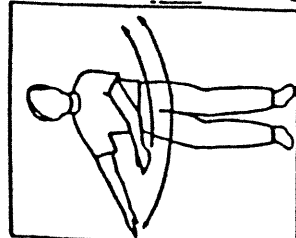


5 ♣

5 ♣

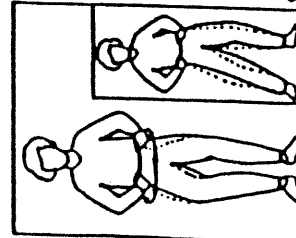


8 ♣



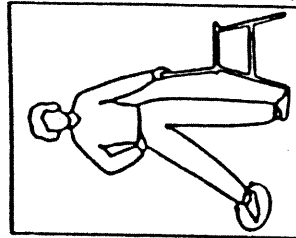
8 ♣

8 ♣



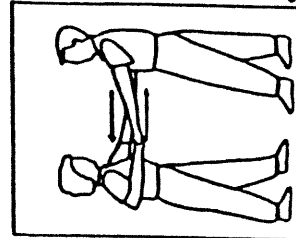
8 ♣

3 ♠



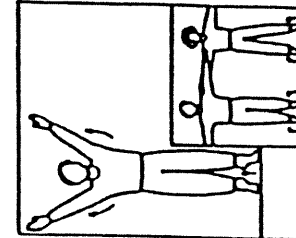
3 ♠

R ♣



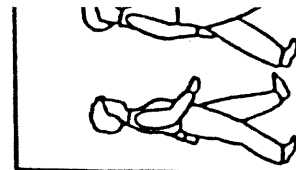
R ♣

A ♠

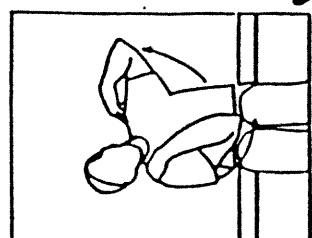


A ♠

A ♠

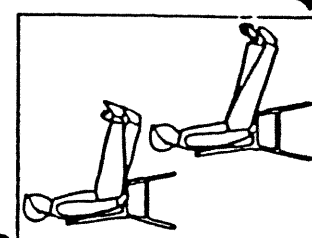


9 ♣



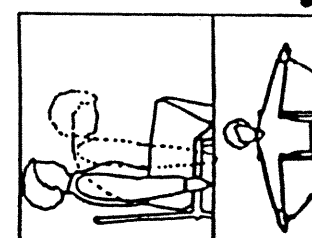
9 ♣

10 ♠



10 ♠

3 ♣



3 ♣


JOKER

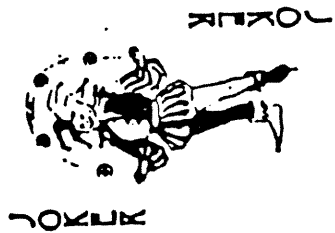
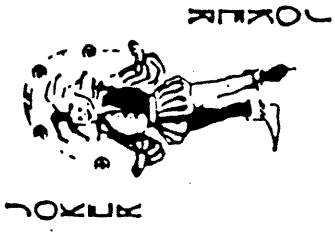
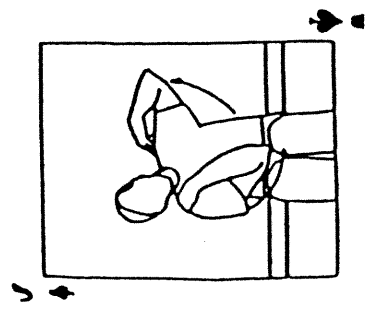
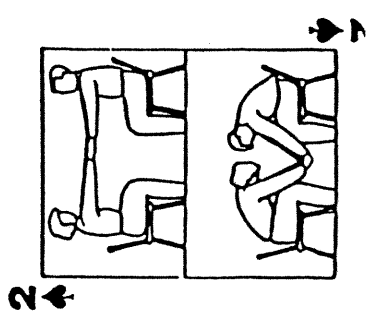
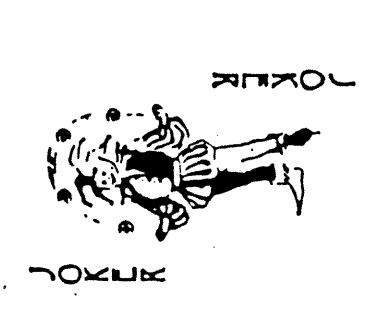
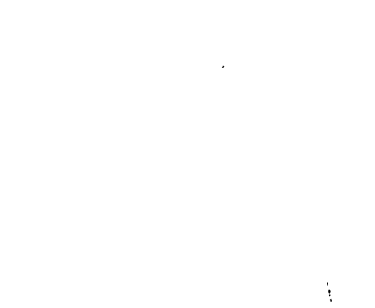
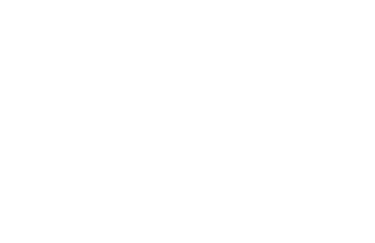
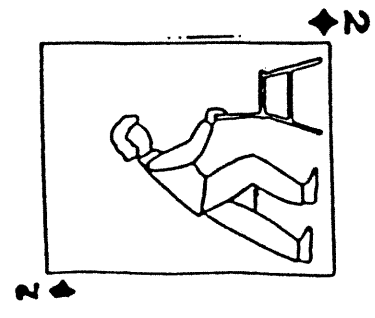
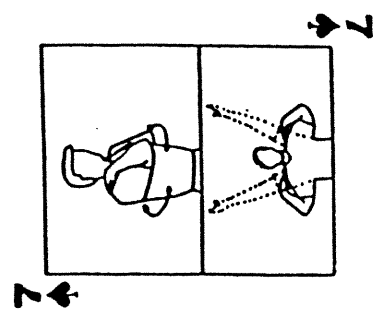
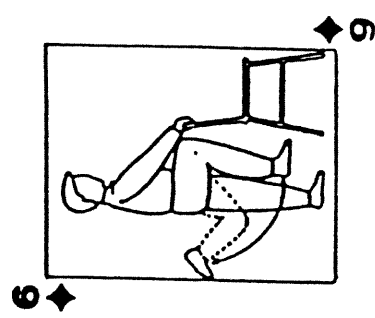
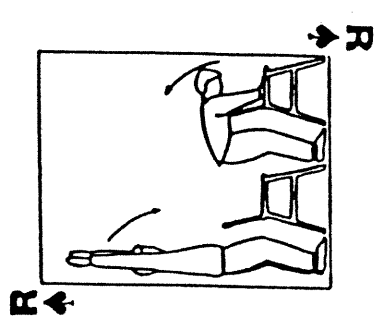
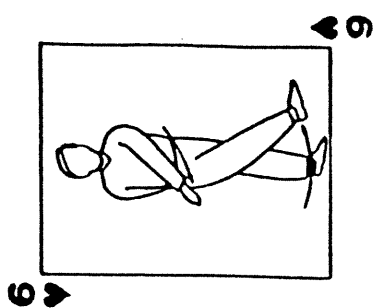
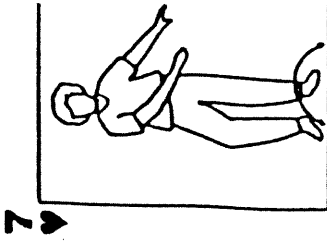
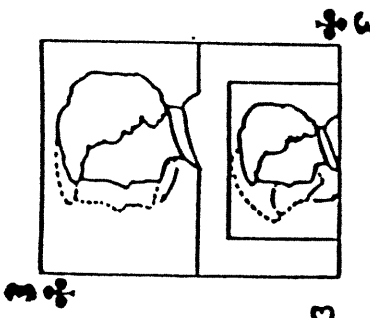
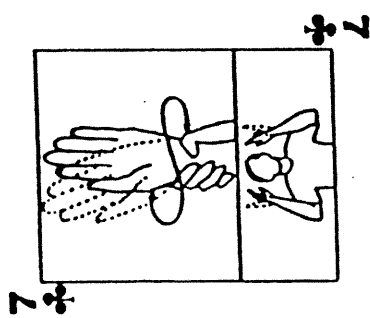
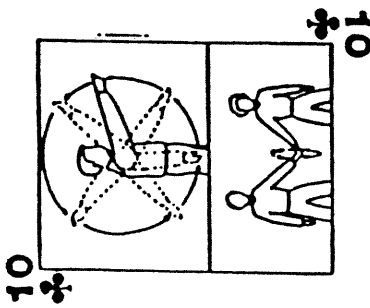
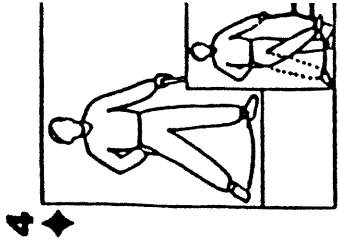


JOKER

# VACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES AINEES


DEPART  ROUTINE 3

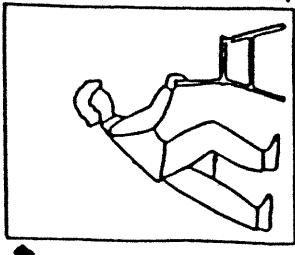
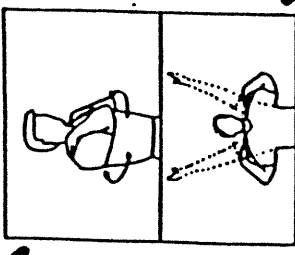
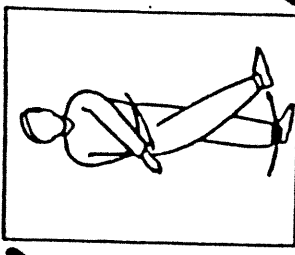
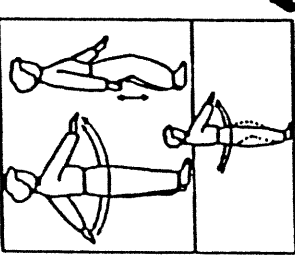
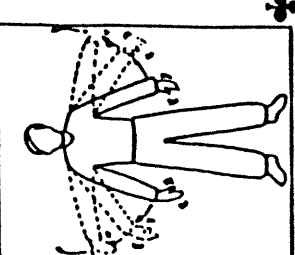
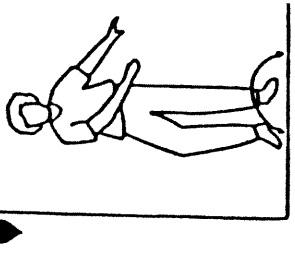

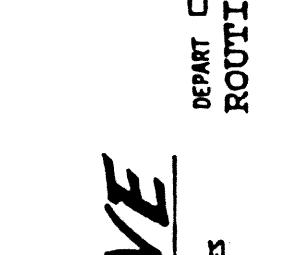
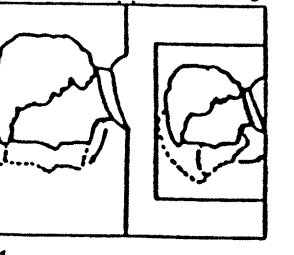
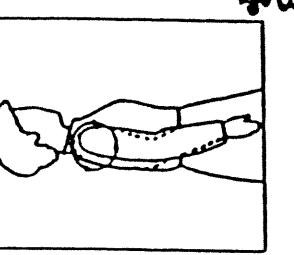
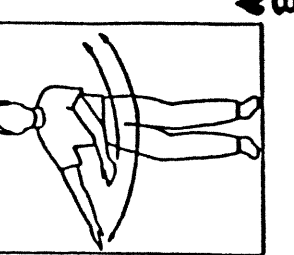
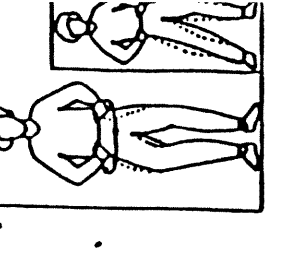




# VACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES AINEES

DEPART  ROUTINE 5

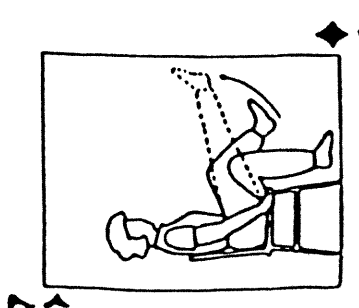
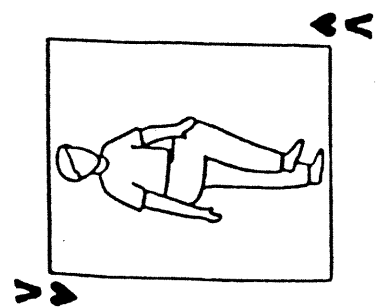
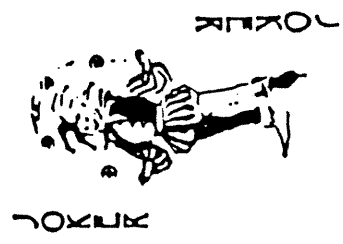
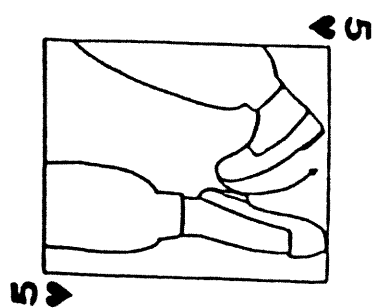
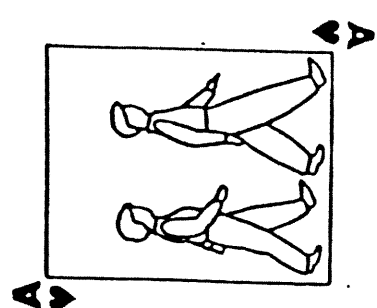
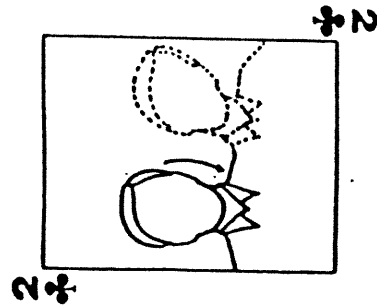
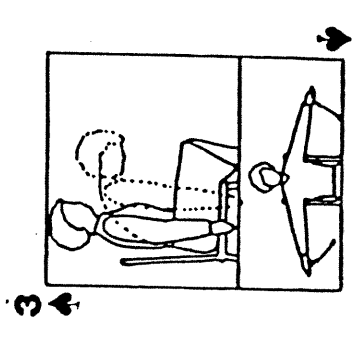
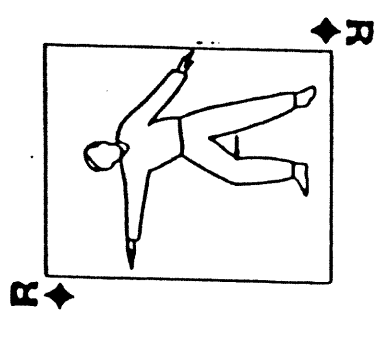
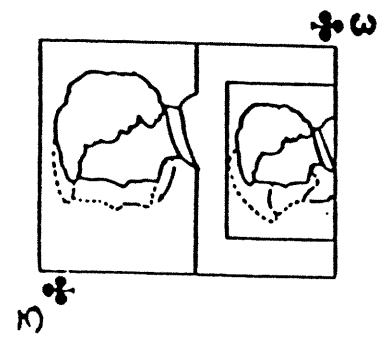
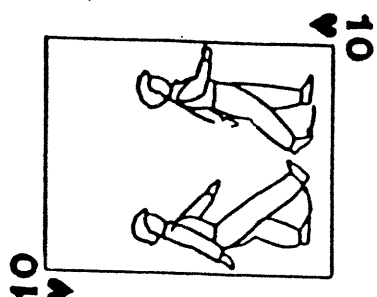
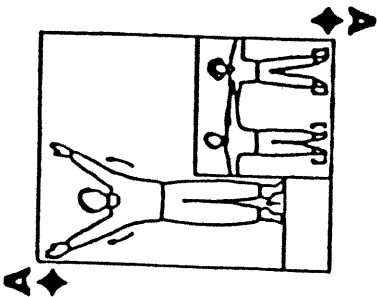
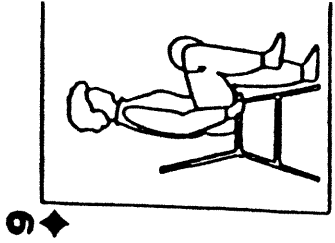
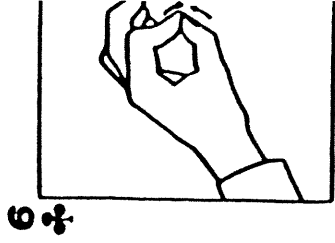
 <p>2 ♠</p>	 <p>7 ♠</p>	 <p>6 ♠</p>	 <p>D ♠</p>	 <p>V ♣</p>	 <p>7 ♠</p>
 <p>3 ♣</p>	 <p>3 ♣</p>	 <p>8 ♣</p>	 <p>8 ♣</p>	 <p>8 ♠</p>	 <p>8 ♠</p>



# VINCITIVE


PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES AINEES

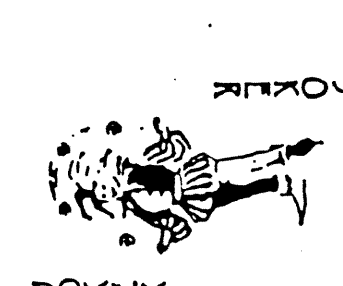
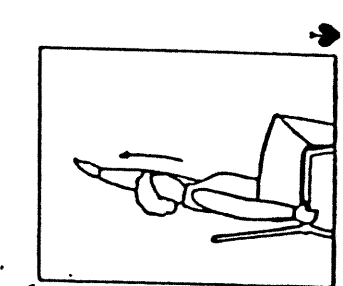
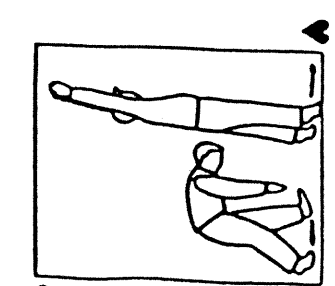
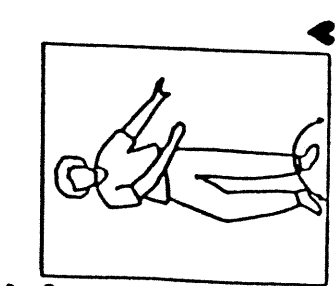
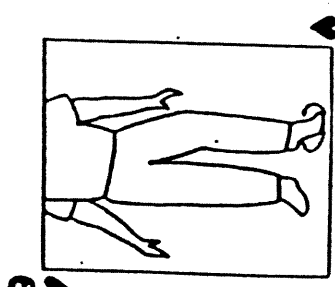
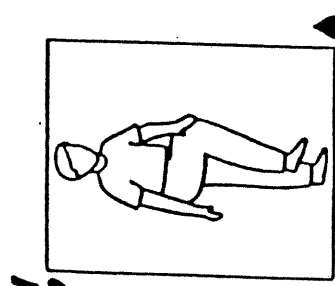
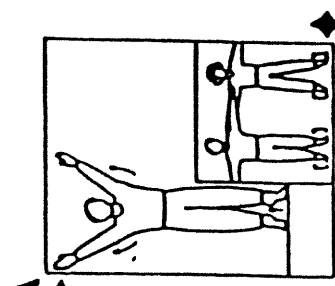
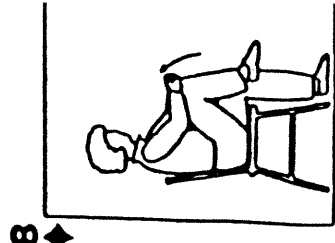
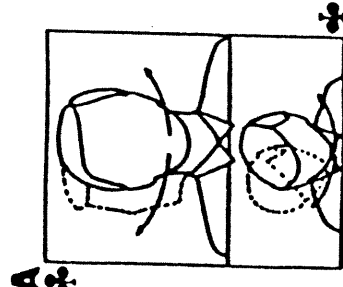
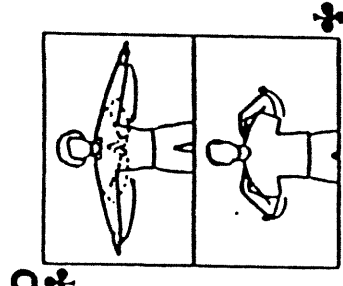
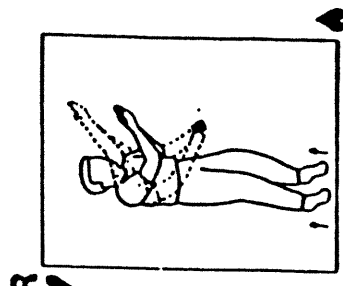
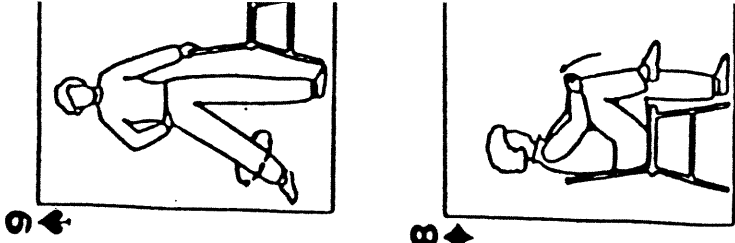
DEPART  ROUTINE 6



# VACTIVE


PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES ANEIES

DEPART  ROUTINE 7



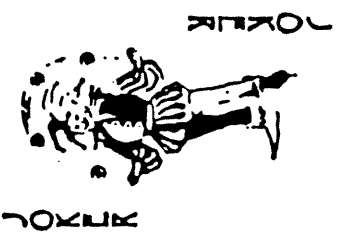
# VIACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES AINEES

