

**Université du Québec en Outaouais**

**Titre de l'essai : Les effets de l'âgisme sur le sentiment d'impuissance lié à la consommation  
et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Karine CÔTÉ

Mai 2018

## **Composition du jury**

**Titre de l'essai : Les effets de l'âgisme sur le sentiment d'impuissance lié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins**

Par  
Karine Côté

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Guilhème Pérodeau, Ph.D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Isabelle Green-Demers, Ph.D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Hélène Forget, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Marie Beaulieu, Ph.D., examinatrice externe, École de travail social, Université de Sherbrooke.

## REMERCIEMENTS

Il m'importe de remercier chaleureusement Dr. Guilhème Pérodeau pour son soutien constant, tant au niveau académique que personnel. Ses nombreux encouragements et sa sincère préoccupation pour mon développement comme chercheuse et psychologue clinicienne m'ont permis de progresser avec confiance tout au long de mon parcours aux études doctorales.

Je souhaite aussi remercier les membres de mon jury qui, par leurs précieux commentaires et suggestions, ont contribué à la complétion de mon essai doctoral.

Je suis également reconnaissante envers Dr. Martin Lauzier et Dr. Guy Beauchamp pour leur mentorat et les expériences professionnelles qu'ils m'ont offerts lors de mes études doctorales.

J'aimerais aussi remercier mon collègue Adam pour son soutien dans le processus de codification des données. Son travail rigoureux et son énergie positive ont facilité la complétion des analyses pour mon essai.

Il m'importe de souligner ma reconnaissance envers tous les doctorants de ma cohorte, et plus particulièrement Véronique, Dominique et Sébastien, des personnes avec lesquelles j'ai eu la chance de développer des liens précieux et de partager cette étape importante. Leur compréhension et leur soutien m'ont continuellement aidée à persévérer.

Enfin, je suis infiniment reconnaissante envers mes parents, Yves et Hélène, mon conjoint Nicholas, et mes amies pour m'avoir guidée et soutenue émotionnellement tout au long de mon parcours au programme de doctorat. Je tiens à les remercier pour avoir toujours cru en moi, ainsi que pour avoir toujours été présents pour célébrer les réussites et me soutenir lors des moments plus difficiles. La complétion de ce présent projet n'aurait certainement pas été possible sans la contribution de mes proches.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	
2.1. Benzodiazépines.....	14
2.1.1. Consommateurs âgés.....	15
2.1.2. Effets iatrogènes.....	16
2.1.3. Recommandations cliniques.....	18
2.1.4. Benzodiazépines et représentations du vieillissement.....	19
2.2. Âgisme.....	21
2.2.1. Formes et composantes de l'âgisme.....	22
2.2.2. Présence de l'âgisme dans l'environnement social.....	25
2.2.3. Effets de l'âgisme.....	29
2.2.3.1. Personnes âgées.....	29
2.2.3.2. Médecins.....	32
2.2.3.3. Interactions entre personnes âgées et médecins.....	34
2.3. Empowerment.....	35
2.3.1. Personnes âgées.....	37
2.3.2. Médecins.....	39
2.3.3. Interactions entre personnes âgées et médecins.....	41
2.4. Objectifs de recherche.....	42
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	
3.1. Échantillon.....	45
3.1.1. Consommateurs âgés.....	45
3.1.2. Médecins.....	46
3.2. Instruments.....	47
3.3. Analyse des données.....	48
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS	
4.1. Modèle descriptif : consommateurs.....	52
4.1.1. Facteurs individuels.....	53
4.1.1.1. Âge.....	54
4.1.1.2. Symptômes.....	56
4.1.1.3. Expériences de vie.....	56
4.1.2. Environnement social.....	57
4.1.2.1. Médias.....	58
4.1.2.2. Familles et amis.....	59
4.1.2.3. Professionnels de la santé.....	62

4.1.3. Attitudes.....	64
4.1.3.1. Vieillesse.....	65
4.1.3.2. Mdicament.....	67
4.1.3.3. Consommation.....	69
4.1.4. Stratgies d'adaptation.....	71
4.1.4.1. Contrle de la consommation.....	71
4.1.4.2. Recherche d'informations.....	74
4.1.4.3. Justifications cognitives.....	75
4.1.4.4. Autonomie devant le mdecin.....	78
4.2. Modle descriptif : mdecins.....	81
4.2.1. Facteurs individuels.....	82
4.2.1.1. Clientle.....	83
4.2.1.2. Formation.....	84
4.2.2. Environnement social.....	85
4.2.2.1. Contexte du systme de la sant.....	85
4.2.2.2. Autres professionnels de la sant.....	87
4.2.2.3. Compagnies pharmaceutiques et march noir.....	88
4.2.2.4. Patients et leurs proches aidants.....	89
4.2.3. Attitudes.....	91
4.2.3.1. Vieillesse.....	91
4.2.3.2. Mdicament.....	92
4.2.3.3. Prescription.....	94
4.2.4. Stratgies d'adaptation.....	96
4.2.4.1. Contrle de la prescription.....	96
4.2.4.2. Recherche d'informations.....	98
4.2.4.3. Justifications cognitives.....	99
4.2.4.4. Interactions avec les patients.....	100

## CHAPITRE V

### DISCUSSION

5.1. Interprtations des rsultats.....	107
5.1.1. Premier objectif.....	107
5.1.2. Deuxime objectif.....	112
5.1.1. Troisieme objectif.....	116
5.1.2. Quatrieme objectif.....	121
5.2. Implications cliniques et pistes de recherches futures.....	127
5.3. Limites de l'tude.....	136

## CHAPITRE VI

CONCLUSION.....	139
-----------------	-----

## ANNEXE A

MTHODOLOGIE : tUDE INITIALE.....	143
----------------------------------	-----

## ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE DE L'tUDE INITIALE : CONSOMMATEURS.....	147
---	-----

ANNEXE C	
GRILLE D'ENTREVUE DE L'ÉTUDE INITIALE : MÉDECINS .....	150
ANNEXE D	
GRILLE DE CODIFICATION DE CETTE ÉTUDE : CONSOMMATEURS .....	152
ANNEXE E	
GRILLE DE CODIFICATION DE CETTE ÉTUDE : MÉDECINS .....	157
RÉFÉRENCES.....	163

## RÉSUMÉ

L'âgisme est une discrimination basée sur l'âge chronologique, et plus spécifiquement une manière de stéréotyper de manière explicite et implicite les personnes du troisième âge. Renforcées par l'environnement social, les représentations négatives du vieillissement sont intériorisées par les adultes avançant en âge, contribuant ainsi à leurs problèmes de santé et diminuant leur sentiment d'empowerment. Dans l'effort de gérer les changements associés au vieillissement, certaines personnes âgées consomment davantage de médicaments. La consommation de benzodiazépines est particulièrement problématique puisqu'elle est souvent caractérisée par un usage à long terme, ce qui est en contradiction avec les recommandations scientifiques, particulièrement en lien avec les adultes âgés. Les professionnels de la santé, qui peuvent également endosser ces stéréotypes âgistes, estiment ne pas avoir les ressources adéquates (p. ex. : temps, formation et connaissances) pour adresser cette problématique. L'objectif principal de cette recherche est d'étudier comment l'âgisme influence le sentiment d'impuissance relié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins. Pour ce faire, nous étudierons : (a) l'influence de l'environnement social sur la représentation du vieillissement; (b) le lien entre l'auto-âgisme et la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées; (c) le lien entre les attitudes âgistes des médecins et leurs comportements de prescription de benzodiazépines auprès des personnes âgées; et (d) le lien entre l'âgisme et le sentiment d'empowerment chez les consommateurs âgés et les médecins. Cette étude emploie une méthodologie qualitative et présente une analyse secondaire des données recueillies par Pérodeau et ses collaborateurs (2008). Les données recueillies lors d'entrevues semi-structurées auprès de 25 consommateurs âgés de 50 ans et plus et de 9 médecins sont analysées à l'aide d'une analyse thématique. Cette approche permet de soulever les thèmes émergents du processus d'analyse, lesquels sont présentés sous forme de modèles descriptifs pour chaque groupe de participants. Ces modèles présentent les éléments qui influencent le sentiment d'empowerment des consommateurs âgés et des médecins, incluant les facteurs individuels, l'environnement social, les attitudes, et les stratégies d'adaptation. Ce projet sert à définir de nouvelles pistes en intervention clinique, notamment en ce qui concerne la sensibilisation des adultes d'âge mûr et des médecins aux impacts des stéréotypes âgistes. Plus spécifiquement, des interventions pour favoriser le sentiment d'empowerment de ces deux groupes sont proposées, et ce, dans le but d'avoir un impact positif sur la problématique de la consommation et de prescription de benzodiazépines chez les aînés.

Mots-clés : âgisme, benzodiazépines, psychotropes, empowerment, environnement social, adultes d'âge mûr, personnes âgées, médecins, professionnels de la santé

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Modèle descriptif présentant les éléments qui influencent le niveau d'empowerment du consommateur âgé.</i> .....	53
Figure 2. <i>Modèle descriptif présentant les éléments qui influencent le niveau d'empowerment du médecin.</i> .....	82

Chapitre I  
INTRODUCTION

La mutation démographique de notre société mène à une croissance constante du nombre de personnes âgées (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 2013). La cohorte représentant les individus âgés de 65 ans et plus est celle qui connaît le plus fort accroissement à l'échelle mondiale, incluant le Canada (Vézina et al., 2013). En fait, entre les années 1971 et 2010, la proportion des aînés est passée de 8 à 14% au sein de la population canadienne (Statistique Canada, 2011). Les études statistiques projettent qu'en 2036, les séniors représenteront entre 23 et 25% de l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2011). Les rapports prévoient un schéma similaire au sein de l'ensemble des provinces et territoires canadiens. En 2009, le Québec se situait au 4<sup>e</sup> rang avec un pourcentage de 15% de personnes âgées au sein de sa population (Statistique Canada, 2011).

Le vieillissement de la population est donc un phénomène durable qui suscite plusieurs préoccupations (Nelson, 2009; Wong, Ryan, & Liu, 2011). Il occasionnera des changements dans plusieurs domaines sociétaux, et plus particulièrement au sujet des soins de santé (Revera, 2016; Shearer, Fleury, Ward, & O'Brien, 2012; World Health Organization, 2011). En fait, les problèmes de santé tendent à augmenter avec l'âge (Camirand & Fournier, 2012; Lecours, Murphy, Dubé, & Godbout, 2013; Statistique Canada, 2011). Par exemple, plus de 80% des aînés déclarent être atteints d'au moins un problème de santé chronique tel que l'arthrite, les maladies cardiovasculaires et le diabète (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Camirand & Fournier, 2012), et 20% d'entre eux sont atteints d'un trouble psychologique ou neurologique (Organisation mondiale de la santé, 2013). En fait, les troubles anxieux, la dépression et l'abus de substances toucheraient 3,8%, 7% et 1% de l'ensemble de la population âgée, respectivement (Organisation mondiale de la santé, 2013). Les aînés sont ainsi de grands utilisateurs de services de santé ainsi que, et cela de manière marquée, des médicaments.

Selon les données de l'*Institut de la statistique du Québec* (cité par Lecours et al., 2013), 86,7% des adultes âgés entre 65 et 74 ans et 93,9% des adultes âgés de plus de 75 ans ont au moins une prescription de médicaments active. Par ailleurs, un large groupe de personnes âgées est touché par la polymédication (Lecours et al., 2013; Rouleau, Proulx, O'Connor, Bélanger, & Dupuis, 2003). En fait, 88,4% des aînés consommeraient 1 médicament quotidiennement, 28% en consommeraient 2 à 3, et 49,7% en consommeraient 4 ou plus (Lecours et al., 2013). Cette utilisation de médicaments, qui augmente avec l'âge (Collin, 2001), est nocive puisqu'elle contribue au déclin des capacités physiques et cognitives des séniors (Aora, O'Neill, Crome, & Martin, 2015; Rouleau et al., 2003). Plus spécifiquement, les psychotropes, qui sont décrits comme « les médicaments de l'âme » (Cohen & Cailloux-Cohen, 1995), représentent une classe de médicaments qui attirent l'intérêt des chercheurs de par leur usage répandu, la durée de leur utilisation, ainsi que par leurs effets iatrogènes (Cohen & Cailloux-Cohen, 1995; Leibing & Collin, 2013).

Même après l'arrivée des antidépresseurs sur le marché, les benzodiazépines demeurent l'un des psychotropes les plus prescrits en Amérique du Nord, et ce, principalement pour le traitement à court terme des symptômes d'insomnie et d'anxiété chez les individus âgés (Côté, Beauchamp, Pérodeau, Séguin, & Robert, 2016; Cunningham, Hanley, & Morgan, 2010; Curran et al., 2003; Martin, Tamblyn, Ahmed, & Tannenbaum, 2013). En effet, le nombre d'adultes qui consomment ce psychotrope prescrit est inquiétant : 14% des personnes âgées de 50 à 64 ans ont une prescription de benzodiazépines (RAMQ, 2002), et 20% des personnes de 65 ans et plus en consomment (RAMQ, 2001). La proportion de consommateurs âgés est de 23 à 25,6% chez les femmes et 14,3 à 16% chez les hommes, indiquant que les femmes sont de plus grandes consommatrices que le sexe opposé (Côté et al., 2016; Fortin et al., 2007; RAMQ, 2001). De

plus, le niveau de consommation semble croître avec l'âge : 8% chez les 64 ans et moins, 16% chez les 65-74 ans, et 28% chez les 85 ans et plus (RAMQ, 2001; 2002). Ce niveau de consommation de benzodiazépines chez les aînés est problématique puisque dans plus de 69% des cas (RAMQ, 2001<sup>1</sup>), il est caractérisé par un usage à long terme, ce qui contrevient aux recommandations médicales (American Geriatrics Society, 2012).

Effectivement, l'usage chronique de benzodiazépines, généralement défini par une prise excédant une durée de 180 jours (Rouleau, Bélanger, O'Connor, & Gagnon, 2011), est nocif pour les individus puisqu'elle est associée à la dépendance, au masquage de la dépression, aux déficits cognitifs, ainsi qu'aux troubles psychomoteurs qui augmentent le risque de chutes (Advokat, Comaty, & Julien, 2014; Clément, 2010; Cunningham et al., 2010; Nordfjaern, 2013; Patten, Williams, & Love, 1996). En raison de leurs effets indésirables nocifs, les guides médicaux et cliniques recommandent la prudence dans la prescription et l'usage de benzodiazépines (Cunningham et al., 2010). De ce fait, le rapport publié par l'*American Geriatrics Society* (2012) recommande que la prescription de ces psychotropes soit évitée dans le traitement de l'insomnie et de l'anxiété en ce qui concerne les personnes âgées de 65 ans et plus. Toutefois, l'étude de Pérodeau et al. (2008) montre que même si les professionnels de la santé reconnaissent que la consommation de psychotropes chez les adultes âgés est problématique, ils se retrouvent sans ressources adéquates pour la corriger. En fait, l'engorgement des services de santé et le manque d'habiletés et de temps pour les interventions psychosociales constitueraient des facteurs contribuant à ce sentiment d'impuissance (Pérodeau, Grenon, Grenier, & O'Connor, 2016).

---

<sup>1</sup> Suite à nos efforts de recherche, nous avons observé que les données épidémiologiques québécoises les plus récentes proviennent d'enquêtes menées en 2001 et en 2002, et que ce sont ces données qui sont largement citées dans les études.

Par ailleurs, peu d'études se sont penchées sur l'influence que les attitudes et les croyances peuvent exercer sur la consommation et la prescription de psychotropes (Guindon & Pérodeau, 2002; Pérodeau et al., 2008). L'âgisme, qui est une discrimination basée sur l'âge chronologique, et plus spécifiquement sur le fonctionnement général des personnes du troisième et quatrième âge (Ayalon & Tesh-Römer, 2017), pourrait être associé à un usage accru de psychotropes (Collin, 2001). En fait, l'âgisme représente un processus systématique de « stéréotypisation » des aînés qui repose sur des attitudes négatives et des préjugés au sujet de l'avancement en âge (Masse & Meire, 2012). Cette représentation du vieillissement, renforcée par l'environnement social (Cherry, Allen, Denver, & Holland, 2015), aurait un impact néfaste non seulement sur le bien-être général des adultes vieillissants, mais aussi sur leurs relations avec les professionnels de la santé et sur leur consommation de psychotropes prescrits (Masse & Meire, 2012). Ces images négatives associées à l'avancement en âge sont fréquemment intériorisées par les personnes âgées, ce qui peut diminuer leur pouvoir d'agir (Macia, Lahman, Baali, Boëtsch, & Chapuis-Lucciani, 2009). Dans une société où la performance est valorisée, les limites fonctionnelles causées par le vieillissement doivent être contrées par une solution efficace à court terme. Cette forme d'auto-âgisme pourrait donc être associée à une prise accrue de médicaments (Collin, 2001).

En ce qui concerne les médecins, l'âgisme peut également constituer un biais dans leurs interventions (Masse & Meire, 2012; Nelson, 2009). En fait, l'étude de Pérodeau et al. (2008) montre que même si les médecins reconnaissent que l'usage de psychotropes chez les personnes âgées représente une réelle problématique, ils sont confrontés à un manque de modalités de traitements non médicaux adéquates à offrir. Cette lacune, qui est également associée au peu d'informations existantes sur le lien entre l'âgisme et l'impuissance reliée à la consommation et à

la prescription de benzodiazépines, contribue à leur sentiment d'impuissance. Toutefois, nous connaissons peu de choses sur la nature du lien entre l'âgisme et l'empowerment<sup>2</sup> relié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées.

Ainsi, l'objectif principal de cette présente étude est d'examiner la manière dont l'âgisme influence l'impuissance reliée à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes<sup>3</sup> et les médecins. Pour ce faire, notre revue de la littérature se penche spécifiquement sur (a) les benzodiazépines, incluant leurs effets iatrogènes pour les consommateurs âgés et les récentes recommandations cliniques qui guident leur prescription; (b) la présence de l'âgisme dans l'environnement social, et ses divers composantes et impacts sur les personnes âgées et les médecins; et (c) l'empowerment exprimé chez les aînés, les médecins, et au sein de l'interaction médecin-patient âgé. La section portant sur la méthodologie détaille les caractéristiques des deux groupes étudiés, soit les consommateurs âgés et les médecins, les instruments utilisés pour la cueillette des données, ainsi que le processus d'analyse des données employé. Par la suite, les résultats à cette étude sont présentés sous forme de modèles descriptifs, illustrant comment les facteurs individuels, l'environnement social, les attitudes et les stratégies d'adaptation sont interreliés et influencent le sentiment d'empowerment des consommateurs âgés et des médecins participant à cette étude. Les liens entre les diverses variables étudiées et leurs possibles impacts en termes de l'intervention clinique sont présentés dans le cadre de la discussion.

---

<sup>2</sup> Le terme *empowerment* est un néologisme emprunté de l'anglais. Comme ce terme est fréquemment attesté en français, il n'est pas présenté en italique dans ce texte.

<sup>3</sup> Nous utilisons indifféremment les termes *personnes vieillissantes* et *personnes âgées* afin d'alléger le style.

Chapitre II  
CADRE CONCEPTUEL

## 2.1. Benzodiazépines

La famille des psychotropes se définit comme un ensemble de substances qui agit directement sur le système nerveux central, l'humeur, la cognition et les comportements (Advokat et al., 2014; Voyer, Cohen, Lauzon, & Collin, 2004). Ce groupe de substances inclut les antidépresseurs, les neuroleptiques, les anticonvulsivants, les stimulants, les sédatifs et hypnotiques, ainsi que les anxiolytiques (Voyer et al., 2004). Les benzodiazépines représentent l'un des médicaments anxiolytiques et hypnotiques les plus communs (Curran et al., 2003; Leibing & Collin, 2013), et le terme « tranquillisant » est rapidement devenu un synonyme de cette substance (Advokat et al., 2014). C'est au début des années 60 que la première benzodiazépine, soit le *chlordiazépoxyde* (Librium), a été commercialisée (Lader, 2011; Rivas-Vazquez, 2003). Puisque cette nouvelle drogue était plus sécuritaire que les barbituriques, sa commercialisation a été bien accueillie par les médecins et elle a donc été prescrite à grande échelle (Frances, 2013; Rivas-Vazquez, 2003). Les benzodiazépines sont devenues particulièrement populaires chez les médecins de soins primaires, puisque leur prescription ne nécessitait aucune autre expertise particulière (Frances, 2013). Ainsi, entre 1969 et 1982, le *diazépam* (Valium) a été la drogue la plus prescrite en Amérique du Nord, avec plus de 2,3 billions de comprimés vendus (Lader, 2011). Au cours de cette période, plus de 1000 benzodiazépines ont été synthétisées et au moins trois douzaines ont été mises sur le marché (Lader, 2011; Rivas-Vazquez, 2003). Ce n'est que plusieurs années plus tard que les chercheurs ont découvert que les benzodiazépines provoquaient une forte dépendance chez leurs consommateurs, et que la combinaison de cette substance avec l'alcool et d'autres drogues pouvait avoir des impacts dangereux sur leur état de santé (Frances, 2013). Cependant, sous la pression de l'industrie pharmaceutique, la prescription et la consommation de médicaments,

comme les benzodiazépines, en sont devenues un mode de vie (Frances, 2013; Pignarre, 2006). En effet, malgré le déclin de la prescription de ce groupe de psychotropes en raison de ses effets indésirables, ce médicament demeure un outil thérapeutique couramment utilisé dans la gestion de diverses conditions, et plus particulièrement pour le traitement de l'anxiété et de l'insomnie chez les adultes âgés (Manthey et al., 2011; Rivas-Vazquez, 2003).

