

# Amorce et maintien de l'usage de médicaments psychotropes chez l'aîné vivant en maison de retraite

Philippe Voyer<sup>a</sup>, Sylvie Lauzon<sup>b</sup> et Johanne Collin<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Québec, Canada

<sup>b</sup> École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

<sup>c</sup> Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

---

La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez l'aîné est très élevée. L'utilisation de ces médicaments a des conséquences significatives sur la santé et le bien-être de l'aîné. Or, l'état des connaissances concernant ce phénomène demeure limité et entrave toutes initiatives infirmières en vue de prévenir l'usage à long terme et les conséquences potentiellement néfastes de ces molécules. Le but de l'étude est de décrire les facteurs liés à l'utilisation des médicaments psychotropes chez les aînés vivant en maison de retraite. Une recherche de type descriptive a été réalisée auprès de 48 aînés. Les propos des aînés consommateurs ont permis de faire émerger deux modèles explicatifs de l'utilisation des médicaments psychotropes. Leur discours met clairement en évidence que les motifs de l'utilisation des médicaments psychotropes varient en fonction de la durée d'utilisation. En effet, il appert que les raisons d'utilisation sont distinctes lors de l'amorce et du maintien à long terme de la consommation de médicaments psychotropes. Les implications cliniques des résultats pour la discipline infirmière sont discutées.

**Mots-clés :** aînés – médicaments psychotropes – maison de retraite – méthode descriptive

---

## Problème

La consommation de médicaments psychotropes (benzodiazépines [anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, somnifères, anticonvulsivants], antidépresseurs) par les aînés constitue un sujet d'intérêt depuis maintenant plus de trente ans (Cooperstock, 1971). L'utilisation des médicaments psychotropes par les personnes âgées continue, encore aujourd'hui, d'attirer l'attention des chercheurs pour trois raisons principales : sa prévalence, ses conséquences néfastes et la prescription douteuse.

Les taux de prévalence de la consommation de médicaments psychotropes sont effectivement très élevés, variant de 25 à 48 % chez les personnes âgées vivant dans la communauté (Statistiques Canada, 1994 ; Tamblyn, McLeod, Abrahamowicz et al., 1994). Si les médicaments psychotropes peuvent être bénéfiques lorsqu'ils sont utilisés avec

circonspection, il semble que chez l'aîné, l'équilibre entre les bénéfiques et les effets néfastes soit plus précaire. Le vieillissement normal, particulièrement au niveau du foie et des reins, modifie la pharmacocinétique du médicament et accroît ainsi le risque d'être victime de ses effets néfastes (Voyer, 2002). De nombreuses études ont documenté les effets potentiellement négatifs des médicaments psychotropes, soit des perturbations de l'état cognitif, un delirium, le développement de la dépendance, des troubles psychomoteurs, des chutes ou, encore, l'hospitalisation résultant de son usage chez l'aîné (Cooper, 1994; Fernandez et Cassagne-Pinel, 2001; Hanlon, Horner et al., 1998).

La troisième raison de l'intérêt croissant des chercheurs pour le phénomène concerne la prescription douteuse des médicaments psychotropes. On l'estime de 17 % à 43 % auprès des aînés aux États-Unis (Aparasu, Mort & Sitzman, 1998; Stewart,

---

Correspondance : Philippe Voyer, inf., Ph.D., Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Pavillon Paul-Comtois, Cité Universitaire, Québec, Québec, Canada, G1K 7P4. Téléphone : (418) 656-2131, 8799, Télécopieur : (418) 656-7747, Courriel : [Philippe.voyer@fsi.ulaval.ca](mailto:Philippe.voyer@fsi.ulaval.ca)

Le premier auteur remercie la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval, la FSI de l'Université de Montréal (bourses Virginia Allaire et Léopold-Renaud), le Conseil québécois de la recherche sociale, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, l'Institut de recherche en gérontologie sociale du Québec et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux en santé et en prévention (GRASP) pour leur soutien financier.

1994) et à plus de 50 % au Québec (Tamblyn et al., 1994). On ne dispose pas de chiffres pour le Canada, mais il appert que le problème ne serait pas moindre, car 69 % des aînés canadiens consommant des benzodiazépines le feraient depuis au moins un an (Statistiques Canada, 1994), ce qui est non approprié (Blazer et al., 2000; Tamblyn et al., 1994). En effet, une consommation consécutive d'une benzodiazépine au-delà de 30 jours est inadéquate pour le traitement de l'anxiété et de l'insomnie car l'effet thérapeutique de la molécule est équivalente à celle d'un placebo (Baker & Shaw, 2001; Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, & King, 2000). Par ailleurs, la variation des résultats entre les études quant à la proportion de prescriptions douteuses provient des critères appliqués pour déterminer une prescription inappropriée.

Malgré ces observations troublantes, l'explication du phénomène de la consommation de médicaments psychotropes par l'aîné demeure limitée (Allard, Allaire, Leclerc & Langlois, 1995; Kirby et al., 1999; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000; Takala, Ryyanen, Lehtowirta & Turakka, 1993). Il y aurait deux raisons principales à cette compréhension limitée. La première se rapporte au fait que peu d'études ont réellement tenté d'expliquer les raisons de cet usage, assumant que la maladie était la seule raison pour le recours aux médicaments (Cohen et al., 2001), le modèle « d'utilisation rationnelle des médicaments » étant la vision dominante des chercheurs et du monde médical quant au recours aux médicaments (Cohen et al., 2001). La deuxième raison provient de l'angle d'étude exclusivement quantitatif des études antérieures. Le regard que posent les chercheurs est donc déductif, empêchant ainsi l'émergence de nouvelles hypothèses explicatives qui pourraient surgir des propos des aînés consommateurs. Il est donc suggéré que les études ultérieures soient de type qualitatif ou que les études quantitatives intègrent une composante permettant des entrevues avec les consommateurs de médicaments psychotropes afin de favoriser l'émergence de données nouvelles. Nous avons opté pour une étude quantitative intégrant des entrevues semi-dirigées.