DEPART  ROUTINE 8

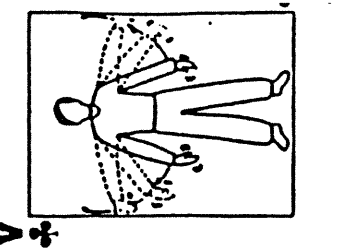
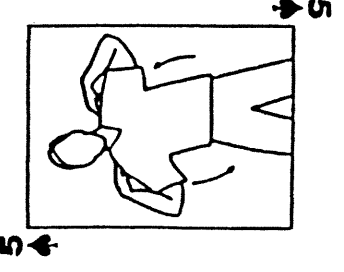
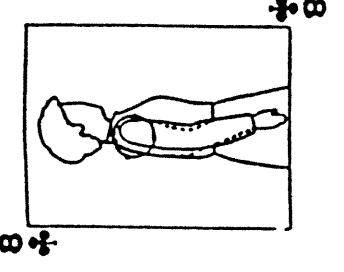
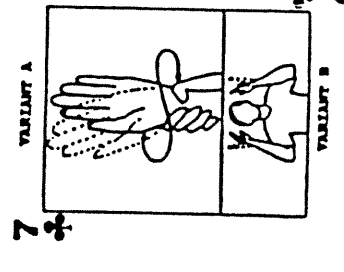
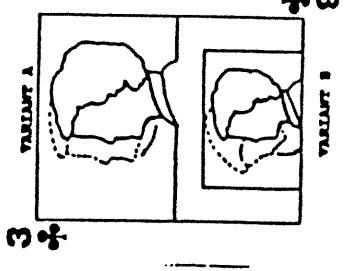
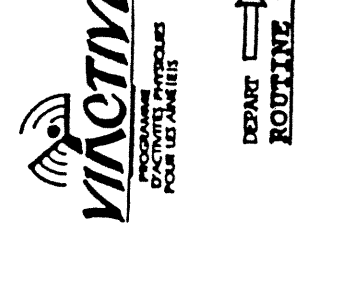
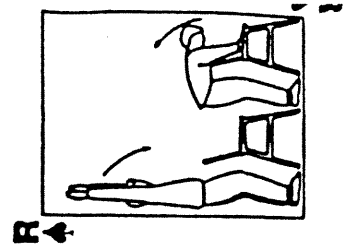
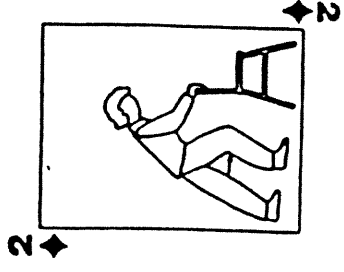
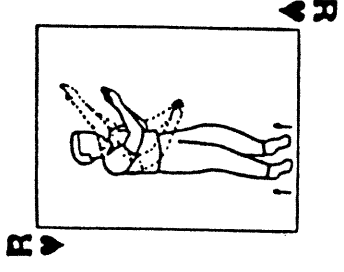
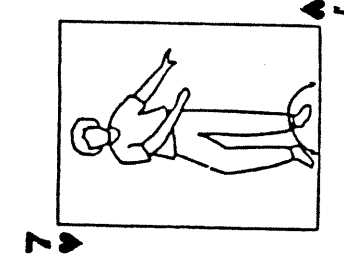
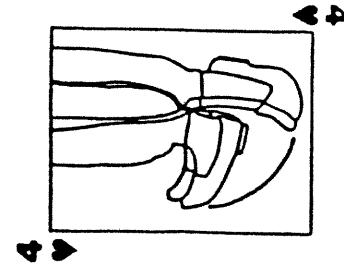
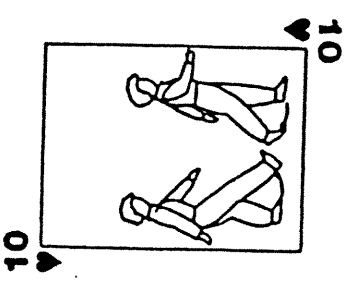
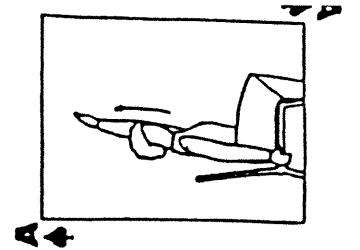
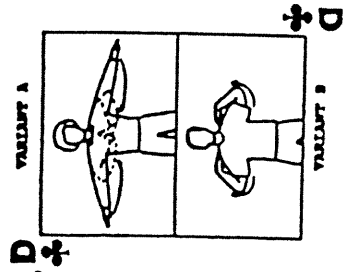
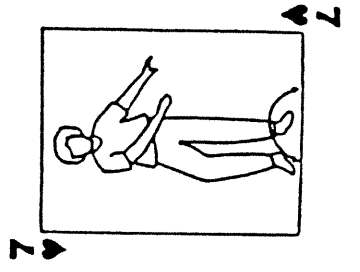
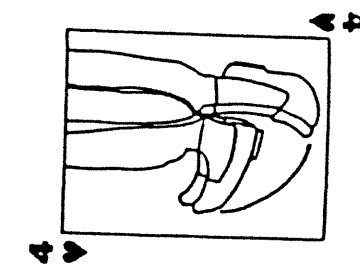
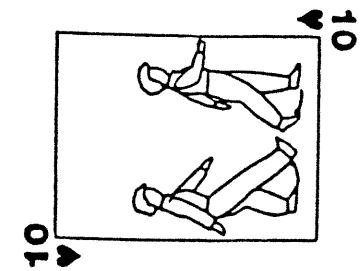
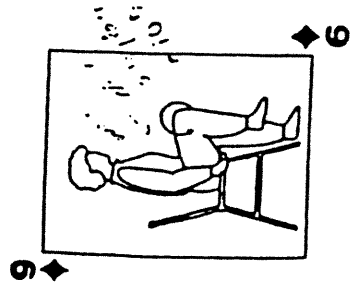
The grid contains 24 numbered illustrations of physical activities:

- 1: Two people walking side-by-side. (Heart icon)
- 2: Two people standing side-by-side. (Heart icon)
- 3: A person sitting at a table with a chair. (Heart icon)
- 4: A person sitting on a chair, leaning back. (Heart icon)
- 5: A person sitting on a chair, leaning forward. (Heart icon)
- 6: A person standing with one leg raised. (Heart icon)
- 7: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 8: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 9: A hand holding a small object. (Heart icon)
- 10: A person's head and shoulders with a dotted line indicating a movement path. (Heart icon)
- 11: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 12: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 13: A person sitting on a chair, leaning back. (Heart icon)
- 14: A person sitting on a chair, leaning forward. (Heart icon)
- 15: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 16: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 17: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 18: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 19: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 20: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 21: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 22: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)
- 23: A person standing with arms raised. (Heart icon)
- 24: A person standing with arms raised, different pose. (Heart icon)



**VIACTIVE**  
 PROGRAMME D'ACTIVITES PHYSIQUES  
 POUR LES AGES 18-25

DEPART →  
 ROUTINE 9



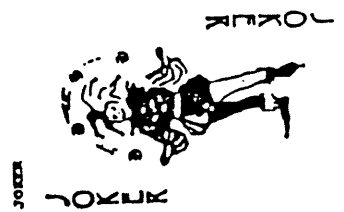


# VIACTIVE

PROGRAMME  
D'ACTIVITES PHYSIQUES  
POUR LES ANIMÉS

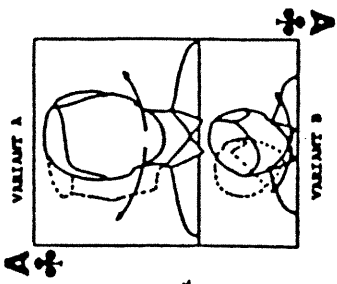
DEPART  
ROUTINE 10

1 ♠  
 2 ♠  
 3 ♠  
 4 ♠  
 5 ♠  
 6 ♠  
 7 ♠  
 8 ♠  
 9 ♠  
 10 ♠  
 11 ♠  
 12 ♠  
 13 ♠  
 14 ♠  
 15 ♠  
 16 ♠  
 17 ♠  
 18 ♠  
 19 ♠  
 20 ♠  
 21 ♠  
 22 ♠  
 23 ♠  
 24 ♠

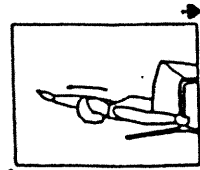


DEPART  
ROUTINE 11

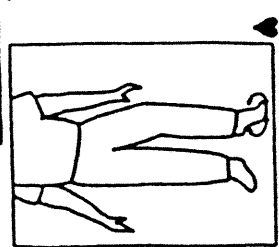
EXERCICE  
18



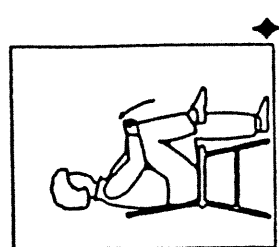
A ♣



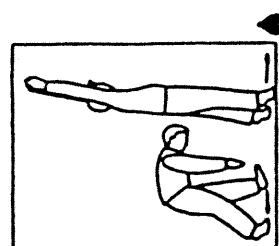
A ♣



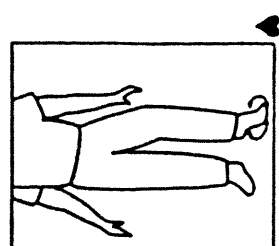
9 ♠



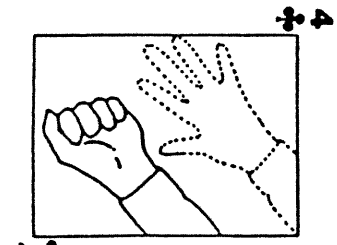
8 ♦



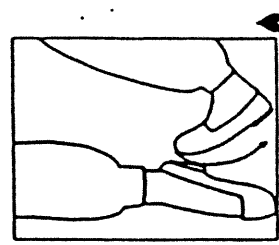
2 ♠



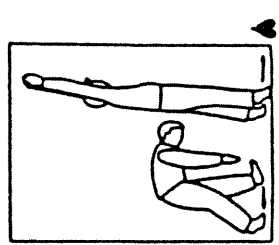
9 ♠



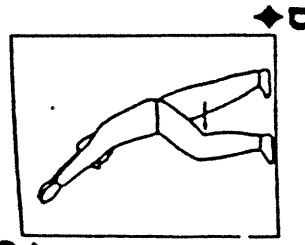
4 ♣



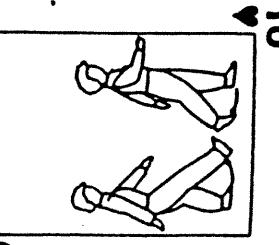
5 ♠



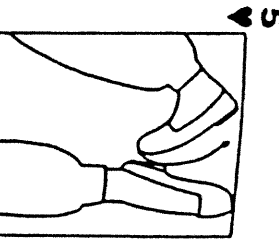
2 ♠



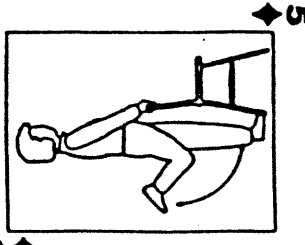
D ♠



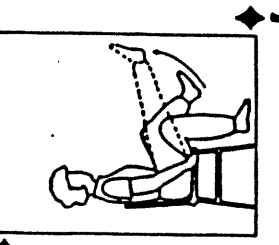
10 ♠



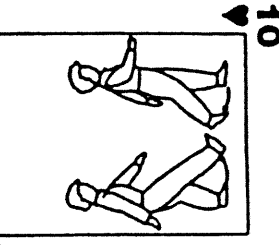
5 ♠



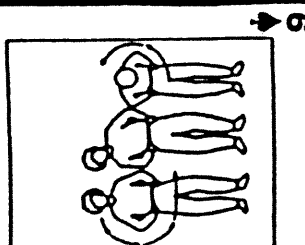
5 ♦



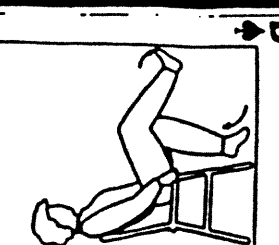
7 ♦



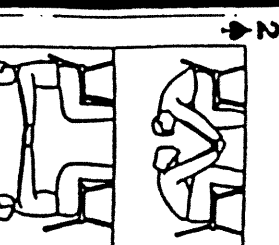
10 ♠



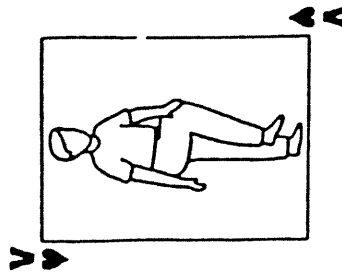
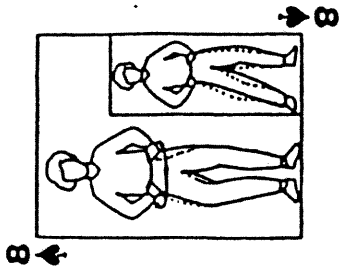
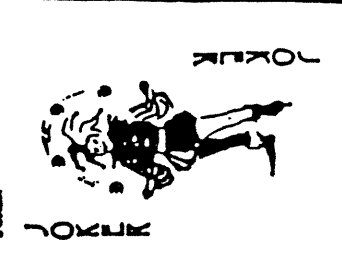
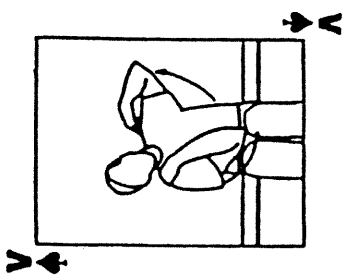
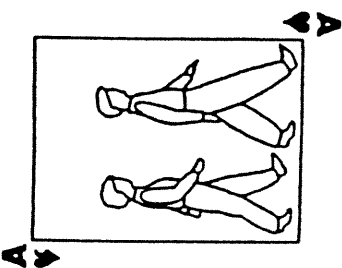
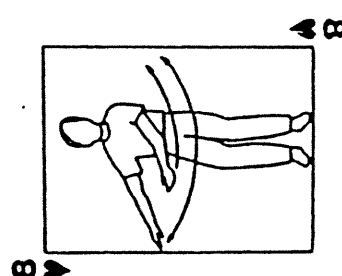
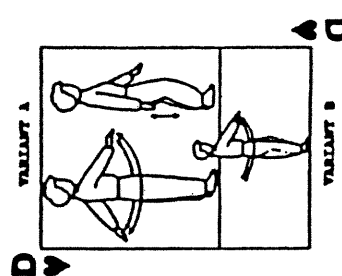
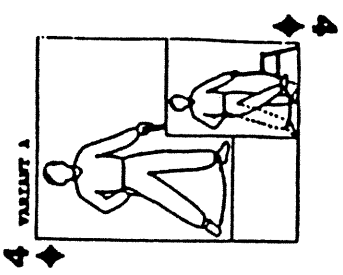
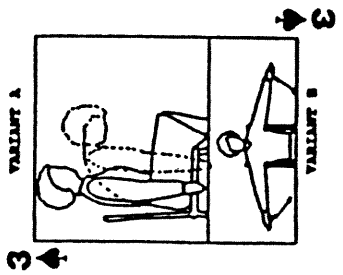
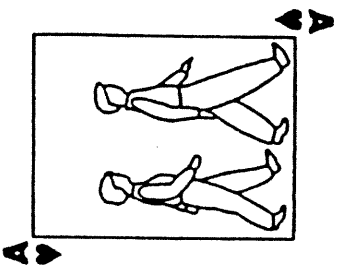
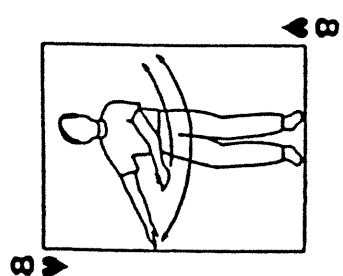
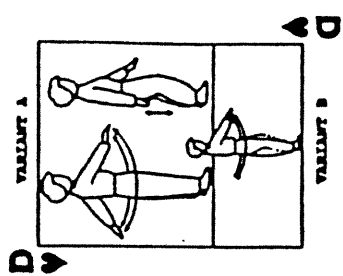
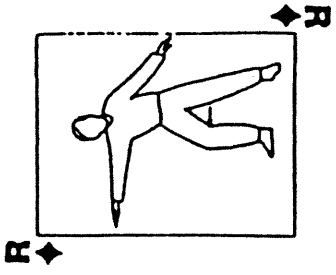
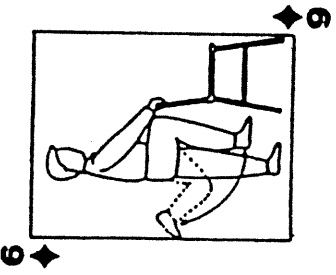
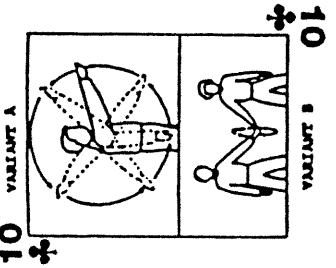
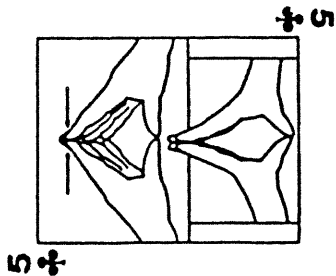
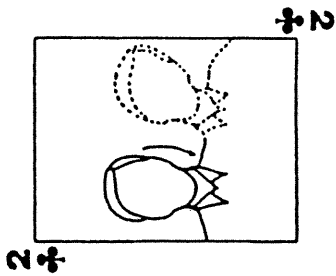
6 ♠



D ♠



2 ♠



Annexe II  
Plan de recrutement

Stratégies	Contenu	Résidences A ou B
Une lettre d'information	- une recherche aura lieu, - VIACTIVE pour tous gratuitement.	A et B
Conférence	- l'activité physique et la sédentarité.	A
Conférence	- l'activité physique et la sédentarité.	B
Conférence	- Le sommeil.	A
Conférence	- Le sommeil.	B
Conférence	- L'observance du régime thérapeutique (1).	A et B
Conférence	- L'observance du régime thérapeutique (2).	A et B
Une lettre d'informations	- VIACTIVE pour tous bientôt.	A et B
Une lettre d'informations	- VIACTIVE bientôt, - Donner votre nom, - Un chandail gratuit pour les 100 premiers inscrits.	A et B
Une lettre d'informations donné par le pharmacien	- Invitation à participer	A et B
Affiches (2)	- Invitation à participer	A
Affiches (2)	- Invitation à participer	B
Kiosque	- Inscription - Publicité - Chandail	A
Kiosque	- Inscription - Publicité - Chandail	B

Annexe III

Q-AAP

## Q-AAP VERSION RÉVISÉE

### IDENTIFICATION :

---

---

---

Le Q-AAP, version révisée est conçu pour déceler le petit nombre d'individus pour lesquels certaines activités physiques ne sont peut-être pas appropriées. Nous vous prions de répondre consciencieusement à ces quelques questions.

**oui      non**

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie de coeur, et vous a recommandé de ne pas faire d'exercice sans supervision médicale ?
2. Avez-vous des douleurs dans la poitrine lorsque vous faites de l'exercice ?
3. Avez-vous eu des douleurs dans la poitrine au repos, au cours des dernier mois ?
4. Est-ce qu'il vous arrive quelquefois de perdre conscience ou de tomber parce que vous êtes étourdi?
5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient être aggravés si vous faites de l'exercice ?
6. Est-ce qu'un médecin vous a déjà prescrit des médicaments pour contrôler votre pression artérielle ou un problème cardiaque ?
7. Selon votre propre expérience, ou selon l'avis d'un médecin, existe-t-il d'autres raisons pour lesquelles vous ne devez pas faire d'exercice sans supervision médicale ?  
Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTE : Si vous avez une maladie bénigne temporaire, comme la grippe, ou si vous ne vous sentez pas bien en ce moment, remettez à plus tard votre évaluation.

### POUR LES PERSONNES QUI RÉPONDENT OUI AUX QUESTIONS 1, 5 ou 6.

1. Avez-vous déjà eu une opération ou une crise cardiaque ?
5. Est-ce que vous avez de la difficulté à monter et à descendre des escaliers ?
6. (a) Est-ce que vous prenez des médicaments pour une maladie de coeur ?
- (b) Avez-vous déjà pris des médicaments pour la pression artérielle ? Si la réponse est non, poursuivre le dépistage (y compris la mesure de la pression artérielle).

Si vous répondez OUI à l'une ou l'autre des questions précédentes, vous devriez consulter un médecin avant de débiter votre activité.

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
Clinique/hôpital : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

Annexe IV  
Questions à l'entretien



## Entretien

### Entretien semi-structurée

#### **Cause de la prescription**

1. Depuis quand consommez-vous ce médicament ( \_\_\_\_\_ ) ?
  - a) comment en êtes-vous venu à prendre ce médicament ?
  - b) est-ce qu'on vous a proposé ce médicament, l'avez-vous demandé... ?

#### **Habitudes de consommation et raison(s) de la consommation à long terme**

2. De quelle façon prenez-vous ce médicament ?
  - a) régulière, (même heure ?, même dose ?...)
    - a.1) à quel besoin répond la prise quotidienne de ce médicament ?
    - a.2) est-ce que le médicament répond à votre besoin ?
  - b) irrégulière,
    - b.1) qu'est-ce qui fait qu'une journée vous prenez une pilule et l'autre non ?
    - b.2) à quel besoin répond la prise de ce médicament ?
    - b.3) est-ce que le médicament répond à votre besoin ?
  - c) faire un lien avec la trajectoire de consommation (si pertinent), afin de valider les résultats quantitatifs. Voir exemples:
    - c.1) *votre consommation de \_\_\_\_\_ a diminué récemment, comment expliquez-vous cela ?*
    - c.2) *votre consommation de \_\_\_\_\_ a augmenté récemment, comment expliquez-vous cela ?*

#### **Rapport aux psychotropes**

3. Est-ce que cette pilule ( \_\_\_\_\_ ) est différente des autres ?
  - a) si oui, en quoi cette pilule est différente des autres ?
  - b) si non, elle n'est pas différente des autres ?
4. Est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter de prendre cette pilule ?
  - a) parlez-moi de cette expérience...
  - b) avez-vous eu du soutien (famille, médecin, professionnels de la santé...)
  - c) si non, pensez-vous qu'il serait souhaitable d'arrêter de prendre cette pilule, pourquoi ?
5. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à diminuer ou à arrêter la consommation de cette pilule ?
  - a) qu'est-ce que vous pouvez faire ?
  - b) qu'est-ce que votre entourage pourrait faire ?
  - c) qu'est-ce que les professionnels de la santé pourraient faire ?
 (médecins, infirmières, pharmaciens, ...)