### *2.1.1. Consommateurs âgés*

Depuis plusieurs décennies, l'usage de médicaments chez les adultes d'âge mûr et les seniors représente une problématique d'intérêt importante<sup>4</sup>. Cette situation fait l'objet de plusieurs projets de recherche en raison de la forte prévalence de consommateurs, de l'usage chronique de médicaments, de la vulnérabilité des personnes âgées aux effets iatrogènes des substances, de la polymédication, et de la prescription inappropriée de médicaments (Advokat et al., 2014; Aora et al., 2015; Cohen & Cailloux-Cohen, 1995; Garfinkel & Mangin, 2010; Voyer et al., 2004). Les études rapportent en effet des résultats préoccupants quant à la consommation de benzodiazépines chez cette population. Cook, Biyanova, Thompson et Coyne (2007a) soulignent que même si plusieurs modalités non pharmaceutiques sont disponibles pour le traitement de l'anxiété et de l'insomnie, ces deux conditions représentent les raisons les plus rapportées pour appuyer la prescription de benzodiazépines. Malgré les efforts de conscientisation, l'usage à court et à long terme de benzodiazépines ne semble pas avoir diminué au courant des années (Cunningham et al., 2010). En fait, la majorité des personnes âgées

---

<sup>4</sup> Notre revue de la littérature nous a permis de constater que la majorité des écrits portant sur la consommation de psychotropes chez les adultes vieillissants incluent des participants de 65 ans et plus. Ainsi, peu d'écrits incluent des adultes d'âge mûr dans leur échantillon.

dépassent la durée de consommation recommandée en adoptant un patron de consommation chronique (Bartlett et al., 2004; Prévaille et al., 2011) : la durée de consommation moyenne étant de 11 ans chez les femmes et de 6 ans chez les hommes (Ettorre, Klaukka, & Riska, 1994, cité par Fortin et al., 2005).

Par ailleurs, certains facteurs de risque liés à l'usage de benzodiazépines ont été identifiés. Tel que le démontrent les données de divers rapports de recherche, l'avancement en âge est associé à une consommation accrue de psychotropes (Bartlett et al., 2004; Cunningham et al., 2010; Egan, Moride, Wolfson, & Monette, 2000; RAMQ, 2001). Les femmes âgées sont également plus à risque de consommer des benzodiazépines à long terme que les hommes (Bartlett et al., 2004; Cunningham et al., 2010; Fortin et al., 2005, 2007; Fourrier, Letenneur, Dartigues, Moore, & Bégaud, 2001; RAMQ, 2001; Stowell, Chang, Bilt, Stoehr, & Ganguli, 2008).

Ces profils de consommation chronicisée au sein de la population âgée sont d'autant plus alarmants que l'usage à long terme des benzodiazépines n'est pas sans danger, tel qu'illustré dans la section suivante.

### *2.1.2. Effets iatrogènes*

La communauté scientifique s'accorde sur le fait que les benzodiazépines sont prescrites de façon disproportionnée aux adultes âgés et que les risques qu'elles entraînent en excèdent les bénéfiques (Glass, Lanctôt, Herrmann, Sproule, & Busto, 2005; Llorente, David, Golden, & Silverman, 2000; Rouleau et al., 2011). Comme les personnes du troisième et quatrième âge sont

davantage touchées par la polymédication, elles sont plus à risque de subir les effets négatifs des médicaments (Aora et al., 2015; Garfinkel & Mangin, 2010). En raison de leur métabolisme plus lent, les personnes âgées éliminent les médicaments moins rapidement, ce qui explique le potentiel d'interaction médicamenteuse élevé chez ces dernières (Advokat et al., 2014; Leibing & Collin, 2013; Rouleau et al., 2003). Le risque d'expérimenter des symptômes secondaires associés à la consommation de benzodiazépines est donc élevé chez les aînés.

Plus particulièrement, l'usage chronique de cette substance est associé à plusieurs effets néfastes, limitant de façon notable la satisfaction des consommateurs (Advokat et al., 2014; Ferrey & Le Gouès, 2008; Fortin et al., 2005; Rouleau et al., 2011). Notamment, les benzodiazépines sont associées à la confusion, la sédation, la perte de coordination motrice, le ralentissement des mouvements psychomoteurs, l'ataxie, le risque de chutes et de fractures, la somnolence diurne, la perte de mémoire et d'attention, le risque de développer une démence, ainsi qu'à l'effet dépresseur respiratoire chez les sujets âgés (Advokat et al., 2014; American Geriatrics Society, 2012; Béland et al., 2010; Bierman et al., 2007; Egan et al., 2000; Ferrey & Le Gouès, 2008; Gallacher et al., 2012; Gray et al., 2006; Mura et al., 2013; Rivas-Vazquez, 2003).

Par ailleurs, la consommation chronique de ce type de psychotrope, généralement définie comme une durée de consommation excédant 180 jours (Rouleau et al., 2011), est connue pour créer de la dépendance, qui se manifeste par la tolérance à la substance et l'émergence de symptômes dus au sevrage (American Geriatrics Society, 2012; Rivas-Vazquez, 2003). L'usage prolongé de benzodiazépines exacerberait les symptômes d'anxiété et d'insomnie (Advokat et al., 2014; Nordfjaern, 2013; Patten et al., 1996). Les symptômes de sevrage qui lui sont associés sont aussi plus importants que dans les cas d'une consommation à court terme, et incluent les nausées,

le delirium, les hallucinations, et la dépersonnalisation (Aora et al., 2015). L'étude de Curran et al. (2003) démontre également que l'arrêt de consommation de benzodiazépines mène à des améliorations des fonctions cognitives chez les adultes âgés. Suite au sevrage, la personne observerait une amélioration de sa mémoire de travail, de sa capacité à assimiler des informations, et de son temps de réaction (Curran et al., 2003). Ceci est d'autant plus frappant que cette étude a documenté l'inefficacité des benzodiazépines dans le traitement à long terme de l'insomnie et de l'anxiété des participants âgés (Curran et al., 2003).

En bref, les études démontrent clairement que, vu l'ampleur de leurs effets indésirables, la prescription de benzodiazépines et leur usage répandu ne sont pas justifiés. De fait, comme mentionné auparavant, l'*American Geriatrics Society* (2012) en a carrément banni l'usage auprès des personnes âgées de plus de 65 ans. Des recommandations cliniques précises permettent donc de guider la pratique des professionnels de la santé et d'encadrer les modalités de traitement offertes aux adultes avançant en âge.

### *2.1.3. Recommandations cliniques*

Des guides de recommandations cliniques et de pratiques de prescription sont maintenant disponibles afin d'appuyer les médecins dans leurs pratiques de soin et d'améliorer la performance du système de santé (Aora et al., 2015; Prévile et al., 2011). Les critères de Beers (American Geriatrics Society, 2012) sont l'un des guides cliniques les plus couramment utilisés (Lund, Steinman, Chrischilles, & Kaboli, 2011). Dans ce dernier, il est mentionné qu'éviter de prescrire des médicaments potentiellement dangereux pour la santé des aînés représente une stratégie simple et efficace pour gérer les problèmes associés à leur consommation (American

Geriatrics Society, 2012). Les critères de Beers spécifient explicitement que la prescription de benzodiazépines pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation et du délirium chez les personnes âgées de plus de 65 ans est à proscrire (American Geriatrics Society, 2012). Cette substance est particulièrement contre-indiquée pour les adultes âgés qui présentent une détérioration intellectuelle, ou ceux qui sont atteints de troubles d'adaptation qui ne peuvent être traités par celle-ci, comme l'anxiété diffuse et la crainte de l'avenir (Ferrey & Le Gouès, 2008). De plus, comme les benzodiazépines sont associées à un haut niveau de toxicité dans le système des consommateurs âgés, elles sont rarement indiquées pour cette population (Rivas-Vazquez, 2003). Ainsi, les professionnels de la santé sont encouragés à explorer d'autres modalités de traitement dans la gestion des symptômes des troubles anxieux et de l'insomnie chez cette population. Néanmoins, leurs propres attitudes vis-à-vis leurs patients plus âgés, et la vieillesse en général, pourraient affecter leur ouverture à tester des alternatives au médicament, ce que la prochaine section vise à démontrer.

#### *2.1.4. Benzodiazépines et représentations du vieillissement*

Une autre façon de saisir la problématique de la prescription et de la consommation à risque de benzodiazépines chez les adultes âgés est de la définir comme un problème social plutôt que médical (Cohen, McCubbin, Collin, & Pérodeau, 2001). En fait, lorsque le médical s'étend au social, le recours au médicament devient la méthode de choix pour gérer les dysfonctionnements sociaux et la souffrance psychique qui sont considérés comme étant hors norme (Collin & Suissa, 2007). Cette médicalisation, qui se définit comme « un processus selon lequel des problèmes, jusque-là non médicaux, sont définis et traités comme tels » (Conrad, 1992, cité par Pérodeau, Gourde, & Grenon, 2009; p. 53), a comme conséquence indirecte d'imposer une

image réductrice et négative du vieillissement (Albou, 1999; Thomas, 2010). Ainsi, dans une société où l'avancement en âge est déjà associé au déclin et à la fragilité (Carbonnelle, 2010; Leibing & Collin, 2013), la pathologisation du vieillissement aurait pour conséquence d'exacerber cette stigmatisation des personnes âgées (Collin & Suissa, 2007; Thomas, 2010).

Dans la majorité des études portant sur les effets secondaires que produisent les benzodiazépines chez les adultes avançant en âge, un effet général de sédation et de ralentissement est couramment rapporté (Leibing & Collin, 2013). Ces symptômes secondaires, qui sont considérés comme étant normaux dans le cadre d'une conception négative du vieillissement (Leibing & Collin, 2013), témoignent de la médicalisation du processus d'avancement en âge. De ce fait, certaines études démontrent que les consommateurs qui se perçoivent en mauvaise santé, fragiles, ou incapables de gérer les émotions négatives sont plus à risque de consommer des benzodiazépines de façon chronique (Blazer, Hybels, Simonsick, & Hanlon, 2000; Collin, 2001; Luijendijk, Tlemeler, Hofman, Heeringa, & Stricker, 2007; Pérodeau, Lauzon, Lévesque, & Lachance, 2001). Ainsi, la croyance que le ralentissement et la fragilité causés par le vieillissement sont à contre-courant de nos standards de performance sert à renforcer la consommation de psychotropes et donc, la médicalisation de l'avancement en âge (Leibing & Collin, 2003). La consommation de benzodiazépines est donc devenue normalisée, et ce, dans un contexte où l'âgisme transforme le processus du vieillissement en processus de déclin et de limites (Pérodeau et al., 2009).

## 2.2. Âgisme

Les préjugés envers les personnes âgées ne représentent pas une forme de discrimination récente. En fait, le terme *âgisme*, qui se définit comme « un processus systématique de stéréotypisation et de discrimination à l'encontre des personnes parce qu'elles sont âgées » (Butler, 1987, cité par Masse & Meire, 2012; p. 334), est un terme qui a été introduit aux États-Unis dans les années 60 pour décrire la discrimination fondée sur l'âge (Charazac, 2011). Même si l'âgisme représente la forme de discrimination la plus répandue au Canada (Revera, 2016), les impacts des préjugés basés sur l'âge demeurent peu étudiés dans la documentation scientifique (Levy & Macdonald, 2016; North & Fiske, 2012).

D'une part, ce constat s'explique par l'idée que l'acceptation de la vieillesse n'est pas valorisée par les sociétés nord-américaines puisqu'elle implique un deuil de sa propre jeunesse et de son indépendance (Albou, 1999; Bodner, Shira, Bergman, Cohen-Fridel, & Grossman, 2015; Cherry et al., 2015). En fait, selon la *théorie de la gestion de la peur* (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986, cité par Greenberg, Schimel, & Martens, 2002), les êtres humains ont tendance à développer des croyances et des préjugés culturellement partagés pour faire sens de leur propre réalité. La peur de perdre la jeunesse et la santé due au vieillissement, qui représente un processus inévitable pour tous, serait compensée par l'adhérence à des croyances âgistes<sup>5</sup> (Greenberg et al., 2002; Kagan, 2015; Sargent-Cox, 2017).

---

<sup>5</sup> Le qualificatif *âgiste* est un néologisme emprunté de l'anglais. Comme ce terme se retrouve dans des écrits scientifiques francophones (Lagacé, Medouar, Loock, Davignon, 2011b; Masse & Meire, 2012), il n'est pas présenté en italique dans ce texte.

D'autre part, l'âgisme permet de catégoriser les individus sur la base d'une appartenance à un groupe d'âge précis en faisant fi des caractéristiques et du contexte individuels (Masse & Meire, 2012). La conception de l'avancement en âge se base sur l'homogénéité des vieillesse, excluant ainsi la diversité que l'on retrouve chez les adultes âgés (Bouisson, 2011). Par exemple, si seulement 20% des personnes âgées de 80 ans et plus sont atteints de démence, c'est un préjugé courant de considérer tous les aînés comme étant séniles (Bouisson, 2011). L'intérêt porté sur l'âgisme serait donc restreint par la peur du vieillir et par la conception limitée de la personne âgée répandue dans notre société.

### *2.2.1. Formes et composantes de l'âgisme*

L'âgisme est conceptualisé de multiples façons dans la documentation (São José & Amado, 2017; Snellman, 2016). Les attitudes âgistes peuvent être exprimées à trois niveaux distincts, soit au niveau individuel, institutionnel et sociétal (Ayalon & Tesh-Römer, 2017; Iversen, Larsen, & Solem, 2009; McGowan, 1996; Palmore, 1999, cité par Cherry et al., 2015). Sur le plan individuel, l'âgisme peut prendre la forme d'évitement de contacts avec un adulte âgé et de remarques humoristiques âgistes (Bergman & Bodner, 2015; Iversen et al., 2009). Au niveau institutionnel, l'âgisme peut s'exprimer à travers la discrimination dans le milieu professionnel, les retraites mandatées, et les soins inappropriés offerts en milieu hospitalier (Bergman & Bodner, 2015; Iversen et al., 2009). Le niveau sociétal implique, entre autres, la vision âgiste véhiculée par les médias et l'exclusion des aînés dans les rôles sociaux (Iversen et al., 2009; McGowan, 1996).

Selon divers auteurs, l'âgisme est également constitué de trois composantes principales :

- (a) une composante *cognitive* qui inclut les croyances polarisées (positives et négatives) envers le vieillissement;
- (b) une composante *affective* qui comprend les préjugés explicites et implicites; et
- (c) une composante *comportementale* qui inclut les formes de discrimination qui ciblent les personnes âgées aux niveaux interpersonnel, institutionnel et collectif (Iversen et al., 2009; Masse & Meire, 2012).

Différents auteurs distinguent de surcroît l'âgisme *explicite* et *implicite*. En fait, cette forme de discrimination peut être exprimée explicitement par des gestes et paroles qui sont clairement basés sur une conception négative du vieillissement, tels que par des cartes de souhaits ou des blagues (Macia et al., 2009; Palmore, 2015). Par contre, les attitudes âgistes ne seraient pas toujours conscientes, mais pourraient être identifiées dans des pensées, émotions et comportements inconscients (Cherry et al., 2015; Lagacé et al., 2011b; Lagacé, Tanguay, Lavallée, Laplante, & Robichaud, 2012). Cet âgisme *implicite*, ainsi défini comme un préjudice inconscient porté envers les aînés, contribue au fait que cette forme de discrimination est celle qui est la moins dénoncée dans notre société, et ce, en comparaison avec le racisme et le sexisme (Cherry et al., 2015; Lagacé et al., 2012; Nash, Stuart-Hamilton, & Meyer, 2014).

Par ailleurs, certains auteurs considèrent que la représentation du vieillissement est dichotomique, car elle oppose la vision du retraité actif à celle de l'aîné dépendant. Le concept de *vieillesse réussie* devient ainsi une forme d'âgisme (Caradec, 2011; Carbonnelle, 2010). Le *modèle du vieillissement réussi* (Rowe & Kahn, 1997) se base sur une représentation biomédicale du vieillissement et conçoit le « bien vieillir » comme étant exempt de problèmes de santé. Ce modèle implique, entre autres, que les individus détiennent un contrôle sur les déclinés causés par

leur processus d'avancement en âge en maintenant des habitudes de vie saines (c.-à-d. nutrition, activités physiques) (Bülow & Söderqvist, 2014). Seuls 35,8% des adultes âgés répondent toutefois aux critères du vieillissement réussi (Depp & Jeste, 2006). Ce modèle est donc contesté puisqu'en devenant une norme, il contribue à la discrimination envers les personnes âgées ayant des difficultés fonctionnelles ou étant atteintes de troubles de santé (Bouisson, 2011; Calasanti, 2016; Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008). Le vieillissement réussi est une vision idéale de l'avancement en âge et ne tient pas compte des déclinis naturels qui lui sont associés, ce qui résulte en une exclusion des individus en perte d'autonomie, moins actifs intellectuellement, ou malades (Leclerc, 2007; Minkler, 1990, cité par Bülow & Söderqvist, 2014). Ceci les amènerait à se sentir marginalisés, invisibles, et impuissants. La promotion du vieillissement réussi, selon ces critères, favorise donc la culpabilisation et la stigmatisation des séniors qui ne peuvent atteindre un standard d'habitudes de vie saines et d'un mode de vie actif (Bourbonnais & Ducharme, 2010). Les résultats de l'étude qualitative de Calasanti (2016) soutiennent ce constat, soit que même si les aînés sont généralement en faveur d'une vision positive du vieillissement, ils se sentent souvent incapables d'exercer le contrôle nécessaire pour rencontrer les critères associés au vieillissement réussi. Ce mouvement, initialement développé pour lutter contre les préjugés associés au vieillissement, vient donc redéfinir (voire même renforcer) les représentations âgistes (Calasanti, 2016). Ainsi, diverses formes d'âgisme contribuent à véhiculer une vision réductrice du vieillissement dans la société, faisant fi des divers facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels qui façonnent la réalité de chaque adulte âgé (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Carbonnelle, 2010; Gobert, Jeanmart, & Closon, 2010).

### *2.2.2. Présence de l'âgisme dans l'environnement social*

Les personnes âgées occupent une place marginale dans notre société. Même si leur proportion dans la société et l'espérance de vie ne cessent d'augmenter, les images associées au vieillissement demeurent généralement négatives (Clément, 2010; Corin, 1982; Palmore, 2015), et les dogmes sociaux nous encouragent à demeurer jeunes à tout prix (Bouisson, 2011; Lagacé et al., 2012). À cet effet, l'étude d'Haboush, Warren et Benuto (2012) démontre que l'intégration des idéaux sociaux (c.-à-d. beauté, jeunesse, performance) prédit et renforce les attitudes négatives envers le vieillissement. Puisque la compétitivité et la productivité sont des valeurs mises de l'avant par les normes sociales, elles excluent les aînés qui sont davantage associés à la passivité et fragilité (Clark, 1972, cité par Corin, 1982). L'acceptation et l'investissement dans le processus de l'avancement en âge ne sont donc que très rarement encouragés (Bouisson, 2011). Pour illustrer ce paradoxe, plusieurs auteurs avancent que le critère chronologique d'entrée dans la vieillesse est bien trop circonscrit (Cardinal et al., 2008; Kolb, 2008; Smith, Holmberg, & Hugues, 1961, cité par Corin, 1982). Comme l'âge de 65 ans signifie généralement le début de la retraite, il est devenu le critère arbitraire qui distingue les personnes d'âge adulte à celles du troisième âge (Vézina et al., 2013). Même si cette norme est utile pour des raisons pratiques et administratives, Cardinal et al. (2008) soulèvent que situer le début de la vieillesse à l'âge de 65 ans ne relate pas avec précision l'ensemble des implications liées au processus du vieillissement. En effet, ce critère ne permet pas de poser des généralisations valides puisqu'indépendamment de leur âge chronologique, les individus diffèrent dans leurs conditions physique, psychologique et sociale (Stuart-Hamilton, 2012; Thomas, 2010). Aussi, ce critère ne permet pas de faire la distinction entre le vieillissement normal et celui pathologique, associant ainsi l'âge de 65 ans à une vision négative du processus d'avancement en âge (Smith et al., 1961, cité par Corin, 1982).