Par ailleurs, les modèles explicatifs proposés jusqu'à maintenant s'appuient sur des données transversales qui s'avèrent vulnérables à la fluctuation de l'échantillon (Allard et al., 1995; Gustafsson et al., 1996; Pérodeau et al., 1992; Voyer, McCubbin, Prévile & Boyer, 2003) et sur des mesures variables, d'une étude à l'autre, de l'usage de médicaments psychotropes ce qui a pour effet de modifier artificiellement la prévalence de leur utilisation (Graham & Vidal-Zeballos, 1998). Par exemple, selon l'étude, la prévalence de la consommation des médicaments psychotropes est établie à partir de 2 jours, 30 jours, 6 mois ou, encore un an d'observation (Conseil Consultatif de Pharmacologie, 1992). La prévalence sera ainsi plus élevée dans les études où la période d'observation est plus longue.

Enfin, c'est à partir de ces considérations qu'il semblerait prometteur de réaliser des entrevues auprès d'aînés consommateurs de médicaments psychotropes afin de faire avancer l'état des connaissances en regard de ce phénomène. Il est à noter qu'aucune étude portant exclusivement sur les aînés vivant en maison de retraite, aussi connue sous le vocable de résidence pour personnes âgées autonomes, n'a été recensée par les auteurs. Il serait pertinent de s'attarder à cette population car les infirmières y ont un rôle privilégié à jouer auprès d'elle. En effet, les maisons de retraite disposent d'un bureau de santé dont la responsabilité est généralement assumée par une infirmière. De plus, la disponibilité des médecins n'étant que ponctuelle, les infirmières constituent une source d'information importante pour ces aînés. Une meilleure connaissance du phénomène représente la première étape en vue d'élaborer des interventions infirmières visant un usage rationnel des médicaments psychotropes et d'éviter ainsi leurs conséquences néfastes. Les infirmières ont, sans contredit, un rôle important à jouer en regard de la promotion d'un usage rationnel des médicaments chez l'aîné (Simonson, 1984; Stevenson et al., 1989; Voyer et Martin, 2003). Le but de l'étude est donc de décrire les facteurs liés à l'utilisation des médicaments psychotropes chez les aînés vivant en maison de retraite. Les questions de recherche sont :

1. Quels sont les facteurs liés à l'amorce de la consommation de médicaments psychotropes chez des aînés vivant en maison de retraite?
2. Quels sont les facteurs liés au maintien de la consommation de médicaments psychotropes chez des aînés vivant en maison de retraite?

## Méthode

Les résultats présentés dans cet article proviennent d'une recherche dont les objectifs étaient multiples. Cette recherche était de type longitudinal, à mesures répétées, incluant des entrevues avec des aînés consommateurs de médicaments psychotropes. Il est à noter que le devis de cette étude est de type descriptif et la perspective épistémologique est de type néo-positivisme, c'est-à-dire, une approche essentiellement quantitative qui tient compte de la dimension interprétative de l'objet d'étude (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1996). Les entretiens avaient été inclus dans cette recherche quantitative afin d'aller plus en profondeur et d'examiner des relations entre des variables afin de concevoir des hypothèses (Fortin, Grenier & Nadeau, 1996, p. 244). Cet article est basé exclusivement sur les entrevues de cette recherche. Le projet a été accepté par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. L'investigateur a obtenu un

consentement libre et éclairé des participants de l'étude.

#### *La consommation de médicaments psychotropes*

La consommation de médicaments psychotropes dans cette étude comprend la prise d'antidépresseurs ou de benzodiazépines, incluant les anxiolytiques, les sédatifs, les hypnotiques, les somnifères et les anticonvulsivants prescrits pour leur effet sédatif (CPS,1998). Celle-ci était déterminée à partir des piluliers à l'appartement de l'aîné.

#### *Le milieu et l'échantillon*

Le milieu est formé de deux maisons de retraite pour aînés autonomes, aléatoirement sélectionnées à partir de toutes les maisons de retraite dans la ville de Laval (Québec). Dans chacune des résidences, les aînés utilisateurs de médicaments psychotropes ont été retenus selon une technique d'échantillonnage par convenance (n=48). Parmi ceux-ci, 11 utilisateurs ont été recrutés selon une méthode d'échantillonnage par contraste, pour former un sous-échantillon pour les entretiens en profondeur.

Les participants (n = 48) ont un âge moyen de 78,7 ans (ET : 6,98) et sont principalement des femmes (88 %) veuves (62,5 %). Ils ont en moyenne une neuvième année de scolarité (m : 9,43 ; ET : 3,48) et 75 % d'entre eux déclarent un revenu inférieur à 20 000 dollars canadiens par année. En ce qui a trait à leur consommation de médicaments psychotropes (tableau 1), les participants utilisent majoritairement (73%) une seule classe de médicament psychotrope et la catégorie la plus utilisée est celle des anxiolytiques (81,3%).

**Tableau 1**  
Les médicaments psychotropes consommés

Classes de médicaments psychotropes	N	%
Anxiolytiques (Ativan, Serax)	29	60,4
Antidépresseurs (Plaxil, Luvox)	3	6,3
Sédatifs-hypnotiques (Restoril)	2	4,2
Anticonvulsivants (Clonazepam)	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
Totaux	48	100%

Ils consomment des médicaments psychotropes depuis, en moyenne, 8,9 ans (ET : 8,9) et 65 % des médicaments psychotropes utilisés sont des

prescriptions au besoin. Les analyses statistiques effectuées sur l'échantillon indiquent que les participants des résidences sont équivalents sur l'ensemble des variables sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, revenu, état civil).

#### *Les entretiens*

Dans un premier temps, les questions préparées pour les entretiens en profondeur ont été posées à tous les aînés de l'échantillon (n=48). Leurs réponses étaient écrites dans le questionnaire par l'intervieweur ; la durée moyenne de ces entrevues était de 25 minutes. Ces résultats fournissent un portrait étendu des perceptions des participants sur le phénomène. Dans un deuxième temps, 11 participants parmi les 48 déjà interviewés ont répondu de nouveau à ces mêmes questions. Ces entretiens, d'une durée de 90 minutes, ont permis d'aller plus loin dans la compréhension du phénomène. Le principe de la saturation des données a été appliqué pour déterminer l'arrêt des entrevues à la suite de ces 11 entretiens en profondeur.