Annexe V  
Échelle de mesure de la santé mentale

Pour chacun des items suivants, veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux à ce que vous avez expérimenté au cours de la dernière semaine.

**Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (ÉMMBEP)**

**Au cours de la dernière semaine**

1. **Je me suis senti(e) en confiance.**

1	2	3	4	5
Jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

2. **J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fier(ère) de moi.**

1	2	3	4	5
Jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

3. **J'ai été fonceur(se), j'ai entrepris(e) plein de choses.**

1	2	3	4	5
Jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

4. **Je me suis senti(e) équilibré(e) émotionnellement.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

5. **Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e)**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

**Au cours de la dernière semaine**

6. **J'avais des buts, des ambitions.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

7. **J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

8. **Je me suis senti(e) utile.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

9. **J'avais facilement un beau sourire.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

10. **J'ai été égal(e) à moi-même, naturel(le), en toutes circonstances.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

11. **J'avais une bonne écoute pour mes amis(es)**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

**Au cours de la dernière semaine**

12. **J'étais curieux(se), je m'intéressais à toutes sortes de choses.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

13. **J'ai pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

14. **J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

15. **Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

16. **J'étais plutôt calme, posé(e).**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

17. **J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

18. **J'ai été en bon terme avec mon entourage.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

19. **J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

20. **J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

21. **J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis(es).**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

22. **J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

23. **Je me suis senti(e) en santé, en pleine forme.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

24. **J'ai su affronter positivement des situations difficiles.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

25. **J'avais un bon moral.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

Pour chacun des items suivants, veuillez encercler le numéro qui correspond le mieux à ce que vous avez expérimenté au cours de la dernière semaine.

**Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP)**

**Au cours de la dernière semaine**

1. **J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

2. **J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

3. **J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

4. **J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

5. **J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

6. **Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

7. **Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e).**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

8. **J'ai été en conflit avec mon entourage.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

9. **J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

10. **Je me suis senti(e) triste.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

11. **J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

12. **J'ai été arrogant(e) et même "bête" avec le monde.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

13. **J'ai manqué de confiance en moi.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

14. **Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se).**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

15. **J'ai perdu patience.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

16. **Je me suis senti(e) déprimé(e), ou "down".**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

17. **J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceur(se).**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

18. **J'ai eu le sentiment d'être inutile.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

19. **Je me suis senti(e) désintéressé(e) par les choses qui habituellement m'intéressent.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

20. **Je me suis senti(e) mal dans ma peau.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

21. **Je me suis senti(e) stressé(e), sous pression.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

22. **J'ai eu tendance à être moins réceptif(ve) aux idées ou aux opinions des autres.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours

23. **J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit.**

1	2	3	4	5
jamais	rarement	la moitié du temps	fréquemment	presque toujours



Annexe VI

Mesure des psychotropes





Annexe VII

Questionnaires socio-démographiques et nombre de visites chez le médecin

Questionnaire**Données sociodémographiques**

**1. Encerlez la bonne réponse, êtes-vous un(e)...**

Homme            ou            Femme

**2. Quel est votre âge ?**

\_\_\_\_\_

**3. Quel est votre statut civil ?**

- a) Marié(e)
- b) Veuf(ve)
- c) Divorcé(e)
- d) Célibataire
- e) Union libre
- f) autre

**4. Pendant combien d'années êtes-vous aller à l'école?**

\_\_\_\_\_

**5. Parmi les montants ci-dessous, lequel illustre le mieux votre revenu individuel ou familial de l'année dernière, avant les déductions (taxes et impôts) ?**

- a) 0                    - \$ 10 000
- b) \$ 10 001        - \$ 20 000
- c) \$ 20 001        - \$ 30 000
- d) \$ 30 001        - \$ 40 000
- e) \$ 40 001        - \$ 50 000
- f) \$ 50 001 et plus

**Nombre de visites chez le médecin**

**6. À quelle fréquence avez-vous consulté un médecin au cours du dernier mois ?**

- a) 0 fois
- b) 1-2 fois
- c) 3-6 fois
- d) Plus de 6 fois

**7. Est-ce qu'il a modifié la prescription d'un de vos médicaments ?**

- a) oui
- b) non

Si oui laquelle \_\_\_\_\_

**Annexe VIII**  
**Informations aux participants**

### Renseignements aux participants

Titre: Trajectoire de l'utilisation de médicaments psychotropes chez des personnes âgées participant à une activité de groupe à caractère physique en lien avec la santé mentale et les perceptions des utilisateurs.

Je suis infirmier et étudiant au niveau du doctorat en sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je mène une étude sur la consommation de psychotropes (médicaments pour les nerfs, le sommeil et l'humeur) chez les personnes âgées dans le but de comprendre comment la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes évoluent dans le temps.

Si vous acceptez de faire partie de cette étude, cela signifie que (1) vous participerez à VIACTIVE autant que possible à raison de trois séances de 30 minutes par semaine pour 16 semaines et (2) vous me recevrez à votre appartement à dix reprises à quatre semaines d'intervalle afin que j'observe votre prise de psychotropes et (3) lors de 5 de ces dix visites (5 minutes la visite), je vous demanderai de répondre à un questionnaire sur la santé mentale d'une durée de 20 minutes et enfin (4), vous aurez la possibilité d'être rencontré à la fin de VIACTIVE pour une entrevue d'une heure qui sera enregistrée sur une cassette audio, dans le but de connaître vos perceptions sur le phénomène de l'usage des psychotropes. Pour participer à l'étude, il est essentiel qu'un médecin vous ait prescrit des psychotropes, que vous ayez 60 ans ou plus et que vous compreniez le français. Vous ne pouvez pas participer à l'étude si vous devez vous absenter pour plus d'un mois.

Votre participation à l'étude favorisera le développement des connaissances dans le domaine de la santé mentale et de la consommation de psychotropes chez les aînés. Il n'y a pas de risques pour votre santé de participer à l'étude.

Votre participation est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de vous retirer de l'étude en tout temps sans entraîner de préjudices pour vous de la part du personnel de la résidence et de l'étudiant chercheur.

Je tiens à vous assurer que toute information demeure confidentielle et votre nom ne sera mentionné dans aucun rapport. De plus, tous les documents seront détruits à la fin de l'étude.

### Questions sur l'étude

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'intervention) avec une des personnes suivantes:

Responsable du projet:      Dr Sylvie Lauzon, 514-343-7485

Dr Johanne Collin, 514-343-7145

### Éthique

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec Dr Sylvie Lauzon, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité multifacultaire d'éthique des Sciences de la Santé, Mme Jocelyne St-Arnaud (téléphone 514-343-7619). À la suite de cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (téléphone 514-343-2100).



Annexe IX  
Formulaire de consentement

FOMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre: Trajectoire de l'utilisation de médicaments psychotropes chez des personnes âgées participant à une activité de groupe à caractère physique en lien avec la santé mentale et les perceptions des utilisateurs.

Étudiant: Philippe Voyer

Je, (nom en lettres moulées du participant).....  
 déclare avoir pris connaissance du document ci-joint dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec Philippe Voyer et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question. Après lecture et un délai raisonnable de réflexion, je consens librement à prendre part à cette étude et je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudices.

**Signature du participant** .....

Date .....

Je, Philippe Voyer, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à .....

**Signature de l'investigateur** (Philippe Voyer) .....

Date .....

Témoin autre qu'un individu associé au projet

**Signature du témoin** .....

Date .....

Annexe X

Le nombre de participants qui présentent une marque de santé mentale inférieure à 120

**Tableau 10.1**

Le nombre de participants qui présentent une marque de santé mentale inférieure à 120

Variable	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>5</sub>
Santé mentale	> 120 = 45 < 120 = 3	> 120 = 47 < 120 = 1	> 120 = 48 < 120 = 0	> 120 = 47 < 120 = 1	> 120 = 48 < 120 = 0

Annexe XI

Tests d'association en prenant en considération la durée de consommation

Tableau 11.1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération la durée de la consommation de psychotropes.

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 187,67	T1 = 16,56	t = 0,37	p = 0,17	r <sub>s</sub> = 0,46	p = 0,21
	T2 = 198,11	T2 = 16,06	t = 0,59	<b>p = 0,03</b>	r <sub>s</sub> = 0,79	<b>p = 0,01</b>
	T3 = 198,67	T3 = 16,05	t = 0,32	p = 0,24	r <sub>s</sub> = 0,52	p = 0,15
	T4 = 208,33	T4 = 16,13	t = 0,37	p = 0,17	r <sub>s</sub> = 0,59	p = 0,09
	T5 = 212,78	T5 = 15,31	t = 0,40	p = 0,14	r <sub>s</sub> = 0,57	p = 0,11
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 187,67	T1 = 9,75	t = -0,67	p = 0,17	r <sub>s</sub> = -0,80	p = 0,20
	T2 = 198,11	T2 = 8,64	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,68
	T3 = 198,67	T3 = 8,60	t = 0,20	p = 0,70	r <sub>s</sub> = 0,33	p = 0,67
	T4 = 208,33	T4 = 7,54	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,68
	T5 = 212,78	T5 = 7,57	t = -0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,79
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 187,67	T1 = 18,33	t = 0,41	p = 0,25	r <sub>s</sub> = 0,58	p = 0,23
	T2 = 198,11	T2 = 18,33	t = 0,55	p = 0,13	r <sub>s</sub> = 0,70	p = 0,13
	T3 = 198,67	T3 = 18,33	t = 0,28	p = 0,44	r <sub>s</sub> = 0,46	p = 0,35
	T4 = 208,33	T4 = 19,17	t = 0,28	p = 0,44	r <sub>s</sub> = 0,46	p = 0,35
	T5 = 212,78	T5 = 17,92	t = 0,41	p = 0,25	r <sub>s</sub> = 0,49	p = 0,32
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 98,33	T1 = 16,56	t = 0,38	p = 0,17	r <sub>s</sub> = 0,44	p = 0,23
	T2 = 104,89	T2 = 16,06	t = 0,57	<b>p = 0,04</b>	r <sub>s</sub> = 0,79	<b>p = 0,01</b>
	T3 = 100,22	T3 = 16,05	t = 0,51	p = 0,06	r <sub>s</sub> = 0,70	<b>p = 0,04</b>
	T4 = 106,22	T4 = 16,13	t = 0,40	p = 0,14	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,17
	T5 = 108,22	T5 = 15,31	t = 0,51	p = 0,06	r <sub>s</sub> = 0,67	<b>p = 0,05</b>
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 98,33	T1 = 9,75	t = -0,33	p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,60
	T2 = 104,89	T2 = 8,64	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,68
	T3 = 100,22	T3 = 8,60	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,68
	T4 = 106,22	T4 = 7,54	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,68
	T5 = 108,22	T5 = 7,57	t = 0,00	p = 1	r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,94
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 98,33	T1 = 18,33	t = 0,21	p = 0,56	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,61
	T2 = 104,89	T2 = 18,33	t = 0,21	p = 0,56	r <sub>s</sub> = 0,37	p = 0,47
	T3 = 100,22	T3 = 18,33	t = 0,36	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,31
	T4 = 106,22	T4 = 19,17	t = 0,21	p = 0,56	r <sub>s</sub> = 0,34	p = 0,51
	T5 = 108,22	T5 = 17,92	t = 0,33	p = 0,35	r <sub>s</sub> = 0,37	p = 0,47
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 48,67	T1 = 16,56	t = -0,29	p = 0,29	r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,28
	T2 = 44,78	T2 = 16,06	t = -0,31	p = 0,25	r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,44
	T3 = 39,56	T3 = 16,05	t = -0,03	p = 0,92	r <sub>s</sub> = -0,06	p = 0,88
	T4 = 35,89	T4 = 16,13	t = -0,25	p = 0,35	r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,28
	T5 = 33,44	T5 = 15,31	t = -0,29	p = 0,29	r <sub>s</sub> = -0,38	p = 0,31
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 48,67	T1 = 9,75	t = 0,67	p = 0,17	r <sub>s</sub> = 0,80	p = 0,20
	T2 = 44,78	T2 = 8,64	t = 0,55	p = 0,28	r <sub>s</sub> = 0,74	p = 0,26
	T3 = 39,56	T3 = 8,60	t = 0,18	p = 0,72	r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,79
	T4 = 35,89	T4 = 7,54	t = 0,55	p = 0,28	r <sub>s</sub> = 0,74	p = 0,26
	T5 = 33,44	T5 = 7,57	t = 0,55	p = 0,28	r <sub>s</sub> = 0,74	p = 0,26
Détresse	T1 = 48,67	T1 = 18,33	t = -0,38	p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,50	p = 0,31

psychologique et psychotropes (RÉG)	T2 = 44,78 T3 = 39,56 T4 = 35,89 T5 = 33,44	T2 = 18,33 T3 = 18,33 T4 = 19,17 T5 = 17,92	t = -0,41 t = -0,14 t = -0,14 t = -0,45	p = 0,25 p = 0,70 p = 0,70 p = 0,23	r <sub>s</sub> = -0,52 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,58	p = 0,29 p = 0,70 p = 0,62 p = 0,23
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 185,10 T2 = 194,26 T3 = 197,62 T4 = 196,79 T5 = 201,90	T1 = 26,27 T2 = 27,86 T3 = 27,20 T4 = 26,09 T5 = 25,15	t = -0,14 t = -0,03 t = -0,12 t = -0,08 t = -0,18	p = 0,21 p = 0,81 p = 0,30 p = 0,46 p = 0,10	r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = -0,19 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,23 p = 0,74 p = 0,26 p = 0,54 p = 0,14
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 185,10 T2 = 194,26 T3 = 197,62 T4 = 196,79 T5 = 201,90	T1 = 7,21 T2 = 8,29 T3 = 9,37 T4 = 8,91 T5 = 7,86	t = 0,07 t = -0,06 t = -0,03 t = -0,14 t = -0,23	p = 0,58 p = 0,63 p = 0,80 p = 0,28 p = 0,07	r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,16 r <sub>s</sub> = -0,26	p = 0,64 p = 0,67 p = 0,65 p = 0,39 p = 0,15
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 185,10 T2 = 194,26 T3 = 197,62 T4 = 196,79 T5 = 201,90	T1 = 52,91 T2 = 54,73 T3 = 50,74 T4 = 48,81 T5 = 51,54	t = -0,04 t = 0,33 t = 0,11 t = 0,13 t = 0,15	p = 0,84 p = 0,09 p = 0,58 p = 0,52 p = 0,47	r <sub>s</sub> = 0,004 r <sub>s</sub> = 0,43 r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = 0,23 r <sub>s</sub> = 0,19	p = 0,99 p = 0,12 p = 0,57 p = 0,40 p = 0,51
Bien-être psychologique vs psychotropes (totale)	T1 = 92,44 T2 = 97,31 T3 = 100,92 T4 = 99,95 T5 = 103,51	T1 = 26,27 T2 = 27,86 T3 = 27,20 T4 = 26,09 T5 = 25,15	t = -0,18 t = -0,01 t = -0,18 t = -0,14 t = -0,15	p = 0,12 p = 0,91 p = 0,11 p = 0,21 p = 0,17	r <sub>s</sub> = -0,23 r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = -0,22	p = 0,16 p = 0,93 p = 0,11 p = 0,32 p = 0,19
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 92,44 T2 = 97,31 T3 = 100,92 T4 = 99,95 T5 = 103,51	T1 = 7,21 T2 = 8,29 T3 = 9,37 T4 = 8,91 T5 = 7,86	t = 0,06 t = -0,06 t = -0,06 t = -0,15 t = -0,20	p = 0,63 p = 0,64 p = 0,66 p = 0,23 p = 0,11	r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = -0,18 r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,63 p = 0,66 p = 0,70 p = 0,34 p = 0,18
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 92,44 T2 = 97,31 T3 = 100,92 T4 = 99,95 T5 = 103,51	T1 = 52,91 T2 = 54,73 T3 = 50,74 T4 = 48,81 T5 = 51,54	t = 0,05 t = 0,30 t = 0,14 t = 0,08 t = 0,17	p = 0,80 p = 0,12 p = 0,49 p = 0,69 p = 0,41	r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,41 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = 0,19 r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,83 p = 0,13 p = 0,45 p = 0,51 p = 0,43
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 45,33 T2 = 41,05 T3 = 41,30 T4 = 41,15 T5 = 39,62	T1 = 26,27 T2 = 27,86 T3 = 27,20 T4 = 26,09 T5 = 25,15	t = 0,04 t = 0,03 t = 0,06 t = 0,06 t = 0,21	p = 0,72 p = 0,76 p = 0,62 p = 0,62 p = 0,07	r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,26	p = 0,71 p = 0,71 p = 0,71 p = 0,59 p = 0,11
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 45,33 T2 = 41,05 T3 = 41,30 T4 = 41,15 T5 = 39,62	T1 = 7,21 T2 = 8,29 T3 = 9,37 T4 = 8,91 T5 = 7,86	t = -0,002 t = 0,06 t = 0,08 t = 0,15 t = 0,25	p = 0,99 p = 0,64 p = 0,52 p = 0,25 p = 0,05	r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,18 r <sub>s</sub> = 0,28	p = 0,98 p = 0,63 p = 0,50 p = 0,33 p = 0,12
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 45,33 T2 = 41,05 T3 = 41,30 T4 = 41,15 T5 = 39,62	T1 = 52,91 T2 = 54,73 T3 = 50,74 T4 = 48,81 T5 = 51,54	t = -0,05 t = -0,24 t = -0,08 t = -0,07 t = -0,16	p = 0,80 p = 0,23 p = 0,69 p = 0,73 p = 0,44	r <sub>s</sub> = -0,09 r <sub>s</sub> = -0,34 r <sub>s</sub> = -0,12 r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,76 p = 0,22 p = 0,68 p = 0,71 p = 0,43

Annexe XII

La santé mentale selon la participation à VIACTIVE



**Tableau 12.1**

Résultats du test de Wilcoxon pour la santé mentale et ses dimensions en prenant en considération l'assiduité à VIACTIVE

Test	Concepts	Temps Catégorie 1	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Santé mentale et viactive	T1 = 189,16 T5 = 207,66	w = -4,05	<b>p = 0,001</b>
	Bien-être psychologique et vactive	T1 = 95,88 T5 = 106,50	w = -3,53	<b>p = 0,001</b>
	Détresse psychologique et vactive	T1 = 44,72 T5 = 36,84	w = -3,46	<b>p = 0,001</b>
Test	Concepts	Temps Catégorie 2	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Santé mentale et viactive	T1 = 178,43 T5 = 196,50	w = -1,86	p = 0,63
	Bien-être psychologique et vactive	T1 = 88,88 T5 = 100,19	w = -1,32	p = 0,19
	Détresse psychologique et vactive	T1 = 48,44 T5 = 41,69	w = -2,05	<b>p = 0,04</b>

**Tableau 12.2**

Résultats du test de Friedman pour la santé mentale et ses dimensions en prenant en considération l'assiduité à VIACTIVE

Test	Concepts	Temps Catégorie 1	Résultats du test	Probabilité
Test de Friedman	Santé mentale et viactive	T1 = 189,16 T2 = 199,06 T3 = 199,44 T4 = 201,56 T5 = 207,66	f = 27,61	$p = 0,001$
	Bien-être psychologique et viable	T1 = 95,88 T2 = 100,94 T3 = 101,41 T4 = 103,06 T5 = 106,50	f = 17,74	$p = 0,001$
	Détresse psychologique et viable	T1 = 44,72 T2 = 39,88 T3 = 39,97 T4 = 39,50 T5 = 36,84	f = 17,90	$p = 0,001$
Test	Concepts	Temps Catégorie 2	Résultats du test	Probabilité
Test de Friedman	Santé mentale et viactive	T1 = 178,44 T2 = 186,81 T3 = 194,56 T4 = 193,75 T5 = 196,50	f = 6,29	$p = 0,18$
	Bien-être psychologique et viable	T1 = 88,88 T2 = 94,31 T3 = 99,56 T4 = 97,25 T5 = 100,19	f = 4,06	$p = 0,40$
	Détresse psychologique et viable	T1 = 48,44 T2 = 45,50 T3 = 43,00 T4 = 41,50 T5 = 41,69	f = 6,29	$p = 0,18$

Annexe XIII

Tests d'association en prenant en considération la participation à VIACTIVE

Tableau 13.1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération l'assiduité à VIACTIVE