Les stéréotypes âgistes généralement véhiculés dans l'environnement social, qui dépeignent les seniors comme étant incompetents, enfantins, faibles, malheureux, déprimés et égoïstes, contribuent à l'exclusion et la stigmatisation des adultes âgés (Lagacé et al., 2012). En fait, le rapport Revera (2012) avance que 21% des Canadiens sondés conviennent que les aînés représentent un fardeau pour la société et que 89% des répondants associent le vieillissement à quelque chose de négatif, comme la perte d'autonomie ou l'isolement. Le jugement que les personnes âgées portent sur elles-mêmes se base également sur la comparaison qu'elles effectuent avec d'autres individus du même âge (Caradec, 2011; Pérodeau, 1989). Cet âgisme intergénérationnel se reflète dans les données du rapport Revera (2012), qui indiquent que 85% des aînés sondés « désirent que leurs vieux jours soient différents de ceux de leurs parents ou grands-parents » (p. 3).

De plus, le réseau social joue un rôle important dans le développement et l'intégration d'attitudes envers le processus d'avancement en âge (Beyene, Becker, & Mayen, 2002; Kite, Stockdale, Whitley, & Johnson, 2005; Swift, Abrams, Lamont, & Drury, 2017). Cependant, l'influence des attitudes âgistes des membres de l'entourage n'a été que peu explorée dans la littérature (Bai, Lai, & Guo, 2016). Divers auteurs ont montré que la présence de relations positives avec la famille, les amis, et les pairs est associée à un plus haut niveau de bien-être chez les aînés (Allard, Allaire, Leclerc, & Langlois, 1997; Beyene et al., 2002; Nelson, 2016a; Ramirez & Palacios-Espinosa, 2016). L'étude de Kornadt et Rothermund (2011) a aussi démontré que les participants âgés sont généralement perçus plus positivement par leurs familles et leurs collègues, et plus négativement par leurs amis et leurs connaissances. Comme les relations positives et le soutien des proches permettent de diminuer l'impact négatif des représentations âgistes sur la santé des aînés (Nelson, 2016a), il est plausible de croire que le

contraire est également le cas. Ainsi, lorsque des représentations négatives envers le vieillissement sont véhiculées par les proches, les aînés seraient également plus à risque de les endosser.

De surcroît, les rôles, les normes et les comportements que les personnes âgées développent sont construits et véhiculés par l'entremise des médias (Golub & Langer, 2007, cité par Sargent-Cox & Anstey, 2015; Lewis, Medvedev, & Seponski, 2011; Rozanova, 2010; Storr & Green, 2015). Ceux-ci constituent un agent de socialisation important qui facilite la transmission des valeurs et des normes sociales, notamment celles associées au vieillissement (Haboush et al., 2012; Renaud et al., 2007). Les notions de « vieillesse » et de « personne âgée » sont des constructions sociales qui, soit dépeignent les aînés comme un groupe d'individus homogène et invisible, soit polarisent le vieillissement entre des pôles positifs et négatifs (Lagacé, Laplante, & Davignon, 2011a; Lewis et al., 2011).

D'une part, les médias véhiculent des messages à teneur négative envers le vieillissement et donc propres à influencer la manière dont les individus vont assumer et intégrer le rôle social de la personne âgée (Dupont, 2010). La vieillesse est donc stéréotypée et synonyme de faiblesse, passivité, démence, maladie et rigidité (Alden & Toth-Cohen, 2015; Allen, Mejía, & Hooker, 2015; Broussard, Blackmon, Blackwell, Smith, & Hunt, 1980, cité par Dupont, 2010). De fait, plusieurs études ont souligné la façon dont les médias, et plus particulièrement la télévision, présentent de façon explicitement négative la vieillesse et les personnes âgées (Lagacé et al., 2011a). Par exemple, ces dernières sont sous-représentées et lorsqu'elles sont mises de l'avant, elles sont souvent dépeintes comme des personnes séniles, laides, égoïstes, etc. (Cohen, 2002; Donlon, Ashman, & Levy, 2005).

D'autre part, les messages médiatiques concernant le vieillissement sont dichotomiques et opposent le vieillissement positif, caractérisé par la santé, l'indépendance et la vitalité sociale au vieillissement « négatif », caractérisé par la maladie, la dépendance, le déclin physique et le retrait social (Rozanova, Keating, & Eales, 2012). Il est donc possible de croire que les stéréotypes associés à l'avancement en âge contribuent à nourrir l'âgisme et à polariser les personnes âgées entre elles (Billette & Lavoie, 2010; Lagacé et al., 2011a).

En outre, le nombre de campagnes publicitaires visant à sensibiliser les aînés à la problématique d'abus de substances est significativement moindre que celui visant les adolescents et les jeunes adultes (Storr & Green, 2015). Cet écart contribue à créer une stigmatisation sociale et limite la sensibilisation des seniors aux effets des troubles de consommation touchant leur groupe d'âge (Storr & Green, 2015). Les compagnies pharmaceutiques endossent également cet écart, publicisant les diagnostics et le mode de vie sain que procurent les psychotropes pour, selon certains, augmenter leurs profits ou maintenir leur influence sur le monde médical (Frances, 2013; Pignarre, 2006).

En somme, il est possible d'avancer que les perceptions négatives reliées au vieillissement persistent dans nos messages sociaux (Lagacé et al., 2012), une réalité qui a un impact notable tant sur les personnes âgées que sur les divers acteurs interagissant auprès de cette population, notamment les professionnels de la santé.

### 2.2.3. Effets de l'âgisme

Dans la littérature scientifique, l'âgisme se retrouve tant dans les attitudes des personnes âgées que dans celles des professionnels de la santé. Cette intériorisation des représentations négatives du vieillissement affecte chacun de ces groupes, indépendamment l'un de l'autre, mais aussi dans leurs interactions (Alden & Toth-Cohen, 2015; Chrisler, Barney, & Palatino, 2016; Lagacé et al., 2012; Levy, 2003; Masse & Meire, 2012).

*2.2.3.1. Personnes âgées.* Les représentations du vieillissement véhiculées dans l'environnement social peuvent nuire au bien-être des personnes âgées (Bai et al., 2016; Chrisler et al., 2016; Lagacé et al., 2012). En fait, l'un des impacts majeurs de l'âgisme est l'intégration des stéréotypes négatifs dans l'identité personnelle ou le concept de soi (Bai et al., 2016; Lagacé et al., 2012). L'étude longitudinale de Rothermund et Brandstädter (2003) a d'ailleurs démontré que l'exposition aux stéréotypes liés au vieillissement prédisent les représentations auto-âgistes ultérieures. Selon Levy (2003), l'intégration des stéréotypes (positifs et négatifs) reliés à l'âge s'effectue en deux étapes. Dans un premier temps, avant l'entrée dans la vieillesse, l'individu s'approprie les stéréotypes externes véhiculés par son environnement social, dont les médias et son entourage. Dans un deuxième temps, l'entrée dans l'âge avancé provoque l'intégration des auto-stéréotypes et l'identification aux membres appartenant au même groupe d'âge (Bodner et al., 2015; Levy, 2003). Ainsi, dans le cas du vieillissement, les stéréotypes sur l'apparence physique et l'état de santé général des personnes âgées sont souvent négatifs et divergent avec les valeurs prédominantes de la jeunesse majoritairement orientées vers la performance (Carroll, 2007; Corin, 1982; Twigg, 2004).

Plusieurs facteurs associés au vieillissement contribuent à la modification des représentations de soi (p. ex. : les changements physiques, la modification du rôle social et le sentiment d'avoir moins de contrôle sur les événements de vie futurs), et les diminutions de performance physique et cognitive sont vécues comme des pertes (Clément, 2010). Les adultes âgés qui intériorisent les standards de productivité et d'indépendance portent donc un regard plutôt négatif sur leur propre processus d'avancement en âge (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Sargent-Cox & Anstey, 2015). Les attitudes négatives envers le vieillissement deviennent ainsi une partie intégrante des auto-perceptions des aînés (Cherry et al., 2015; Macia et al., 2009), causant différentes conséquences négatives pour ces derniers.

Différents auteurs avancent également que les personnes qui entretiennent une perspective négative du vieillissement sont plus à risque d'augmenter un mal-être psychologique lorsqu'elles atteignent le troisième âge puisqu'elles sont plus enclines à appliquer ces attitudes négatives dans leur propre vie (Levy, Slade, Murphy, & Gill, 2012; Macia et al., 2009; Marquet, Missotten, & Adam, 2016; Masse & Meire, 2012; Mock & Eibach, 2011; Sargent-Cox, Antsey, & Luszcz, 2012). L'intégration des attitudes âgistes aurait un impact sur l'indépendance cognitive et fonctionnelle des personnes âgées, leur estime de soi, leur satisfaction de vie et leur santé physique et psychologique (Bai et al., 2016; Bodner et al., 2015; Masse & Meire, 2012; Nelson, 2016b; Robertson, King-Kallimanis, & Kennym, 2015; Wurm & Benyamini, 2014). Ces représentations de soi négatives mèneraient ainsi à une prophétie qui s'auto-réalise, causant des effets nuisibles sur la santé physique et psychologique des aînés (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Masse & Meire, 2012; Sargent-Cox et al., 2012). À l'inverse, une perception positive des années de maturité serait associée à une meilleure santé et à la mise en pratique de comportements de santé sains (Macia et al., 2009). Selon Levy et al. (2012), les adultes âgés qui

entretiennent des stéréotypes positifs envers l'avancement en âge sont plus enclins à se remettre pleinement d'une maladie.

Par ailleurs, certaines stratégies d'adaptation que les individus âgés emploient pour préserver leur estime de soi ont été identifiées. Entre autres, Masse et Meire (2012) énumèrent l'identification à son groupe d'âge perçu plus positivement, la comparaison favorable avec les pairs et l'assimilation identitaire. De plus, Fry (1980, cité par Corin, 1982) avance que pour préserver une image de soi positive, les personnes âgées s'efforcent de démontrer leur autonomie dans leurs interactions avec leur entourage. Ces diverses stratégies permettraient donc aux personnes âgées de maintenir une représentation de soi positive.

Ces stratégies ont un impact sur la santé de la personne. En effet, tel qu'avancé par Mock et Eibach (2011), la relation entre l'âge subjectif et le bien-être semble essentiellement influencée par les attitudes que l'individu entretient envers le processus d'avancement en âge, malgré les efforts d'adaptation mis en œuvre par celui-ci. De fait, « des attentes moins élevées découlant de l'âgisme peuvent limiter les horizons personnels des personnes âgées et peuvent entraîner une réticence à se faire soigner pour des maladies qui sont incorrectement assumées comme inévitables » (traduction libre; Gething et al., 2003; p. 3). En effet, Choi et Gonzalez (2005) ont identifié diverses barrières au traitement psychologique chez les adultes âgés, dont le manque de sensibilisation aux troubles de santé mentale causé par l'âgisme et l'auto-âgisme. Les attitudes négatives qu'entretiennent les aînés seraient donc une barrière à la recherche de traitement, particulièrement en ce qui concerne les troubles de santé psychologique (Choi & Gonzalez, 2005).

La littérature scientifique démontre donc que l'âgisme produit différentes conséquences négatives chez les personnes âgées, tant au niveau des représentations de soi qu'au niveau de la recherche de traitement. Il est donc utile de nous pencher sur les effets que cette stigmatisation produit sur les acteurs impliqués dans la prise en charge de cette population, et plus particulièrement, les médecins.

*2.2.3.2. Médecins.* Tel que mentionné précédemment, l'âgisme semble également présent chez les médecins (Alden & Toth-Cohen, 2015; Ben-Harush et al., 2017; Chrisler et al., 2016). Non seulement leurs interventions seraient teintées de leurs propres représentations du vieillissement (Ben-Harush et al., 2017; Masse & Meire, 2012), mais en plus, ils recevraient peu de formation en ce qui concerne les besoins de leur clientèle âgée, tant au sujet de l'évaluation, du diagnostic, et des modalités de traitement (Choi & Gonzalez, 2005; Masse & Meire, 2012). Selon les praticiens interviewés dans l'étude de Choi et Gonzalez (2005), leur manque de connaissances quant aux questions de santé mentale chez les personnes âgées représenterait une barrière pour ces dernières à obtenir des soins adéquats. Les représentations âgistes mèneraient même les professionnels de la santé à offrir des soins de moindre qualité aux seniors comparativement aux patients plus jeunes (Ben-Harush et al., 2017; Schroyen, Missotten, Jerusalem, Gilles, & Adam, 2016). Aussi, lorsqu'interviewés sur la question, les médecins admettent que leur manque d'expertise sur la problématique de consommation de psychotropes chez la clientèle âgée les limite dans leurs recommandations de traitements (Pérodeau et al., 2016).

De surcroît, plusieurs études ont révélé que les médecins ont de la difficulté à émettre des diagnostics valides en associant les symptômes rapportés par leurs patients au processus

« normal » du vieillissement (Brockopp, Warden, Colclough, & Brockopp, 1993; Pasupathi & Löckenhoff, 2002, cités par Bourbonnais & Ducharme, 2010). En fait, comme les médecins fréquentent surtout des patients âgés présentant des problèmes de santé, ils sont particulièrement à risque d'adopter une vision négative (voire âgiste) du vieillissement (Lookinland & Anson, 1995; cité par Alden & Toth-Cohen, 2015). Ainsi, ils auraient tendance à percevoir les difficultés de santé des aînés comme des conséquences inévitables de l'avancement en âge, ou comme moins problématiques, ainsi qu'à leur attribuer à tort certains troubles psychologiques (Masse & Meire, 2012; Revera, 2012). Cette particularité des soins offerts aux aînés peut avoir des implications négatives en termes des stratégies de traitement et de la prévention des problèmes de santé auprès de cette population (Adelman, Greene, & Charon, 1991; Ayalon & Tesh-Römer, 2017).

En outre, ce manque de formation en gériatrie entraîne les médecins à considérer que leurs patients âgés ont peu d'options de traitement (Bourbonnais & Ducharme, 2010), à privilégier la médicalisation au détriment des interventions psychosociales (p.ex. : psychothérapie, groupe de soutien), et à ignorer les effets négatifs de certains traitements pharmacologiques (Masse & Meire, 2012; Pérodeau et al., 2016). Le manque de formation mènerait également les praticiens à négliger certains aspects particuliers des séniors, tels que leur tendance à somatiser leur souffrance psychique ou à sous-rapporter leurs comportements d'abus de substances, nuisant ainsi à l'évaluation et au traitement des problématiques expérimentées par ceux-ci (Rigaud et al., 2005; Rouleau et al., 2011; Wilson, Jackson, Crome, Rao, & Crome, 2015). Ces résultats indiquent ainsi que l'âgisme est présent chez les praticiens et entraîne des conséquences pour ceux-ci et leurs patients âgés (Masse & Meire, 2012), une association qui se reflète aussi dans les interactions entre ces deux groupes.

2.2.3.3. *Interactions entre personnes âgées et médecins.* Plus d'un tiers des Canadiens âgés sondés dans l'étude de Revera (2012) rapportent avoir été victimes d'âgisme de la part de professionnels de la santé, et 80% d'entre eux attestent qu'un praticien a déjà ignoré leurs plaintes en raison de leur âge. Des entrevues menées auprès de personnes âgées vivant en institution ont révélé que les attitudes âgistes se reflètent dans leurs interactions avec le personnel soignant (Lagacé et al., 2012). Masse et Meire (2012) ont d'ailleurs suggéré que les attitudes des praticiens varient en fonction de l'âge des patients. Les médecins s'appuient généralement sur une vision dichotomique du vieillissement, soit une conception *déficitaire* qui mène à percevoir les patients comme étant passifs et démunis face à leur problématique de santé, soit une conception *optimiste* qui mène à stigmatiser les patients âgés ne répondant pas aux critères du vieillissement réussi.

De plus, les attitudes âgistes des professionnels de la santé se transmettent par le langage et le mode de communication dont ils font usage avec leur clientèle âgée (Gendron, Welleford, Inker, & White, 2016; Lagacé et al., 2012; Nelson, 2009). Selon la *théorie de l'accommodation de la communication* proposée par Giles, Coupland, et Coupland (1991, cité par Lagacé et al., 2011b), notre langage verbal et non-verbal est teinté par les croyances et attitudes que nous entretenons envers notre interlocuteur. Conséquemment, contrairement à un échange véritablement symétrique, un échange asymétrique est teinté de stéréotypes négatifs et caractérisé par une adaptation inappropriée du langage. Ainsi, selon ce modèle, un professionnel adhérant aux stéréotypes de la vieillesse (p. ex. : lenteur, fragilité, confusion, incompetence et dépendance) interagirait avec les adultes vieillissants en modifiant son langage de manière exagérément accommodante (Lagacé, 2010) ou, au contraire, de manière intransigeante (Lagacé et al., 2012).

En bref, les études indiquent qu'il est commun que les professionnels de la santé adoptent un type de communication teinté d'âgisme, ce qui peut avoir divers impacts sur la santé des aînés, notamment sur leur sens identitaire et leur pouvoir d'agir (Bonnesen & Hummert, 2002; Webster & Bryan, 2009).

### **2.3. Empowerment**

La littérature scientifique indique que les représentations du vieillissement, notamment celles teintées d'âgisme, ont une influence sur le sentiment d'impuissance des consommateurs âgés et des médecins. Cette section présente certaines conceptualisations de l'empowerment, ainsi que l'impact de ce pouvoir d'agir sur les interactions entre les personnes âgées et les médecins.

L'empowerment est généralement compris comme le droit et l'habileté d'une personne à se définir, à prendre en charge sa propre vie, et à se mettre en action pour atteindre ses objectifs intrinsèques (c.-à-d. objectifs autodéterminés qui apportent une satisfaction personnelle) (Lagacé et al., 2012). Dans la littérature de la psychologie de la santé, l'empowerment est conceptualisé comme un « cadre de référence pour comprendre le processus et les conséquences des efforts investis pour exercer un contrôle et une influence sur les décisions liées à la santé, incluant les représentations du contrôle individuel et les comportements émis pour exercer un contrôle » (traduction libre; Shearer et al., 2012; p. 25). C'est donc un concept large, qui peut être considéré tant comme un objectif qu'une méthode d'accomplissement. Comme objectif, l'empowerment inclut le contrôle que les individus possèdent sur leur propre vie et, entre autres, sur leur état de santé (Tengland, 2008). Cela comprend les notions d'habileté, de confiance en soi, d'autonomie

et de liberté (Tengland, 2008). Comme méthode d'accomplissement, l'empowerment est une habileté qui permet de minimiser l'influence des pressions externes (p. ex. : professionnels de la santé, famille, médias) et de prendre en charge son propre processus de changement (Tengland, 2008). Ainsi, l'empowerment serait la capacité des individus à mettre en application leur sentiment de contrôle interne (croyance que la performance dépend de soi et non de facteurs externes) pour atteindre les objectifs qu'ils se fixent.

Dans son analyse conceptuelle, Tengland (2008) propose une définition alternative qui considère la relation soignant-soigné comme une méthode d'empowerment. Cette relation thérapeutique est caractérisée par une collaboration mutuelle dans la définition du problème du patient et dans la mise en place de son traitement, ce qui favorise le développement du pouvoir d'agir du patient et de son praticien (Deci & Ryan, 2014; Tengland, 2008). Il est d'ailleurs proposé que l'empowerment représente un processus social, car il est lié à des sources externes qui influencent le sentiment de contrôle et de pouvoir d'agir d'un individu (Shearer & Reed, 2004).

En ce qui concerne les personnes âgées et leur médecin, plusieurs facteurs personnels et sociaux semblent contribuer à leur sentiment d'impuissance, ce qui aurait un impact sur la consommation et la prescription de benzodiazépines. Ainsi, dans cette prochaine section, nous discuterons de l'empowerment chez les consommateurs âgés et les médecins, et de l'impact de la relation entre le patient vieillissant et son praticien sur ce sentiment de pouvoir d'agir.

### 2.3.1. Personnes âgées

Diverses études ont révélé que l'âge représente un facteur notable en ce qui concerne le sentiment d'empowerment. En fait, ce sentiment de contrôle serait plus élevé au début de l'âge adulte, et plus faible à l'âge avancé (Krause & Shaw, 2003; Specht, Egloff, & Schmukle, 2013). Ces résultats suscitent des considérations importantes pour les individus âgés, notamment au sujet de la prise en charge de leur état de santé et de leur prise de médicaments.