Les questions préparées pour les entretiens visaient à répondre aux deux questions de recherche, lesquelles portaient sur les facteurs liés à l'amorce et au maintien de la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, des questions abordaient les raisons de la première prescription (par exemple : comment en êtes-vous venu à prendre ce médicament ?) et les raisons actuelles de l'usage du médicaments psychotropes (par exemple : à quel besoin répond la prise quotidienne de ce médicament ? ou pour quelles raisons consommez-vous toujours ces médicaments ?). À l'exception de ces deux principales questions, le canevas d'entretien différait d'un participant à l'autre selon les réponses émises et leur situation particulière.

#### *Analyses de données*

Les entretiens ont été enregistrés sur cassettes audio et retranscrits dans leur intégralité sur format papier. Les propos des participants ont fait l'objet d'une analyse de contenu supportée par le logiciel Atlas-Ti ; ce dernier permet l'organisation, le découpage et le codage des données narratives. Dans un premier temps, les propos des participants étaient regroupés sous chacune des questions de recherche. Par la suite, le discours des aînés était analysé en vue de générer des codes qui reflètent le plus fidèlement possible les réponses de l'ensemble des participants. Dans un troisième temps, les propos des participants qui étaient récurrents d'une entrevue à l'autre et qui permettaient de bien mettre en contexte les éléments en présence lors de l'amorce ou du maintien de la consommation de médicaments psychotropes étaient également codés (Lessard-Hébert et al., 1996). Il est à noter que les codes créés par le chercheur principal (PV) étaient évalués et validés par les deux co-chercheurs de façon itérative

tout au long du processus de l'analyse des données. Enfin, il est à noter que le nombre d'entrevues en profondeur s'est arrêté à 11 car il n'y avait pas de nouveaux éléments d'information qui apparaissaient dans le discours. En outre, ces 11 entrevues ont permis de valider des éléments d'information qui avaient été signalés lors des entrevues de courte durée.

### Résultats

La première question de recherche visait à mettre en évidence les facteurs ayant conduit à l'amorce de la consommation de médicaments psychotropes chez les aînés. Les propos des aînés indiquent qu'ils ont débuté la consommation de médicaments psychotropes en raison d'événement stressants de type physique ou psychosocial. Ces stresseurs affectaient leur santé mentale ou la qualité de leur sommeil. Pour ces raisons, ils ont alors consulté un médecin qui leur a prescrit un médicament de type psychotrope. Les prochaines lignes présentent les propos des participants qui supportent chacune de ces étapes les ayant amenés à amorcer l'usage de psychotrope.

#### Les stresseurs physiques et psychosociaux

Les stresseurs physiques font référence à la maladie, à une opération ou à une hospitalisation. Les stresseurs psychosociaux indiquent un déménagement, le décès ou à la maladie d'un proche, une perte significative ou une insatisfaction face à la vie. Selon les propos des aînés, ces stresseurs ont entraîné une dépression, de l'insomnie ou de l'anxiété et représentent donc les raisons pour lesquelles ils ont débuté l'usage de médicaments psychotropes. Par exemple, pour un stresser physique, l'aînée pouvait s'exprimer ainsi : « *j'ai été opérée pour un cancer de l'utérus et la pilule m'a été donnée pour dormir* ». En ce qui concerne les stresseurs psychosociaux, les propos des aînés varient, mais se rapportent de façon prépondérante à la famille et à l'entourage : « *ma fille faisait de la sclérose en plaques et je pleurais tout le temps, j'étais triste, le médecin m'a donc prescrit ce médicament* ».

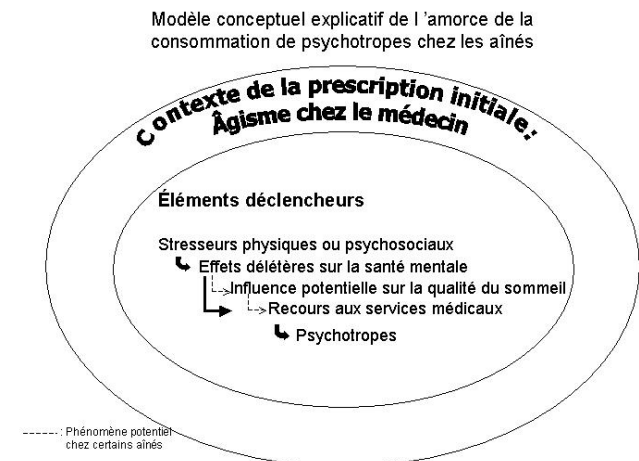
#### Le rôle du médecin lors de l'amorce

Les résultats obtenus montrent que 90 % des participants affirment que c'est le médecin qui leur a proposé le médicament pour répondre à leur détresse. Il semble que, lors de la prescription initiale, l'offre du psychotrope précéderait la demande. La plupart du temps, l'aîné signale la présence d'événements stressants dans son environnement comme explication d'un malaise psychique et le médecin recommande alors l'usage d'un psychotrope : « *...je leur disais ça, que je dormais*

*pas, alors c'est là qu'ils ont commencé à m'en donner...* ». Les participants indiquent que les médecins n'offrent que très rarement d'autres alternatives que les médicaments pour soigner leurs malaises psychologiques ou leur insomnie : « *...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 « *...je lui ai demandé s'il avait quelque chose, pis il m'a prescrit des Ativan* ».

En somme, l'amorce de l'usage de médicaments psychotropes débute dans un contexte où la personne âgée vit un événement important dans sa vie (stressors physiques ou psychosociaux) agissant 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 consultera les services médicaux. Face à la détérioration de la santé mentale de l'aîné, le médecin prescrira un médicament de la classe des psychotropes. Selon les aînés interrogés, le prescripteur serait peu porté à suggérer d'autres solutions que le médicament, aux problèmes de l'aîné. Le fait que le médecin offre moins d'alternatives de traitements aux aînés en comparaison à l'adulte d'âge moyen constitue une attitude âgiste. La figure 1 présente la relation entre les différents thèmes qui se dégagent des propos des aînés.