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 189,16	T1 = 21,53	t = -0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,89
	T2 = 199,06	T2 = 22,89	t = 0,05	p = 0,71	r <sub>s</sub> = 0,07	p = 0,70
	T3 = 199,44	T3 = 22,01	t = -0,04	p = 0,73	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,67
	T4 = 201,56	T4 = 21,27	t = 0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = -0,004	p = 0,98
	T5 = 207,66	T5 = 19,90	t = -0,06	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,65
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 189,16	T1 = 7,10	t = -0,03	p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,89
	T2 = 199,06	T2 = 8,80	t = 0,02	p = 0,87	r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,76
	T3 = 199,44	T3 = 9,48	t = 0,02	p = 0,89	r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,80
	T4 = 201,56	T4 = 8,61	t = -0,10	p = 0,48	r <sub>s</sub> = -0,13	p = 0,54
	T5 = 207,66	T5 = 7,06	t = -0,11	p = 0,46	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,58
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 189,16	T1 = 36,54	t = 0,23	p = 0,27	r <sub>s</sub> = 0,36	p = 0,21
	T2 = 199,06	T2 = 36,61	t = 0,43	p = 0,04	r <sub>s</sub> = 0,58	p = 0,03
	T3 = 199,44	T3 = 33,39	t = 0,28	p = 0,17	r <sub>s</sub> = 0,42	p = 0,13
	T4 = 201,56	T4 = 33,24	t = 0,40	p = 0,05	r <sub>s</sub> = 0,58	p = 0,03
	T5 = 207,66	T5 = 35,40	t = 0,20	p = 0,36	r <sub>s</sub> = 0,33	p = 0,28
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 95,88	T1 = 21,53	t = 0,002	p = 0,99	r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,96
	T2 = 100,94	T2 = 22,89	t = 0,03	p = 0,83	r <sub>s</sub> = 0,07	p = 0,71
	T3 = 101,41	T3 = 22,01	t = -0,05	p = 0,69	r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,72
	T4 = 103,06	T4 = 21,27	t = -0,06	p = 0,61	r <sub>s</sub> = -0,91	p = 0,62
	T5 = 106,50	T5 = 19,90	t = -0,02	p = 0,87	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,89
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 95,88	T1 = 7,10	t = 0,06	p = 0,66	r <sub>s</sub> = 0,10	p = 0,64
	T2 = 100,94	T2 = 8,80	t = 0,03	p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,78
	T3 = 101,41	T3 = 9,48	t = 0,003	p = 0,98	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,84
	T4 = 103,06	T4 = 8,61	t = -0,10	p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,11	p = 0,59
	T5 = 106,50	T5 = 7,06	t = -0,07	p = 0,64	r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,74
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 95,88	T1 = 36,54	t = 0,25	p = 0,22	r <sub>s</sub> = 0,34	p = 0,24
	T2 = 100,94	T2 = 36,61	t = 0,36	p = 0,09	r <sub>s</sub> = 0,46	p = 0,10
	T3 = 101,41	T3 = 33,39	t = 0,34	p = 0,10	r <sub>s</sub> = 0,49	p = 0,08
	T4 = 103,06	T4 = 33,24	t = 0,32	p = 0,12	r <sub>s</sub> = 0,45	p = 0,11
	T5 = 106,50	T5 = 35,40	t = 0,20	p = 0,36	r <sub>s</sub> = 0,22	p = 0,47
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 44,72	T1 = 21,53	t = -0,02	p = 0,86	r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,83
	T2 = 39,88	T2 = 22,89	t = -0,01	p = 0,91	r <sub>s</sub> = -0,001	p = 1
	T3 = 39,97	T3 = 22,01	t = 0,01	p = 0,91	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,96
	T4 = 39,50	T4 = 21,27	t = -0,02	p = 0,87	r <sub>s</sub> = 0,003	p = 0,99
	T5 = 36,84	T5 = 19,90	t = 0,08	p = 0,53	r <sub>s</sub> = 0,10	p = 0,61
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 44,72	T1 = 7,10	t = 0,09	p = 0,53	r <sub>s</sub> = 0,12	p = 0,57
	T2 = 39,88	T2 = 8,80	t = 0,09	p = 0,56	r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,55
	T3 = 39,97	T3 = 9,48	t = 0,01	p = 0,96	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,87
	T4 = 39,50	T4 = 8,61	t = 0,21	p = 0,16	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,19
	T5 = 36,84	T5 = 7,06	t = 0,17	p = 0,27	r <sub>s</sub> = 0,17	p = 0,41

Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 44,72 T2 = 39,88 T3 = 39,97 T4 = 39,50 T5 = 36,84	T1 = 36,54 T2 = 36,61 T3 = 33,39 T4 = 33,24 T5 = 35,40	t = -0,24 t = -0,34 t = -0,20 t = -0,25 t = -0,27	p = 0,24 p = 0,10 p = 0,32 p = 0,23 p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,44 r <sub>s</sub> = -0,53 r <sub>s</sub> = -0,29 r <sub>s</sub> = -0,31 r <sub>s</sub> = -0,38	p = 0,12 p = <b>0,051</b> p = 0,32 p = 0,29 p = 0,20
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 178,44 T2 = 186,81 T3 = 194,56 T4 = 193,75 T5 = 196,50	T1 = 30,27 T2 = 31,15 T3 = 31,30 T4 = 30,12 T5 = 30,12	t = -0,14 t = 0,01 t = -0,01 t = -0,06 t = -0,16	p = 0,44 p = 0,96 p = 0,96 p = 0,75 p = 0,39	r <sub>s</sub> = -0,23 r <sub>s</sub> = 0,01 r <sub>s</sub> = -0,02 r <sub>s</sub> = 0,00 r <sub>s</sub> = -0,18	p = 0,39 p = 0,97 p = 0,95 p = 1 p = 0,51
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 178,44 T2 = 186,81 T3 = 194,56 T4 = 193,75 T5 = 196,50	T1 = 8,39 T2 = 7,26 T3 = 8,84 T4 = 9,10 T5 = 9,42	t = 0,20 t = -0,09 t = 0,09 t = 0,09 t = -0,23	p = 0,39 p = 0,70 p = 0,70 p = 0,70 p = 0,30	r <sub>s</sub> = 0,22 r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,52 p = 0,75 p = 0,83 p = 0,65 p = 0,46
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 178,44 T2 = 186,81 T3 = 194,56 T4 = 193,75 T5 = 196,50	T1 = 56,01 T2 = 59,79 T3 = 57,66 T4 = 54,55 T5 = 52,70	t = -0,62 t = -0,24 t = -0,39 t = -0,43 t = -0,43	p = <b>0,051</b> p = 0,45 p = 0,22 p = 0,18 p = 0,18	r <sub>s</sub> = -0,71 r <sub>s</sub> = -0,39 r <sub>s</sub> = -0,41 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,43	p = 0,07 p = 0,38 p = 0,36 p = 0,25 p = 0,34
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 88,88 T2 = 94,31 T3 = 99,56 T4 = 97,25 T5 = 100,19	T1 = 30,27 T2 = 31,15 T3 = 31,30 T4 = 30,12 T5 = 30,12	t = -0,21 t = 0,04 t = -0,21 t = -0,08 t = -0,13	p = 0,26 p = 0,82 p = 0,26 p = 0,69 p = 0,47	r <sub>s</sub> = -0,32 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = -0,27 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = -0,16	p = 0,23 p = 0,88 p = 0,31 p = 1 p = 0,56
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 88,88 T2 = 94,31 T3 = 99,56 T4 = 97,25 T5 = 100,19	T1 = 8,39 T2 = 7,26 T3 = 8,84 T4 = 9,10 T5 = 9,42	t = 0,19 t = -0,13 t = -0,06 t = 0,07 t = -0,24	p = 0,43 p = 0,59 p = 0,81 p = 0,76 p = 0,27	r <sub>s</sub> = 0,20 r <sub>s</sub> = -0,16 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = 0,15 r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,57 p = 0,65 p = 0,82 p = 0,67 p = 0,43
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 88,88 T2 = 94,31 T3 = 99,56 T4 = 97,25 T5 = 100,19	T1 = 56,01 T2 = 59,79 T3 = 57,66 T4 = 54,55 T5 = 52,70	t = -0,52 t = -0,15 t = -0,43 t = -0,33 t = -0,24	p = 0,10 p = 0,65 p = 0,18 p = 0,29 p = 0,45	r <sub>s</sub> = -0,64 r <sub>s</sub> = -0,24 r <sub>s</sub> = -0,43 r <sub>s</sub> = -0,32 r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,12 p = 0,61 p = 0,34 p = 0,48 p = 0,54
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 48,44 T2 = 45,50 T3 = 43,00 T4 = 41,50 T5 = 41,69	T1 = 30,27 T2 = 31,15 T3 = 31,30 T4 = 30,12 T5 = 30,12	t = -0,03 t = 0,04 t = 0 t = 0,03 t = 0,17	p = 0,89 p = 0,82 p = 1 p = 0,90 p = 0,37	r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = -0,02 r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,83 p = 0,89 p = 0,93 p = 0,94 p = 0,47
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 48,44 T2 = 45,50 T3 = 43,00 T4 = 41,50 T5 = 41,69	T1 = 8,39 T2 = 7,26 T3 = 8,84 T4 = 9,10 T5 = 9,42	t = -0,09 t = -0,13 t = 0 t = -0,15 t = 0,20	p = 0,70 p = 0,58 p = 1 p = 0,53 p = 0,37	r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = -0,21 r <sub>s</sub> = 0,19	p = 0,56 p = 0,62 p = 1 p = 0,54 p = 0,56
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 48,44 T2 = 45,50 T3 = 43,00 T4 = 41,50 T5 = 41,69	T1 = 56,01 T2 = 59,79 T3 = 57,66 T4 = 54,55 T5 = 52,70	t = 0,39 t = 0,39 t = 0,43 t = 0,52 t = 0,59	p = 0,22 p = 0,22 p = 0,18 p = 0,10 p = 0,07	r <sub>s</sub> = 0,52 r <sub>s</sub> = 0,47 r <sub>s</sub> = 0,43 r <sub>s</sub> = 0,61 r <sub>s</sub> = 0,56	p = 0,23 p = 0,29 p = 0,34 p = 0,15 p = 0,19

Annexe XIV

Tests d'association en prenant en considération les classes de psychotropes

Tableau 14.1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les classes de psychotropes

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 180,37	T1 = 7,03	t = 0,14	p = 0,29	r <sub>s</sub> = 0,17	p = 0,37
	T2 = 195,21	T2 = 6,89	t = 0,09	p = 0,49	r <sub>s</sub> = 0,12	p = 0,53
	T3 = 191,74	T3 = 7,36	t = 0,11	p = 0,41	r <sub>s</sub> = 0,12	p = 0,54
	T4 = 194,11	T4 = 7,39	t = 0,06	p = 0,67	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,79
	T5 = 199,74	T5 = 7,13	t = -0,11	p = 0,43	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,63
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 180,37	T1 = 6,01	t = 0,04	p = 0,80	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,87
	T2 = 195,21	T2 = 5,79	t = 0,03	p = 0,87	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,95
	T3 = 191,74	T3 = 6,41	t = 0,01	p = 0,93	r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,96
	T4 = 194,11	T4 = 6,45	t = -0,07	p = 0,67	r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,67
	T5 = 199,74	T5 = 6,44	t = -0,17	p = 0,28	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,51
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 180,37	T1 = 10,22	t = 0,29	p = 0,36	r <sub>s</sub> = 0,58	p = 0,18
	T2 = 195,21	T2 = 10,36	t = 0,88	p = <b>0,01</b>	r <sub>s</sub> = 0,94	p = <b>0,002</b>
	T3 = 191,74	T3 = 10,36	t = 0,68	p = <b>0,03</b>	r <sub>s</sub> = 0,85	p = <b>0,02</b>
	T4 = 194,11	T4 = 10,36	t = 0,59	p = 0,07	r <sub>s</sub> = 0,78	p = <b>0,04</b>
	T5 = 199,74	T5 = 9,31	t = 0,43	p = 0,18	r <sub>s</sub> = 0,46	p = 0,29
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 96,76	T1 = 7,03	t = 0,06	p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,09	p = 0,65
	T2 = 98,72	T2 = 6,89	t = 0,01	p = 0,96	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,85
	T3 = 103,28	T3 = 7,36	t = 0,03	p = 0,84	r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,76
	T4 = 103,79	T4 = 7,39	t = -0,05	p = 0,73	r <sub>s</sub> = -0,06	p = 0,76
	T5 = 106,34	T5 = 7,13	t = -0,09	p = 0,49	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,67
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 96,76	T1 = 6,01	t = -0,01	p = 0,93	r <sub>s</sub> = 0,003	p = 0,99
	T2 = 98,72	T2 = 5,79	t = -0,02	p = 0,89	r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,87
	T3 = 103,28	T3 = 6,41	t = -0,03	p = 0,87	r <sub>s</sub> = -0,003	p = 0,99
	T4 = 103,79	T4 = 6,45	t = -0,12	p = 0,45	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,50
	T5 = 106,34	T5 = 6,44	t = -0,11	p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,72
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 96,76	T1 = 10,22	t = 0,39	p = 0,22	r <sub>s</sub> = 0,54	p = 0,21
	T2 = 98,72	T2 = 10,36	t = 0,49	p = 0,13	r <sub>s</sub> = 0,67	p = 0,10
	T3 = 103,28	T3 = 10,36	t = 0,55	p = 0,09	r <sub>s</sub> = 0,73	p = 0,06
	T4 = 103,79	T4 = 10,36	t = 0,65	p = <b>0,05</b>	r <sub>s</sub> = 0,78	p = <b>0,04</b>
	T5 = 106,34	T5 = 9,31	t = 0,20	p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,25	p = 0,59

Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 45,76 T2 = 41,90 T3 = 39,48 T4 = 39,66 T5 = 37,66	T1 = 7,03 T2 = 6,89 T3 = 7,36 T4 = 7,39 T5 = 7,13	t = -0,19 t = -0,13 t = -0,09 t = -0,12 t = 0,09	p = 0,15 p = 0,35 p = 0,52 p = 0,39 p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,29 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = -0,15 r <sub>s</sub> = -0,15 r <sub>s</sub> = 0,08	p = 0,13 p = 0,39 p = 0,44 p = 0,45 p = 0,68
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 45,76 T2 = 41,90 T3 = 39,48 T4 = 39,66 T5 = 37,66	T1 = 6,01 T2 = 5,79 T3 = 6,41 T4 = 6,45 T5 = 6,44	t = -0,12 t = -0,02 t = 0,06 t = 0,02 t = 0,24	p = 0,45 p = 0,91 p = 0,69 p = 0,91 p = 0,13	r <sub>s</sub> = -0,19 r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,40 p = 0,95 p = 0,80 p = 0,89 p = 0,30
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 45,76 T2 = 41,90 T3 = 39,48 T4 = 39,66 T5 = 37,66	T1 = 10,22 T2 = 10,36 T3 = 10,36 T4 = 10,36 T5 = 9,31	t = -0,25 t = -0,59 t = -0,75 t = -0,68 t = -0,39	p = 0,44 p = 0,07 p = 0,02 p = 0,03 p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,55 r <sub>s</sub> = -0,76 r <sub>s</sub> = 0,88 r <sub>s</sub> = 0,85 r <sub>s</sub> = -0,45	p = 0,21 p = 0,05 p = 0,01 p = 0,02 p = 0,31
Variabes étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 180,37 T2 = 195,21 T3 = 191,74 T4 = 194,11 T5 = 199,74	T1 = 51,03 T2 = 54,27 T3 = 52,20 T4 = 49,90 T5 = 48	t = -0,12 t = 0,15 t = -0,08 t = 0,11 t = 0,04	p = 0,46 p = 0,36 p = 0,65 p = 0,51 p = 0,83	r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = 0,15 r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,67 p = 0,38 p = 0,78 p = 0,55 p = 0,90
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 180,37 T2 = 195,21 T3 = 191,74 T4 = 194,11 T5 = 199,74	T1 = 9,83 T2 = 12,33 T3 = 13,79 T4 = 12,38 T5 = 9,87	t = 0,03 t = -0,10 t = 0 t = -0,07 t = -0,10	p = 0,87 p = 0,62 p = 1 p = 0,74 p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,09	p = 1 p = 0,80 p = 0,92 p = 0,78 p = 0,76
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 180,37 T2 = 195,21 T3 = 191,74 T4 = 194,11 T5 = 199,74	T1 = 59,43 T2 = 61,32 T3 = 57,05 T4 = 55,34 T5 = 58,76	t = -0,02 t = 0,35 t = 0,15 t = 0,21 t = 0,13	p = 0,91 p = 0,09 p = 0,47 p = 0,30 p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = 0,43 r <sub>s</sub> = 0,23 r <sub>s</sub> = 0,30 r <sub>s</sub> = 0,16	p = 0,94 p = 0,12 p = 0,43 p = 0,30 p = 0,61



Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 88,63 T2 = 98,74 T3 = 97,00 T4 = 97,05 T5 = 101,42	T1 = 51,03 T2 = 54,27 T3 = 52,20 T4 = 49,90 T5 = 48	t = -0,04 t = 0,13 t = -0,04 t = 0,04 t = 0,17	p = 0,81 p = 0,44 p = 0,83 p = 0,81 p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = 0,08 r <sub>s</sub> = 0,17	p = 0,89 p = 0,38 p = 0,82 p = 0,76 p = 0,48
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 88,63 T2 = 98,74 T3 = 97,00 T4 = 97,05 T5 = 101,42	T1 = 9,83 T2 = 12,33 T3 = 13,79 T4 = 12,38 T5 = 9,87	t = 0,20 t = -0,03 t = 0,03 t = -0,01 t = -0,05	p = 0,32 p = 0,87 p = 0,87 p = 0,96 p = 0,80	r <sub>s</sub> = 0,25 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = 0,05 r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,40 p = 0,93 p = 0,88 p = 0,96 p = 0,94
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 88,63 T2 = 98,74 T3 = 97,00 T4 = 97,05 T5 = 101,42	T1 = 59,43 T2 = 61,32 T3 = 57,05 T4 = 55,34 T5 = 58,76	t = 0,08 t = 0,31 t = 0,19 t = 0,20 t = 0,26	p = 0,70 p = 0,14 p = 0,35 p = 0,32 p = 0,22	r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,39 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = 0,33	p = 0,73 p = 0,17 p = 0,32 p = 0,31 p = 0,27
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 46,26 T2 = 41,53 T3 = 43,26 T4 = 40,95 T5 = 39,68	T1 = 51,03 T2 = 54,27 T3 = 52,20 T4 = 49,90 T5 = 48	t = -0,04 t = -0,07 t = 0,04 t = -0,08 t = 0,08	p = 0,83 p = 0,67 p = 0,81 p = 0,65 p = 0,65	r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = -0,09 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = 0,11	p = 0,84 p = 0,71 p = 0,89 p = 0,65 p = 0,65
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 46,26 T2 = 41,53 T3 = 43,26 T4 = 40,95 T5 = 39,68	T1 = 9,83 T2 = 12,33 T3 = 13,79 T4 = 12,38 T5 = 9,87	t = 0,33 t = 0,20 t = 0 t = 0,25 t = 0,06	p = 0,11 p = 0,32 p = 1 p = 0,22 p = 0,76	r <sub>s</sub> = 0,40 r <sub>s</sub> = 0,26 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = 0,31 r <sub>s</sub> = 0,12	p = 0,16 p = 0,38 p = 0,82 p = 0,29 p = 0,68
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 46,26 T2 = 41,53 T3 = 43,26 T4 = 40,95 T5 = 39,68	T1 = 59,43 T2 = 61,32 T3 = 57,05 T4 = 55,34 T5 = 58,76	t = -0,05 t = -0,28 t = 0,05 t = 0,02 t = 0,04	p = 0,83 p = 0,18 p = 0,83 p = 0,91 p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = -0,37 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,93 p = 0,19 p = 0,91 p = 0,91 p = 0,87

Annexe XV

Tests d'association entre la santé mentale et la consommation d'Ativan

**Tableau 15,1**

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et la consommation d'Ativan pour chacun des temps de mesure.