Les divers changements occasionnés par le vieillissement et l'intégration des stéréotypes âgistes peuvent affecter l'identité des individus concernés, générant par la suite un sentiment de perte d'efficacité et de pouvoir (Nelson, 2009; Rigaud et al., 2005; Sargent-Cox & Anstey, 2015). Pour gérer ces pertes et maintenir son estime de soi, la personne âgée aurait tendance à se désengager psychologiquement (Tougas, Lagacé, Laplante, & Bellehumeur, 2008). Contrairement aux théories actuelles préconisant l'optimisation du vieillissement, la *théorie du désengagement* développée par Cumming et Henry (1961; cité par Vézina et al., 2013) propose que les personnes qui avancent en âge « délaissent naturellement leurs rôles sociaux, diminuent leurs activités et interagissent moins fréquemment avec les autres afin de se recentrer sur eux-mêmes » (p. 111). Selon cette théorie, ce désengagement mutuel entre la société et la personne permettrait une libération des responsabilités, et serait relié à un sentiment de bien-être et une satisfaction de vie élevés (Kolb, 2008). Toutefois, de nos jours, cette conception du désengagement psychologique est davantage perçue de façon négative et s'oppose à celle privilégiant l'implication dans des activités sociales comme renforcement à l'image de soi positive et au sentiment de bien-être (Vézina et al., 2013). De ce fait, le *modèle d'optimisation sélective avec compensation* (Baltes & Baltes, 1990) propose qu'une vieillesse optimale repose

sur « la recherche d'un haut niveau de fonctionnement et sur l'évitement des comportements à risque » (Fontaine, 2007; p. 162), soit à partir d'un sentiment de pouvoir d'agir. Selon cette perspective, le désengagement serait donc relié à un sentiment d'impuissance qui provient de l'intégration de l'âgisme dans les représentations de soi, légitimant ces stéréotypes négatifs et produisant un effet comportemental miroir (Clément & Membrado, 2010; Gobert et al., 2010; Lagacé et al., 2012). Cette forme d'auto-âgisme serait donc associée à une diminution du sentiment d'empowerment, et ce, à travers un processus apparenté à la prophétie auto-réalisatrice (Levy, 2003).

Par ailleurs, une personne aux prises avec une santé déclinante pourrait percevoir le médicament comme un moyen de retrouver un sentiment de contrôle (Van der Geest & Whyte, 2003). Tous comme les jeunes, les personnes âgées augmentent leur sentiment de contrôle et de confiance en soi en adoptant des comportements proactifs (Metze, Kwekkeboom, & Abma, 2015). Le médicament donnerait ainsi l'impression d'un sentiment de pouvoir individuel, voire une augmentation du niveau d'empowerment (Van der Geest & Whyte, 2003). En fait, Chananie (2005) suggère que les messages des compagnies pharmaceutiques présentent une fausse image de contrôle et de libération, en présentant le médicament comme une solution « facile » aux problématiques émotionnelles. Ceux-ci donneraient donc l'impression de redonner le pouvoir au consommateur, celui qui est responsable de son traitement, et par extension, de sa qualité de vie (Chananie, 2005). De plus, selon Van der Geest et Whyte (2003), le médicament serait représentatif de l'empathie qu'exprime le médecin envers son patient. De ce fait, le patient âgé percevrait le médicament positivement, soit comme un moyen fiable pour gérer ses problématiques de santé, et ce, recommandé par une personne de confiance (Van der Geest & Whyte, 2003).

En outre, le niveau d'empowerment envers le choix de traitement se traduit également dans l'intention d'arrêter de consommer des psychotropes. En fait, l'étude de Cook et al. (2007a) indique que les consommateurs de benzodiazépines présentant un haut niveau d'anxiété sont les moins ouverts à procéder à un processus de sevrage. Cela indique qu'un faible sentiment de contrôle interne peut encourager la prise de médication. Ainsi, le médicament permettrait de gérer les stressors reliés au processus d'avancement en âge, et même la peur de vieillir (Pérodeau et al., 2009; Van der Geest & Whyte, 2003). En bref, comme l'auto-âgisme semble mener vers un certain niveau de désengagement et que le médicament est perçu comme un moyen efficace dans la gestion de problèmes de santé, il est plausible d'avancer qu'un faible niveau d'empowerment pourrait être associé à une consommation accrue de benzodiazépines chez les personnes âgées.

### *2.3.2. Médecins*

Différents éléments peuvent être associés au faible sentiment d'empowerment des médecins offrant des services aux adultes vieillissants, et plus particulièrement, en termes de la prescription de médication auprès de ces derniers. Premièrement, tel que mentionné précédemment, les praticiens non spécialisés en gériatrie ou en gérontologie sont généralement peu formés pour offrir des soins aux aînés (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Choi & Gonzalez, 2005; Masse & Meire, 2012), notamment en ce qui concerne les modes de communication à privilégier auprès de ces derniers (Alden & Toth-Cohen, 2015). Ce manque de formation, qui résulte en de faibles connaissances des besoins et des particularités de la population âgée, pourrait occasionner un manque d'intérêt et une certaine réticence à travailler auprès de celle-ci (Hollar, Roberts, & Busby-Whitehead, 2011). De fait, selon l'étude qualitative de Ben-Harush et al. (2017), les médecins considèrent que traiter des personnes âgées est une tâche complexe et

difficile. Les praticiens concernés pourraient donc ressentir un sentiment d'incompétence, diminuant leur pouvoir d'agir devant leurs patients âgés.

Deuxièmement, différentes études ont identifié des déterminants structureaux et socioculturels associés à la prescription de psychotropes chez les aînés. Entre autres, Collin, Damestoy, et Lalande (1999) ont identifié que le contexte pratique, qui inclut la gestion du temps, la concurrence et le mode de rémunération des médecins, peut influencer les comportements de prescription. D'autres motifs pour lesquels les médecins prescrivent des médicaments ont été relevés, tels que leur objectif de guérir un symptôme, l'incertitude du diagnostic, un volume de pratique élevé, la pression de la demande des patients, l'inconfort à refuser de prescrire, ainsi que la crainte de perdre des patients (Bradley, 1992; Ekdahl, Hellstrom, Andersson, & Friedrichsen, 2012; Rouleau et al., 2011; Schwartz, Soumerai, & Avorn, 1989). Par ailleurs, certains facteurs propres aux médecins seraient également reliés à la prescription de psychotropes chez les personnes âgées. Par exemple, la prescription non appropriée serait plus fréquente chez les médecins âgés que chez les médecins plus jeunes (Monette, Tamblyn, McLeod, Gayton, & Laprise, 1994, cité par Collin et al., 1999).

Troisièmement, certains praticiens perçoivent les aînés comme étant dépendants au médicament, c'est-à-dire sans aucun pouvoir d'agir (Collin et al., 1999). En fait, selon certains médecins ayant participé à l'étude de Collin et al. (1999), le vieillissement serait une pathologie puisqu'il est caractérisé par un déclin de capacités et de l'autonomie, représentant donc une souffrance physique et psychologique. Ainsi, ces participants avancent qu'il est plus dommageable de ne pas prescrire de psychotropes à leurs patients âgés, car cela augmenterait leur risque d'être atteints d'insomnie et d'anxiété (Collin et al., 1999). D'ailleurs, les répondants

doutaient du bien-fondé des traitements non médicaux, tels que la psychothérapie, privilégiant ainsi la prescription de médicaments (Collin et al., 1999). Cette étude constitue donc un exemple de la « démission thérapeutique » des médecins, les encourageant à privilégier le traitement pharmacologique aux interventions psychosociales (Collin et al., 1999; Pérodeau et al., 2009). Il est donc possible d'avancer qu'un faible sentiment d'empowerment, renforcé par des attitudes âgistes, encouragerait les médecins à prescrire des psychotropes à leurs patients âgés. Il semblerait aussi que ce sentiment de pouvoir d'agir chez le patient serait associé au type d'interaction qu'il entretient avec son médecin prescripteur.

### *2.3.3. Interactions entre personnes âgées et médecins*

Selon la *théorie de l'autodétermination* développée par Deci et Ryan (2000), le sentiment d'autonomie et de compétence du patient est facilité par l'intégration d'objectifs, ainsi que par un climat de soins offrant un soutien à l'autonomie (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). Selon Alden et Toth-Cohen (2015), les attentes et la notion d'indépendance exprimées par le praticien exercent une influence sur l'établissement des objectifs de traitement. De ce fait, l'empowerment des patients est renforcé par le soutien offert par leur praticien et par des interactions égalitaires entretenues avec ce dernier (c.-à-d. accord sur le traitement, collaboration). En fait, il a été soulevé qu'une approche qui favorise l'empowerment facilite la participation des seniors dans leur prise en charge de leur état de santé, et provoque même des impacts positifs sur leur santé globale (Shearer et al., 2012). Cependant, les médecins n'ont pas tendance à favoriser la collaboration avec leurs patients âgés, diminuant ainsi l'implication et l'engagement de ces derniers (Ben-Harush et al., 2017).

Plus spécifiquement, les modes de communication infantilissants (voire âgistes) qu'adoptent les médecins peuvent avoir des conséquences négatives sur l'autonomie des aînés (Bonnesen & Hummert, 2002). Effectivement, ce type d'intervention contribuerait au « développement d'une impuissance acquise et à une souffrance liée à la stigmatisation » (Bourbonnais & Ducharme, 2010; p.165), ayant un impact sur l'estime de soi (Bonnessen & Hummert, 2002; Lagacé et al., 2011b), le sentiment de compétence (Balsis & Carpenter, 2006; O'Connor & Rigby, 1996), les fonctions cognitives (Hausdorff, Levy, & Wei, 1999; Hess, Auman, Colcombe, & Rahhal, 2003; Nemmers, 2004), et la satisfaction de vie (Lagacé et al., 2011b; Lagacé et al., 2012) des adultes âgés. À l'inverse, certaines études ont révélé qu'une communication égalitaire entre les professionnels de la santé et leurs patients âgés est associée à des effets positifs, comme l'autonomisation et l'augmentation du sentiment d'empowerment de ces derniers (Lagacé et al., 2011b; Lagacé et al., 2012). De ce fait, l'importance de se sentir validés à titre de participants actifs dans l'interaction avec un praticien est reconnue par les aînés comme étant nécessaire à la qualité des soins qui leur sont offerts (Tannenbaum, Nasmith, & Mayo, 2003). En somme, l'âgisme, renforcé par le manque de formation en gérontologie (Nelson, 2009), constitue un réel biais pour la qualité des interventions des praticiens, ayant un impact négatif sur le sentiment d'autodétermination des personnes âgées (Keady & Watts, 2011).

#### **2.4. Objectifs de recherche**

Cette recension documentaire indique que l'âgisme est présent tant chez les personnes âgées que chez les médecins, ce qui entraîne des conséquences négatives pour ces derniers. Sur le plan individuel, les stéréotypes négatifs associés au vieillissement peuvent être intégrés par les aînés, ce qui est susceptible de diminuer leur sentiment d'empowerment et d'encourager leur

consommation de psychotropes (Pérodeau et al., 2008). Sur le plan des soins de santé, cette perception stéréotypée de l'avancement en âge peut constituer un biais dans les interventions des médecins (Masse & Meire, 2012). Même si ces derniers admettent que la prescription répandue de benzodiazépines chez les adultes vieillissants est problématique, ils sont confrontés à un manque d'alternatives non médicales adéquates à offrir (Pérodeau et al., 2008). Cette lacune, qui est également associée au peu d'informations existantes sur le lien entre l'âgisme et l'impuissance reliée à la consommation et à la prescription de benzodiazépines, contribue à leur sentiment d'impuissance. En bref, l'âgisme se vit tant chez les professionnels que chez leurs patients âgés qui, d'une certaine façon, partagent le même sentiment d'impuissance (Pérodeau et al., 2016). Toutefois, au meilleur de nos connaissances, les liens entre l'âgisme, l'impuissance, la consommation et la prescription ne sont pas étudiés dans la littérature scientifique. Ainsi, l'objectif principal de la présente étude est d'étudier comment l'âgisme influence le sentiment d'impuissance relié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins. De façon plus précise, ce projet vise à examiner les éléments suivants :

- a) l'influence de l'environnement social sur la représentation du vieillissement;
- b) le lien entre l'auto-âgisme et la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées;
- c) le lien entre les attitudes âgistes des médecins et leurs comportements de prescription de benzodiazépines auprès des personnes âgées;
- d) le lien entre l'âgisme et le sentiment d'empowerment chez les consommateurs âgés et les médecins.

Chapitre III  
MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cette recherche est d'étudier comment l'âge influence le sentiment d'impuissance relié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins. Pour ce faire, cette présente étude emploie une méthodologie qualitative et est réalisée au moyen d'analyses secondaires du contenu d'entrevues menées lors du projet de recherche intitulé *Exploration des facteurs décisionnels entourant la prise et l'arrêt éventuel d'anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques par les personnes âgées de 50 ans et plus : une perspective systémique* (Pérodeau et al., 2008). Le projet initial a été financé par une subvention des *Fonds de recherche sur la société et la culture Québec* (#2004-AI-94066). Les analyses secondaires visent à explorer des thèmes qui n'étaient pas à l'étude dans la recherche initiale, soit les relations entre l'âge, l'empowerment, la consommation et la prescription de benzodiazépines. La prochaine section présente les informations relatives aux caractéristiques de l'échantillon, aux instruments, et au processus d'analyse de données, et qui sont pertinentes pour cette étude secondaire. De plus amples détails sur les procédures et instruments employés lors de l'étude initiale sont présentés à l'Annexe A.

### **3.1. Échantillon**

L'échantillon de cette présente étude est composé de deux groupes, soit les consommateurs âgés de benzodiazépines et les médecins.

#### *3.1.2. Consommateurs âgés*

Pour sélectionner les participants de ce groupe, les critères d'inclusion et d'exclusion comprenaient : (a) une durée de consommation de benzodiazépines de plus de quatre mois, c'est-

à-dire considérée comme étant chronique; (b) ne pas être bénéficiaire de soins à domicile; (c) ne pas avoir été récemment hospitalisé; (d) ne pas avoir eu de problèmes psychiatriques au cours des cinq dernières années; et (e) ne pas avoir subi de crise de vie majeure dans les trois derniers mois. Il est à noter que ces critères étaient vérifiés à partir de données auto-rapportées. Aussi, les participants devaient être âgés de 50 ans et plus, dans le but d'inclure des personnes dont le début de la consommation se situait avant 65 ans, et donc de diversifier les trajectoires de vie. Ces critères ont permis de concentrer l'étude sur le vieillissement normal et la consommation chronique de benzodiazépines. Ainsi, 25 consommateurs âgés ont été retenus, dont 14 femmes (56%) et 11 hommes (44%).

L'âge moyen des consommateurs est de 64 ans, variant de 50 à 85 ans. La durée de consommation moyenne de benzodiazépines est de 14 ans, variant de 1 à 36 ans. Près du trois quarts de l'échantillon ont un diplôme d'études secondaires et 22% ont un diplôme universitaire. Plus du tiers des participants (36%) ont rapporté obtenir des revenus annuels s'élevant à moins de 35 000\$. Enfin, la fréquence moyenne de consultation auprès d'un médecin est de 4,5 annuellement, variant entre 1 à 12 visites.

### *3.1.2. Médecins*

Au total, 41 (28%) des 148 professionnels de la santé (c.-à-d. médecins et pharmaciens) qui ont été sollicités ont répondu à l'invitation de participation à la recherche. Après avoir été informés des objectifs de la recherche, 9 médecins se sont portés volontaires pour y participer.

Le groupe des médecins est composé de 4 femmes (44%) et de 5 hommes (56%). L'âge moyen est de 50 ans, variant entre 40 et 68 ans. Ils ont en moyenne 21 années de pratique, variant entre 9 et 37 années.

### **3.2. Instruments**

Des entrevues individuelles ont été menées auprès des deux groupes de participants, et ce, à l'aide de guides d'entretien. Les principaux thèmes abordés dans les entrevues semi-structurées effectuées auprès des consommateurs âgés étaient : (a) les croyances et les attitudes à l'égard des médicaments psychotropes, en particulier en ce qui concerne l'utilisation à long terme; (b) l'impact de l'utilisation quotidienne du médicament prescrit; (c) les attentes concernant une éventuelle réduction ou même l'arrêt de la consommation du médicament; et (d) les sources d'information sur le médicament et leur influence possible sur les attitudes et les comportements des utilisateurs (la grille d'entrevue est présentée à l'Annexe B). Quant aux médecins, les principaux thèmes couverts étaient : (a) les croyances et attitudes envers la prescription de benzodiazépines aux personnes âgées et l'arrêt de ces médicaments; (b) les pratiques de prescription; (c) les sources d'information concernant les benzodiazépines; (d) l'aide qu'ils pourraient apporter aux utilisateurs chroniques de benzodiazépines dans leur processus de sevrage; et (e) l'influence des médias, des milieux professionnels et des valeurs personnelles dans leurs pratiques de prescription (la grille d'entrevue est présentée à l'Annexe C). Les données recueillies lors des entretiens ont été enregistrées et transcrites par méthode verbatim, et toutes informations permettant d'identifier les participants ont été codées numériquement.

### 3.3. Analyse des données

Une analyse de données secondaires a été effectuée, un processus d'analyse qui se base sur des « éléments informatifs rassemblés pour des fins autres que celles pour lesquelles les données avaient été recueillies initialement » (Turgeon & Bernatchez, 2009; p. 490). Le caractère novateur de ce présent projet a donc été assuré par une « supra analyse » des données, c'est-à-dire que l'analyse a permis d'explorer des thématiques ne faisant pas partie des objectifs de recherche du projet initial (Heaton, 2004). Ces thèmes non explorés incluent, entre autres, l'âgisme et le sentiment d'empowerment dans le contexte de la consommation et de la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins. L'analyse a ainsi permis d'explorer les représentations du vieillissement des consommateurs âgés, et plus particulièrement les effets de l'auto-âgisme, leurs interactions avec les professionnels de la santé, ainsi que l'influence de l'environnement social et des valeurs sociales sur leurs patrons de consommation. L'analyse des données a également permis d'étudier les attitudes et croyances des médecins envers le vieillissement, leur perception des effets de l'âgisme, ainsi que leur perception de leur pouvoir d'agir dans la prise en charge de leur clientèle âgée.

L'analyse secondaire des données a été complétée à l'aide d'une thématization, une approche qui permet d'analyser le contenu et de soulever les thèmes émergeant du processus d'analyse (Paillé & Mucchielli, 2012). En fait, cette méthode d'analyse qualitative vise une « transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique) » (Paillé & Mucchielli, 2012; p. 232). Pour ce faire, une nouvelle lecture des données brutes a d'abord été effectuée. Ensuite, afin de cerner l'essentiel du discours des participants et d'identifier les

concepts principaux associés aux thèmes à l'étude, une codification et une classification des données ont été complétées. Ce processus a été fait systématiquement, où les thèmes émergent du contenu et pertinents aux objectifs de recherche ont été repérés, regroupés et documentés afin de tirer des parallèles et des divergences entre les thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012). Ceci a permis d'élaborer les grilles de codification pour chaque groupe de participants, et ce, jusqu'à saturation des catégories (voir Annexes D et E).

Ce travail de codification et de classification a été effectué à l'aide du logiciel *NVivo* (Bazeley & Richards, 2000). Tout au long de ce processus, des vérifications ponctuelles ont été effectuées auprès de la directrice de recherche afin que la définition des catégories soient discutées jusqu'à l'atteinte d'un consensus. De plus, la codification de chaque entrevue a fait l'objet d'une évaluation de l'accord interjuges en collaboration avec un étudiant au doctorat en psychologie clinique de l'Université du Québec en Outaouais. Pour chaque entrevue, une comparaison des codes assignés par les codificateurs a été effectuée afin de soulever les accords et les désaccords. Des rencontres téléphoniques permettaient par la suite de discuter des désaccords (c.-à-d. raisonnement qui a mené à la sélection du code, clarification de la définition du code ou du contexte du résultat brut), d'atteindre un consensus dans la classification des données, ainsi que d'apporter des modifications à la définition des catégories. Au total, 9 rencontres entre les codificateurs ont été menées, incluant 7 rencontres pour discuter des codes pour le groupe des consommateurs, et 2 rencontres pour le groupe des médecins. La durée de ces rencontres variait entre 50 et 120 minutes (durée moyenne de 70 minutes).

De plus, la codification de chaque entrevue a fait l'objet d'une évaluation de l'accord interjuges par l'entremise du calcul du coefficient *kappa* de Cohen (Burla et al. 2008; Miles &

Huberman, 1984). Pour le groupe des consommateurs âgés, l'accord interjuges initial était modéré ( $\kappa = 0,60$ ; Conger, 2017) au début du processus de codification. En fin de processus, il a atteint une valeur acceptable ( $\kappa = 0,72$ ; Conger, 2017). En ce qui concerne les médecins, un patron similaire a été observé, soit que l'accord interjuges s'est amélioré à travers le processus de codification ( $\kappa = 0,68$  à  $0,75$ ), signifiant qu'il a éventuellement atteint une valeur acceptable (Conger, 2017). L'ensemble de ce processus a été complété entre les mois d'avril et d'octobre 2016.

Finalement, cette analyse secondaire des données a permis d'étudier la relation entre l'empowerment, l'âgisme, la consommation et la prescription de benzodiazépines chez les personnes vieillissantes et les médecins. Plus spécifiquement, deux modèles descriptifs ont émergé de l'analyse thématique des données, et permettent d'identifier divers éléments pouvant influencer le sentiment d'empowerment des participants dans le contexte de la consommation et de la prescription de benzodiazépines.