Figure 1



La deuxième question de recherche visait à identifier les facteurs influençant le maintien de la consommation de médicaments psychotropes. Les propos des aînés concernant les raisons du recours continu aux médicaments psychotropes sont plus diversifiés. Cette observation a mené à la création du code stressors multiples. La santé mentale, alors qu'elle était mentionnée en termes de dépression et d'anxiété lors de l'amorce de la consommation, est, cette fois-ci, décrite en terme de nervosité. D'autre part, il transparaît dans le discours des aînés, des

préoccupations quant à la dépendance aux médicaments psychotropes, de même que des réflexions particulières faisant référence à des attitudes âgistes. Enfin, les aînés expliquent comment le renouvellement de la prescription se fait de façon automatique avec le médecin et de quelle manière les infirmières du bureau de santé restent à l'écart de la situation. Les prochaines lignes rapportent les témoignages des aînés.

#### *Les stressseurs multiples*

Les participants ont invoqué plusieurs raisons pour continuer, voir légitimer leur consommation de médicaments psychotropes. Au début de la consommation, l'aîné identifiait une raison particulière ayant mené aux médicaments psychotropes. Or, les raisons sont maintenant multiples pour recourir à la pilule : « *être bien nerveuse, ou avoir une mauvaise digestion, ou si je dors pas, difficile à expliquer quand tu en as absolument besoin, ½ comprimé c'est pas beaucoup* ». Plusieurs combinaisons de stressseurs ont été invoquées et majoritairement, elles comprennent des stressseurs psychosociaux.

À noter que nous avons observé une nette différence dans l'intensité et l'importance des stressseurs rapportés. Lors de l'explication des causes du début de la consommation, les stressseurs psychosociaux évoqués touchaient principalement les décès ou la maladie d'un enfant, mais cette fois-ci, les stressseurs psychosociaux causant l'usage à long terme sont, généralement, plus légers. Les participants ont mentionné des disputes avec des amis, des préoccupations vagues face à la vie ou, encore, exprimaient des craintes face à ce qui pourrait survenir s'ils ne prenaient pas le médicament : « *si j'en prends pas je vois noir, je trouve des défauts à mes belles-filles* », « *j'aimerais ça changer de table lors des repas car je n'aime pas la femme avec qui je suis jumelée* ». Ainsi ils rapportent une multitude d'événements sociaux quotidiens qui augmentent leur nervosité.

Nous avons relevé, également, une nouvelle façon de gérer sa consommation pour faire face aux stressseurs psychosociaux. En effet, certains aînés consomment de façon prophylactique leurs médicaments psychotropes. Les participants soulignent que le psychotrope leur permet d'affronter des funérailles, une visite médicale et des difficultés familiales ou amicales. Ils estiment pouvoir prévenir l'impact de ces stressseurs psychosociaux sur leur état psychologique : « *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...* », « *...si j'ai une partie de bingo, je vais prendre une demie Ativan avant d'y aller, car vous savez, il y a beaucoup de bruit dans la salle...* ». Ainsi, craignant un événement anxiogène non encore présent, ils vont consommer un psychotrope pour mieux l'affronter s'il survient.

#### *La santé mentale : absente du discours des aînés ?*

Les aînés rapportent qu'au début de la consommation, ils vivaient une détresse ou une dépression provoquée par les stressseurs physiques ou psychosociaux. Or, neuf ans plus tard, les participants ne font plus référence directement à la santé mentale ou à la dépression ou aux troubles anxieux pour expliquer l'usage continu des médicaments psychotropes. Lorsque la santé mentale apparaît dans le discours des aînés interviewés, elle s'exprime sous le vocable de nervosité. Cette dernière, avec l'insomnie, représentent les symptômes apparaissant en raison des « stressseurs multiples » 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 nervosité afin de bien dormir. Ainsi, plusieurs causes deviennent des raisons légitimes pour consommer des médicaments psychotropes. Dans le discours des participants, ce phénomène se présente comme suit : « *je suis tombée toute seule, mon mari était parti, les enfants étaient partis, j'avais une grande maison, j'étais nerveuse, pis j'avais peur la nuit* [et c'est pour toutes ces raisons que j'ai besoin du psychotrope] ».

#### *La dépendance*

Plusieurs participants reconnaissent être dépendants et ceci constitue une raison de l'usage continu des médicaments psychotropes : « *c'est une béquille* » ou « *je prends ça pour avoir la paix le soir, 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* ». L'analyse plus poussée des discours des participants permet de mettre en relief une forme plus subtile de dépendance. En effet, le thème de la « réserve » révèle que des participants désirent garder des médicaments psychotropes dans leur pharmacie personnelle; c'est une sécurité de maintenir une provision : « *...j'arrêteraï pis c'est tout, mais je garderaï celles qui me restent, au cas où...* ».

#### *L'âgisme*

L'âgisme représenterait une raison importante du maintien de la consommation dans le temps. 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, croyant 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 ?* » ou « *...si je veux être honnête avec vous, je me disais pourquoi je me priverais moi* ».

*d'un petit quart de 2,5 mg, à mon âge, je peux pas devenir complètement dépendante de ça..., [plus tard dans l'entrevue],...je voudrais pas que mon fils qui a 50 ans commence à prendre de ça... ».*

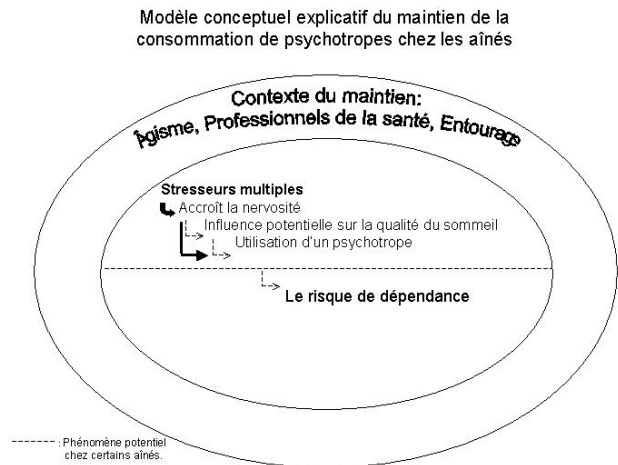
**Le renouvellement de la prescription**