Variabes		Ativan	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale vs consommation Ativan	T1 = 171,94	T1 = 1,15	t = 0,21	p = 0,24	r <sub>s</sub> = 0,33	p = 0,18
	T2 = 183,67	T2 = 1,26	t = 0,14	p = 0,43	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,54
	T3 = 192,61	T3 = 1,12	t = 0,03	p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,02	p = 0,94
	T4 = 192,94	T4 = 1,10	t = -0,09	p = 0,59	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,73
	T5 = 200,22	T5 = 1,10	t = -0,14	p = 0,45	r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,58
Bien-être psychologique vs consommation Ativan	T1 = 84,56	T1 = 1,15	t = 0,13	p = 0,45	r <sub>s</sub> = 0,22	p = 0,37
	T2 = 92,11	T2 = 1,26	t = 0,20	p = 0,25	r <sub>s</sub> = 0,28	p = 0,26
	T3 = 97,72	T3 = 1,12	t = 0,03	p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,02	p = 0,94
	T4 = 98,78	T4 = 1,10	t = -0,007	p = 0,97	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,91
	T5 = 103,89	T5 = 1,10	t = -0,07	p = 0,68	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,75
Détresse psychologique vs consommation Ativan	T1 = 50,61	T1 = 1,15	t = -0,11	p = 0,54	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,55
	T2 = 46,44	T2 = 1,26	t = 0,12	p = 0,49	r <sub>s</sub> = 0,18	p = 0,47
	T3 = 43,11	T3 = 1,12	t = 0,18	p = 0,32	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,27
	T4 = 43,83	T4 = 1,10	t = 0,16	p = 0,38	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,56
	T5 = 41,67	T5 = 1,10	t = 0,22	p = 0,21	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,29

Annexe XVI

Tests d'association entre la santé mentale et le nombre de psychotropes consommés

**Tableau 16,1**  
 Résultats aux tests d'association entre la santé mentale  
 (bien-être psychologique, détresse psychologique) et  
 le nombre de psychotropes consommés (TOTAL, PRN, RÉG)

Variables étudiées	Santé mentale	Psychotrope moyenne	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et nombre de psychotropes	T1 = 185,58	T1 = 1,40	t = <b>-0,25</b>	p = <b>0,04</b>	r <sub>s</sub> = <b>-0,30</b>	p = <b>0,04</b>
	T2 = 194,98	T2 = 1,40	t = -0,18	p = 0,12	r <sub>s</sub> = -0,22	p = 0,13
	T3 = 197,81	T3 = 1,40	t = <b>-0,26</b>	p = <b>0,03</b>	r <sub>s</sub> = <b>-0,31</b>	p = <b>0,04</b>
	T4 = 198,96	T4 = 1,38	t = -0,22	p = 0,06	r <sub>s</sub> = -0,27	p = 0,07
	T5 = 203,94	T5 = 1,42	t = -0,20	p = 0,09	r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,09
Bien-être psychologique et nombre de psychotropes	T1 = 93,54	T1 = 1,40	t = <b>-0,28</b>	p = <b>0,02</b>	r <sub>s</sub> = <b>-0,34</b>	p = <b>0,02</b>
	T2 = 98,73	T2 = 1,40	t = -0,19	p = 0,11	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,12
	T3 = 100,79	T3 = 1,40	t = <b>-0,28</b>	p = <b>0,02</b>	r <sub>s</sub> = <b>-0,33</b>	p = <b>0,02</b>
	T4 = 101,13	T4 = 1,38	t = <b>-0,27</b>	p = <b>0,02</b>	r <sub>s</sub> = <b>-0,32</b>	p = <b>0,03</b>
	T5 = 104,40	T5 = 1,42	t = -0,20	p = 0,09	r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,09
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 45,96	T1 = 1,40	t = 0,17	p = 0,14	r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,15
	T2 = 41,75	T2 = 1,40	t = 0,03	p = 0,78	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,78
	T3 = 40,98	T3 = 1,40	t = 0,11	p = 0,37	r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,37
	T4 = 40,17	T4 = 1,38	t = 0,11	p = 0,36	r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,38
	T5 = 38,46	T5 = 1,42	t = 0,17	p = 0,15	r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,16

Annexe XVII  
Trajectoires de la santé mentale

**Tableau 17,1**  
Trajectoires de la santé mentale

Santé mentale	Temps Catégorie 1
	T1 = 184,49 T2 = 199,57 T3 = 201,66 T4 = 205,26 T5 = 213,69
	Temps Catégorie 3
	T1 = 186,92 T2 = 179,42 T3 = 184,42 T4 = 178,33 T5 = 175,17

Annexe XVIII

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la santé mentale



Tableau 18,1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la santé mentale

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 184,49	T1 = 22,96	t = -0,13	p = 0,27	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,26
	T2 = 199,57	T2 = 24,64	t = -0,05	p = 0,65	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,63
	T3 = 201,66	T3 = 22,89	t = -0,15	p = 0,23	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,24
	T4 = 205,26	T4 = 22,20	t = -0,03	p = 0,81	r <sub>s</sub> = -0,05	p = 0,80
	T5 = 213,69	T5 = 21,46	t = -0,17	p = 0,15	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,19
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 184,49	T1 = 7,03	t = -0,10	p = 0,49	r <sub>s</sub> = -0,13	p = 0,54
	T2 = 199,57	T2 = 8,20	t = -0,07	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,57
	T3 = 201,66	T3 = 8,46	t = 0,01	p = 0,92	r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,95
	T4 = 205,26	T4 = 8,16	t = -0,09	p = 0,53	r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,62
	T5 = 213,69	T5 = 7,88	t = -0,26	p = 0,06	r <sub>s</sub> = -0,30	p = 0,13
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 184,49	T1 = 43,83	t = -0,06	p = 0,78	r <sub>s</sub> = -0,06	p = 0,85
	T2 = 199,57	T2 = 45,79	t = 0,11	p = 0,58	r <sub>s</sub> = 0,14	p = 0,63
	T3 = 201,66	T3 = 40,90	t = -0,05	p = 0,83	r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,95
	T4 = 205,26	T4 = 39,77	t = 0,23	p = 0,25	r <sub>s</sub> = 0,31	p = 0,29
	T5 = 213,69	T5 = 41,42	t = 0,09	p = 0,67	r <sub>s</sub> = 0,08	p = 0,79
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 92,11	T1 = 22,96	t = -0,16	p = 0,19	r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,15
	T2 = 101,57	T2 = 24,64	t = -0,07	p = 0,59	r <sub>s</sub> = -0,05	p = 0,78
	T3 = 102,57	T3 = 22,89	t = -0,13	p = 0,28	r <sub>s</sub> = -0,17	p = 0,33
	T4 = 103,89	T4 = 22,20	t = -0,05	p = 0,68	r <sub>s</sub> = -0,06	p = 0,74
	T5 = 110,26	T5 = 21,46	t = -0,12	p = 0,34	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,41
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 92,11	T1 = 7,03	t = -0,01	p = 0,92	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,88
	T2 = 101,57	T2 = 8,20	t = -0,10	p = 0,49	r <sub>s</sub> = -0,13	p = 0,51
	T3 = 102,57	T3 = 8,46	t = 0,02	p = 0,90	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,89
	T4 = 103,89	T4 = 8,16	t = -0,05	p = 0,71	r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,86
	T5 = 110,26	T5 = 7,88	t = -0,21	p = 0,14	r <sub>s</sub> = -0,26	p = 0,20

Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 92,11 T2 = 101,57 T3 = 102,57 T4 = 103,89 T5 = 110,26	T1 = 43,83 T2 = 45,79 T3 = 40,90 T4 = 39,77 T5 = 41,42	t = -0,14 t = -0,02 t = 0,07 t = 0,20 t = 0,16	p = 0,51 p = 0,91 p = 0,74 p = 0,32 p = 0,46	r <sub>s</sub> = -0,18 r <sub>s</sub> = -0,02 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,25 r <sub>s</sub> = 0,19	p = 0,54 p = 0,95 p = 0,76 p = 0,38 p = 0,53
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 45,63 T2 = 40,00 T3 = 38,91 T4 = 36,63 T5 = 34,57	T1 = 22,96 T2 = 24,64 T3 = 22,89 T4 = 22,20 T5 = 21,46	t = -0,04 t = 0,04 t = 0,10 t = 0,01 t = 0,21	p = 0,74 p = 0,75 p = 0,39 p = 0,93 p = 0,08	r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = 0,08 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,05 r <sub>s</sub> = 0,25	p = 0,75 p = 0,66 p = 0,48 p = 0,77 p = 0,15
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 45,63 T2 = 40,00 T3 = 38,91 T4 = 36,63 T5 = 34,57	T1 = 7,03 T2 = 8,20 T3 = 8,46 T4 = 8,16 T5 = 7,88	t = 0,12 t = 0,09 t = 0,04 t = 0,24 t = 0,32	p = 0,38 p = 0,54 p = 0,79 p = 0,09 p = 0,03	r <sub>s</sub> = 0,18 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = 0,34 r <sub>s</sub> = 0,34	p = 0,37 p = 0,49 p = 0,74 p = 0,09 p = 0,09
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 45,63 T2 = 40,00 T3 = 38,91 T4 = 36,63 T5 = 34,57	T1 = 43,83 T2 = 45,79 T3 = 40,90 T4 = 39,77 T5 = 41,42	t = -0,15 t = -0,19 t = 0,14 t = -0,08 t = 0,04	p = 0,47 p = 0,35 p = 0,51 p = 0,70 p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,16 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = 0,13 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,58 p = 0,37 p = 0,67 p = 0,74 p = 0,86
Variables étudiées	Santé mentale Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 186,92 T2 = 179,42 T3 = 184,42 T4 = 178,33 T5 = 175,17	T1 = 28,34 T2 = 28,22 T3 = 31,19 T4 = 29,63 T5 = 28,13	t = 0,05 t = -0,09 t = 0 t = -0,13 t = -0,12	p = 0,84 p = 0,68 p = 1 p = 0,58 p = 0,58	r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = -0,15 r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,79 p = 0,80 p = 0,93 p = 0,65 p = 0,64
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 186,92 T2 = 179,42 T3 = 184,42 T4 = 178,33 T5 = 175,17	T1 = 8,89 T2 = 8,74 T3 = 11,74 T4 = 10,56 T5 = 7,69	t = 0,11 t = -0,06 t = 0 t = -0,32 t = -0,11	p = 0,67 p = 0,84 p = 1 p = 0,24 p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,28 r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = -0,12 r <sub>s</sub> = -0,39 r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,46 p = 0,90 p = 0,77 p = 0,30 p = 0,55
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 186,92 T2 = 179,42 T3 = 184,42 T4 = 178,33 T5 = 175,17	T1 = 43,33 T2 = 43,33 T3 = 44,76 T4 = 43,42 T5 = 43,44	t = 0,14 t = 0,20 t = 0,33 t = 0,20 t = -0,33	p = 0,70 p = 0,57 p = 0,35 p = 0,57 p = 0,35	r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,37 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = -0,31	p = 0,83 p = 0,79 p = 0,47 p = 0,79 p = 0,54

Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 96,75 T2 = 89,25 T3 = 94,83 T4 = 91,75 T5 = 86,92	T1 = 28,34 T2 = 28,22 T3 = 31,19 T4 = 29,63 T5 = 28,13	t = 0,02 t = 0,02 t = -0,09 t = -0,30 t = -0,11	p = 0,95 p = 0,95 p = 0,68 p = 0,19 p = 0,63	r <sub>s</sub> = 0,05 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,16 r <sub>s</sub> = -0,31 r <sub>s</sub> = -0,18	p = 0,89 p = 0,94 p = 0,62 p = 0,34 p = 0,57
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 96,75 T2 = 89,25 T3 = 94,83 T4 = 91,75 T5 = 86,92	T1 = 8,89 T2 = 8,74 T3 = 11,74 T4 = 10,56 T5 = 7,69	t = 0,17 t = 0,06 t = -0,06 t = -0,39 t = -0,18	p = 0,53 p = 0,84 p = 0,84 p = 0,16 p = 0,47	r <sub>s</sub> = 0,23 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = -0,48 r <sub>s</sub> = -0,27	p = 0,55 p = 0,87 p = 0,67 p = 0,19 p = 0,46
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 96,75 T2 = 89,25 T3 = 94,83 T4 = 91,75 T5 = 86,92	T1 = 43,33 T2 = 43,33 T3 = 44,76 T4 = 43,42 T5 = 43,44	t = 0,47 t = 0,33 t = 0,33 t = -0,07 t = -0,07	p = 0,19 p = 0,35 p = 0,35 p = 0,85 p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,54 r <sub>s</sub> = 0,37 r <sub>s</sub> = 0,37 r <sub>s</sub> = -0,14 r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,27 p = 0,47 p = 0,47 p = 0,79 p = 0,79
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 47,83 T2 = 47,83 T3 = 48,42 T4 = 51,42 T5 = 49,75	T1 = 28,34 T2 = 28,22 T3 = 31,19 T4 = 29,63 T5 = 28,13	t = -0,03 t = 0,12 t = 0,02 t = -0,05 t = -0,03	p = 0,89 p = 0,58 p = 0,95 p = 0,84 p = 0,89	r <sub>s</sub> = 0,05 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,88 p = 0,67 p = 0,93 p = 0,93 p = 0,79
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 47,83 T2 = 47,83 T3 = 48,42 T4 = 51,42 T5 = 49,75	T1 = 8,89 T2 = 8,74 T3 = 11,74 T4 = 10,56 T5 = 7,69	t = -0,14 t = 0,06 t = 0,09 t = 0,26 t = -0,02	p = 0,60 p = 0,83 p = 0,75 p = 0,34 p = 0,93	r <sub>s</sub> = -0,21 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,31 r <sub>s</sub> = 0,06	p = 0,59 p = 0,92 p = 0,72 p = 0,43 p = 0,88
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 47,83 T2 = 47,83 T3 = 48,42 T4 = 51,42 T5 = 49,75	T1 = 43,33 T2 = 43,33 T3 = 44,76 T4 = 43,42 T5 = 43,44	t = 0,07 t = 0,28 t = -0,28 t = -0,33 t = -0,07	p = 0,85 p = 0,44 p = 0,44 p = 0,35 p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = -0,38 r <sub>s</sub> = -0,37 r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,79 p = 0,58 p = 0,46 p = 0,47 p = 0,70

Annexe XIX

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires du bien-être psychologique

Tableau 19,1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires du bien-être psychologique

Variables étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 183,72	T1 = 22,77	t = -0,10	p = 0,41	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,38
	T2 = 199,19	T2 = 24,38	t = 0,01	p = 0,95	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,97
	T3 = 200,67	T3 = 22,71	t = -0,09	p = 0,47	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,49
	T4 = 204,75	T4 = 22,03	t = 0,03	p = 0,82	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,88
	T5 = 211,72	T5 = 21,28	t = -0,16	p = 0,19	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,23
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 183,72	T1 = 6,74	t = -0,12	p = 0,41	r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,46
	T2 = 199,19	T2 = 7,91	t = -0,04	p = 0,76	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,65
	T3 = 200,67	T3 = 8,23	t = 0,02	p = 0,91	r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,95
	T4 = 204,75	T4 = 7,89	t = -0,07	p = 0,64	r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,71
	T5 = 211,72	T5 = 7,56	t = -0,26	p = 0,08	r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,16
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 183,72	T1 = 40,29	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0,003	p = 0,99
	T2 = 199,19	T2 = 42,00	t = 0,22	p = 0,24	r <sub>s</sub> = 0,29	p = 0,27
	T3 = 200,67	T3 = 37,72	t = 0,09	p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,14	p = 0,61
	T4 = 204,75	T4 = 36,73	t = 0,30	p = 0,11	r <sub>s</sub> = 0,40	p = 0,13
	T5 = 211,72	T5 = 37,97	t = 0,16	p = 0,43	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,58
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 91,47	T1 = 22,77	t = -0,11	p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,23
	T2 = 101,42	T2 = 24,38	t = 0,01	p = 0,96	r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,85
	T3 = 101,92	T3 = 22,71	t = -0,08	p = 0,52	r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,55
	T4 = 104,19	T4 = 22,03	t = -0,02	p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,90
	T5 = 109,50	T5 = 21,28	t = -0,09	p = 0,46	r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,49
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 91,47	T1 = 6,74	t = -0,05	p = 0,71	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,68
	T2 = 101,42	T2 = 7,91	t = -0,07	p = 0,61	r <sub>s</sub> = -0,11	p = 0,58
	T3 = 101,92	T3 = 8,23	t = 0,01	p = 0,95	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,95
	T4 = 104,19	T4 = 7,89	t = -0,04	p = 0,79	r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,92
	T5 = 109,50	T5 = 7,56	t = -0,21	p = 0,15	r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,23
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 91,47	T1 = 40,29	t = -0,03	p = 0,89	r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,79
	T2 = 101,42	T2 = 42,00	t = 0,16	p = 0,41	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,47
	T3 = 101,92	T3 = 37,72	t = 0,15	p = 0,42	r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,44
	T4 = 104,19	T4 = 36,73	t = 0,25	p = 0,19	r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,23
	T5 = 109,50	T5 = 37,97	t = 0,18	p = 0,35	r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,41

Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 45,75 T2 = 40,22 T3 = 39,25 T4 = 37,44 T5 = 35,78	T1 = 22,77 T2 = 24,38 T3 = 22,71 T4 = 22,03 T5 = 21,28	t = -0,06 t = -0,01 t = 0,04 t = -0,03 t = 0,17	p = 0,62 p = 0,95 p = 0,72 p = 0,78 p = 0,15	r <sub>s</sub> = -0,09 r <sub>s</sub> = -0,002 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,003 r <sub>s</sub> = 0,22	p = 0,58 p = 0,99 p = 0,82 p = 0,99 p = 0,20
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 45,75 T2 = 40,22 T3 = 39,25 T4 = 37,44 T5 = 35,78	T1 = 6,74 T2 = 7,91 T3 = 8,23 T4 = 7,89 T5 = 7,56	t = 0,08 t = 0,06 t = 0,03 t = 0,24 t = 0,29	p = 0,55 p = 0,69 p = 0,84 p = 0,10 p = 0,05	r <sub>s</sub> = 0,13 r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,33 r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,53 p = 0,64 p = 0,78 p = 0,10 p = 0,12
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 45,75 T2 = 40,22 T3 = 39,25 T4 = 37,44 T5 = 35,78	T1 = 40,29 T2 = 42,00 T3 = 37,72 T4 = 36,73 T5 = 37,97	t = -0,17 t = -0,23 t = -0,02 t = -0,19 t = -0,07	p = 0,37 p = 0,22 p = 0,93 p = 0,32 p = 0,73	r <sub>s</sub> = -0,23 r <sub>s</sub> = -0,32 r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = -0,21 r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,39 p = 0,22 p = 0,86 p = 0,45 p = 0,75
Variables étudiées	Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 191,17 T2 = 182,33 T3 = 189,25 T4 = 181,58 T5 = 180,58	T1 = 29,47 T2 = 29,43 T3 = 32,31 T4 = 30,80 T5 = 29,37	t = 0,02 t = -0,09 t = 0 t = -0,19 t = -0,09	p = 0,95 p = 0,68 p = 1 p = 0,41 p = 0,68	r <sub>s</sub> = 0,05 r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = -0,04 r <sub>s</sub> = -0,21 r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,89 p = 0,85 p = 0,91 p = 0,52 p = 0,75
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 191,17 T2 = 182,33 T3 = 189,25 T4 = 181,58 T5 = 180,58	T1 = 9,47 T2 = 9,42 T3 = 12,01 T4 = 11,01 T5 = 8,45	t = 0,21 t = 0,02 t = 0,07 t = -0,28 t = -0,02	p = 0,42 p = 0,93 p = 0,79 p = 0,28 p = 0,94	r <sub>s</sub> = 0,36 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,01 r <sub>s</sub> = -0,34 r <sub>s</sub> = -0,07	p = 0,30 p = 0,80 p = 0,99 p = 0,34 p = 0,83
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 191,17 T2 = 182,33 T3 = 189,25 T4 = 181,58 T5 = 180,58	T1 = 51,80 T2 = 51,80 T3 = 53,51 T4 = 51,90 T5 = 51,90	t = 0,11 t = 0,40 t = 0,40 t = 0,20 t = -0,40	p = 0,80 p = 0,33 p = 0,33 p = 0,62 p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = 0,40 r <sub>s</sub> = 0,40 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,94 p = 0,51 p = 0,51 p = 1 p = 0,51

Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 99,75	T1 = 29,47	t = -0,02	$p = 0,95$	$r_s = -0,08$	$p = 0,98$
	T2 = 90,67	T2 = 29,43	t = 0,02	$p = 0,95$	$r_s = 0,03$	$p = 0,94$
	T3 = 97,42	T3 = 32,31	t = -0,09	$p = 0,68$	$r_s = -0,20$	$p = 0,53$
	T4 = 91,92	T4 = 30,80	t = -0,30	$p = 0,19$	$r_s = -0,33$	$p = 0,29$
	T5 = 89,08	T5 = 29,37	t = -0,08	$p = 0,73$	$r_s = -0,16$	$p = 0,63$
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 99,75	T1 = 9,47	t = 0,25	$p = 0,32$	$r_s = 0,30$	$p = 0,41$
	T2 = 90,67	T2 = 9,42	t = 0,11	$p = 0,66$	$r_s = 0,18$	$p = 0,63$
	T3 = 97,42	T3 = 12,01	t = 0,07	$p = 0,79$	$r_s = -0,04$	$p = 0,91$
	T4 = 91,92	T4 = 11,01	t = -0,38	$p = 0,14$	$r_s = -0,48$	$p = 0,16$
	T5 = 89,08	T5 = 8,45	t = -0,04	$p = 0,88$	$r_s = -0,12$	$p = 0,72$
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 99,75	T1 = 51,80	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,40$	$p = 0,51$
	T2 = 90,67	T2 = 51,80	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,40$	$p = 0,51$
	T3 = 97,42	T3 = 53,51	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,40$	$p = 0,51$
	T4 = 91,92	T4 = 51,90	t = 0	$p = 1$	$r_s = -0,10$	$p = 0,87$
	T5 = 89,08	T5 = 51,90	t = 0	$p = 1$	$r_s = -0,10$	$p = 0,87$
Déresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 46,58	T1 = 29,47	t = 0,06	$p = 0,78$	$r_s = 0,18$	$p = 0,59$
	T2 = 46,33	T2 = 29,43	t = 0,19	$p = 0,41$	$r_s = 0,21$	$p = 0,50$
	T3 = 46,17	T3 = 32,31	t = 0,14	$p = 0,54$	$r_s = 0,14$	$p = 0,66$
	T4 = 48,33	T4 = 30,80	t = 0,09	$p = 0,73$	$r_s = 0,09$	$p = 0,78$
	T5 = 46,50	T5 = 29,37	t = 0	$p = 1$	$r_s = -0,01$	$p = 0,97$
Déresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 46,58	T1 = 9,47	t = -0,14	$p = 0,59$	$r_s = -0,16$	$p = 0,65$
	T2 = 46,33	T2 = 9,42	t = 0,07	$p = 0,79$	$r_s = 0,08$	$p = 0,83$
	T3 = 46,17	T3 = 12,01	t = 0,14	$p = 0,59$	$r_s = 0,18$	$p = 0,63$
	T4 = 48,33	T4 = 11,01	t = 0,23	$p = 0,36$	$r_s = 0,26$	$p = 0,46$
	T5 = 46,50	T5 = 8,45	t = -0,09	$p = 0,70$	$r_s = -0,06$	$p = 0,87$
Déresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 46,58	T1 = 51,80	t = 0,20	$p = 0,62$	$r_s = 0,30$	$p = 0,62$
	T2 = 46,33	T2 = 51,80	t = 0,32	$p = 0,45$	$r_s = 0,36$	$p = 0,55$
	T3 = 46,17	T3 = 53,51	t = -0,20	$p = 0,62$	$r_s = -0,30$	$p = 0,62$
	T4 = 48,33	T4 = 51,90	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0,10$	$p = 0,87$
	T5 = 46,50	T5 = 51,90	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,40$	$p = 0,51$

Annexe XX

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de détresse  
psychologique



Tableau 20,1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la détresse psychologique