Chapitre IV  
RÉSULTATS

#### **4.1. Modèle descriptif : consommateurs**

La Figure 1 présente un modèle descriptif développé à partir des catégories qui ont émergé de l'analyse thématique des données (Paillé & Mucchielli, 2012). Ce modèle vise à illustrer les divers éléments pouvant influencer le sentiment d'empowerment du consommateur âgé : (a) les facteurs individuels, incluant l'âge, le genre, les symptômes psychologiques actuels ou passés, ainsi que les expériences de vie; (b) l'environnement social, incluant l'influence des médias et des interactions avec les membres de la famille, les amis et les professionnels de la santé; (c) les attitudes liées au vieillissement, au médicament et à la consommation; et (d) les stratégies d'adaptation, incluant les comportements de contrôle de la consommation, la recherche d'informations, les justifications cognitives et l'expression de l'autonomie devant le médecin.

Il est à noter que ces éléments sont nuancés, représentant une variété de profils et non des concepts dichotomiques. L'interdépendance des éléments de ce modèle exerce un impact sur l'intégration d'une vision âgiste du vieillissement, ainsi que sur le niveau d'impuissance relié à l'usage de benzodiazépines. La section suivante présente une description de chaque élément du modèle, incluant des exemples tirés des entrevues semi-structurées menées auprès des consommateurs âgés.

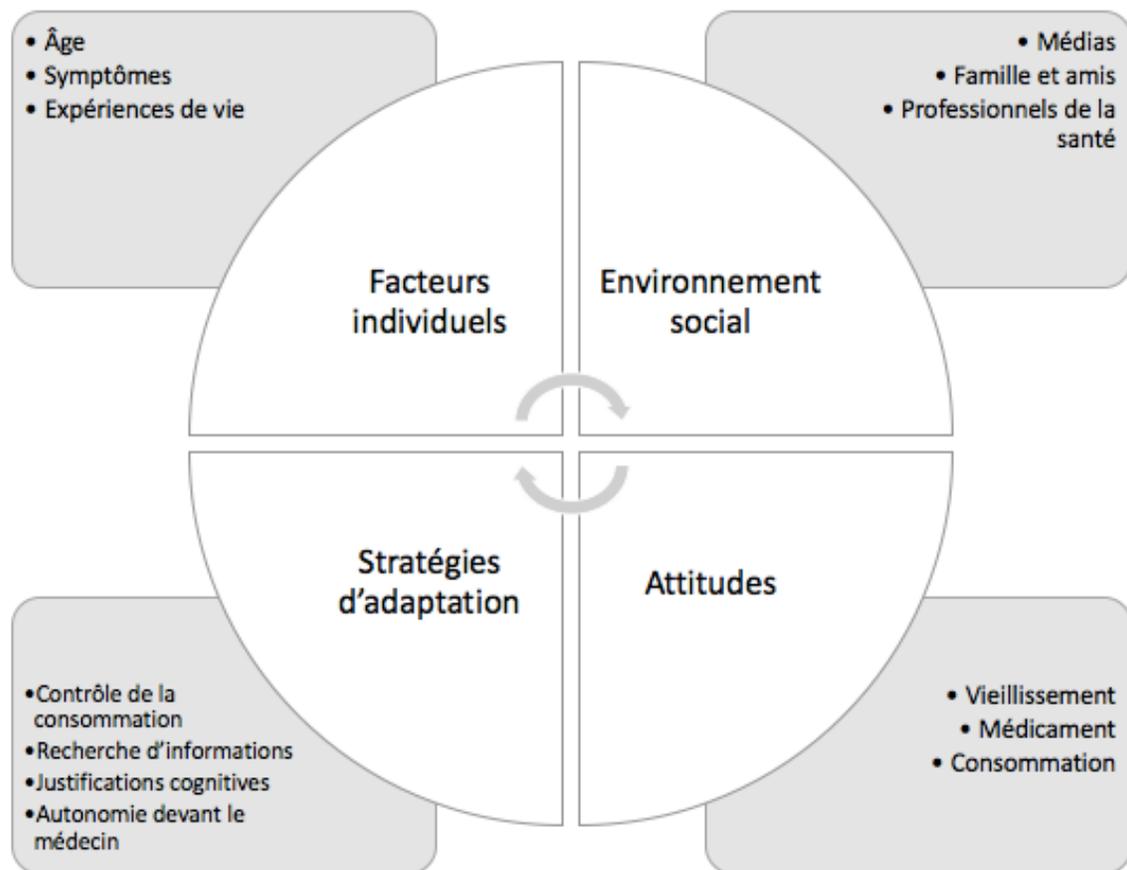


Figure 1. Modèle descriptif présentant les éléments qui influencent le niveau d'empowerment du consommateur âgé

#### 4.1.1. Facteurs individuels

Cette catégorie inclut des éléments sociodémographiques et des expériences personnelles qui peuvent avoir un impact sur la vision de soi et du processus d'avancement en âge, la compréhension et la justification de la prise de médicaments, ainsi que la perception d'un arrêt de consommation.

4.1.1.1. *Âge*. Comme l'échantillon inclut des consommateurs âgés entre 50 et 85 ans, des caractéristiques particulières modulent les réponses des « plus jeunes » et celles des « plus vieux ». Par exemple, une participante mentionne que lorsqu'elle a entamé sa consommation de benzodiazépines, elle n'avait pas accès à des ressources pour s'informer des effets secondaires outre que les professionnels de la santé : « Il y avait les infirmières dans le temps, la télévision, les journaux non. Non, je ne suis pas au courant [qu'ils présentaient des informations sur les médicaments] » (femme, 79 ans, 17 années de consommation). Une autre consommatrice explique : « Alors là on est plus informé des médicaments, des effets secondaires. Déjà, on nous donnait des médicaments puis on prenait ça, c'est tout. Aujourd'hui on a une feuille avec les effets secondaires, on peut comprendre plus » (femme, 65 ans, 36 années de consommation). Un participant, plus jeune, affirme également que l'information sur les médicaments est maintenant plus accessible : « Aujourd'hui, quelqu'un qui veut s'informer, tout est là. Je dirais même que quelqu'un qui n'est pas informé, c'est qu'il ne veut pas [...] moi je me fie beaucoup sur l'Internet » (homme, 50 ans, 8 années de consommation). Ainsi, l'Internet faciliterait maintenant l'accès à l'information pour les consommateurs âgés.

Par ailleurs, certains répondants reconnaissent que la génération des baby-boomers a été la première à être très médicalisée, et que les professionnels de la santé ont largement contribué à ce phénomène. Par exemple :

Ça été la génération. Moi je dirais que nous autres les baby-boomers [...] quand on avait trente, trente-cinq ans, c'était le temps de la pilule miracle. Les gens cherchaient la facilité, tu sais? Un bobo, une pilule, un autre bobo, une autre pilule. Et les médecins étaient embarqués là-dedans à plein (homme, 60 ans, 4 années de consommation).

Dans l'ensemble, les motifs sous-jacents à la consommation divergeraient également selon l'âge des participants. Pour les consommateurs plus jeunes, c'est le bon fonctionnement au travail qui est mis de l'avant :

Moi, ce n'est pas pour relaxer comme pour pouvoir dormir la nuit. Parce que si je ne travaillais pas, je pense que je lirais tout simplement. Puis je me lèverais plus tard le matin. Mais quand tu travailles, il faut que tu sois là à une certaine heure, tu n'as pas le choix (femme, 56 ans, 20 années de consommation).

Tandis que les consommateurs plus âgés nomment leur désir de bien vivre leur vieillissement comme motif de consommation : « Je me dis ben si tu veux vivre ta vieillesse sereinement, il faut que tu prennes [ce médicament] » (femme, 79 ans, 17 années de consommation).

D'autre part, l'étape développementale du consommateur peut également avoir une influence sur son intention à arrêter sa consommation. Comme exemple, une femme rapporte envisager un arrêt de médication une fois à la retraite : « J'ai hâte de voir quand je vais arrêter de travailler. J'espère ne pas être obligée [de continuer à en prendre], je veux arrêter d'en prendre » (femme, 54 ans, 3 années de consommation). Tandis qu'une femme plus âgée explique que même si elle perçoit la prise de médicament de manière négative, elle n'envisagerait pas un arrêt puisque, pour elle, c'est une question de survie :

Ce n'est pas une chose qui est facile, vous pouvez comprendre l'idée des Ativan là [...] Bien, je vais vous dire que ça ne me fait plus rien parce que je me dis si c'est ça qui peut m'aider à survivre puis à oublier mes malheurs, pourquoi j'arrêteraï ça (femme, 73 ans, 16 années de consommation).

4.1.1.2. *Symptômes*. La majorité des consommateurs déclarent avoir des difficultés à gérer leur anxiété et/ou les perturbations de sommeil, et précisent consommer des psychotropes pour mieux gérer ces symptômes. À titre d'exemple, lorsqu'on lui demande quelle stratégie elle emploie pour s'endormir, cette consommatrice répond : « C'est mon médicament » (63 ans, 11 années de consommation). De même, une femme dit prendre le médicament pour gérer tant son insomnie que son anxiété : « J'ai des difficultés avec le sommeil et à relaxer. Voilà pourquoi je prends ce médicament-là » (femme, 73 ans, 16 années de consommation).

4.1.1.3. *Expériences de vie*. D'autres consommateurs expliquent que différentes expériences de vie douloureuses les ont amenés à consommer des benzodiazépines, telles que le stress au travail, les difficultés conjugales et familiales, ou le deuil. Par exemple, cette répondante explique que sa consommation a débuté en raison des impacts de sa conciliation travail-famille sur son sommeil :

Moi, je pense que [ma consommation] a commencé euh... j'ai eu mes enfants rapprochés [...] j'en avais quatre, fait que la nuit était très, très dérangée. Puis par la suite, j'ai fait un travail dans une maison de personnes âgées où j'avais des chiffres vraiment spéciaux [...] Fait que là tu sais, ton sommeil en prend un coup (femme, 56 ans, 20 années de consommation).

Ce consommateur révèle que des difficultés financières et conjugales ont contribué à sa prise de médicaments : « Cela a commencé [...] quand moi et ma conjointe on a eu des problèmes financiers et sentimentaux aussi » (homme, 66 ans, 5 années de consommation). Une participante rapporte quant à elle que l'isolement social l'a incitée à reprendre des psychotropes :

Puis quand ma vie a changé, quand j'avais plus d'amis, mon mari est mort, les enfants sont loin. Mais là, j'en ai repris. J'en avais besoin. J'en ai besoin

à tous les soirs [...] Pour relaxer et pour dormir. C'est pas drôle hein?  
(femme, 79 ans, 17 années de consommation).

Certaines conditions de vie typiquement nord-américaine sont également évoquées comme étant trop difficiles à gérer, créant un besoin pour la médication. Tel cet homme pour lequel la forte consommation de médicaments reflète le problème d'une société aux exigences trop élevées :

Mon explication de ça ne tient pas de moi, mais plutôt de la société dans laquelle on vit. On a un rythme de vie assez serré, puis en Amérique du Nord on a beaucoup de stress, exposé à beaucoup de choses et puis c'est comme ça que je l'explique (homme, 53 ans, 10 années de consommation).

En bref, les participants à cette étude rapportent consommer des benzodiazépines pour gérer leur anxiété ou leurs difficultés de sommeil, voire même les deux. Les résultats révèlent également certaines différences selon l'âge ou les expériences de vie du consommateur, notamment au niveau de l'accès à l'information et à l'exposition aux médicaments qui évoluent selon les générations, ainsi qu'au niveau des motifs sous-jacents à la consommation qui divergent selon le contexte de vie des individus. Les caractéristiques individuelles exercent donc une influence sur la représentation de soi et de la consommation de psychotropes.

#### *4.1.2. Environnement social*

Cette catégorie représente les sources externes qui peuvent influencer les représentations du vieillissement et de la consommation. Les informations présentées dans cette section amènent à considérer que l'environnement social du consommateur âgé, incluant les médias, la famille, les

amis et les professionnels de la santé, puissent avoir un impact sur son sentiment d'empowerment relié à sa consommation de benzodiazépines.

*4.1.2.1. Médias.* Selon les participants, un élément fréquemment rapporté par les médias est le fait que les personnes âgées consomment trop de médicaments. Cette consommatrice déclare à cet effet : « On entend ça à la télévision. Les personnes âgées prennent beaucoup de médicaments, beaucoup trop » (femme, 73 ans, 16 ans de consommation).

Les participants, se rapportant aux informations véhiculées dans les médias, craignent que les médecins prescrivent des médicaments trop facilement à leurs patients âgés, ou que la prescription soit utilisée pour exercer un certain contrôle sur les aînés institutionnalisés. Par exemple :

Bien des fois dans les radios ils disent qu'on donne des pilules aux personnes âgées dans les foyers pour qu'elles restent calmes. Ça m'inquiète [...] C'est les personnes âgées qui sont dans les foyers puis là pour couper, ils donnent des affaires pour les endormir puis plus ils dorment, plus ils deviennent faibles, je pense (femme, 71 ans, 7 années de consommation).

Une autre répondante rapporte que les médecins ne sont pas toujours une source fiable d'informations, car selon un article publié dans un journal destiné aux personnes âgées, ces derniers auraient tendance à prescrire trop facilement à leurs patients âgés :

Ils en parlent de ça, les médicaments qu'on prend. Justement, dans leurs recherches, dans *Le Bel âge*, ils disent de ne pas toujours écouter notre médecin. Eux autres des fois, ils sont portés à prescrire. Ce n'est pas comme ça qu'ils l'expliquent, mais ça veut dire ça (femme, 72 ans, 25 années de consommation).

De surcroît, les médias peuvent véhiculer des messages positifs et négatifs quant aux effets des médicaments. Par exemple, cette femme rapporte que la promotion des benzodiazépines se basait sur leur effet « anti-âge » : « Oui, disons ça aide à hum... comment on dirait bien? Te garder un petit peu jeune. Ça, ils l'ont vendu beaucoup. Tu sais veux dire, pour ne pas vieillir trop vite » (femme, 54 ans, 3 années de consommation). Cet homme partage quant à lui que des articles de journaux abordent les effets néfastes des psychotropes sur la mémoire et encouragent les gens à trouver des alternatives aux pilules : « J'ai lu ça dans des articles de journaux. Ça affecte la mémoire et ils disent que ce n'est pas bon pour la santé, et de ne pas prendre ça, de prendre d'autres méthodes » (homme, 85 ans, 27 années de consommation).

*4.1.2.2. Famille et amis.* Certains membres de l'entourage peuvent exercer une influence sur la perception du vieillissement ou du médicament. Le récit de cette consommatrice illustre que, à l'instar de sa mère, ses difficultés de sommeil pourraient être attribuables au vieillissement plutôt qu'à un diagnostic comme tel :

Je n'ai jamais été dormeuse de ma vie, alors je ne suis pas étonnée. Pourtant ma mère me disait "regarde, l'âge que j'ai. Je me réveille à l'heure des poules et je n'ai pas besoin de me lever si tôt". Moi c'est pareil. Je veux dire [...] ce n'est pas de l'insomnie ça (femme, 63 ans, 30 années de consommation).

Cette autre consommatrice révèle quant à elle que le psychotrope que son père prenait a pu contribuer à ses difficultés de mémoire, la rendant plus craintive face aux effets néfastes de la consommation : « J'en ai entendu plus quand mon père vieillissait. Ben lui, c'était à cause de l'Ativan qu'il prenait. Au niveau de la mémoire là, qui peut lâcher, qui peut jouer des tours » (femme, 63 ans, 11 années de consommation).

Plus précisément, l'influence des membres de l'entourage peut encourager la prise de psychotropes. Par exemple, cette participante expose que dans son réseau, la consommation de pilules est fréquente, venant en quelque sorte normaliser sa propre consommation : « Parce que moi je côtoie beaucoup plus de personnes âgées que de jeunes, puis il y a beaucoup de médicaments » (femme, 75 ans, 20 années de consommation). Une autre consommatrice rapporte également que ses tantes âgées consomment plusieurs médicaments et sont tout de même capables de fonctionner, ce qui a un effet rassurant pour sa propre consommation : « J'ai des tantes qui prennent des médicaments puis tant qu'à moi, elles devraient être zombies avec ce qu'elles prennent puis elles sont capables de vivre, puis elles ont encore 86, 88 [...] Je n'ai pas à m'énerver, hein? » (femme, 63 ans, 11 années de consommation).

Cette participante révèle quant à elle que ses enfants et son conjoint l'ont encouragée à décrire ses difficultés à son médecin afin d'obtenir une prescription :

Ils m'ont dit : “Maman, si c'est ça qu'il faut que tu fasses là, faut arrêter d'avoir peur” parce qu'ils me voient aller, il y a quelque chose qui se passe. Le médecin a parlé à mes enfants, mon mari est venu avec moi parce que j'ai de la misère à faire comprendre mes difficultés à mon médecin (femme, 73 ans, 8 mois de consommation).

Au contraire, l'environnement social peut contribuer à décourager l'usage de benzodiazépines. Un répondant exprime que sa mère l'a déjà encouragé à cesser sa consommation en faisant une remarque plutôt sarcastique :

Il y a un moment donné, je suis arrivé chez moi, puis j'ai dit à ma mère “Je suis rendu à 15 sortes de médicaments là, je suis éccœuré” Bien elle a dit “Tant qu'à y être, pourquoi tu ne t'achètes pas une pharmacie?” J'ai tout pris mes médicaments, dans la poubelle. Ça été fini (homme, 61 ans, 10 années de consommation).

Cette autre participante précise qu'elle ne veut pas développer une dépendance aux psychotropes, car elle ne veut pas qu'elle et son mari, qui lui aussi en consomme, en subissent les effets néfastes :

Pourquoi je ne veux pas m'habituer? Bien la simple raison, c'est que mon mari en prend tout le temps, c'est un antidépresseur, puis il ne veut pas arrêter. Moi, je ne veux pas qu'on soit tous les deux [confus] là, tu sais (femme, 75 ans, 20 années de consommation).

Dans certains cas, la prise de médication est justifiée pour faciliter les relations interpersonnelles. Comme exemple, cette consommatrice affirme que la benzodiazépine réduit son niveau d'irritabilité, ce qui est plus agréable pour les personnes qui l'entourent : « Parce que je suis moins irritable puis je me sens mieux avec moi-même. C'est pour ça que je me dis bien *coudonc*, si c'est ça, c'est ça. C'est utile pour ne pas trop ennuyer les autres » (femme, 75 ans, 20 années de consommation). Cette autre participante consomme des benzodiazépines pour maintenir le lien avec son conjoint : « Donc moi c'est pour m'empêcher de grimper dans les rideaux et être sur la bonne longueur d'onde aussi avec mon époux » (femme, 54 ans, 3 années de consommation).

De surcroît, certains membres de l'entourage peuvent représenter des sources d'informations pour les consommateurs, qui peuvent ainsi en faire des analyses comparatives. Par exemple, cette femme explique qu'elle s'informe auprès de sa petite-fille qui est pharmacienne, ce qui lui permet de confirmer les informations qu'elle reçoit de son médecin : « J'appelle ma petite-fille [qui est pharmacienne] puis je continue de prendre ce que le docteur m'a dit de prendre. C'est juste pour voir s'ils disent pareil » (femme, 73 ans, 8 mois de consommation).

Cette consommatrice dit également s’informer auprès de ses amis : « Je vais sur Internet puis je consulte mes amis pharmaciens » (femme, 63 ans, 11 années de consommation).

*4.1.2.3. Professionnels de la santé.* Les interactions avec les professionnels de la santé peuvent influencer les représentations que les consommateurs âgés se font du vieillissement, de leur consommation de psychotropes, ainsi que de leur sentiment de pouvoir d’agir. Entre autres, certains répondants affirment que leur médecin de famille justifie la prise de médication en raison de leur avancement en âge. Par exemple, cet homme relate la manière dont son médecin attribue ses problèmes d’anxiété à son âge : « Bien, elle, elle dit que c’est une maladie de vieux et que ce sont les nerfs » (homme, 85 ans, 27 années de consommation). De même que pour ce consommateur, son médecin semble normaliser ses difficultés de sommeil en fonction du vieillissement :

Puis le médecin, il m'a dit “ça se peut qu'en vieillissant tu aies besoin de moins de sommeil. C'est normal que tu dormes moins”. Mais j'ai figuré qu'1h30 c'était court pour dormir. Puis je lui ai mentionné ça, bien il m'a dit “prend tes médicaments, ça va t'aider”. Là j'ai recommencé à prendre mes médicaments (homme, 57 ans, 8 années de consommation).

Toutefois, d’autres consommateurs précisent que leur médecin leur donne des prescriptions seulement en cas de besoin, ou lorsque leur niveau de souffrance est trop élevé (et non en raison de leur âge). Par exemple, ce consommateur déclare que son médecin lui a prescrit des psychotropes en prenant en considération l’ensemble de ses sources de stress :

J’avais de la difficulté à dormir au point où j’avais consulté un médecin puis j’ai dit : “écoute, j’ai un peu de difficulté ça fait deux ou trois jours que je dors pas”, mais j’étais nouveau dans le milieu du travail puis il y avait une séparation en même temps alors ça amplifiait. Puis je lui avais

expliqué ça. Puis ça été la recommandation du médecin que [je prenne ça] (homme, 53 ans, 10 années de consommation).