Lors du renouvellement de la prescription, un autre contexte semble prévaloir. D'un côté, on constate que généralement, le médecin peut prescrire, selon les propos des aînés, sans réévaluation : «[depuis trois ans vous les voyez tous les trois mois, vous n'avez jamais parlé de vos Ativan]...non, elle doit savoir que j'en ai besoin, je suppose...,...j'ai rien qu'à faire remplir la prescription, c'est arrangé de même...». Cela ferait partie de la routine de la visite médicale. Toutefois, les aînés apparaissent plus actifs si le médecin veut modifier la prescription. Ils vont argumenter avec celui-ci pour qu'il re-prescrive le psychotrope. À l'extrême, ils vont changer de médecin pour se faire re-prescrire le psychotrope. Par exemple, « le Dr untel, il m'a dit que c'était de la drogue...,...alors je vais me les prendre ailleurs... ». En résumé, le médecin, lors de la première émission, est le seul possédant des connaissances sur le psychotrope. Cela le positionne en tant qu'expert et l'ainé en tant que novice. Or, lors du renouvellement de la prescription, l'expérience de l'ainé, en tant que consommateur, lui procure une connaissance pratique suffisante pour qu'il puisse s'imposer davantage dans la négociation de la prescription si le médecin refuse de renouveler le médicament psychotrope.

En ce qui a trait aux infirmières, les participants ignorent ce qu'elles peuvent faire pour eux en rapport avec leur usage de médicaments. Les participants ayant préservé une vision traditionnelle de la hiérarchie régissant les professionnels de la santé, ils n'ont pas recours aux infirmières, considérant qu'elles jouent un rôle secondaire dans la situation. Ces perceptions sont enrichies par les conseils de certaines infirmières. Selon les propos des aînés, certaines infirmières se désresponsabilisent de la situation : «...Les infirmières, tu leur demandes des affaires, pis elles te disent : on va attendre votre rendez-vous médical, j'aimerais bien mieux qu'elles me donnent des conseils...» ou encore « ...vous ne devriez pas vous inquiéter avec ces pilules, ce sont les moins fortes... ». Les infirmières sont parfois victimes des traditions : «...si j'ai des préoccupations envers mes pilules, l'infirmière va me dire : tu es mieux de prendre tes médicaments...» ou « elles [infirmières] me conseilleront d'aller voir le docteur... ». Les participants ne consultent donc pas les infirmières car elles oeuvrent dans l'ombre de la profession médicale et les aînés ne croient pas qu'elles pourraient obtenir un service autonome de ces professionnelles. Qui plus est, de par leurs

conseils, des infirmières vont appuyer ce mythe. La figure 2 présente les liens entre les différents thèmes soulevés par les participants pour expliquer leur maintien de la consommation de psychotropes.

Figure 2



En somme, le maintien de la consommation s'inscrit dans un contexte où l'âgisme est présent chez l'ainé, le médecin et l'infirmière, parce qu'il n'apparaît pas y avoir de remise en question de la consommation. Les raisons conduisant la personne âgée à continuer de consommer sont multiples. Ces stresseurs peuvent être des tracas de la vie quotidienne; une visite médicale, des changements dans l'état de santé, la situation financière des enfants... Ces différents stresseurs agiront, cette fois-ci, non pas sur la santé mentale, mais directement sur des symptômes de nervosité favorisant l'insomnie chez certaines personnes âgées. Le fait de vivre cette nervosité incite l'ainé à recourir de façon continue aux médicaments psychotropes. Chez certains individus, le maintien de la consommation sur une longue période entraîne une dépendance à la molécule psychoactive, la dépendance devenant à son tour une raison de l'usage à long terme. Lors du renouvellement de la prescription, il est probable que l'ainé joue un rôle plus hardi pour conserver son ordonnance de médicaments psychotropes. Les propos des participants démontrent que la visite médicale ne donne pas lieu à une modification de la consommation, expliquant ainsi le retrait du recours aux services médicaux de ce modèle. Le tableau 2 résume les deux modèles explicatifs de la consommation de psychotropes.

Tableau 2  
Résumé des modèles.

	Modèle de l'amorce de la consommation	Modèle du maintien de la consommation
Causes de la consommation	Stresseurs physiques et psychosociaux	Stresseurs multiples
Symptômes	Santé mentale et sommeil	Nervosité, sommeil, dépendance
Rôle du médecin	Proactif; offre le psychotrope	Passif, généralement ne discute pas du médicament psychotrope
Rôle de l'aîné	Passif, évoque ses symptômes	Proactif, s'assure du maintien de la prescription
Âgisme chez le médecin et l'infirmière	Médecin n'offre pas d'alternative aux médicaments psychotropes	Médecin ne remet pas en question la prescription et infirmière évite de s'impliquer auprès de l'aîné en rapport avec les médicaments
Âgisme chez l'aîné	-	Ne remet pas en question la consommation en raison de son âge

## Discussion

Cette étude avait pour objectif de décrire les facteurs liés à la consommation de médicaments psychotropes chez les aînés en maison de retraite. Un résultat important de cette étude se rapporte à la démonstration que les facteurs associés à l'amorce de la consommation de médicaments psychotropes sont différents de ceux liés au maintien de la consommation. La majorité des études, jusqu'à maintenant, n'avait pas tenu compte de la durée de consommation comme étant une variable pouvant confondre les résultats (Chen, Dewey, Avery et al., 2001; Colvez, Carrière, Castex, & Favier, 2002; Fourrier, Letenneur, Dartigues, Moore, & Bégaud, 2001; Gleason, Schultz, Smith, Newsom, et al., 1998; Kirby, Denihan, Bruce et al., 1999; Jorm, Grayson, Creasey et al., 2000; Ouellet & Beaulieu, 2003). Les propos des aînés indiquent clairement que les facteurs ayant mené à l'amorce de la consommation sont différents de ceux justifiant un usage à long terme. Une étude récente (n=3012) vient appuyer le discours des aînés de la présente recherche (Voyer, McCubbin, Prévile, & Boyer, 2003). Les résultats de cette étude montrent, par exemple, que la détresse psychologique et les visites médicales sont associées à la consommation de médicaments psychotropes chez les aînés qui en font usage depuis trois mois et moins. En revanche, ces mêmes variables ne sont pas associées à l'usage de médicaments psychotropes chez les aînés qui en font usage depuis plus de 11 mois. Il appert donc que les études ultérieures sur le phénomène devraient tenir compte de cette variable confondante.