Variables étudiées	Santé mentale Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 192,82	T1 = 21,46	t = 0,07	$p = 0,76$	$r_s = 0,06$	$p = 0,85$
	T2 = 196,09	T2 = 22,32	t = -0,04	$p = 0,88$	$r_s = 0,02$	$p = 0,96$
	T3 = 192,82	T3 = 24,11	t = 0,02	$p = 0,94$	$r_s = -0,07$	$p = 0,83$
	T4 = 192,73	T4 = 20,49	t = 0,09	$p = 0,70$	$r_s = 0,04$	$p = 0,90$
	T5 = 191,18	T5 = 18,55	t = 0,37	$p = 0,12$	$r_s = 0,44$	$p = 0,18$
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 192,82	T1 = 10,70	t = -0,11	$p = 0,71$	$r_s = -0,16$	$p = 0,71$
	T2 = 196,09	T2 = 11,87	t = -0,36	$p = 0,22$	$r_s = -0,41$	$p = 0,32$
	T3 = 192,82	T3 = 14,86	t = -0,21	$p = 0,46$	$r_s = -0,33$	$p = 0,42$
	T4 = 192,73	T4 = 12,75	t = -0,65	$p = 0,03$	$r_s = -0,74$	$p = 0,04$
	T5 = 191,18	T5 = 8,24	t = -0,37	$p = 0,21$	$r_s = -0,45$	$p = 0,27$
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 192,82	T1 = 25,08	t = 0,14	$p = 0,70$	$r_s = 0,23$	$p = 0,66$
	T2 = 196,09	T2 = 25,08	t = 0,41	$p = 0,25$	$r_s = 0,58$	$p = 0,23$
	T3 = 192,82	T3 = 24,39	t = 0,33	$p = 0,35$	$r_s = 0,60$	$p = 0,21$
	T4 = 192,73	T4 = 20,56	t = 0,33	$p = 0,35$	$r_s = 0,54$	$p = 0,27$
	T5 = 191,18	T5 = 23,02	t = 0,55	$p = 0,13$	$r_s = 0,67$	$p = 0,15$
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 92,55	T1 = 21,46	t = 0,13	$p = 0,58$	$r_s = 0,13$	$p = 0,71$
	T2 = 97,91	T2 = 22,32	t = 0,02	$p = 0,94$	$r_s = 0,03$	$p = 0,94$
	T3 = 97,09	T3 = 24,11	t = 0,02	$p = 0,94$	$r_s = -0,02$	$p = 0,96$
	T4 = 98,82	T4 = 20,49	t = -0,29	$p = 0,21$	$r_s = -0,33$	$p = 0,32$
	T5 = 97,18	T5 = 18,55	t = 0,44	$p = 0,06$	$r_s = 0,47$	$p = 0,15$
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 92,55	T1 = 10,70	t = -0,22	$p = 0,45$	$r_s = -0,27$	$p = 0,53$
	T2 = 97,91	T2 = 11,87	t = -0,36	$p = 0,22$	$r_s = -0,48$	$p = 0,23$
	T3 = 97,09	T3 = 14,86	t = -0,50	$p = 0,08$	$r_s = -0,57$	$p = 0,14$
	T4 = 98,82	T4 = 12,75	t = -0,72	$p = 0,02$	$r_s = -0,83$	$p = 0,01$
	T5 = 97,18	T5 = 8,24	t = -0,26	$p = 0,38$	$r_s = -0,37$	$p = 0,37$
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 92,55	T1 = 25,08	t = 0,27	$p = 0,44$	$r_s = 0,32$	$p = 0,54$
	T2 = 97,91	T2 = 25,08	t = 0,55	$p = 0,13$	$r_s = 0,70$	$p = 0,13$
	T3 = 97,09	T3 = 24,39	t = 0,47	$p = 0,19$	$r_s = 0,66$	$p = 0,16$
	T4 = 98,82	T4 = 20,56	t = 0,07	$p = 0,85$	$r_s = 0,20$	$p = 0,70$
	T5 = 97,18	T5 = 23,02	t = 0,69	$p = 0,06$	$r_s = 0,84$	$p = 0,04$

Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 37,73 T2 = 39,82 T3 = 42,27 T4 = 44,09 T5 = 44,00	T1 = 21,46 T2 = 22,32 T3 = 24,11 T4 = 20,49 T5 = 18,55	t = -0,07 t = 0,06 t = -0,07 t = -0,17 t = -0,33	p = 0,76 p = 0,81 p = 0,76 p = 0,48 p = 0,16	r <sub>s</sub> = -0,09 r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,80 p = 0,96 p = 0,78 p = 0,55 p = 0,23
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 37,73 T2 = 39,82 T3 = 42,27 T4 = 44,09 T5 = 44,00	T1 = 10,70 T2 = 11,87 T3 = 14,86 T4 = 12,75 T5 = 8,24	t = -0,04 t = 0,15 t = 0,07 t = 0,39 t = 0,15	p = 0,90 p = 0,62 p = 0,81 p = 0,20 p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = 0,17 r <sub>s</sub> = 0,19 r <sub>s</sub> = 0,49 r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,98 p = 0,69 p = 0,65 p = 0,22 p = 0,59
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 37,73 T2 = 39,82 T3 = 42,27 T4 = 44,09 T5 = 44,00	T1 = 25,08 T2 = 25,08 T3 = 24,39 T4 = 20,56 T5 = 23,02	t = -0,41 t = -0,28 t = -0,14 t = -0,60 t = -0,55	p = 0,25 p = 0,44 p = 0,70 p = 0,09 p = 0,13	r <sub>s</sub> = -0,49 r <sub>s</sub> = -0,46 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,77 r <sub>s</sub> = -0,55	p = 0,32 p = 0,35 p = 0,62 p = 0,07 p = 0,26
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 202,67 T2 = 205,00 T3 = 208,33 T4 = 208,67 T5 = 210,33	T1 = 10,71 T2 = 12,86 T3 = 16,79 T4 = 15,83 T5 = 15,83	t = 0,33 t = 0,33 t = -0,33 t = -0,33 t = -0,33	p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60	r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50	p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 202,67 T2 = 205,00 T3 = 208,33 T4 = 208,67 T5 = 210,33	T1 = 7,14 T2 = 13,57 T3 = 25,36 T4 = 22,50 T5 = 22,50	N/A	N/A	N/A	N/A
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 202,67 T2 = 205,00 T3 = 208,33 T4 = 208,67 T5 = 210,33	T1 = 12,50 T2 = 12,50 T3 = 12,50 T4 = 12,50 T5 = 12,50	N/A	N/A	N/A	N/A

Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 98,67 T2 = 94,33 T3 = 106,67 T4 = 105,67 T5 = 106,33	T1 = 10,71 T2 = 12,86 T3 = 16,79 T4 = 15,83 T5 = 15,83	t = 0,33 t = -0,33 t = -0,33 t = -0,33 t = -0,33	p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60 p = 0,60	r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50	p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,67
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 98,67 T2 = 94,33 T3 = 106,67 T4 = 105,67 T5 = 106,33	T1 = 7,14 T2 = 13,57 T3 = 25,36 T4 = 22,50 T5 = 22,50	N/A	N/A	N/A	N/A
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 98,67 T2 = 94,33 T3 = 106,67 T4 = 105,67 T5 = 106,33	T1 = 12,50 T2 = 12,50 T3 = 12,50 T4 = 12,50 T5 = 12,50	N/A	N/A	N/A	N/A
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 34,00 T2 = 27,33 T3 = 36,33 T4 = 35,00 T5 = 34,00	T1 = 10,71 T2 = 12,86 T3 = 16,79 T4 = 15,83 T5 = 15,83	t = -0,82 t = -1 t = 0,33 t = 1 t = 0,82	p = 0,22 p = 0,12 p = 0,60 p = 0,12 p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,87 r <sub>s</sub> = -1 r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = 1 r <sub>s</sub> = 0,87	p = 0,33 p = 0,001 p = 0,67 p = 0,001 p = 0,33
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 34,00 T2 = 27,33 T3 = 36,33 T4 = 35,00 T5 = 34,00	T1 = 7,14 T2 = 13,57 T3 = 25,36 T4 = 22,50 T5 = 22,50	N/A	N/A	N/A	N/A
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 34,00 T2 = 27,33 T3 = 36,33 T4 = 35,00 T5 = 34,00	T1 = 12,50 T2 = 12,50 T3 = 12,50 T4 = 12,50 T5 = 12,50	N/A	N/A	N/A	N/A

Variables étudiées	Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 181,74 T2 = 193,74 T3 = 198,50 T4 = 200,12 T5 = 207,50	T1 = 26,63 T2 = 27,85 T3 = 26,17 T4 = 26,17 T5 = 25,50	t = -0,12 t = 0,02 t = -0,09 t = -0,04 t = -0,16	p = 0,34 p = 0,87 p = 0,48 p = 0,76 p = 0,21	r <sub>s</sub> = -0,18 r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = -0,13 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = -0,17	p = 0,32 p = 0,92 p = 0,45 p = 0,88 p = 0,33
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 181,74 T2 = 193,74 T3 = 198,50 T4 = 200,12 T5 = 207,50	T1 = 6,56 T2 = 7,09 T3 = 7,03 T4 = 7,07 T5 = 7,18	t = 0,08 t = 0,08 t = 0,15 t = 0,08 t = -0,11	p = 0,56 p = 0,57 p = 0,29 p = 0,59 p = 0,41	r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,13 r <sub>s</sub> = 0,19 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,60 p = 0,52 p = 0,35 p = 0,55 p = 0,66
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 181,74 T2 = 193,74 T3 = 198,50 T4 = 200,12 T5 = 207,50	T1 = 56,01 T2 = 58,12 T3 = 53,83 T4 = 53,76 T5 = 55,49	t = 0,14 t = 0,24 t = 0,03 t = 0,12 t = 0	p = 0,50 p = 0,27 p = 0,90 p = 0,58 p = 1	r <sub>s</sub> = 0,19 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,53 p = 0,34 p = 0,89 p = 0,49 p = 0,91
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 93,41 T2 = 99,38 T3 = 101,47 T4 = 101,47 T5 = 106,56	T1 = 26,63 T2 = 27,85 T3 = 26,17 T4 = 26,17 T5 = 25,50	t = -0,12 t = 0,06 t = -0,11 t = -0,04 t = -0,12	p = 0,33 p = 0,62 p = 0,38 p = 0,73 p = 0,33	r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = -0,13 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,33 p = 0,54 p = 0,46 p = 0,88 p = 0,45
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 93,41 T2 = 99,38 T3 = 101,47 T4 = 101,47 T5 = 106,56	T1 = 6,56 T2 = 7,09 T3 = 7,03 T4 = 7,07 T5 = 7,18	t = 0,16 t = 0,13 t = 0,18 t = 0,07 t = -0,07	p = 0,25 p = 0,34 p = 0,21 p = 0,60 p = 0,63	r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = 0,19 r <sub>s</sub> = 0,26 r <sub>s</sub> = 0,13 r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,29 p = 0,35 p = 0,20 p = 0,51 p = 0,88
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 93,41 T2 = 99,38 T3 = 101,47 T4 = 101,47 T5 = 106,56	T1 = 56,01 T2 = 58,12 T3 = 53,83 T4 = 53,76 T5 = 55,49	t = 0,07 t = 0,11 t = 0,09 t = 0,09 t = -0,06	p = 0,76 p = 0,62 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,78	r <sub>s</sub> = 0,08 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,17 r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,79 p = 0,71 p = 0,69 p = 0,58 p = 0,72
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 49,68 T2 = 43,65 T3 = 40,97 T4 = 39,35 T5 = 37,06	T1 = 26,63 T2 = 27,85 T3 = 26,17 T4 = 26,17 T5 = 25,50	t = 0,08 t = 0,05 t = 0,09 t = 0,03 t = 0,19	p = 0,51 p = 0,67 p = 0,44 p = 0,81 p = 0,12	r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = 0,21	p = 0,50 p = 0,60 p = 0,50 p = 0,69 p = 0,23
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 49,68 T2 = 43,65 T3 = 40,97 T4 = 39,35 T5 = 37,06	T1 = 6,56 T2 = 7,09 T3 = 7,03 T4 = 7,07 T5 = 7,18	t = 0,10 t = 0,09 t = -0,01 t = 0,06 t = 0,17	p = 0,49 p = 0,50 p = 0,95 p = 0,68 p = 0,21	r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,59 p = 0,50 p = 0,94 p = 0,63 p = 0,43
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 49,68 T2 = 43,65 T3 = 40,97 T4 = 39,35 T5 = 37,06	T1 = 56,01 T2 = 58,12 T3 = 53,83 T4 = 53,76 T5 = 55,49	t = -0,27 t = -0,32 t = -0,04 t = -0,03 t = -0,06	p = 0,22 p = 0,14 p = 0,85 p = 0,90 p = 0,78	r <sub>s</sub> = -0,34 r <sub>s</sub> = -0,43 r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = -0,10	p = 0,26 p = 0,14 p = 0,85 p = 0,88 p = 0,76

Annexe XXI

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la  
consommation de psychotropes TOTAL

Tableau 21.1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL»

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 177,24	T1 = 12,91	t = -0,15	p = 0,41	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,37
	T2 = 185,24	T2 = 16,42	t = -0,16	p = 0,36	r <sub>s</sub> = -0,19	p = 0,47
	T3 = 195,12	T3 = 18,30	t = -0,17	p = 0,34	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,42
	T4 = 193,06	T4 = 18,82	t = -0,13	p = 0,46	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,45
	T5 = 196,76	T5 = 18,09	t = -0,22	p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,31	p = 0,23
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 177,24	T1 = 10,09	t = -0,22	p = 0,30	r <sub>s</sub> = -0,31	p = 0,31
	T2 = 185,24	T2 = 14,05	t = -0,19	p = 0,36	r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,40
	T3 = 195,12	T3 = 17,50	t = -0,20	p = 0,36	r <sub>s</sub> = -0,33	p = 0,28
	T4 = 193,06	T4 = 17,04	t = -0,25	p = 0,25	r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,34
	T5 = 196,76	T5 = 14,67	t = -0,17	p = 0,41	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,47
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 177,24	T1 = 14,74	t = 0,20	p = 0,57	r <sub>s</sub> = 0,31	p = 0,54
	T2 = 185,24	T2 = 16,08	t = -0,07	p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,09	p = 0,87
	T3 = 195,12	T3 = 13,94	t = 0,20	p = 0,57	r <sub>s</sub> = 0,31	p = 0,54
	T4 = 193,06	T4 = 16,41	t = 0,20	p = 0,57	r <sub>s</sub> = 0,31	p = 0,54
	T5 = 196,76	T5 = 17,02	t = -0,14	p = 0,70	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,70
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 88,88	T1 = 12,91	t = -0,12	p = 0,51	r <sub>s</sub> = -0,19	p = 0,46
	T2 = 92,00	T2 = 16,42	t = -0,19	p = 0,30	r <sub>s</sub> = -0,27	p = 0,29
	T3 = 99,94	T3 = 18,30	t = -0,20	p = 0,26	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,38
	T4 = 97,00	T4 = 18,82	t = -0,31	p = 0,09	r <sub>s</sub> = -0,46	p = 0,06
	T5 = 101,35	T5 = 18,09	t = -0,24	p = 0,19	r <sub>s</sub> = -0,35	p = 0,17
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 88,88	T1 = 10,09	t = -0,14	p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,20	p = 0,47
	T2 = 92,00	T2 = 14,05	t = -0,30	p = 0,16	r <sub>s</sub> = -0,45	p = 0,13
	T3 = 99,94	T3 = 17,50	t = -0,17	p = 0,43	r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,34
	T4 = 97,00	T4 = 17,04	t = -0,25	p = 0,24	r <sub>s</sub> = -0,36	p = 0,23
	T5 = 101,35	T5 = 14,67	t = -0,18	p = 0,38	r <sub>s</sub> = -0,25	p = 0,39
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 88,88	T1 = 14,74	t = 0,20	p = 0,57	r <sub>s</sub> = 0,26	p = 0,62
	T2 = 92,00	T2 = 16,08	t = 0,07	p = 0,85	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,70
	T3 = 99,94	T3 = 13,94	t = 0,20	p = 0,57	r <sub>s</sub> = 0,31	p = 0,54
	T4 = 97,00	T4 = 16,41	t = -0,07	p = 0,85	r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,79
	T5 = 101,35	T5 = 17,02	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,96

Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 49,65 T2 = 44,76 T3 = 42,82 T4 = 41,94 T5 = 42,59	T1 = 12,91 T2 = 16,42 T3 = 18,30 T4 = 18,82 T5 = 18,09	t = 0,17 t = 0,06 t = 0,14 t = -0,02 t = 0,13	p = 0,34 p = 0,74 p = 0,46 p = 0,93 p = 0,46	r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = -0,01 r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,26 p = 0,90 p = 0,54 p = 0,98 p = 0,62
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 49,65 T2 = 44,76 T3 = 42,82 T4 = 41,94 T5 = 42,59	T1 = 10,09 T2 = 14,05 T3 = 17,50 T4 = 17,04 T5 = 14,67	t = 0,37 t = 0,01 t = 0,25 t = 0,17 t = 0,16	p = 0,08 p = 0,95 p = 0,24 p = 0,43 p = 0,44	r <sub>s</sub> = 0,53 r <sub>s</sub> = -0,03 r <sub>s</sub> = 0,33 r <sub>s</sub> = 0,24 r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,06 p = 0,93 p = 0,28 p = 0,44 p = 0,49
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 49,65 T2 = 44,76 T3 = 42,82 T4 = 41,94 T5 = 42,59	T1 = 14,74 T2 = 16,08 T3 = 13,94 T4 = 16,41 T5 = 17,02	t = -0,07 t = 0,14 t = -0,28 t = -0,60 t = -0,28	p = 0,85 p = 0,70 p = 0,44 p = 0,09 p = 0,44	r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = 0,23 r <sub>s</sub> = -0,41 r <sub>s</sub> = -0,77 r <sub>s</sub> = -0,35	p = 0,96 p = 0,66 p = 0,43 p = 0,07 p = 0,50
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 190,67 T2 = 203,50 T3 = 194,92 T4 = 200,08 T5 = 207,92	T1 = 20,17 T2 = 19,82 T3 = 20,19 T4 = 21,61 T5 = 20,17	t = 0,08 t = 0,03 t = 0,11 t = 0,05 t = 0,08	p = 0,73 p = 0,89 p = 0,63 p = 0,84 p = 0,73	r <sub>s</sub> = 0,12 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,15 r <sub>s</sub> = 0,01 r <sub>s</sub> = 0,10	p = 0,70 p = 0,86 p = 0,64 p = 0,98 p = 0,77
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 190,67 T2 = 203,50 T3 = 194,92 T4 = 200,08 T5 = 207,92	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = 0 t = 0,16 t = 0,25 t = 0,10 t = -0,10	p = 1 p = 0,64 p = 0,44 p = 0,75 p = 0,75	r <sub>s</sub> = -0,04 r <sub>s</sub> = 0,24 r <sub>s</sub> = 0,49 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,94 p = 0,60 p = 0,26 p = 0,88 p = 0,75
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 190,67 T2 = 203,50 T3 = 194,92 T4 = 200,08 T5 = 207,92	T1 = 33,21 T2 = 33,21 T3 = 33,21 T4 = 33,21 T5 = 33,21	t = 0,05 t = 0,14 t = -0,14 t = -0,05 t = 0,20	p = 0,88 p = 0,65 p = 0,65 p = 0,88 p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = -0,21 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,82 p = 0,65 p = 0,65 p = 0,88 p = 0,79
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 96,25 T2 = 105,00 T3 = 98,25 T4 = 102,08 T5 = 105,92	T1 = 20,17 T2 = 19,82 T3 = 20,19 T4 = 21,61 T5 = 20,17	t = 0,17 t = 0,17 t = 0,14 t = 0,06 t = 0,06	p = 0,45 p = 0,45 p = 0,53 p = 0,78 p = 0,78	r <sub>s</sub> = 0,17 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = 0,07	p = 0,59 p = 0,51 p = 0,51 p = 0,84 p = 0,83
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 96,25 T2 = 105,00 T3 = 98,25 T4 = 102,08 T5 = 105,92	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = 0 t = 0,45 t = 0 t = -0,10 t = -0,05	p = 1 p = 0,17 p = 1 p = 0,75 p = 0,87	r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = 0,47 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,81 p = 0,28 p = 0,94 p = 0,88 p = 0,87
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 96,25 T2 = 105,00 T3 = 98,25 T4 = 102,08 T5 = 105,92	T1 = 33,21 T2 = 33,21 T3 = 33,21 T4 = 33,21 T5 = 33,21	t = 0,24 t = 0,43 t = -0,20 t = 0,20 t = 0,14	p = 0,45 p = 0,18 p = 0,54 p = 0,54 p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,32 r <sub>s</sub> = 0,64 r <sub>s</sub> = -0,27 r <sub>s</sub> = 0,25 r <sub>s</sub> = 0,18	p = 0,48 p = 0,12 p = 0,56 p = 0,59 p = 0,70

Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 43,58 T2 = 39,50 T3 = 41,33 T4 = 40,00 T5 = 36,00	T1 = 20,17 T2 = 19,82 T3 = 20,19 T4 = 21,61 T5 = 20,17	t = -0,13 t = 0,05 t = -0,19 t = -0,09 t = -0,14	p = 0,58 p = 0,84 p = 0,41 p = 0,68 p = 0,53	r <sub>s</sub> = -0,18 r <sub>s</sub> = 0,08 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = -0,12 r <sub>s</sub> = -0,18	p = 0,58 p = 0,80 p = 0,60 p = 0,72 p = 0,58
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 43,58 T2 = 39,50 T3 = 41,33 T4 = 40,00 T5 = 36,00	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = -0,16 t = -0,15 t = -0,55 t = 0 t = 0,10	p = 0,63 p = 0,64 p = 0,09 p = 1 p = 0,75	r <sub>s</sub> = -0,36 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,71 r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,43 p = 0,58 p = 0,07 p = 0,81 p = 0,75
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 43,58 T2 = 39,50 T3 = 41,33 T4 = 40,00 T5 = 36,00	T1 = 33,21 T2 = 33,21 T3 = 33,21 T4 = 33,21 T5 = 33,21	t = 0,10 t = 0,05 t = 0,20 t = 0,14 t = -0,10	p = 0,76 p = 0,88 p = 0,54 p = 0,65 p = 0,75	r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0,38 r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,85 p = 1 p = 0,40 p = 0,82 p = 0,94
Variables étudiées	Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 189,84 T2 = 198,32 T3 = 202,05 T4 = 203,53 T5 = 207,84	T1 = 37,47 T2 = 37,57 T3 = 34,31 T4 = 30,70 T5 = 29,96	t = -0,20 t = 0,08 t = -0,11 t = 0,11 t = -0,09	p = 0,23 p = 0,65 p = 0,51 p = 0,52 p = 0,60	r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = -0,17 r <sub>s</sub> = 0,15 r <sub>s</sub> = -0,11	p = 0,28 p = 0,70 p = 0,49 p = 0,53 p = 0,65
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 189,84 T2 = 198,32 T3 = 202,05 T4 = 203,53 T5 = 207,84	T1 = 8,08 T2 = 6,99 T3 = 6,05 T4 = 4,19 T5 = 4,67	t = 0,24 t = 0,22 t = 0,03 t = 0,19 t = -0,12	p = 0,21 p = 0,24 p = 0,89 p = 0,33 p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,33 r <sub>s</sub> = 0,30 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,25 r <sub>s</sub> = -0,12	p = 0,21 p = 0,26 p = 0,87 p = 0,35 p = 0,66
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 189,84 T2 = 198,32 T3 = 202,05 T4 = 203,53 T5 = 207,84	T1 = 72,84 T2 = 75,25 T3 = 69,38 T4 = 64,54 T5 = 70,63	t = -0,14 t = 0,15 t = 0,26 t = 0,21 t = 0	p = 0,62 p = 0,62 p = 0,38 p = 0,46 p = 1	r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = 0,08 r <sub>s</sub> = 0,30 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = -0,05	p = 0,87 p = 0,84 p = 0,47 p = 0,49 p = 0,91
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 96,00 T2 = 100,79 T3 = 103,16 T4 = 104,21 T5 = 106,16	T1 = 37,47 T2 = 37,57 T3 = 34,31 T4 = 30,70 T5 = 29,96	t = -0,18 t = 0,14 t = -0,12 t = 0,03 t = 0,01	p = 0,29 p = 0,40 p = 0,48 p = 0,86 p = 0,97	r <sub>s</sub> = -0,23 r <sub>s</sub> = 0,22 r <sub>s</sub> = -0,23 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,35 p = 0,36 p = 0,34 p = 0,78 p = 0,93
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 96,00 T2 = 100,79 T3 = 103,16 T4 = 104,21 T5 = 106,16	T1 = 8,08 T2 = 6,99 T3 = 6,05 T4 = 4,19 T5 = 4,67	t = 0,28 t = 0,35 t = 0,16 t = 0,13 t = -0,02	p = 0,14 p = 0,06 p = 0,39 p = 0,52 p = 0,93	r <sub>s</sub> = 0,45 r <sub>s</sub> = 0,46 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,18 r <sub>s</sub> = -0,01	p = 0,08 p = 0,07 p = 0,60 p = 0,50 p = 0,96
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 96,00 T2 = 100,79 T3 = 103,16 T4 = 104,21 T5 = 106,16	T1 = 72,84 T2 = 75,25 T3 = 69,38 T4 = 64,54 T5 = 70,63	t = -0,21 t = -0,07 t = 0,18 t = 0,21 t = -0,05	p = 0,46 p = 0,80 p = 0,53 p = 0,46 p = 0,88	r <sub>s</sub> = -0,19 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = 0,22 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = -0,14	p = 0,65 p = 0,88 p = 0,61 p = 0,49 p = 0,76



Déresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 44,16	T1 = 37,47	t = 0,12	p = 0,48	r <sub>s</sub> = 0,16	p = 0,50
	T2 = 40,47	T2 = 37,57	t = -0,03	p = 0,86	r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,93
	T3 = 39,11	T3 = 34,31	t = 0,11	p = 0,53	r <sub>s</sub> = 0,14	p = 0,58
	T4 = 38,68	T4 = 30,70	t = 0,01	p = 0,97	r <sub>s</sub> = 0,01	p = 0,97
	T5 = 36,32	T5 = 29,96	t = 0,22	p = 0,21	r <sub>s</sub> = 0,25	p = 0,30
Déresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 44,16	T1 = 8,08	t = -0,09	p = 0,65	r <sub>s</sub> = -0,11	p = 0,69
	T2 = 40,47	T2 = 6,99	t = 0,31	p = 0,10	r <sub>s</sub> = 0,40	p = 0,13
	T3 = 39,11	T3 = 6,05	t = 0,15	p = 0,42	r <sub>s</sub> = 0,23	p = 0,40
	T4 = 38,68	T4 = 4,19	t = 0,13	p = 0,49	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,59
	T5 = 36,32	T5 = 4,67	t = 0,16	p = 0,41	r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,57
Déresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 44,16	T1 = 72,84	t = 0,33	p = 0,26	r <sub>s</sub> = 0,37	p = 0,37
	T2 = 40,47	T2 = 75,25	t = -0,37	p = 0,21	r <sub>s</sub> = -0,45	p = 0,27
	T3 = 39,11	T3 = 69,38	t = 0,07	p = 0,80	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,91
	T4 = 38,68	T4 = 64,54	t = 0,15	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,18	p = 0,67
	T5 = 36,32	T5 = 70,63	t = 0,24	p = 0,45	r <sub>s</sub> = 0,29	p = 0,54

Annexe XXII

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la  
consommation de psychotropes PRN

Tableau 22,1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «PRN»

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 179,93	T1 = 14,76	t = -0,24	p = 0,23	r <sub>s</sub> = -0,39	p = 0,17
	T2 = 185,21	T2 = 18,92	t = -0,22	p = 0,27	r <sub>s</sub> = -0,28	p = 0,34
	T3 = 197,50	T3 = 21,96	t = -0,31	p = 0,12	r <sub>s</sub> = -0,43	p = 0,13
	T4 = 194,50	T4 = 20,50	t = -0,34	p = 0,09	r <sub>s</sub> = -0,47	p = 0,09
	T5 = 198,29	T5 = 19,43	t = -0,39	p = 0,06	r <sub>s</sub> = -0,49	p = 0,07
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 179,93	T1 = 21,33	t = -0,17	p = 0,43	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,44
	T2 = 185,21	T2 = 21,33	t = -0,19	p = 0,36	r <sub>s</sub> = -0,24	p = 0,44
	T3 = 197,50	T3 = 23,48	t = -0,22	p = 0,30	r <sub>s</sub> = -0,35	p = 0,24
	T4 = 194,50	T4 = 20,79	t = -0,35	p = 0,10	r <sub>s</sub> = -0,42	p = 0,16
	T5 = 198,29	T5 = 21,50	t = -0,27	p = 0,19	r <sub>s</sub> = -0,32	p = 0,27
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 179,93	T1 = 10,98	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T2 = 185,21	T2 = 15,45	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T3 = 197,50	T3 = 18,23	t = -0,33	p = 0,60	r <sub>s</sub> = -0,50	p = 0,67
	T4 = 194,50	T4 = 17,28	t = -0,33	p = 0,60	r <sub>s</sub> = -0,50	p = 0,67
	T5 = 198,29	T5 = 14,82	t = -0,82	p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,87	p = 0,33
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 90,29	T1 = 14,76	t = -0,22	p = 0,27	r <sub>s</sub> = -0,33	p = 0,25
	T2 = 90,36	T2 = 18,92	t = -0,21	p = 0,30	r <sub>s</sub> = -0,35	p = 0,22
	T3 = 100,64	T3 = 21,96	t = -0,40	p = <b>0,05</b>	r <sub>s</sub> = -0,54	p = <b>0,05</b>
	T4 = 96,00	T4 = 20,50	t = -0,39	p = 0,06	r <sub>s</sub> = -0,56	p = <b>0,04</b>
	T5 = 101,29	T5 = 19,43	t = -0,40	p = <b>0,05</b>	r <sub>s</sub> = -0,53	p = 0,053
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 90,29	T1 = 21,33	t = -0,14	p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,23	p = 0,46
	T2 = 90,36	T2 = 21,33	t = -0,26	p = 0,22	r <sub>s</sub> = -0,36	p = 0,22
	T3 = 100,64	T3 = 23,48	t = -0,25	p = 0,24	r <sub>s</sub> = -0,33	p = 0,28
	T4 = 96,00	T4 = 20,79	t = -0,36	p = 0,09	r <sub>s</sub> = -0,49	p = 0,09
	T5 = 101,29	T5 = 21,50	t = -0,23	p = 0,25	r <sub>s</sub> = -0,33	p = 0,26

Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 90,29 T2 = 90,36 T3 = 100,64 T4 = 96,00 T5 = 101,29	T1 = 10,98 T2 = 15,45 T3 = 18,23 T4 = 17,28 T5 = 14,82	t = 0 t = 0 t = -0,33 t = -0,33 t = 0	p = 1 p = 1 p = 0,60 p = 0,60 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 0,67 p = 0,67 p = 1
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 48,36 T2 = 43,14 T3 = 41,14 T4 = 39,50 T5 = 41,00	T1 = 14,76 T2 = 18,92 T3 = 21,96 T4 = 20,50 T5 = 19,43	t = 0,27 t = 0,09 t = 0,34 t = 0,25 t = 0,34	p = 0,19 p = 0,66 p = 0,10 p = 0,23 p = 0,09	r <sub>s</sub> = 0,42 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,42 r <sub>s</sub> = 0,34 r <sub>s</sub> = 0,43	p = 0,14 p = 0,77 p = 0,14 p = 0,24 p = 0,12
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 48,36 T2 = 43,14 T3 = 41,14 T4 = 39,50 T5 = 41,00	T1 = 21,33 T2 = 21,33 T3 = 23,48 T4 = 20,79 T5 = 21,50	t = 0,22 t = 0,09 t = 0,30 t = 0,22 t = 0,25	p = 0,30 p = 0,67 p = 0,16 p = 0,30 p = 0,23	r <sub>s</sub> = 0,34 r <sub>s</sub> = 0,06 r <sub>s</sub> = 0,40 r <sub>s</sub> = 0,31 r <sub>s</sub> = 0,32	p = 0,26 p = 0,84 p = 0,18 p = 0,31 p = 0,27
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 48,36 T2 = 43,14 T3 = 41,14 T4 = 39,50 T5 = 41,00	T1 = 10,98 T2 = 15,45 T3 = 18,23 T4 = 17,28 T5 = 14,82	t = 0,82 t = 0,82 t = 0,33 t = 0,33 t = 0,82	p = 0,22 p = 0,22 p = 0,60 p = 0,60 p = 0,22	r <sub>s</sub> = 0,87 r <sub>s</sub> = 0,87 r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = 0,87	p = 0,33 p = 0,33 p = 0,67 p = 0,67 p = 0,33
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 184,43 T2 = 196,86 T3 = 183,86 T4 = 184,57 T5 = 194,86	T1 = 11,36 T2 = 10,77 T3 = 11,40 T4 = 13,83 T5 = 11,36	t = 0,10 t = 0,05 t = -0,20 t = 0 t = -0,20	p = 0,76 p = 0,88 p = 0,54 p = 1 p = 0,54	r <sub>s</sub> = 0,13 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = -0,13 r <sub>s</sub> = -0,05 r <sub>s</sub> = -0,22	p = 0,79 p = 0,94 p = 0,79 p = 0,91 p = 0,64
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 184,43 T2 = 196,86 T3 = 183,86 T4 = 184,57 T5 = 194,86	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = 0 t = 0,16 t = 0,25 t = 0,10 t = -0,10	p = 1 p = 0,64 p = 0,44 p = 0,75 p = 0,75	r <sub>s</sub> = -0,04 r <sub>s</sub> = 0,24 r <sub>s</sub> = 0,49 r <sub>s</sub> = 0,07 r <sub>s</sub> = -0,15	p = 0,94 p = 0,60 p = 0,26 p = 0,88 p = 0,75

Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 184,43 T2 = 196,86 T3 = 183,86 T4 = 184,57 T5 = 194,86	T1 = 35 T2 = 35 T3 = 35 T4 = 35 T5 = 35	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 94,71 T2 = 101,43 T3 = 94,71 T4 = 95,29 T5 = 98,57	T1 = 11,36 T2 = 10,77 T3 = 11,40 T4 = 13,83 T5 = 11,36	t = 0,29 t = 0,24 t = 0,25 t = 0 t = -0,15	p = 0,36 p = 0,45 p = 0,44 p = 1 p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,25 r <sub>s</sub> = 0,29 r <sub>s</sub> = 0,38 r <sub>s</sub> = -0,04 r <sub>s</sub> = -0,17	p = 0,59 p = 0,54 p = 0,40 p = 0,94 p = 0,71
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 94,71 T2 = 101,43 T3 = 94,71 T4 = 95,29 T5 = 98,57	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = 0 t = 0,45 t = 0 t = -0,10 t = -0,05	p = 1 p = 0,17 p = 1 p = 0,75 p = 0,87	r <sub>s</sub> = -0,11 r <sub>s</sub> = 0,47 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = -0,08	p = 0,81 p = 0,28 p = 0,94 p = 0,88 p = 0,87
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 94,71 T2 = 101,43 T3 = 94,71 T4 = 95,29 T5 = 98,57	T1 = 35 T2 = 35 T3 = 35 T4 = 35 T5 = 35	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 48,29 T2 = 42,57 T3 = 48,86 T4 = 48,71 T5 = 41,71	T1 = 11,36 T2 = 10,77 T3 = 11,40 T4 = 13,83 T5 = 11,36	t = -0,15 t = 0,10 t = -0,10 t = -0,15 t = 0,20	p = 0,65 p = 0,76 p = 0,76 p = 0,65 p = 0,54	r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = 0,18 r <sub>s</sub> = -0,07 r <sub>s</sub> = -0,12 r <sub>s</sub> = 0,22	p = 0,58 p = 0,70 p = 0,88 p = 0,80 p = 0,64
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 48,29 T2 = 42,57 T3 = 48,86 T4 = 48,71 T5 = 41,71	T1 = 1,36 T2 = 0,77 T3 = 1,40 T4 = 3,83 T5 = 1,36	t = -0,16 t = -0,15 t = -0,55 t = 0 t = 0,10	p = 0,63 p = 0,64 p = 0,09 p = 1 p = 0,75	r <sub>s</sub> = -0,36 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,71 r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,15	p = 0,43 p = 0,58 p = 0,07 p = 0,81 p = 0,75
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 48,29 T2 = 42,57 T3 = 48,86 T4 = 48,71 T5 = 41,71	T1 = 35 T2 = 35 T3 = 35 T4 = 35 T5 = 35	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1

Variables étudiées	Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 196,88	T1 = 30,70	t = -0,09	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,13	p = 0,62
	T2 = 200,81	T2 = 29,92	t = 0,22	p = 0,24	r <sub>s</sub> = 0,29	p = 0,28
	T3 = 207,31	T3 = 25,51	t = 0,06	p = 0,75	r <sub>s</sub> = 0,05	p = 0,85
	T4 = 207,06	T4 = 24,70	t = 0,17	p = 0,36	r <sub>s</sub> = 0,29	p = 0,28
	T5 = 211,19	T5 = 24,94	t = -0,04	p = 0,82	r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,89
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 196,88	T1 = 7,35	t = 0,24	p = 0,21	r <sub>s</sub> = 0,33	p = 0,21
	T2 = 200,81	T2 = 5,86	t = 0,27	p = 0,15	r <sub>s</sub> = 0,38	p = 0,15
	T3 = 207,31	T3 = 5,46	t = 0,09	p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,12	p = 0,66
	T4 = 207,06	T4 = 3,99	t = 0,20	p = 0,31	r <sub>s</sub> = 0,24	p = 0,37
	T5 = 211,19	T5 = 4,54	t = -0,03	p = 0,89	r <sub>s</sub> = -0,003	p = 0,99
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 196,88	T1 = 74,71	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T2 = 200,81	T2 = 77	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,40	p = 0,51
	T3 = 207,31	T3 = 64,14	t = 0,80	p = 0,05	r <sub>s</sub> = 0,90	p = 0,04
	T4 = 207,06	T4 = 66,29	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T5 = 211,19	T5 = 81,61	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 100	T1 = 30,70	t = -0,04	p = 0,82	r <sub>s</sub> = -0,04	p = 0,88
	T2 = 101,36	T2 = 29,92	t = 0,30	p = 0,10	r <sub>s</sub> = 0,42	p = 0,11
	T3 = 106,19	T3 = 25,51	t = 0,08	p = 0,65	r <sub>s</sub> = 0,04	p = 0,88
	T4 = 105,88	T4 = 24,70	t = 0,15	p = 0,46	r <sub>s</sub> = 0,27	p = 0,31
	T5 = 107,56	T5 = 24,94	t = 0,08	p = 0,68	r <sub>s</sub> = 0,11	p = 0,70
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 100	T1 = 7,35	t = 0,31	p = 0,10	r <sub>s</sub> = 0,51	p = 0,04
	T2 = 101,36	T2 = 5,86	t = 0,44	p = 0,02	r <sub>s</sub> = 0,56	p = 0,02
	T3 = 106,19	T3 = 5,46	t = 0,23	p = 0,22	r <sub>s</sub> = 0,25	p = 0,34
	T4 = 105,88	T4 = 3,99	t = 0,18	p = 0,35	r <sub>s</sub> = 0,234	p = 0,40
	T5 = 107,56	T5 = 4,54	t = 0,06	p = 0,75	r <sub>s</sub> = 0,10	p = 0,73
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 100	T1 = 74,71	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T2 = 101,36	T2 = 77	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,75
	T3 = 106,19	T3 = 64,14	t = 0,60	p = 0,14	r <sub>s</sub> = 0,70	p = 0,19
	T4 = 105,88	T4 = 66,29	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,60	p = 0,29
	T5 = 107,56	T5 = 81,61	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1

Déresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 41,13	T1 = 30,70	t = 0,08	$p = 0,68$	$r_s = 0,10$	$p = 0,72$
	T2 = 38,56	T2 = 29,92	t = -0,05	$p = 0,79$	$r_s = -0,08$	$p = 0,77$
	T3 = 36,88	T3 = 25,51	t = 0,03	$p = 0,86$	$r_s = 0,05$	$p = 0,84$
	T4 = 36,81	T4 = 24,70	t = -0,05	$p = 0,78$	$r_s = -0,08$	$p = 0,77$
	T5 = 34,38	T5 = 24,94	t = 0,16	$p = 0,41$	$r_s = 0,18$	$p = 0,50$
Déresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 41,13	T1 = 7,35	t = -0,02	$p = 0,93$	$r_s = -0,03$	$p = 0,92$
	T2 = 38,56	T2 = 5,86	t = 0,24	$p = 0,20$	$r_s = 0,33$	$p = 0,21$
	T3 = 36,88	T3 = 5,46	t = 0,21	$p = 0,26$	$r_s = 0,32$	$p = 0,23$
	T4 = 36,81	T4 = 3,99	t = 0,11	$p = 0,58$	$r_s = 0,13$	$p = 0,63$
	T5 = 34,38	T5 = 4,54	t = 0,07	$p = 0,71$	$r_s = 0,03$	$p = 0,90$
Déresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 41,13	T1 = 74,71	t = 0,11	$p = 0,80$	$r_s = -0,05$	$p = 0,94$
	T2 = 38,56	T2 = 77	t = -0,40	$p = 0,33$	$r_s = -0,60$	$p = 0,29$
	T3 = 36,88	T3 = 64,14	t = -0,60	$p = 0,14$	$r_s = -0,70$	$p = 0,19$
	T4 = 36,81	T4 = 66,29	t = 0,20	$p = 0,62$	$r_s = 0,20$	$p = 0,75$
	T5 = 34,38	T5 = 81,61	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0,20$	$p = 0,80$

Annexe XXIII

Tests d'association en prenant en considération les trajectoires de la consommation de  
psychotropes RÉG



Tableau 23,1

Résultats aux tests d'association entre la santé mentale (bien-être psychologique, détresse psychologique) et l'usage des psychotropes (TOTAL, PRN, RÉG) pour chaque temps de mesure en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «RÉG»

Variabes étudiées	Catégorie 1	Psychotropes Catégorie 1	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 172,60	T1 = 14,94	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,75
	T2 = 183,80	T2 = 16,51	t = -0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,30	p = 0,62
	T3 = 188,40	T3 = 13,99	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T4 = 188,60	T4 = 16,91	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,30	p = 0,62
	T5 = 185,20	T5 = 20,64	t = -0,11	p = 0,80	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,74
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 172,60	T1 = 1,29	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T2 = 183,80	T2 = 1,07	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T3 = 188,40	T3 = 1,29	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T4 = 188,60	T4 = 1,14	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T5 = 185,20	T5 = 8,04	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 172,60	T1 = 14,67	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,75
	T2 = 183,80	T2 = 16,30	t = -0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,30	p = 0,62
	T3 = 188,40	T3 = 13,73	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T4 = 188,60	T4 = 16,69	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,30	p = 0,62
	T5 = 185,20	T5 = 17,43	t = -0,11	p = 0,80	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,74
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 86,60	T1 = 14,94	t = 0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = 0,20	p = 0,75
	T2 = 96,40	T2 = 16,51	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0,10	p = 0,87
	T3 = 95,60	T3 = 13,99	t = 0,40	p = 0,33	r <sub>s</sub> = 0,50	p = 0,39
	T4 = 97	T4 = 16,91	t = -0,20	p = 0,62	r <sub>s</sub> = -0,30	p = 0,62
	T5 = 96	T5 = 20,64	t = -0,11	p = 0,80	r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,74
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 86,60	T1 = 1,29	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T2 = 96,40	T2 = 1,07	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T3 = 95,60	T3 = 1,29	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T4 = 97	T4 = 1,14	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1
	T5 = 96	T5 = 8,04	t = 0	p = 1	r <sub>s</sub> = 0	p = 1

Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 86,60 T2 = 96,40 T3 = 95,60 T4 = 97 T5 = 96	T1 = 14,67 T2 = 16,30 T3 = 13,73 T4 = 16,69 T5 = 17,43	t = 0,20 t = 0 t = 0,40 t = -0,20 t = -0,11	p = 0,62 p = 1 p = 0,33 p = 0,62 p = 0,80	r <sub>s</sub> = 0,20 r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,50 r <sub>s</sub> = -0,30 r <sub>s</sub> = -0,21	p = 0,75 p = 0,87 p = 0,39 p = 0,62 p = 0,74
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 52 T2 = 50,60 T3 = 45,20 T4 = 46,40 T5 = 48,80	T1 = 14,94 T2 = 16,51 T3 = 13,99 T4 = 16,91 T5 = 20,64	t = 0 t = 0,11 t = -0,40 t = -0,60 t = -0,32	p = 1 p = 0,80 p = 0,33 p = 0,14 p = 0,45	r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,70 r <sub>s</sub> = -0,36	p = 0,87 p = 0,74 p = 0,39 p = 0,19 p = 0,55
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 52 T2 = 50,60 T3 = 45,20 T4 = 46,40 T5 = 48,80	T1 = 1,29 T2 = 1,07 T3 = 1,29 T4 = 1,14 T5 = 8,04	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 52 T2 = 50,60 T3 = 45,20 T4 = 46,40 T5 = 48,80	T1 = 14,67 T2 = 16,30 T3 = 13,73 T4 = 16,69 T5 = 17,43	t = 0 t = 0,11 t = -0,40 t = -0,60 t = -0,32	p = 1 p = 0,80 p = 0,33 p = 0,14 p = 0,45	r <sub>s</sub> = 0,10 r <sub>s</sub> = 0,21 r <sub>s</sub> = -0,50 r <sub>s</sub> = -0,70 r <sub>s</sub> = -0,36	p = 0,87 p = 0,74 p = 0,39 p = 0,19 p = 0,55
Variables étudiées	Catégorie 2	Psychotropes Catégorie 2	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 194,91 T2 = 201,45 T3 = 196,10 T4 = 204,10 T5 = 210	T1 = 53,94 T2 = 56,33 T3 = 57,22 T4 = 55,67 T5 = 53,06	t = 0,07 t = 0,13 t = -0,02 t = -0,09 t = 0	p = 0,76 p = 0,59 p = 0,94 p = 0,70 p = 1	r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = -0,06 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = -0,02	p = 0,68 p = 0,65 p = 0,85 p = 0,81 p = 0,96
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 194,91 T2 = 201,45 T3 = 196,10 T4 = 204,10 T5 = 210	T1 = 8,48 T2 = 12,86 T3 = 14,84 T4 = 12,00 T5 = 6,86	t = -0,14 t = -0,33 t = -0,20 t = -0,20 t = -0,28	p = 0,70 p = 0,35 p = 0,57 p = 0,57 p = 0,44	r <sub>s</sub> = -0,32 r <sub>s</sub> = -0,43 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,29	p = 0,54 p = 0,40 p = 0,62 p = 0,62 p = 0,58

Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 194,91 T2 = 201,45 T3 = 196,10 T4 = 204,10 T5 = 210	T1 = 49,32 T2 = 49,32 T3 = 49,12 T4 = 49,12 T5 = 49,32	t = 0,11 t = 0,28 t = 0,09 t = 0,09 t = 0,08	p = 0,64 p = 0,24 p = 0,70 p = 0,70 p = 0,75	r <sub>s</sub> = 0,17 r <sub>s</sub> = 0,45 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,15 r <sub>s</sub> = 0,07	p = 0,62 p = 0,16 p = 0,68 p = 0,66 p = 0,85
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 97,18 T2 = 102,55 T3 = 97,10 T4 = 102,55 T5 = 106,73	T1 = 53,94 T2 = 56,33 T3 = 57,22 T4 = 55,67 T5 = 53,06	t = 0,20 t = 0,18 t = 0 t = -0,02 t = 0,06	p = 0,39 p = 0,44 p = 1 p = 0,94 p = 0,82	r <sub>s</sub> = 0,27 r <sub>s</sub> = 0,34 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,04 r <sub>s</sub> = 0,16	p = 0,42 p = 0,31 p = 0,92 p = 0,91 p = 0,65
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 97,18 T2 = 102,55 T3 = 97,10 T4 = 102,55 T5 = 106,73	T1 = 8,48 T2 = 12,86 T3 = 14,84 T4 = 12,00 T5 = 6,86	t = -0,07 t = -0,41 t = -0,20 t = -0,07 t = -0,33	p = 0,85 p = 0,25 p = 0,57 p = 0,85 p = 0,35	r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,52 r <sub>s</sub> = -0,26 r <sub>s</sub> = -0,09 r <sub>s</sub> = -0,49	p = 0,70 p = 0,29 p = 0,62 p = 0,87 p = 0,33
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 97,18 T2 = 102,55 T3 = 97,10 T4 = 102,55 T5 = 106,73	T1 = 49,32 T2 = 49,32 T3 = 49,12 T4 = 49,12 T5 = 49,32	t = 0,28 t = 0,38 t = 0,11 t = 0,17 t = 0,21	p = 0,24 p = 0,11 p = 0,64 p = 0,48 p = 0,39	r <sub>s</sub> = 0,37 r <sub>s</sub> = 0,58 r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = 0,27 r <sub>s</sub> = 0,25	p = 0,27 p = 0,06 p = 0,65 p = 0,43 p = 0,45
Détresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 40,27 T2 = 39,09 T3 = 39 T4 = 35,64 T5 = 34,73	T1 = 53,94 T2 = 56,33 T3 = 57,22 T4 = 55,67 T5 = 53,06	t = 0,22 t = 0,07 t = 0,04 t = 0,13 t = 0,08	p = 0,35 p = 0,76 p = 0,88 p = 0,58 p = 0,75	r <sub>s</sub> = 0,16 r <sub>s</sub> = 0,09 r <sub>s</sub> = 0,11 r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = 0,13	p = 0,64 p = 0,79 p = 0,75 p = 0,68 p = 0,71
Détresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 40,27 T2 = 39,09 T3 = 39 T4 = 35,64 T5 = 34,73	T1 = 8,48 T2 = 12,86 T3 = 14,84 T4 = 12,00 T5 = 6,86	t = 0,20 t = 0,14 t = -0,33 t = 0,41 t = 0	p = 0,57 p = 0,70 p = 0,35 p = 0,25 p = 1	r <sub>s</sub> = 0,20 r <sub>s</sub> = 0,03 r <sub>s</sub> = -0,31 r <sub>s</sub> = 0,41 r <sub>s</sub> = -0,03	p = 0,70 p = 0,96 p = 0,54 p = 0,43 p = 0,96
Détresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 40,27 T2 = 39,09 T3 = 39 T4 = 35,64 T5 = 34,73	T1 = 49,32 T2 = 49,32 T3 = 49,12 T4 = 49,12 T5 = 49,32	t = 0,19 t = -0,04 t = 0 t = 0,06 t = 0	p = 0,43 p = 0,87 p = 1 p = 0,81 p = 1	r <sub>s</sub> = 0,14 r <sub>s</sub> = -0,08 r <sub>s</sub> = 0,02 r <sub>s</sub> = -0,04 r <sub>s</sub> = 0,03	p = 0,68 p = 0,81 p = 0,95 p = 0,90 p = 0,93

Variabes étudiées	Catégorie 3	Psychotropes Catégorie 3	Tau de Kendall	Probabilité	Rho de Spearman	Probabilité
Santé mentale et psychotropes (TOTAL)	T1 = 155 T2 = 193,20 T3 = 182,40 T4 = 191,60 T5 = 201	T1 = 58,05 T2 = 61,86 T3 = 52,64 T4 = 45,09 T5 = 40,26	t = -0,80 t = -0,20 t = -0,20 t = 0 t = -0,74	p = 0,05 p = 0,62 p = 0,62 p = 1 p = 0,08	r <sub>s</sub> = -0,90 r <sub>s</sub> = -0,30 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,82	p = 0,04 p = 0,62 p = 0,75 p = 0,87 p = 0,09
Santé mentale et psychotropes (PRN)	T1 = 155 T2 = 193,20 T3 = 182,40 T4 = 191,60 T5 = 201	T1 = 1,29 T2 = 1,15 T3 = 0,54 T4 = 1 T5 = 0,93	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1
Santé mentale et psychotropes (RÉG)	T1 = 155 T2 = 193,20 T3 = 182,40 T4 = 191,60 T5 = 201	T1 = 57,54 T2 = 61,40 T3 = 52,43 T4 = 44,69 T5 = 49,86	t = -0,80 t = -0,20 t = -0,20 t = 0 t = -0,67	p = 0,05 p = 0,62 p = 0,62 p = 1 p = 0,17	r <sub>s</sub> = -0,90 r <sub>s</sub> = -0,30 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,80	p = 0,04 p = 0,62 p = 0,75 p = 0,87 p = 0,20
Bien-être psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 71,40 T2 = 100,60 T3 = 91 T4 = 95 T5 = 103,60	T1 = 58,05 T2 = 61,86 T3 = 52,64 T4 = 45,09 T5 = 40,26	t = -0,80 t = -0,53 t = -0,20 t = 0 t = -0,32	p = 0,05 p = 0,21 p = 0,62 p = 1 p = 0,45	r <sub>s</sub> = -0,90 r <sub>s</sub> = -0,72 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,41	p = 0,04 p = 0,17 p = 0,75 p = 0,87 p = 0,49
Bien-être psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 71,40 T2 = 100,60 T3 = 91 T4 = 95 T5 = 103,60	T1 = 1,29 T2 = 1,15 T3 = 0,54 T4 = 1 T5 = 0,93	t = 0 t = 0 t = 0 t = 0 t = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1	r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0 r <sub>s</sub> = 0	p = 1 p = 1 p = 1 p = 1 p = 1
Bien-être psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 71,40 T2 = 100,60 T3 = 91 T4 = 95 T5 = 103,60	T1 = 57,54 T2 = 61,40 T3 = 52,43 T4 = 44,69 T5 = 49,86	t = -0,80 t = -0,53 t = -0,20 t = 0 t = -0,33	p = 0,05 p = 0,21 p = 0,62 p = 1 p = 0,50	r <sub>s</sub> = -0,90 r <sub>s</sub> = -0,72 r <sub>s</sub> = -0,20 r <sub>s</sub> = -0,10 r <sub>s</sub> = -0,40	p = 0,04 p = 0,17 p = 0,75 p = 0,87 p = 0,60

Déresse psychologique et psychotropes (TOTAL)	T1 = 54,40	T1 = 58,05	t = 0,20	$p = 0,62$	$r_s = 0,30$	$p = 0,62$
	T2 = 45,40	T2 = 61,86	t = -0,32	$p = 0,45$	$r_s = -0,36$	$p = 0,55$
	T3 = 46,60	T3 = 52,64	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,50$	$p = 0,39$
	T4 = 41,40	T4 = 45,09	t = 0,32	$p = 0,45$	$r_s = 0,36$	$p = 0,55$
	T5 = 40,60	T5 = 40,26	t = 0,74	$p = 0,08$	$r_s = 0,82$	$p = 0,09$
Déresse psychologique et psychotropes (PRN)	T1 = 54,40	T1 = 1,29	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0$	$p = 1$
	T2 = 45,40	T2 = 1,15	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0$	$p = 1$
	T3 = 46,60	T3 = 0,54	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0$	$p = 1$
	T4 = 41,40	T4 = 1	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0$	$p = 1$
	T5 = 40,60	T5 = 0,93	t = 0	$p = 1$	$r_s = 0$	$p = 1$
Déresse psychologique et psychotropes (RÉG)	T1 = 54,40	T1 = 57,54	t = 0,20	$p = 0,62$	$r_s = 0,30$	$p = 0,62$
	T2 = 45,40	T2 = 61,40	t = -0,32	$p = 0,45$	$r_s = -0,36$	$p = 0,55$
	T3 = 46,60	T3 = 52,43	t = 0,40	$p = 0,33$	$r_s = 0,50$	$p = 0,39$
	T4 = 41,40	T4 = 44,69	t = 0,32	$p = 0,45$	$r_s = 0,36$	$p = 0,55$
	T5 = 40,60	T5 = 49,86	t = 0,67	$p = 0,17$	$r_s = 0,80$	$p = 0,20$

Annexe XXIV  
Signification des codes pour l'analyse qualitative

## Codes pour l'analyse des entretiens en profondeur

### **Âgisme**

"La personne présente une attitude d'âgisme"

### **Causes stressseurs physiques**

"Maladies, opérations, hospitalisations, accidents de la route"

### **Causes stressseurs sociaux**

"Déménagements, décès, pertes quelconques, insatisfactions face à la vie, préoccupé par son entourage"

### **Continue anxiété**

"Relaxation, détente, dépression, apaisement nerveux"

### **Continue autorité médicale**

"La personne continue d'utiliser son psychotrope car le médecin l'ordonne ou elle ne sait pas pourquoi elle en consomme"

### **Continue minimisation**

"La personne continue de consommer son psychotrope car ce n'est pas grand chose un psychotrope, c'est inoffensif"

### **Continue sommeil**

"L'insomnie, induire le sommeil, elle veut améliorer son sommeil par le psychotrope"

### **Continue stressseurs multiples**

"Plusieurs raisons (au moins trois différentes) et symptômes sont rapportés pour justifier la consommation"

### **Continue stressseurs physiques**

"L'aîné continue à consommer car il a des problèmes de santé qui l'exige, c'est pour sa santé générale qu'il consomme."

### **Continue stressseurs sociaux**

"La personne continue à consommer car l'environnement, la famille, les amis, la vie est difficile et elle doit pouvoir faire face à ces événements sociaux divers."

### **Continue toxicomanie**

"La personne continue de consommer son psychotrope car elle ne peut s'imaginer sans priver"

### **Durée de consommation**

"Depuis combien de temps elle utilise des psychotropes"

**Expérience de réduction du psychotrope**

"La personne a déjà réduit la consommation du psychotrope sans nécessairement tenté d'arrêter"

**Étiquette des autres médicaments**

"Quelles sont les perceptions des autres médicaments"

**Étiquette du psychotrope**

"Quelles sont les perceptions de l'aîné en rapport avec les médicaments psychotropes et qui ne s'inscrivent pas dans les autres catégories"

**Gestion des autres médicaments**

"Comment l'aîné gère les autres médicaments"

**Gestion du psychotrope**

"La personne décrit comment elle gère le psychotrope"

**Médecin**

"Tout ce qui se rapporte au médecin et qui ne s'inscrit pas dans les autres catégories"

**Médicaments différents car anxiété**

"Oui, le perçoit différemment car elle traite l'anxiété, détend et relaxe"

**Médicaments différents car autorité médicale**

"La personne fait référence au médecin ou à l'ordonnance médicale pour dire ou expliquer la différence. Elle justifie sa consommation par le médecin ou l'ordonnance"

**Médicaments différents car minimise**

"La personne dit que le psychotrope est différent, car c'est pas grand chose, c'est inoffensif, elle minimise l'importance de sa consommation."

**Médicaments différents car sommeil**

"Oui, différent et justifie cette différence par le fait que le psychotrope soigne le sommeil"

**Médicaments différents car stressseurs physiques**

"Oui, le psychotrope est différent et justifie cette différence par un stressseur physique"

**Médicaments différents car toxicomanie**

"La personne indique que le psychotrope est différent et elle soulève des points (dépendance, manque, besoin d'en prendre absolument) qui suggèrent de la toxicomanie"

**Médicaments différents car une gestion différente**

"La personne fait référence à la gestion régulière ou PRN du médicament."



**Médicaments pareils car autorité médicale**

"La personne fait référence au médecin ou à l'ordonnance médicale pour dire non. Justifier par le médecin ou l'ordonnance."

**Médicaments pareils car identiques**

"La personne ne fait pas de différence avec les autres médicaments"

**Médicaments pareils car minimise**

"La personne dit que non car elle désire minimiser sa consommation ou dire que ce n'est pas grand chose"

**Médicaments pareils car toxicomanie**

"La personne soulève des points (dépendance, manque, besoin d'en prendre absolument) qui suggèrent de la toxicomanie. Elle indique que c'est un médicament comme les autres pourtant elle utilise un vocabulaire unique lorsqu'elle parle du psychotrope"

**Minimisation**

"La personne minimise grandement les dangers associés à la consommation de médicament et on ne peut introduire ses propos sous une autre catégorie"

**Prescription**

"Comment s'est passé la prescription initiale"

**Psychotrope = c'est privé**

"La personne indique que le psychotrope ça y appartient, elle ne veut pas voir d'individus s'immiscer dans sa consommation."

**Rôle lors de l'arrêt, elle, NON**

"L'aîné considère que l'arrêt de la consommation n'est pas de sa responsabilité OU ne le sait pas."

**Rôle lors de l'arrêt, elle, OUI**

"La personne indique ce qu'elle peut faire pour diminuer sa consommation de psychotropes"

**Rôle lors de l'arrêt, entourage, NON**

"Elle considère que l'entourage n'a pas de rôle à jouer OU elle considère que l'entourage peut nuire à l'arrêt du médicament OU ne le sait pas."

**Rôle lors de l'arrêt, entourage, OUI**

"Elle donne un exemple de ce que l'entourage pourrait faire pour l'aider à arrêter ou indique simplement qu'il a un rôle à jouer."

**Rôle lors de l'arrêt, infirmière NON**

"La personne indique que l'infirmière n'a pas de rôle à jouer dans la situation OU elle indique qu'elle peut même nuire dans la situation OU ne le sait pas."

**Rôle lors de l'arrêt, infirmière, OUI**

"La personne indique comment l'infirmière peut l'aider à arrêter ou indique simplement qu'elle a un rôle à jouer."

**Rôle lors de l'arrêt, médecin, NON**

"La personne indique que le médecin n'a pas de rôle à jouer dans la situation OU elle indique qu'il peut même nuire dans la situation OU ne le sait pas."

**Rôle lors de l'arrêt, médecin, OUI**

"La personne indique comment le médecin peut l'aider à arrêter ou indique simplement qu'il a un rôle à jouer."

**Rôle lors de l'arrêt, pharmacien, NON**

"La personne indique que le pharmacien n'a pas de rôle à jouer dans la situation OU elle indique qu'il peut même nuire dans la situation OU ne le sait pas."

**Rôle lors de l'arrêt, pharmacien, OUI**

"La personne indique comment le pharmacien peut l'aider à arrêter ou indique simplement qu'il a un rôle à jouer."

**Satisfaction négative du psychotrope**

"La personne montre ou affirme être déçu, insatisfaite, du psychotrope, de son effet."

**Satisfaction positive du psychotrope**

"La personne démontre ou affirme être très satisfaite du médicaments, de son effet."

**Souhaitable arrêter NON**

"La personne considère qu'il ne serait pas favorable pour elle d'arrêter de consommer des psychotropes pour différentes raisons. La personne qui ne sait pas si c'est souhaitable est insérée dans ce code"

**Souhaitable arrêter OUI**

"La personne considère qu'il est souhaitable qu'elle arrête de consommer pour différentes raisons"

**Soutien informel lors d'arrêt**

"La personne a obtenu du soutien pour l'arrêt de la consommation du psychotrope par des individus NON professionnels"

**Soutien lors d'arrêt NON**

"La personne n'a pas eu de soutien lors de l'arrêt de psychotropes"

**Soutien professionnel lors d'arrêt**

"La personne a eu du soutien d'un professionnel de la santé pour l'arrêt du psychotrope"

**Stratégies de toxicomane**

"La personne prend tous les moyens en sa possession pour obtenir un psychotrope"

**Tentative d'arrêt NON**

"Elle n'a jamais essayé d'arrêter, pourquoi"

**Tentative d'arrêt OUI**

"La personne affirme qu'elle a déjà essayé d'arrêter et elle relate son expérience"

**Toxicomanie**

"La personne présente des signes de toxicomanie et on ne peut l'inscrire dans les autres catégories"

**Transfert de substance**

"La personne remplace le psychotrope pour un autre médicament ou produit"

**Aug désire Arrêter**

"Approfondir notre compréhension des raisons pour lesquelles ceux qui désirent arrêter ont augmenté davantage leur consommation ?"

**Leur rôle**

"Comment perçoivent-ils leur rôle lors de la prescription, leur contrôle, leur pouvoir."

**LienstresseurSMPSY**

"Ce code regroupe les propos qui éclairent notre compréhension de la relation entre les stressés, la santé mentale et l'usage des psychotropes. "

**Maintienfacteursexternes**

"Pourquoi les participants optent davantage pour des causes externes pour justifier le maintien de l'usage des psychotropes."

**MaintienSM**

"Ce code regroupe les propos des participants qui situent la santé mentale comme facteur du maintien de l'usage des psychotropes"

**Privé**

"Pourquoi c'est si privé des psychotropes, c'est personnel"

**Professionnels**

"Pourquoi les professionnels ne représentent pas une solution pour l'arrêt des psychotropes"

**Psy et les autres**

"Approfondir notre compréhension de la distinction entre les psychotropes et les autres médicaments"

**Sous-utilisation**

"Pourquoi les gens sous -utilisent les psychotropes. Pourquoi ils réduisent le dosage"

**Stresseurs multiples**

"Quel est le rationnel sous les stresseurs multiples. Sur quel base ils peuvent affirmer que le psychotrope peut les soigner sur autant d'aspects."

Annexe XXV

Changements dans la consommation de psychotropes en milligrammes selon la trajectoire  
des psychotropes TOTAL

**Tableau 25,1**

Résultats du test de Wilcoxon pour la consommation de psychotropes (TOTAL) en prenant en considération les trajectoires de la consommation de psychotropes «TOTAL»

Test	Concepts	Temps Catégorie 1	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Psychotropes TOTAL et TOTAL	T1 = 12,91 T5 = 18,09	w = -3,63	<b>p = 0,001</b>
Test	Concepts	Temps Catégorie 2	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Psychotropes TOTAL et TOTAL	T1 = 20,17 T5 = 20,17	w = 0	p = 1
Test	Concepts	Temps Catégorie 3	Résultats du test	Probabilité
Test de Wilcoxon	Psychotropes TOTAL et TOTAL	T1 = 37,47 T5 = 29,96	w = -3,82	<b>p = 0,01</b>