Par ailleurs, les interactions avec les professionnels de la santé peuvent influencer l'intention d'arrêter la consommation de benzodiazépines. En effet, dans certains cas rapportés par les participants, le médecin de famille les aurait découragés à arrêter ou à diminuer leur consommation :

En 1998, je pense que moi j'aurais arrêté. Mon médecin, je ne sais pas pourquoi, il ne voulait pas [...] Moi j'essaie de m'en débarrasser. D'ailleurs, cette année, ça fait plusieurs fois que je dis à mon médecin : "on ne pourrait pas commencer à arrêter un peu? Je ne veux pas passer ma vie là-dessus", et il me répondait : "ah, pas encore, ça va bien là. Continue puis on verra" (homme, 50 ans, 8 ans de consommation).

Les avis contradictoires entre les divers professionnels de la santé peuvent également ajouter à la confusion des consommateurs. Un répondant appuie cette idée en décrivant que contrairement au pharmacien, son médecin minimise les effets nocifs de la médication et encourage la consommation :

Mon médecin m'a dit "Écoute, tu as le choix. Soit tu prends ça ou bien tu ne dors pas". Mais là, je n'osais pas modifier les doses. Je lui ai posé la question 2 ou 3 fois, mais il m'a dit : "Si tu es bien de même pourquoi tu les couperais?". Mais là, moi c'est parce que le pharmacien, sur l'autre bord, il me disait que ce n'était pas bon [...] Puis là, je ne savais plus qui croire, le médecin ou bien le pharmacien (homme, 57 ans, 8 années de consommation).

Pour d'autres, au contraire, le médecin de famille les encourage à diminuer ou à arrêter leur consommation, tout en leur suggérant des stratégies alternatives au médicament. Par exemple, lors d'une rencontre collaborative avec son médecin, un participant a été encouragé à diminuer sa consommation : « Elle m'a redemandé si je voulais continuer à prendre des pilules

pour dormir et j'ai dit oui, puis elle m'a dit : "essaies de les couper si t'es capable, fais-le quand tu seras prêt, mais au moment opportun" » (homme, 60 ans, 4 années de consommation). Cet autre consommateur a reçu des conseils pour l'aider à s'endormir : « Mon médecin dit " je te conseille la relaxation, essaie de visionner des belles choses, fais de la lecture, fait des mots croisés ". Je fais tout ça excepté la lecture » (homme, 66 ans, 5 années de consommation).

En résumé, divers éléments de l'environnement social peuvent influencer les représentations des consommateurs âgés. D'une part, les répondants à cette étude rapportent que les informations véhiculées par les médias peuvent parfois dresser un portrait positif de la benzodiazépine, mais de façon générale, ils présentent plutôt ses effets négatifs et ses enjeux au niveau social. D'autre part, les résultats indiquent que les membres de l'entourage peuvent influencer la vision du vieillissement et du médicament, et même décourager ou maintenir la consommation. Finalement, les interactions avec les professionnels de la santé, et plus particulièrement avec les médecins, exercent un impact important sur la représentation de la consommation, et plus particulièrement, sur l'intention d'arrêter ou de maintenir ce comportement.

#### *4.1.3. Attitudes*

Cette catégorie englobe l'ensemble des représentations liées à l'avancement en âge, au médicament en tant que tel, et au comportement de consommation. Ces attitudes sont interreliées, en influençant le niveau d'empowerment des consommateurs à divers degrés.

4.1.3.1. *Vieillessement*. Le processus du vieillissement peut être perçu tant de façon positive que négative par les consommateurs. D'un côté du continuum, le vieillissement est considéré par certains comme une période de vie où ils vivent moins de stress dans leur quotidien, sont plus à même de prendre soin de leur santé, et connaissent mieux leurs forces et faiblesses. À titre d'exemple, cette répondante dit qu'elle expérimente moins de stress depuis qu'elle est dans sa transition de pré-retraite : « C'est moins pire maintenant que je suis en pré-retraite, je trouve que je suis plus détendue, mais je travaille plus là-dessus » (femme, 55 ans, 13 années de consommation). Cette consommatrice trouve qu'à son âge, elle est davantage outillée pour réguler son niveau de stress :

Mais il y a aussi qu'aujourd'hui, je sais que je me faisais beaucoup de stress inutile, quand tu es jeune, tu commences [la médication], j'ai pris conscience de ça, mais c'est passé. C'est toutes des choses que j'ai pris conscience avec le temps (femme, 55 ans, 15 années de consommation).

De même, un participant explique qu'il a maintenant une meilleure connaissance de ses difficultés, ce qui en facilite la gestion : « À un âge là, tu le sais ce que t'as. Tu le sais c'est quoi le problème [...] Là tu y travailles » (homme, 50 ans, 8 années de consommation).

De l'autre côté du continuum, plusieurs consommateurs âgés expriment une vision négative du vieillissement et listent les divers déclin qui lui sont associés. Par exemple, ce consommateur craint d'être plus à risque d'avoir des pertes de mémoire que les plus jeunes : « Bon, je ne suis pas un jeune poulet non plus là, mais je crois qu'à soixante-dix ans, tu es plus sujet à oublier des choses aussi qu'à vingt ans, trente ans, quarante ans » (homme, 70 ans, 4 années de consommation). Une autre participante mentionne que vieillir perturbe le sommeil : « Je sais que je vieillis aussi, fait que là, ça va m'affecter, le sommeil va m'affecter un bout de

temps » (femme, 56 ans, 9 années de consommation). Cette consommatrice rapporte également que vieillir l'amène à avoir plus de difficultés à s'adapter aux situations stressantes :

Peut-être qu'avec le stress en vieillissant, j'ai moins de résistance, c'est l'âge qui fait ça. Je trouve qu'en vieillissant, l'adaptation à des nouvelles situations est plus difficile et va me demander plus de temps. Je suis bien consciente que c'est l'âge aussi (femme, 55 ans, 13 années de consommation).

En outre, le récit de plusieurs participants est marqué par de l'auto-âgisme, soit que l'internalisation d'une perspective négative du vieillissement influence leur vision de soi. Ils partagent que leur vieillesse représente une période de détérioration et une incapacité à apporter des changements dans leurs habitudes de vie, incluant la prise en charge de leur état de santé. Par exemple, ce consommateur affirme que pour une personne de son âge, il n'y a pas de stratégies alternatives qui puissent améliorer la qualité de son sommeil :

Pour un gars comme moi, je ne crois pas [que les spécialistes peuvent me donner des trucs pour dormir]. Un jeune qui ne dormirait pas, peut-être, mais quand t'es vieux puis que t'es rendu à mon âge, je ne crois pas (homme, 85 ans, 27 années de consommation).

Cet homme explique aussi qu'en raison de son âge, il n'a plus la capacité de faire du sport, une stratégie qui l'aidait à gérer son anxiété :

Mais là il y a une question d'âge, je vieillis. Déjà il y a deux ou trois ans je faisais mes 50 kilomètres par jour après avril. Je faisais ça à tous les jours [et ça me calmait], mais là je ne le fais pas (homme, 66 ans, 5 années de consommation).

4.1.3.2. *Médicament*. Les représentations envers les benzodiazépines divergent chez les consommateurs âgés. Il est à noter que la majorité d'entre eux sont à même de reconnaître tant les aspects positifs que négatifs de la benzodiazépine, mais les avis demeurent divisés.

D'une part, le médicament est perçu positivement en raison de son efficacité à gérer les symptômes d'anxiété et d'insomnie, tout en provoquant peu ou pas d'effets secondaires :

« L'Ativan c'est bien. Ça règle tous mes maux » (femme, 63 ans, 30 années de consommation),

« Je ne sens pas que je suis sous l'effet de médication, je ne sens pas les effets secondaires des trois médicaments que je prends » (homme, 59 ans, 10 années de consommation). Ce

consommateur détaille les impacts positifs de son psychotrope :

Puis j'ai commencé à prendre ça et [...] c'est sûr que ça a stabilisé mes humeurs. J'ai retrouvé le goût de vivre, de faire des choses. Et quand j'en prends, bien ça fait du bien. Je dors bien et dans la journée je fais moins de fatigue. Ça me permet de faire ce que j'ai à faire puis de ne pas penser, d'avoir les idées noires, des choses comme ça (homme, 50 ans, 8 années de consommation).

Cette consommatrice précise, quant à elle, que la pilule lui permet de retrouver un niveau d'énergie qu'elle avait en étant plus jeune : « Quand je les prends, c'est comme si je me sens vraiment moi-même, je me sens comme normale, pareille comme avant, à trente ans, à quarante ans » (femme, 54 ans, 3 années de consommation).

D'autre part, le médicament est également perçu négativement. Plus particulièrement, les répondants se plaignent de ses effets secondaires, du risque de tolérance et de dépendance, ainsi que de son efficacité limitée. Cette consommatrice fait le constat de différents effets secondaires associés à sa consommation de benzodiazépines qui ont un impact sur son fonctionnement :

Mais tu sais, tu n'as pas l'esprit, tu n'as pas la mémoire pareille [...] L'effet, c'est que je me sens amorphe, là tu sais. Comme quand on est fatigué et puis on n'a pas le courage d'entreprendre rien [...] Vois-tu moi, je ne partirais pas avec la voiture là quand je prends ça puis m'en aller. Tu te sens moche (femme, 75 ans, 20 années de consommation).

D'autres consommateurs décrivent que leur prise de benzodiazépine diminue leur mobilité, occasionne des difficultés de mémoire, et provoque des céphalées : « Puis moi, on dirait que ça me tombe dans les jambes quand j'en prends pendant [plusieurs] soirs » (homme, 85 ans, 27 années de consommation); « Moi en tout cas je suis portée à le croire que ma mémoire pourrait être meilleure si je n'avais pas besoin de prendre de somnifères pour dormir » (femme, 56 ans, 20 années de consommation); « C'est souvent ça, maux de tête, tremblements puis distraction. Je dirais que j'ai de la difficulté à me concentrer » (homme, 66 ans, 5 années de consommation).

Une autre participante craint l'effet de tolérance au médicament : « Ils me font peur les médicaments [...] Tu sais, le corps s'habitue, fait que quand il s'habitue, ça veut dire que la prochaine fois, t'as besoin d'une dose plus élevée » (femme, 56 ans, 9 années de consommation).

Quant à lui, ce consommateur décrit sa dépendance au médicament :

Mais à force de prendre ça, on dirait que je me suis habitué à ça. Et puis, si j'oublie de prendre la capsule avant d'aller me coucher, je ne suis pas capable de dormir [...] Fait que là, à tous les soirs ça me prend ça, sinon je ne suis pas capable de dormir. C'est pareil comme si je devenais *addict* à ça là (homme, 57 ans, 8 années de consommation).

Cette consommatrice corrobore cette impression, en décrivant ce qu'elle considère une dépendance d'ordre psychologique :

Je sens que j'ai une dépendance [...] C'est peut-être vrai qu'il n'y a pas de dépendance dans le sens que je peux en enlever une, une journée pis je dors, mais moi, je sais qu'il y en a une où que je suis plus capable de m'en passer. Une dépendance psychologique (femme, 55 ans, 13 années de consommation).

D'autres consommateurs expliquent que la pilule a peu ou pas d'impact sur leurs symptômes d'anxiété ou d'insomnie :

Je prends des médicaments pour essayer de dormir, mais j'ai de la misère à dormir pareil. Même en prenant les médicaments, tu dormirais peut-être un cinq, six heures là. Bien moi je vais peut-être dormir une heure, une heure et demie puis je suis réveillé (homme, 70 ans, 4 années de consommation).

Finalement, quelques consommateurs nous font candidement part de la contradiction dans l'acte même de prendre la pilule qui, selon eux, serait à la fois toxique et inefficace : « Je vais te dire bien franchement, depuis que je prends des médicaments, j'ai pour mon dire que j'ai plus empoisonné mon système que d'autre chose avec ça [...] Je prends ça pour rien, fait que mon système est empoisonné » (homme, 61 ans, 10 années de consommation).

*4.1.3.3. Consommation.* Les attitudes reliées à la prise de médicaments sont également divergentes au sein de notre échantillon. Pour plusieurs, l'usage de benzodiazépines permettrait de prendre en charge leur santé et gérer leur quotidien :

J'ai comme la sécurité de savoir que oui je vais dormir [...] C'est un instrument qui est là sur le marché puis qui répond à ce que j'ai besoin [...] C'est comme une mission accomplie. Mon corps a dormi, je peux maintenant me servir de ce corps-là pour travailler, pour faire ma maison, pour avoir le droit de vivre là, au lieu de courir après le droit de vivre [...] Je ne le vois pas comme une béquille. Moi je le vois comme un supplément. Moi c'est comme laissez-moi vivre là j'ai trouvé mon remède là, j'ai la sorte de char que je veux là, je roule (femme, 63 ans, 11 années de consommation).

De même que pour d'autres consommateurs qui expliquent que la prise de psychotropes leur permet de prévenir des difficultés de santé : « Si je n'en prendrais pas du tout, je deviendrais peut-être tellement fatigué, je deviendrais malade » (homme, 70 ans, 4 années de consommation); « Moi je m'en sers d'une façon préventive. Peut-être que je ne m'en sers pas du tout de la bonne façon là, mais plutôt de risquer d'avoir mal, je vais au-devant des coups » (homme, 50 ans, 8 années de consommation). Un autre associe la consommation à une certaine quiétude spirituelle : « Ce n'est pas pour abuser. C'est la vie d'aujourd'hui, c'est ma manière à moi de gérer mon âme, ma paix » (homme, 50 ans, 9 mois de consommation).

Toutefois, certains participants sont plus ambivalents. Ils se sont résignés à leur situation, c'est-à-dire qu'ils se sentent obligés à prendre la pilule et ne peuvent arrêter leur consommation : « Mais ça, je n'y peux rien. Rien. Je suis pognée avec ce médicament-là » (femme, 56 ans, 20 années de consommation).

Plusieurs consommateurs sont aussi conscients du côté superficiel d'une telle gestion de leurs difficultés :

Bien, je vois [le médicament] comme une béquille. Je trouve que ce n'est pas naturel comme tel, je sens que ce n'est pas la façon de pouvoir faire le ménage ou à m'aider, puis aller au fond de mes ennuis ou de mes tracas (homme, 59 ans, 10 années de consommation).

Certains répondants vont même jusqu'à se considérer handicapés par leur comportement de consommation : « J'ai l'impression que prendre des pilules, c'est un handicap. Au bout d'un certain temps, c'est une dépendance qui n'est pas nécessaire » (homme, 60 ans, 4 années de consommation).

Pour conclure, les attitudes envers le vieillissement, le médicament et la consommation sont variées chez les participants à cette étude. Globalement, les consommateurs qui ont une vision plutôt négative du vieillissement ont davantage tendance à voir leur propre avancement en âge comme un facteur contribuant à leur consommation. Tandis que ceux qui perçoivent leur vieillissement sous un angle plus positif expriment un plus haut degré d'empowerment envers leur prise en charge de leur état de santé, et conçoivent le psychotrope comme une aide supplémentaire pour bien fonctionner. Le médicament et sa consommation sont également marqués par une variation de représentations chez les répondants. Plusieurs affirment que la benzodiazépine est efficace pour gérer leurs symptômes et provoque peu (voire aucun) effet secondaire, alors que plusieurs expriment qu'elle contribue à leurs difficultés. La consommation de psychotropes peut aussi être perçue comme un moyen efficace ou superficiel pour gérer leurs difficultés de santé.

#### *4.1.4. Stratégies d'adaptation*

Cette catégorie représente les stratégies que les consommateurs emploient pour s'adapter à leur consommation, s'informer sur leur médication, diminuer leur dissonance cognitive, et gérer leurs interactions avec leur médecin. Ces stratégies divergent selon le niveau d'empowerment ou d'impuissance vécu par les consommateurs.

*4.1.4.1. Contrôle de la consommation.* Les consommateurs indiquent adopter divers comportements pour exercer un contrôle sur leur consommation de benzodiazépines, dont limiter le dosage ou diminuer la fréquence de leur prise. En effet, plusieurs d'entre eux précisent prendre leur benzodiazépine de façon sporadique : « Je n'en prends pas tous les jours. Je vais me coucher,

j'essaie de dormir. Mais quand ça ne va pas, j'en prends une [...] J'en prends quand j'en ai de besoin et je trouve que c'est bien » (femme, 71 ans, 7 années de consommation).

D'autres participants disent limiter la dose et la fréquence de leur prise de médication :  
« C'est pour ça que j'ai essayé d'en prendre le moins possible. Mais moi je ne veux jamais augmenter plus qu'un milligramme. Non, il va falloir que ça fonctionne comme ça. Il n'est pas question d'augmenter plus que ça » (femme, 56 ans, 20 années de consommation). Une autre explique comment elle alterne les différents types de médicaments qui lui sont prescrits pour limiter les risques de tolérance et de dépendance :

Je ne veux pas m'habituer à un certain type. Donc, je varie. Je fais un cocktail de tout ça, pas en même temps-là. Mais je ne développe pas de dépendance. Dieu merci, je ne pense pas développer la manie d'associer le sommeil à un cachet (femme, 63 ans, 30 années de consommation).

Certains participants affirment également avoir diminué, voire même arrêter leur consommation de psychotropes :

J'ai arrêté les antidépresseurs bien proche quelques mois après, et je suis en train d'arrêter les pilules pour dormir [...] Je serais capable de vivre sans ça. Je ne dis pas que ce n'est pas nécessaire comme quand t'as une jambe cassée, t'as besoin de béquilles. Mais pas pour toujours là (homme, 60 ans, 4 années de consommation).

En outre, plusieurs consommateurs emploient des stratégies non médicales pour gérer leur anxiété ou insomnie, et même pour limiter leur consommation de benzodiazépines : « J'essaie de gérer mon stress au lieu d'augmenter mon médicament » (63 ans, 11 années de consommation),  
« Il y a autre chose qu'on peut faire pour relaxer ou pour trouver le sommeil. Tu peux prendre

une marche, le sport, la relaxation, le yoga, les boissons relaxantes. Je ne règle pas mon problème avec une pilule » (femme, 63 ans, 30 années de consommation).

Toutefois, plusieurs participants se sentent impuissants face à leur consommation.

Certains consomment par simple habitude :

Je n'ai jamais pensé d'arrêter. Je te le dis que c'est une habitude. Parce que si ça ne me fait pas dormir, pourquoi j'en prendrais une? Des fois je me couche, je ne l'ai pas prise, je vais aller en chercher une. Ou si je prends la moitié et que je ne suis pas capable de dormir, c'est parce que j'ai pris juste la moitié. C'est juste une idée. Des idées de fou, hein? (rires) (femme, 65 ans, 36 années de consommation).

D'autres expriment quasiment un sens d'obligation à utiliser la substance prescrite, et ce, pour le restant de leurs jours :

J'aimerais mieux ne pas prendre les pilules (rires), mais hum, qu'est-ce que vous voulez. C'est un problème, c'est comme une marque, c'est comme quelque chose qui m'a troublée assez là pour le reste de ma vie. Mais je ne pense pas que personne peut rien faire (femme, 71 ans, 7 années de consommation).

D'autres consommateurs considèrent les stratégies non médicales comme inefficaces pour gérer leur anxiété ou insomnie, les incitant à continuer leur consommation : « Même en médecine douce, en relaxation, en bains chauds, en massages, en tout ce qu'on veut là, puis j'en n'avais pas de solution » (femme, 63 ans, 11 années de consommation).

Certains consommateurs affirment également que leurs tentatives de diminuer ou d'arrêter ont été (ou seront) des échecs, les encourageant à continuer à prendre leur pilule :

Mais là quand je lâche de moi-même, je sais très bien que ça ne marchera pas [...] Je le fais de moins en moins maintenant parce que je sais qu'à chaque fois que je l'ai essayé, ça n'a jamais marché, ça n'a jamais mené à quelque chose de bon (homme, 70 ans, 4 années de consommation).

Finalement, plusieurs répondants expriment leurs craintes quant à un arrêt de consommation. Par exemple, cette femme exprime que de ne plus avoir cet outil à sa disposition lui causerait du stress additionnel :

Fait que ne pas avoir ça de *backup*, je n'aimerais pas ça. Je crois que ça peut même causer du stress, quand tu penses que tu ne peux pas avoir quelque chose là tu sais, qui pourrait peut-être t'aider, que ce n'est pas à ta disposition (femme, 56 ans, 9 années de consommation).

Même situation pour ce participant, qui craint qu'un arrêt puisse exacerber ses difficultés :  
« Je n'ai jamais pensé de la réduire parce que j'ai peur de la réduire et de ne pas être capable de dormir. Puis de retourner dans un stress impossible, tu sais » (homme, 57 ans, 8 années de consommation).