### L'âgisme

L'âgisme représente un facteur nouvellement étudié dans le phénomène de la consommation de médicaments psychotropes (Pérodeau, Voyer, Paradis et al., 2003). Ce facteur semble favoriser le

maintien de la consommation chez l'aîné. Les aînés considèrent communément que les effets néfastes de l'usage à long terme de psychotropes ne les feront pas souffrir puisque leur décès précédera l'arrivée de ceux-ci, alors ils favorisent la poursuite de la consommation. Or, les études ont clairement démontré les grands avantages, pour les aînés de réduire ou arrêter la consommation de médicaments psychotropes, particulièrement les benzodiazépines, si les bénéfices thérapeutiques ne sont plus apparents (Campbell, Robertson, Gardner et al., 1999; Hanlon, Horner, Schmader et al., 1998). Il appert, selon nos résultats, que les aînés ne connaissent pas les dangers réels qui s'adjoignent à l'usage des médicaments psychotropes. Des campagnes d'information s'avèrent essentielles pour corriger ces fausses conceptions. Les infirmières peuvent sans contredit remplir ce mandat.

### *Le psychotrope, le remède à tous les maux*

Les propos des participants font état d'une multitude de stresseurs favorisant l'apparition de la nervosité et rendant légitime le recours aux médicaments psychotropes. Ancri et al. (2002) corroborent nos résultats et suggèrent également que ces microstresseurs, ces tracasseries, souvent répétitifs, créent de la nervosité menant à la prise de médicaments psychotropes. Des chercheurs suggèrent que les consommateurs de longue date de médicaments psychotropes sur-réagiraient aux stresseurs (Ancri et al., 2002; Gagné & Morin, 2000; Pérodeau & Galbaud du Fort, 2000; Pérodeau, Jomphe Hill, Hay-Paquin & Amyot, 1996), ce qui les amènerait possiblement, à amplifier les événements qu'ils vivent et, ainsi à ressentir davantage le besoin des médicaments psychotropes. Ces résultats permettent d'émettre l'hypothèse que l'enseignement des principes de résolution de problème et le recadrage soient des interventions psychologiques

propices à aider le consommateur de longue date à composer avec les événements stressants de la vie quotidienne et à réduire son sentiment de besoin envers ces médicaments. D'autres études s'avèrent nécessaires pour supporter cette hypothèse.

#### *La dépendance, un phénomène préoccupant*

Il était inévitable de retrouver une portion de participants qui apparaissent dépendants de leurs médicaments psychotropes, car l'usage de cette molécule dure en moyenne depuis 9 ans, ce qui laisse amplement de temps pour créer une dépendance (Miller & Mahler, 1991; Rickels, Schweizer, Case & Greenblatt, 1990; Taylor et al., 1998; Woods & Winger, 1995). À cet égard, Gabe et Thorogood (1986) rapportent que 27 à 45 % des utilisateurs de médicaments psychotropes vivent une dépendance envers ceux-ci. Par ailleurs, des adultes désirant arrêter l'usage de médicaments psychotropes évoquent, dans une proportion de 50 %, la dépendance comme obstacle à l'arrêt (Ettore et al., 1994). À plusieurs reprises, le discours des participants fait référence à la dépendance aux médicaments psychotropes. Cette dernière se manifeste de plusieurs façons dans le discours et notamment par le besoin de conserver une réserve de médicaments psychotropes.

La dépendance constitue un phénomène tangible et des solutions doivent être recherchées. Chez l'aîné qui a développé une dépendance envers un psychotrope et dont les effets thérapeutiques du psychotrope sont inexistantes, il serait souhaitable que les infirmières effectuent la promotion de l'arrêt de la consommation par la mise en place d'un programme interdisciplinaire de sevrage des médicaments psychotropes (Tabloski, Cooke, et Thoman, 1998; Voyer et al., 2001). En effet, un sevrage complet, en plus de faire disparaître les risques associés à la consommation (dépendance, effets secondaires, interactions médicamenteuses), augmente l'autonomie fonctionnelle (Habraken et al., 1997), réduit de 66% la fréquence des chutes (Campbell et al., 1999) et, enfin, améliore les performances cognitives (Salzman et al., 1992).

#### *L'infirmière, une professionnelle méconnue?*

Les infirmières sont au centre de la préparation et de la distribution des médicaments, de même qu'elles ont la responsabilité du monitoring des effets thérapeutiques et des effets secondaires des médicaments dans tous les hôpitaux, depuis des décennies. Ainsi, on anticipait que les aînés reconnaîtraient en ces professionnelles une source d'aide et d'information privilégiée. Or, les aînés de cette étude n'ont exprimé que très peu d'attentes envers les infirmières. En général, ils ne croient pas que les infirmières puissent leur donner des conseils en rapport avec les médicaments. Ils jugent inutile de les consulter car, estiment-ils, elles les dirigeront vers

le médecin. Ainsi, ils préfèrent consulter directement les médecins. Ce résultat est très préoccupant et confirme la difficulté des infirmières à endosser leur rôle autonome. Pourtant, les infirmières ont démontré à plusieurs reprises leur capacité à intervenir de façon indépendante en regard des médicaments, que ce soit par la promotion d'un usage rationnel des médicaments ou par la mise en place d'un programme de sevrage des médicaments psychotropes (Conn, Taylor, & Miller, 1994; Harper, 1984; Vermette, 1996; Voyer, Richard, & Dupont, 2001). Une étude suédoise a démontré qu'un ratio infirmière / patients adéquat était le facteur le plus associé à une prescription rationnelle de médicaments psychotropes aux personnes âgées (Schmidt, Claesson, Westerholm, & Svarstad, 1998).