*4.1.4.2. Recherche d'informations.* Plusieurs consommateurs considèrent que la recherche d'information permet de clarifier et soutenir leur consommation. Certains indiquent lire les informations qui sont offertes en accompagnement au médicament ou contacter un professionnel de la santé pour connaître les effets secondaires et les contre-indications. Par exemple, cette femme mentionne : « C'est tout marqué à l'intérieur [de l'emballage du médicament]. Avec les contre-indications, les effets secondaires [...] Si vraiment j'avais besoin d'une réponse rapide, je vais appeler la pharmacie. En deuxième lieu, j'appellerais Info-Santé » (femme, 63 ans, 30 années de consommation). Cet homme rapporte également s'informer auprès de professionnels de la santé, ce qui l'aide à prendre des décisions par rapport à sa consommation : « Je vais

m'informer au pharmacien, premièrement, puis après ça je vais m'informer au médecin, puis après ça je vais juger par moi-même si je peux le prendre ou quoi » (homme, 57 ans, 8 années de consommation). D'autres participants s'informent sur la classification ou le dosage de leurs prescriptions pour confirmer que leur consommation est adéquate :

Mon médicament est un tranquillisant, ce n'est pas un somnifère. Ce n'est pas un narcotique, c'est un tranquillisant. C'est ça que mon médecin me dit, j'ai vérifié dans le dictionnaire médical, c'est ça que ça dit, c'est un tranquillisant, ce n'est pas fort, 3 mg c'est la dose moins élevée (homme, 66 ans, 5 années de consommation).

À l'inverse, d'autres consommateurs n'accordent pas d'importance à la recherche d'informations, soit par détachement ou par un manque d'intérêt : « Je ne me suis pas documentée plus qu'il fallait » (femme, 55 ans, 13 années de consommation), « Bien, j'ai sûrement entendu puis lu des informations, puis tout ça, sauf que je ne les ai pas gardées en mémoire » (femme, 55 ans, 15 années de consommation). Certains participants expriment aussi qu'après plusieurs années de consommation, ils n'ont pas d'intérêt envers la recherche d'informations :

Oui, j'ai déjà vu [des informations], puis ça ne m'intéressait pas. Moi, je vais te dire bien franchement, j'ouvre la télé, je tombe sur une station qui vont parler de médicaments, je change de station. Ça ne m'intéresse pas. Ça fait trop longtemps que j'en prends (homme, 61 ans, 10 années de consommation).

*4.1.4.3. Justifications cognitives.* Les consommateurs utilisent des stratégies cognitives, telles que la minimisation et la rationalisation. Ceci sert à diminuer leur inconfort face au vieillissement, ainsi qu'à justifier leur usage à long terme. En fait, certains consommateurs appliquent une vision âgiste seulement à l'expérience des autres personnes âgées, ce qui leur

permet de minimiser l'impact de leur propre processus de vieillissement. À titre d'exemple, cette femme affirme qu'elle est en meilleure santé que d'autres personnes, minimisant ses perturbations de sommeil : « Je suis pognée avec ce problème-là, je me dis qu'il y en a qui sont pires que ça. Tu sais, j'ai quand même une bonne santé pour mon âge puis je suis active » (femme, 56 ans, 20 années de consommation). Ce consommateur exprime quant à lui que les personnes âgées sont à risque de faire de la polymédication en raison de leurs difficultés de santé, excluant en quelque sorte sa propre consommation de psychotropes : « C'est effrayant le bagage de pilules que le monde trimballe [...] Les vieilles personnes sont surtout victimes de ça [...] elles sont plus vulnérables, elles ont plus de petites maladies, plus de bobos à leur âge, hein? » (homme, 76 ans, 15 années de consommation).

Le récit d'autres répondants illustre de l'auto-âgisme, soit en justifiant leur consommation de psychotropes de par leur âge :

Mais je ne vois pas pourquoi j'en prendrais pas à mon âge. Si j'étais plus jeune, ça m'inquiéterait. Mais pas à l'âge de 80. Non non. Ça me fait passer de meilleurs jours de vieillesse [...] Pas en étant plus jeune, je pouvais me divertir, sortir. Mais là, rendu à cet âge, on se fie aux pilules. À l'âge que j'ai, je n'ai rien à perdre (femme, 79 ans, 17 années de consommation).

Cette même participante ajoute qu'elle ne considère pas arrêter sa médication, car le vieillissement représente une période d'isolation et de détérioration de l'état de santé :

Je ne fais pas d'effort pour lâcher. Comme c'est là (rires) je ne peux pas être mieux. Puis être pire, ben oui. À mesure que j'avance dans l'âge, c'est toujours de pire en pire. Difficulté à dormir. On a plus de difficulté à digérer, on ne mange pas n'importe quoi. Tu ne vas pas où tu veux. Tout ça, ben ça t'empêche de dormir comme une vie normale. Une vie de vieillard. Moi, la vieillesse, l'âge me fait bien peur. Vieillir toute seule, ce

n'est pas drôle [...] Puis on manque beaucoup de confiance en vieillissant. Ce n'est pas drôle de vieillir (femme, 79 ans, 17 années de consommation).

Une autre consommatrice mentionne quant à elle qu'à son âge, la médication est acceptable si elle contribue à sa qualité de vie :

Je ne prendrais pas ça si j'en avais pas besoin. Avant, je dormais bien, je n'ai jamais pris ça de ma vie. Je vais avoir 74 ans, si c'est ça que ça me prend, je vais le faire [...] J'aime autant finir le reste de ma vie être de bonne humeur, être en forme, avec des médicaments que le peu de temps qui me reste, être toujours de mauvaise humeur, pas être bien. Si ça prend juste ça, je ne suis pas contre (femme, 73 ans, 8 mois de consommation).

Par ailleurs, plusieurs consommateurs vont minimiser leur consommation de benzodiazépines en la considérant comme une drogue douce, ou en la comparant à d'autres comportements qui sont plutôt triviaux. Par exemple, cette consommatrice affirme qu'elle n'est pas dépendante de son médicament, car celui-ci n'est pas une drogue : « Je prends une petite pilule, c'est n'est pas une affaire de faire une accoutumance je veux dire ce n'est pas de la drogue, c'est une pilule » (femme, 73 ans, 16 années de consommation). Pour sa part, cet homme compare sa consommation de benzodiazépines à une habitude alimentaire : « Pour moi c'est à peu près au même niveau que bien... prendre un café le matin pour se réveiller » (homme, 53 ans, 10 années de consommation). Cette femme propose également que la benzodiazépine est similaire aux substances vendues sur tablette : « Bien moi, ce médicament-là, je me dis que ce n'est pas pire que prendre une aspirine à tous les jours » (femme, 72 ans, 25 années de consommation).

En outre, plusieurs participants vont justifier leur prise de psychotropes en rationalisant ce comportement. Ces derniers vont évaluer le rapport coûts-bénéfices de la consommation, ou partager un argument logique pour soutenir leur prise :

Ça n'enlèvera pas la cause de mes soucis, mais au moins j'aurai eu un bout de sommeil un peu plus réparateur. Quand tu n'as pas un minimum de sommeil, tu ne peux pas être dans le même état d'esprit pour gérer un stress ou régler matériellement un problème. Alors, il faut toujours mettre dans la balance ce que tu gagnes, ce que tu perds. C'est pour ça que je ne peux pas dire que je prendrais la décision irrévocable d'arrêter (femme, 63 ans, 30 années de consommation).

D'autres consommateurs vont juger leur consommation comme étant raisonnable selon la dose ou la fréquence de leur prise de psychotropes. Comme cette répondante l'explique, sa consommation chronique est acceptable, car elle ne prend pas une dose élevée :

Vu que je n'en abuse pas, je prends toujours la même dose puis tout ça... Mais encore là, si ce serait une forte dose, je ne serais pas d'accord, là. Les pilules, c'est la dose puis la quantité. Je ne me sens pas que je fais un abus de ça (femme, 55 ans, 15 années de consommation).

Quelques consommatrices expriment également ne pas se percevoir comme des personnes dépendantes aux médicaments, légitimant ainsi leur consommation de benzodiazépines : « Parce que je ne suis pas la femme aux médicaments, je prends ce que je suis obligée de prendre. Je n'ai pas bien le choix, tu sais » (femme, 65 ans, 36 années de consommation).

*4.1.4.4. Autonomie devant le médecin.* La consommation des participants appert tributaire de leur rapport avec leur médecin. Certains consommateurs vont mettre en pratique leur pouvoir d'agir en collaborant avec leur médecin pour déterminer l'option de traitement la plus favorable, ou pour diminuer leur consommation. Par exemple, ce consommateur fait part de ses recherches à

son médecin afin de déterminer quelle substance est la plus appropriée : « J'ai dit au docteur qui me voyait : "Là, l'article que j'ai lu, je voudrais avoir ça comme médicaments. Je voudrais essayer ça à la place" » (homme, 50 ans, 9 mois de consommation). Cette consommatrice refuse parfois les recommandations de son médecin et lui exprime ses préférences pour obtenir un traitement qui lui convient davantage :

Mon médecin dit : "on peut peut-être essayer ça". Moi je réponds : "Non. Pas intéressée" [...] Puis quand le docteur m'a donné le Serax, j'ai dit : "Moi je ne veux pas une pilule pour dormir, je ne veux pas une pilule pour m'amortir à un point que je ne serai pas là, je veux juste un relaxant". Bien, il a dit : "Je vais te donner ça à la place" (femme, 72 ans, 25 années de consommation).

Néanmoins, plusieurs consommateurs vivent plutôt un sentiment d'impuissance face à leur médecin, et lui remettent entre les mains la responsabilité de gérer leur santé, sans questionner ses recommandations. Comme exemple, ce participant mentionne qu'il n'a pas lui-même choisi de débiter à consommer des psychotropes : « Ça pas vraiment été un choix. C'était bien une prescription du médecin » (homme, 53 ans, 10 années de consommation). Cette autre consommatrice se croit obligée de prendre des benzodiazépines, car son médecin les lui prescrit :

J'ai quand même peur des pilules. Je suis obligée d'en prendre parce que le docteur me les donne puis que j'en ai de besoin mais pas parce que j'aime ça les pilules [...] Si le médecin nous le donne, c'est parce qu'il pense qu'on en a besoin. Il ne nous en donnerait pas pour rien, je pense (71 ans, 7 années de consommation).

Par ailleurs, des répondants, plus critiques, considèrent que leur médecin fait la promotion de la substance, les incitant ainsi à en consommer : « Les gens qui ont des médicaments à prendre ont un *drug pusher*. J'ai un *drug pusher* comme [médecin] » (femme, 63 ans, 11 années de consommation), « Puis elle, le docteur bien elle est une donneuse de pilules. Elle me dirait :

“Non, non, es-tu tannée de la prendre? Je vais t’en donner une autre” » (femme, 72 ans, 25 années de consommation).

Plusieurs vont également préciser qu’en raison du contexte du système de la santé, le temps et l’investissement de leur médecin sont limités. De ce fait, ils ont de la difficulté à exprimer leurs besoins ou obtenir du soutien de la part de ce dernier. Cette femme normalise le fait que son médecin ne prenne pas le temps de répondre à ses questions en raison de sa charge de travail élevée :

C’est parce que je pense que le médecin ne prend jamais le temps. On est bien mieux de chercher des livres puis de voir avec des gens qui ont ce problème-là, parce que les médecins sont tellement occupés. Moi en tout cas, le médecin que je vois, c’est toujours vite, vite, vite. Puis je me prépare une liste de questions, puis elle a hâte que j’aie fini mes questions. C’est normal, ils sont tellement bousculés, ils ont tellement de patients (femme, 56 ans, 20 années de consommation).

En résumé, les participants à cette étude développent diverses stratégies cognitives pour diminuer leur niveau de dissonance interne. Certains d’entre eux utilisent des stratégies pour contrôler ou pour trouver des alternatives à leur consommation, et d’autres sont davantage résignés devant leur prise de médicament en exprimant qu’ils ne peuvent pas envisager une diminution ou un arrêt en craignant que cela puisse exacerber leurs difficultés. La recherche d’information est aussi liée au sentiment de pouvoir d’agir des consommateurs, soit que certains l’exercent en faisant des recherches sur leur médication pour orienter leurs décisions liées à la consommation, et d’autres ne s’en préoccupent simplement pas. De plus, il appert que les consommateurs se basent sur leurs représentations du vieillissement et de leur comportement de consommation pour justifier ou rationaliser leur prise de médicaments. Enfin, le degré

d'autonomie perçu dans le rapport avec le médecin est pris en considération dans la gestion de la prise de médication.

#### **4.2. Modèle descriptif : médecins**

Parallèlement au premier modèle descriptif présenté, celui-ci vise à illustrer les divers éléments pouvant influencer le sentiment d'empowerment des médecins (voir Figure 2) : (a) les facteurs individuels, incluant leur clientèle et leur formation; (b) l'environnement social, incluant l'influence du contexte du système de la santé, des professionnels de la santé, des compagnies pharmaceutiques et du marché noir, et des patients et de leurs proches aidants; (c) les attitudes reliées au vieillissement, au médicament et à la prescription; et (d) les stratégies d'adaptation, incluant les comportements de contrôle de la prescription, la recherche d'informations, les justifications cognitives, ainsi que les interactions avec leurs patients.

Tout comme pour le modèle portant sur le niveau d'empowerment des consommateurs, les éléments inclus dans ce modèle sont des concepts interdépendants, ayant un impact variable sur la vision âgiste du vieillissement et sur le sentiment de pouvoir d'agir des médecins. Dans la section suivante, chaque élément du modèle est défini et illustré par des verbatim.

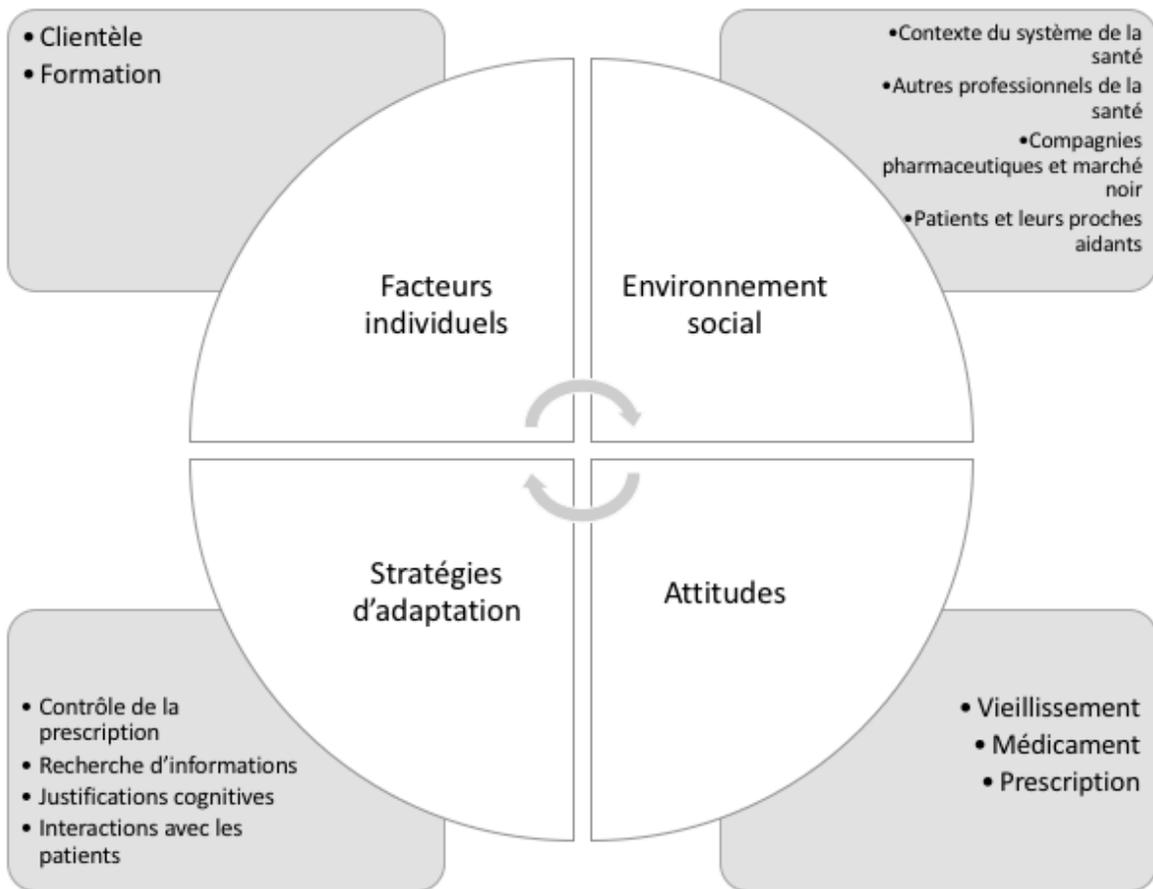


Figure 2. Modèle descriptif présentant les éléments qui influencent le niveau d'empowerment du médecin

#### 4.2.1. Facteurs individuels

Cette catégorie comprend des éléments relatifs à l'expérience des participants, tant au niveau de leur clientèle qu'au niveau de leur formation. Ces expériences individuelles exercent un impact sur la vision du vieillissement des médecins, mais également sur leur sentiment d'empowerment.

4.2.1.1. *Clientèle.* La majorité des répondants rapportent offrir des services à des personnes âgées, indiquant qu'ils possèdent une certaine expérience spécifique auprès de cette clientèle. Par exemple, ce médecin déclare que puisque la population est vieillissante au Québec, il est de plus en plus appelé à voir des aînés dans sa pratique :

Moi, c'est une clientèle assez âgée que j'ai, c'est surtout la quarantaine et plus avec de plus en plus de personnes âgées. Parce qu'à [nom de la ville], la population est vieillissante. Il y a des médecins aussi qui ont quitté leur pratique puis qui avaient déjà beaucoup de personnes âgées et c'est ces personnes-là moi que je prends comme nouveaux patients (homme, 22 ans de pratique).

D'autres médecins se spécialisent auprès de personnes en perte d'autonomie, indiquant ainsi que la majorité de leur clientèle est composée de personnes âgées : « Puis c'est une clientèle de maintien à domicile et de perte d'autonomie. Donc ce sont surtout des personnes âgées » (homme, 22 ans de pratique).

Néanmoins, certains répondants mentionnent avoir peu de personnes âgées dans leur clientèle, car ils détiennent une expertise dans un domaine spécifique ou travaillent dans un milieu qui peut limiter le contact avec les patients du troisième âge. Plus spécifiquement, ce médecin explique que les personnes qu'il traite pour des problèmes de santé psychologique ne sont généralement pas dans l'âge avancé, car les aînés sont davantage portés à consulter leur médecin de famille qu'une clinique sans rendez-vous :

Je n'en ai pas beaucoup des gens de cinquante ans et plus que je traite spécifiquement pour un trouble de l'humeur ou pour un trouble affectif. [...] Comme je travaille dans une clinique où il y a un gros sans rendez-vous, j'ai l'impression sur trente consultations, il y a peut-être deux ou trois personnes âgées. Les gens âgés ne sont pas des consommateurs au niveau

du sans rendez-vous, ils voient leur médecin de famille en règle générale (homme, 41 ans de pratique).

*4.2.1.2. Formation.* Quelques professionnels expriment que leur expertise et expérience influence le développement de plans de traitement pour leurs patients, incluant la prescription de benzodiazépines : « Mon expertise en santé mentale est telle que j'essaie d'établir le plus possible devant quel diagnostic je suis de façon à pouvoir évaluer un plan de traitement le plus précis possible. Les benzodiazépines peuvent s'incorporer à ce plan de traitement-là » (homme, 21 ans de pratique), « Maintenant, je suis pas mal connaissant des benzos parce que quand j'étais à [nom de la ville], on aidait beaucoup de gens qui étaient sur des benzos à se débarrasser de ça » (homme, 41 ans de pratique).

Pour sa part, ce participant considère que sa formation l'incite à être centré sur les solutions, impliquant parfois la prescription de benzodiazépines :

À ce moment-là, tu leur dis : "écoute, je vais vous donner [ce médicament], ce n'est pas magique, ça va vous soulager". Peut-être qu'on devrait dire "êtes-vous capables de l'endurer encore un peu, avant de prendre un médicament qui a des chances que vous restiez accrochés?" Peut-être qu'on devrait dire ça sauf que, on a été formé pour résoudre des problèmes. Puis dans ma façon, je veux que quand il va sortir d'ici, que le problème soit au moins résolu, hein? Je suis formé pour ça (homme, 22 ans de pratique).

Cette autre médecin considère avoir besoin de formation supplémentaire pour pouvoir soutenir ses patients à arrêter de consommer des benzodiazépines : « Ah je trouve ça bien dur à arrêter [les benzodiazépines]. Ça, j'avoue peut-être que ça me prendrait de la formation pour trouver des trucs sur comment arrêter parce que j'avoue que souvent je leur prescris puis c'est ça » (femme, 8 ans et demi de pratique).

En bref, comme le contexte de la pratique influence le type de clientèle suivi par les médecins participant à cette étude, leur degré d'expérience auprès de personnes âgées peut diverger. La formation et les expériences professionnelles passées de ceux-ci sont également liées à leurs interventions, incluant la prescription de benzodiazépines aux aînés, et la perception du travail entourant l'arrêt de cette molécule.

#### *4.2.2. Environnement social*

Cette deuxième catégorie inclut des facteurs de l'environnement social qui peuvent influencer les pratiques professionnelles des médecins, ainsi que leurs représentations des psychotropes et de leur pouvoir d'agir. Plus spécifiquement, les particularités du système de la santé, l'influence des autres professionnels de la santé traitants et des compagnies pharmaceutiques, l'accès au marché noir, ainsi que les interactions avec les patients et leur entourage représentent les principaux facteurs explorés par les répondants.