En somme, il est crucial que les infirmières s'impliquent davantage dans le phénomène de la consommation de médicaments psychotropes chez l'aîné. Il est indéniable que leur contribution ne peut que concourir à une utilisation plus rationnelle des médicaments. De plus, nos résultats montrent que la nervosité et l'insomnie sont les symptômes évoqués par les participants pour justifier le recours continu aux médicaments psychotropes. Or, pour chacun de ces symptômes, les infirmières possèdent l'expertise pour intervenir et apporter un soulagement à l'aîné. Que ce soit par la relation d'aide individuelle ou en groupe, par des thérapies cognitives ou behavioristes ou, encore, par des activités récréatives, les infirmières peuvent contrer ces symptômes chez l'aîné (Voyer et Martin, 2003).

#### *Le médecin, un professionnel désengagé?*

Les participants rapportent que les médecins n'offrent pas d'alternative aux médicaments psychotropes pour soigner leurs symptômes psychologiques, de même que le renouvellement de la prescription se réalise généralement sans réévaluation de la pertinence du médicament psychotrope pour la situation de l'aîné. Il est, en effet, reconnu que les médecins offrent rarement d'autres solutions que le psychotrope aux problèmes de santé mentale des aînés (Damestoy et al., 1999; Solomon, 1996; Straand & Rokstad, 1997) et que la pertinence de prescrire le psychotrope ne fait généralement pas suite à une évaluation en profondeur (Ankri et al., 2002; Collin et al., 1999; Sleath et al., 1997). Murrey et al. (1982) qualifient ce phénomène de « traité de paix » entre les parties où le médecin évite de discuter des médicaments 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 reconductions d'ordonnances médicales se réalisent sans qu'il y ait contact entre la personne et le médecin (Straand, Rokstad, 1997; Van der Waals, Morhs, & Foets, 1993), la prescription se réalisant



par un intermédiaire (famille, secrétaire du cabinet médical, pharmacien, etc).

Le fait que l'aîné soit abandonné dans la gestion d'une molécule présentant un potentiel d'addiction est éthiquement préoccupant. L'infirmière en maison de retraite a la possibilité de contribuer au mieux-être de l'aîné en favorisant la conscientisation des consommateurs à l'égard des médicaments psychotropes (Vermette, 1996; Voyer, 1999)

#### Limites de l'étude

Les résultats descriptifs présentés dans cet article proviennent d'un échantillon homogène, c'est-à-dire d'aînés francophones vivant dans une seule ville. Les modèles proposés doivent donc être interprétés en tenant compte de cette limite. D'autres études seront nécessaires pour évaluer le degré de correspondance entre la réalité des aînés de cette étude et celle d'autres milieux. Une deuxième limite de l'étude concerne la possibilité que des éléments pertinents au phénomène n'aient pas été dévoilés par les participants en raison de la stigmatisation des médicaments psychotropes. Ainsi, il est possible que certains aînés aient minimisé leur dépendance aux médicaments psychotropes afin de préserver une meilleure image de soi. Les médicaments psychotropes sont sujets à déni et pour cette raison (Benkert, Graf-Morgenstern, Hillert, Sandmann, Ehmgig et al., 1997), on peut estimer qu'une partie de la réalité des consommateurs âgés reste encore à être élucidée. Troisièmement, les causes énoncées par les participants concernant l'amorce de l'usage de médicament psychotrope repose sur le souvenir des événements. Or, il n'est pas impossible que l'aîné ait commis des erreurs dans son rappel des événements.

#### Conclusion

Cette recherche visait à identifier les raisons expliquant l'usage des médicaments psychotropes par les aînés. La parole a été donnée aux consommateurs, permettant ainsi de mettre en évidence la complexité du phénomène. En plus de la nervosité et de l'insomnie, les consommateurs nous ont appris que des attitudes âgistes et la dépendance jouent aussi un rôle dans la consommation à long terme de ces médicaments.

Tel que prévu, les propos des aînés ont été instructifs et peuvent appuyer l'élaboration de différentes interventions infirmières visant un usage rationnel des médicaments psychotropes. En effet, il y a lieu d'encourager le développement de programmes de conscientisation tenant compte des perceptions émises par les participants de la présente recherche. Dans ce sens, il est crucial d'aborder dans ces programmes les attitudes âgistes de certains aînés concernant leur immunité face aux

conséquences néfastes des médicaments psychotropes en raison de leur âge. Enfin, les résultats concernant la dépendance des aînés aux médicaments psychotropes constituent une preuve de plus qui s'ajoute aux autres études démontrant le potentiel important de ces molécules pour la dépendance.

#### Références

- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G. & Langlois, S.P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 193-204.
- Ankri, J., Collin, J., Pérodeau, G. & Beaufile, B. (2002). Médicaments psychotropes et sujets âgés : une problématique commune France-Québec ? (synthèse de la littérature). *Sciences Sociales et Santé*, 20(1), 24-34.
- Aparasu, R.R.; Mort, J.R. & Sitzman, S. (1998). Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. *Clinical Therapy*, 20(3), 603-616.
- Baker, R., Shaw, E.J. (2001). *Audit protocol: Benzodiazepine prescribing in Primary Care*. CT17. Leicester: Clinical Governance Research & Development Unit, Department of General Practice & Primary Health Care, University of Leicester. ISBN 1899309330
- Benkert, O., Graf-Morgenstern, M., Hillert, A., Sandmann, J., Ehmgig, S.C., Weissbecker, H., Keplinger, H.M. & Sobota, K. (1997). Public opinion on psychotropic drugs: An analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185(3), 151-8.
- Blazer, D., Hybels, C., Simonsick, E. & Hanlon, J.T. (2000). Sedative, Hypnotic, and Antianxiety Medication Use in an Aging Cohort over Ten Years: A Racial Comparison. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1073-1079.
- Campbell, A.J., Robertson, M.C., Gardner, M.M., Norton, R.N. & Bushner, D.M. (1999). Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 47, 850-853.
- Chen, Y.-F., Dewey, M.E., Avery, A.J., and the Analysis Group of the MRCCFA Study. (2001). Self-reported medication use for older people in England and Wales. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 129-140.
- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J. & Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health*, 5(4), 461-489.
- 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.
- Colvez, A., Carrière, I., Castex, A. & Favier, F. (2002). Recherche d'une typologie des

- consommations médicamenteuses des personnes âgées vivant à domicile. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 50, 121-133.
- Conn, V., Taylor, S., & Miller, R. (1994). Cognitive impairment and medication adherence. *Journal of Gerontological Nursing*, 20, 41-47.
- Conseil consultatif de pharmacologie (1992). *Rapport d'étude sur le remboursement des benzodiazépines dans le cadre du programme de médicaments*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Cooper, J.W. (1994). Drug-related problems in the elderly patient. *Generations – Journal of the American Society on Aging*, 28(2), 19-27.
- Cooperstock, R. (1971). Sex differences in the use of mood modifying drugs: an explanatory model. *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 228-244.
- CPS (1998). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 33e édition. Ottawa: Association pharmaceutique canadienne.
- Damestoy, N., Collin, J. & Lalande, R. (1999). Prescribing psychotropic medication for elderly patients: Some physicians' perspectives. *Canadian Medical Association Journal*, 161(2), 143-145.
- Statistiques Canada (1994). Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAAD) (1994). Ottawa: Statistiques Canada.
- Ettore, E., Klaukka, T. & Riska, E. (1994). Psychotropic drugs: Long-term use, dependency and gender factor. *Social Science and Medicine*, 39, 1667-1673.
- Fernandez, L., Cassagne-Pinel, C. (2001). Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'encéphale*, XXVII, 459-74.
- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Moore, N., & Bégaud, B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population: Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57, 419-425.
- Fortin, M.-F., Grenier, R. & Nadeau, M. (1996). Méthodes de collecte des données (p. 237-263). Dans M.-F. Fortin (ed), *Le processus de la recherche. De la conception à la réalisation*. Montréal: Décarie éditeur.
- 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*, 34, 737-772.
- Gagné, A.M., & Morin, C.M. (2000). Effets des benzodiazépines sur la performance cognitive et psychomotrice des personnes âgées souffrant d'insomnie. *La revue canadienne du vieillissement*, 19(4), 479-493.
- 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 elders. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 243-250.
- Graham, K. & Vidal-Zeballos, D. (1998). Analyses of use of tranquilizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985-1991): The relationship with gender, age and use of other substances. *Social Science and Medicine*, 46: 381-395.
- 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(2), 238-254.
- 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.
- Habraken, H., Soenen, K., Blondeel, L., Van Elsen, J., Bourda, J., Coppens, E. & Willeput, M. (1997). Gradual withdrawal from benzodiazepines in residents of homes for the elderly: experience and suggestions for future research. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 51, 355-358.
- Harper, D. (1984). Application of Orem's theoretical constructs to self-care medication behaviors in the elderly. *Advances in Nursing Sciences*, 6(3), 29-46.
- Holbrook, A.M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C. & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162(2), 225-233.
- Jorm, A.F., Grayson, D., Creasey, H., Waite, L., & Broe, G.A. (2000). Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24, 7-10.
- Kirby, M., Denihan, A., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D. & Lawlor B.A. (1999). Benzodiazepine use among the elderly in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 280-284.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques* (2<sup>e</sup> édition). Montréal: Éditions Nouvelles.
- 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.
- Murray, J., Williams, P. & Clare, A. (1982). Health and social characteristics of long-term psychotropic drug takers. *Social Science and Medicine*, 16, 1595-1598.
- Ouellet, N., Beaulieu, M. (2003). Les facteurs psychosociaux associés à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 74, 38-46.
- 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

- vieillesse normale : 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.
- Pérodeau, G., Voyer, P., Paradis, I., Collin, J., Lauzon, S. & Ducharme, F. (2003). Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias. *Vie et Vieillesse*, 2 (3), 37-44.
- Rickels, K., Schweizer, E., Case, G. & Greenblatt, D.J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines: Effects of abrupt discontinuation. *Archives in General Psychiatry*, 47, 899-907.
- Salzman, C., Fisher, J., Nobel, K., Glassman, R., Wolfson, A. & Kelley, M. (1992). Cognitive improvement following benzodiazepine discontinuation in elderly nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 89-93.
- 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.
- Simonson, W. (1984). *Medications & the Elderly. A Guide for Promoting Proper Use*. Maryland : Aspen Publication.
- 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.
- Solomon, R. (1996). Coping with stress : A physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics*, 51(7), 46-52.
- 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.
- Stewart, R.B. (1994). Benzodiazepine use in an ambulatory elderly population: a 14-year overview. *Clinical Therapeutics*, 16(1), 118-124.
- 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.
- 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., Rynnanen, 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(11), 1801-1809.
- 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.
- 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.
- 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.
- Voyer, P. (1999). Les pilules sont ma responsabilité. *L'Infirmière Canadienne*, 95(7), 37-42.
- Voyer, P., Richard, L. & Dupont, L. (2001). Un programme de sevrage personnalisé chez les aînés, changer une habitude pour gagner en latitude. *L'Infirmière Canadienne*, 2, 10-15.
- Voyer, P. (2002). La personne âgée (pp: 636-676). Dans Brûlé, M., Cloutier, L., Doyon, O. (éd), *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Montréal: ERPI.
- Voyer, P. & Martin, L.S. (2003). Improving Geriatric Mental Health Nursing Care: Making a Case for Going Beyond Psychotropic Medications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 11-21
- Voyer, P., McCubbin, M., Préville, M., & Boyer, R. (2003). Factors in Duration of Anxiolytic, Sedative, and Hypnotic Drug Use in the Elderly. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 126 – 149.
- Woods, J.H. & Winger, G. (1995). Current benzodiazepine issues. *Psychopharmacology*, 118, 107-115.