*4.2.2.1. Contexte du système de la santé.* Certains récits illustrent que la flexibilité au niveau du temps, l'approche multidisciplinaire, et le synchronisme entre les pratiques des divers professionnels traitants représentent des facteurs qui peuvent favoriser la prise en charge des patients âgés. Par exemple, ce médecin précise que lorsque les conditions sont favorables pour prioriser l'arrêt de consommation de benzodiazépines, l'implication d'infirmières dans la gestion de difficultés connexes peut faciliter le processus :

C'est du cas par cas, mais je peux facilement prendre une personne de soixante-dix ans puis lui parler de réduire sa consommation puis prendre du temps pour ça [...] souvent dans un groupe de médecins de famille, c'est

quelque chose qu'on va pouvoir adresser plus facilement. On a des infirmières qui vont faire de l'enseignement aux patients, qui vont pouvoir aborder les patients sur les problématiques plus importantes, plus longues, plus complexes (homme, 22 ans de pratique).

Cette autre participante identifie un changement au sujet de la perception de la polyconsommation, et explique que lorsque les professionnels de la santé partagent la même vision, il est plus facile de sevrer les patients :

J'ai deux ou trois infirmières qui travaillent avec moi, quand je décide de sevrer, qui peuvent assumer le suivi au niveau des symptômes physiques, d'encouragements [...] Donc je pense que l'attitude des autres professionnels a changé aussi peut-être, pour dire "ben là, pas trois sortes [de médicaments] différentes, c'est peut-être pas nécessaire" [...] Donc on a la même approche (femme, 16 ans de pratique).

Toutefois, la majorité des participants considèrent que le contexte du système de santé favorise la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées, et ce, même si les conséquences nocives de cette pratique pour cette clientèle sont officiellement reconnues. Plusieurs déplorent le manque de ressources alternatives, incluant les traitements psychothérapeutiques, systémiques ou pharmaceutiques, résultant en la prescription de psychotropes : « Puis souvent, on ne peut pas avoir de travailleurs sociaux ou de psychologues à court terme, ça fait qu'on est obligé de compenser par une pilule » (homme, 22 ans de pratique). Cette autre répondante mentionne qu'il lui manque des outils pour assurer le sevrage des benzodiazépines :

Tu sais les médecins, on le sait que ce n'est pas bon, on le sait qu'il faut diminuer, on le sait qu'il faut sevrer, on se fait taper sur les doigts parce qu'on en prescrit trop. Et en même temps, on n'a pas beaucoup d'outils pour faire le sevrage pour nous aider à les enlever, pour les remplacer (femme, 16 ans de pratique).

Ce médecin affirme que bien que les benzodiazépines ne soient pas efficaces pour traiter les difficultés chroniques, les traitements offerts sur le long terme sont inaccessibles :

C'est frustrant parce que tu le sais que tu vas donner une pilule pour un problème qui normalement devrait se résoudre autrement. Tu vas envoyer quelqu'un voir un travailleur social. Le travailleur social là, je ne porte pas de jugements, mais eux-autres s'ils n'ont pas de résultats après huit, dix, douze rencontres, ils ferment le dossier. Il faut que ce soit des interventions plutôt brèves. Mais c'est souvent des problèmes à long terme [...] Prendre un rendez-vous avec un psychologue ici au CLSC. La liste d'attente, c'est trois mois, quatre mois, cinq mois, six mois puis en attendant, qu'est-ce que tu fais? Tu vas lui donner une petite pilule parce que tu veux le soulager (homme, 22 ans de pratique).

Par ailleurs, plusieurs participants citent le manque de temps pour accompagner la personne ou offrir de l'information sur les benzodiazépines. Donc, la prescription du médicament représente souvent la méthode de traitement la plus rapide pour gérer un symptôme, ou même pour être capables d'offrir des consultations à tous les patients :

Qu'est-ce qui prend du temps, pour un médecin, c'est de prendre 15-20 minutes pour expliquer les méfaits ta-ta-ta, ou bien les 30 secondes puis après faut leur prescrire puis pas d'*obstinance*. Comme dans vraie vie, c'est ça qui arrive. Quand tu es au sans rendez-vous, tu vois 30 patients et elle, tout ce qu'elle veut c'est sa prescription. Dans 20 secondes, c'est fini (femme, 16 ans de pratique).

4.2.2.2. *Autres professionnels de la santé.* Certains participants rapportent que lorsque le médicament est prescrit ou renouvelé par un autre professionnel de la santé, il est plus difficile d'implanter leur propre mode de prescription. Par exemple, ce médecin indique ne pas toujours être en accord avec les recommandations du spécialiste, qui suit son patient de manière intermittente :

Les psychiatres aussi des fois ils recommandent [la benzodiazépine]. Donc c'est sûr que quand le psychiatre le recommande, nous sommes plus à l'aise [de la prescrire]. Mais en même temps, le psychiatre, ce n'est pas lui qui suit le patient de façon mensuelle. Parfois aussi, ils le recommandent et là on dit : "ah moi je ne veux pas, moi je trouve que ce patient ne devrait pas avoir de benzo" (femme, 16 ans de pratique).

Une autre médecin appuie cette affirmation, regrettant que les médicaments prescrits en milieu hospitalier ne soient que rarement sevrés avant le départ du patient, et qu'ainsi lui incombe la responsabilité de maintenir la prescription :

Puis je pense aussi que des fois, c'est introduit à l'hôpital et n'est pas cessé avant que [le patient] sorte. C'est quelque chose que l'hôpital a ignoré, je pense. Là où moi j'ai bien de la misère, c'est en psychiatrie. Ça n'a pas de bon sens les médicaments qu'ils donnent à ces patients-là. Mais là, nous autres, on est un peu des re-prescripteurs (femme, 9 ans de pratique).

Une autre source de frustration serait les pharmaciens, qui peuvent être perçus comme un véhicule supplémentaire utilisé par les patients désireux d'obtenir une prescription :

La façon que les gens fonctionnent c'est que pour se sauver soit des rendez-vous avec nous ou pour sauver du temps, ou peut-être parce que l'on est inaccessibles dans certains cas, bien ils fonctionnent par leur pharmacien. Puis là, ça devient facile de faire represcrire une prescription par le pharmacien une fois et deux fois, puis finalement on s'aperçoit que ça fait six mois que l'on n'a pas vu le patient. Alors moi j'ai coupé ça avec les pharmaciens (homme, 21 ans de pratique).

4.2.2.3. *Compagnies pharmaceutiques et marché noir.* Quelques participants expliquent que les méthodes promotionnelles des compagnies pharmaceutiques peuvent faciliter la prescription de psychotropes aux patients. À titre d'exemple, ce médecin expose que les pratiques de marketing des compagnies pharmaceutiques ont contribué à la popularité des benzodiazépines :

À un moment donné, il y avait des médicaments comme l'Ativan que les représentants nous apportaient en échantillon. Quand ces médicaments-là sont sortis, toute cette classe de médicaments, il y en avait beaucoup là. Il y a eu une promotion par rapport à ça, là, énorme! Ça, ça n'a pas aidé, ça a été une promotion pharmaceutique (homme, 22 ans de pratique).

D'autres médecins s'inquiètent également de la revente des benzodiazépines sur le marché noir : « Tu sais, moi j'ai toujours la crainte que les médicaments que j'ai prescrits, ils sont revendus sur la rue » (femme, 16 ans de pratique).

*4.2.2.4. Patients et leurs proches aidants.* Les patients et même leur entourage sont ciblés par les répondants comme étant une source d'influence, particulièrement au sujet de la prescription et l'arrêt de consommation de benzodiazépines. D'une part, plusieurs médecins notent les moyens mis en place par certains patients en vue d'obtenir des psychotropes, tels que se démontrer résistant à l'arrêt, ou trouver des stratégies alternatives pour obtenir leurs prescriptions :

On a d'autres médicaments maintenant pour remplacer [la benzodiazépine]. Mais, il y a souvent beaucoup de résistance. C'est ça ou c'est d'autres choses, tu sais. Ça, c'est pénible. Il y a beaucoup de comportements qui deviennent très dérangeants pour avoir les benzos, tu sais, changer de médecin, aller en voir d'autres, "je les ai perdus dans la toilette" (femme, 10 ans de pratique).

D'autre part, les membres de la famille peuvent représenter une source de soutien pour les patients âgés, et peuvent même faciliter le processus de sevrage : « Souvent, on peut impliquer la famille, la famille peut être un aidant naturel qui peut être un soutien. L'aidant est informé puis peut encourager, disons, soit sa mère ou son père à les cesser » (femme, 14 ans de pratique).

L'effet inverse est également possible, c'est-à-dire que lorsque les membres de la famille consomment, le patient est davantage porté à en consommer également : « C'est prescrit, parce que ben du monde en prenne. Souvent c'est générationnel. La mère en prend alors le patient aussi » (femme, 16 ans de pratique). Les membres de la famille peuvent également exprimer au médecin le besoin pour de la médication : « Des fois ça va être plus la famille qui va dire : "écoute, elle est nerveuse puis elle ne se retrouve plus dans la maison, je veux juste la calmer". Fait qu'il peut y avoir un besoin de côté-là » (homme, 22 ans de pratique).

L'ensemble de ces résultats indique que divers éléments de l'environnement social peuvent influencer le sentiment d'empowerment des médecins. D'une part, le contexte du système de la santé peut parfois faciliter le suivi auprès des consommateurs, mais aussi le manque de temps et de ressources limite la prise en charge de ces derniers, encourageant ainsi la prescription de psychotropes. D'autre part, les divers professionnels de la santé que les patients consultent peuvent exercer une influence sur les pratiques des professionnels traitants, soit en facilitant la collaboration vers le sevrage, soit en favorisant les comportements de prescription. De plus, les messages véhiculés par les compagnies pharmaceutiques semblent avoir contribué à la popularité des benzodiazépines, et l'accès de cette molécule dans le marché noir rend les répondants craintifs. Enfin, les participants reconnaissent que l'entourage peut avoir un impact sur les patrons de consommation de leurs patients âgés, ayant également un impact sur leur prescription de psychotropes.

### 4.2.3. Attitudes

Cette catégorie concerne les représentations des médecins liées au vieillissement, aux benzodiazépines, et à leurs propres comportements de prescription, qui peuvent toutes exercer une influence sur leur sentiment d'empowerment.

*4.2.3.1. Vieillesse.* Quelques médecins perçoivent les personnes âgées comme étant indépendantes et actives, limitant ainsi leur consommation de médicaments. Ce participant rapporte que les adultes vieillissants sont moins susceptibles de subir les conséquences de stressseurs majeurs dans leur quotidien, favorisant une meilleure santé psychologique :

Quand on arrive un petit peu plus vieux, on dirait que (rires) je ne sais pas s'il y a moins de dépression, mais on dirait que des troubles professionnels, des troubles d'adaptation à la vie courante tu sais chez des jeunes hommes et des jeunes femmes qui ont à s'adapter à leur vie professionnelle, à leur vie conjugale, à leur vie avec enfants et tout ça [...] T'arrives un moment donné dans l'âge où tout ça, c'est derrière toi (homme, 21 ans de pratique).

D'autres médecins ajoutent que de façon générale, leurs patients d'âge mûr démontrent un haut niveau de vitalité :

Mais des 70 ans et plus, j'en ai plus que je pense. C'est parce que j'en ai beaucoup qui sont en forme. Ils ont peut-être 72, mais ils sont pas mal en forme et ils travaillent encore. Mais tu sais, des p'tits vieux là? Ça, je n'en ai pas tant que ça (femme, 9 ans de pratique).

De plus, d'autres médecins affirment que les personnes âgées sont moins portées à demander des médicaments, et davantage intéressées à se sevrer de ceux-ci : « Je pense que ce

sont les personnes plus âgées qui pensent que c'est une bonne idée d'essayer de sevrer » (femme, 16 ans de pratique).

Néanmoins, ces représentations positives du vieillissement ne sont pas la norme. La majorité des médecins participant à cette étude considèrent leurs patients âgés comme étant plus à risque d'être atteints de troubles de santé chroniques, ou ayant des capacités limitées et une faible habileté à prendre en charge leur état de santé. Comme exemple, ce médecin déclare que les personnes âgées sont peu productives :

Quand tu as 55 ans, c'est parce que tu es dans une période de ta vie où les enfants sont partis, ta job, tu as hâte de la finir parce que tu sais que tu vas prendre ta retraite à 60 ans, 63 ans puis là, il te reste encore... Puis là, tu n'es plus capable, la productivité, tu es pris (homme, 22 ans de pratique).

D'autres répondants expriment que les personnes âgées ne peuvent changer leurs habitudes de consommation, leur stress, ou leurs difficultés émotionnelles : « On n'envoie pas les gens de soixante-dix-ans, je ne sais pas moi, en psychothérapie là [...] ça risque pas mal plus de nuire puis de débalancer quelqu'un à ce moment-là » (homme, 22 ans de pratique); « C'est beaucoup une question d'habitude pour les personnes plus âgées. Mes petites mesdames, moi, il n'est pas question que je touche à leurs Ativan, là. Elles vont changer de docteur (rires) » (femme, 10 ans de pratique).

*4.2.3.2. Médicament.* Les médecins s'accordent sur le fait que les benzodiazépines sont généralement prescrites aux personnes âgées pour traiter les difficultés de sommeil et l'anxiété, mais les attitudes divergent sur l'utilisation du psychotrope en tant que tel. Quelques participants partagent quant à eux une vision positive de ce médicament :

Les benzodiazépines sont des médicaments qui calment l'anxiété. Alors, les gens recherchent ça, je pense, parce que ce sont des médicaments qui les soulagent. Je pense que c'est le Tylenol de l'âme [...] ils prennent ça puis ça les calme, puis fiou! Ça leur permet de passer la phase (homme, 21 ans de pratique).

De la même façon, certains participants trouvent que ce médicament est particulièrement efficace pour gérer les situations aiguës, en permettant au consommateur âgé de retrouver un certain contrôle : « Bien, il y a des fois les gens n'ont pas le choix [...] des fois ça apporte un grand soulagement, puis une certaine confiance, puis une capacité de reprendre un peu de soi-même » (homme, 22 ans de pratique). Cet autre médecin mentionne que peu de ses patients âgés subissent les effets négatifs des benzodiazépines, soutenant ainsi leur efficacité :

Ça a des effets paradoxaux, mais ça peut être utile [...] Dans les 50 ans et plus là, je n'en ai pas beaucoup que je pourrais dire que ça nuit à leur fonctionnement. Ça, c'est un point. La majorité qui les prend, ça les relaxe, qu'ils disent, ça enlève cette boule-là (homme, 22 ans de pratique).

Ces vues positives ne sont toutefois pas partagées par tous les répondants. Plusieurs évoquent les effets nuisibles de la substance pour la santé des personnes âgées. Par exemple, ce médecin énonce les multiples effets secondaires de ce médicament :

Mais c'est sûr que chez la personne gériatrique, je ne donne pas la benzodiazépine. Les benzodiazépines peuvent amener de la somnolence, peuvent amener de la confusion, peuvent altérer les fonctions cognitives [...] Il y a plein de choses un moment donné qui vont faire en sorte que, à cause de ça, ça va la rendre plus à risque de faire des chutes, de faire de l'hypotension. Générer plus de problèmes (homme, 21 ans de pratique).

Cet autre médecin aborde que la décision de cesser les benzodiazépines est généralement prise lorsqu'il y a présence d'effets secondaires ou de tolérance chez le consommateur :

Évidemment le médecin primaire a son raisonnement pourquoi il veut que la personne ne prenne plus [la benzodiazépine], soit parce que la personne a développé une tolérance, que ça lui prend des plus hautes doses pour avoir le même effet puis c'est rendu à des niveaux achalants, ou soit que la personne a des effets secondaires. Elle déparle, son équilibre est moins bon, elle a de la difficulté à conduire son auto, elle a tombée dans son bain. Il y a toutes sortes d'effets qui peuvent arriver avec les benzos (homme, 41 ans de pratique).

Plusieurs médecins s'inquiètent également de l'effet de dépendance associé à la prise de benzodiazépines : « Bien [le consommateur] pense que c'est nécessaire. Il pense que c'est nécessaire, que sinon il ne fonctionnera pas [...] C'est comme arrêter de fumer, c'est rendu une dépendance » (femme, 9 ans de pratique).

*4.2.3.3. Prescription.* Les attitudes liées à la prescription de benzodiazépines aux personnes âgées divergent également chez les médecins interviewés. Plusieurs considèrent que pour gérer l'intensité des symptômes anxieux ou pour aider à retrouver un niveau de fonctionnement acceptable, la prescription de benzodiazépines représente une option de traitement intéressante : « Ce sont des médicaments qui sont efficaces [...] ça fait partie de l'arsenal thérapeutique que le patient doit avoir en poche pour bien continuer » (homme, 21 ans de pratique).

D'autres participants expriment que lorsque leurs patients sont démunis, ils n'ont pas le choix que de leur offrir un traitement permettant de les soulager :

Dans les situations très aiguës, les gens n'ont souvent pas le choix. Puis là, on ne parle pas juste du stress de la vie quotidienne ou de la légère anxiété. Quand les gens perdent la maîtrise un peu d'eux-mêmes, ils ne sont pas en contrôle d'eux-mêmes, puis je pense que [la benzodiazépine] est très intéressante pour ramener ces gens-là à être capable de travailler après ça

sur d'autres choses. Mais en situation très aiguë, on n'a pas beaucoup le choix, il faut faire quelque chose (homme, 22 ans de pratique).

À l'opposé, la majorité des participants affirment que la prescription de benzodiazépines ne permet pas de régler les difficultés des patients de façon durable. Par exemple, ce médecin illustre l'effet superficiel de ce médicament :

Je ne pense pas qu'à long terme, ça aide tant que ça. Moi je vois vraiment ça dans un temporaire. Sinon, je pense que ça devient une béquille puis une dépendance [...] À la place de faire du social ou de l'activité physique, d'autres moyens de se relaxer, on prend notre pilule, tu sais? (femme, 9 ans de pratique).

D'autres médecins appuient cette affirmation en proposant que la prise chronique de benzodiazépines limite les consommateurs dans le développement de stratégies de coping alternatives :

Quand on tombe dans le chronique, c'est que les gens prennent ça et ça libère leur anxiété et ça leur permet de travailler. On ne développe pas pendant ce temps-là des capacités, ça les empêche d'avancer un peu puis d'aller à la source du problème (homme, 22 ans de pratique).

En définitive, les représentations du vieillissement, du médicament et de la prescription divergent chez les participants. En fait, il appert que les attitudes des médecins envers le vieillissement influencent leurs perceptions des habiletés et ressources de leurs patients âgés, ceci ayant, par ricochet, un impact sur leur choix de traitement. La représentation positive ou négative que se font les prescripteurs de la benzodiazépine module leur opinion quant à son efficacité ou nocivité pour les patients âgés. La prescription peut donc être perçue comme un moyen efficace de gestion de symptômes afin d'être plus fonctionnel au quotidien, ou bien comme une solution superficielle contrecarrant le développement de capacités personnelles pour gérer les difficultés.

#### 4.2.4. Stratégies d'adaptation

Cette catégorie représente les stratégies que les médecins mettent en place pour gérer la prescription et la consommation de leurs patients âgés, s'informer sur les benzodiazépines, diminuer leur dissonance cognitive, et gérer leurs interactions avec leurs patients.

4.2.4.1. *Contrôle de la prescription.* Les médecins interviewés pour ce projet disent gérer leur prescription de benzodiazépines, et ce, pour contrôler la consommation de leurs patients. Entre autres, ils limitent la durée et le dosage de leurs prescriptions, ou entament le sevrage au médicament. Plusieurs participants expliquent prescrire la benzodiazépine à court terme seulement, et ce, en fonction de balises précises :

Compte tenu de mon expertise en santé mentale, j'essaie d'établir le plus possible à quoi j'ai à faire en termes de maladie et puis je vais utiliser les benzodiazépines, mais dans un contexte de très, très court laps de temps, au début de la thérapie pour baisser l'anxiété, pour apaiser la souffrance [...] Mais, ce n'est pas une molécule que je vais utiliser de façon chronique (homme, 21 ans de pratique).

Quelques médecins précisent également que la prescription de benzodiazépines ne doit pas excéder deux mois, et suggèrent une consommation sporadique : « Si je pense à une utilisation ponctuelle, ça serait pour un mois ou deux » (femme, 10 ans de pratique); « Je vais être à l'aise d'en prescrire pour un mois, puis de ne pas les prendre tout le temps » (homme, 22 ans de pratique).

De plus, plusieurs participants expriment pouvoir limiter la prise de benzodiazépines chez leurs patients âgés, particulièrement en favorisant un plan de sevrage : « Bien, il me semble qu'on

devrait toujours essayer [de l'arrêter]. Quand on le part, on devrait avoir un plan pour l'arrêter » (femme, 9 ans de pratique). D'autres partagent comment ils peuvent soutenir leurs patients dans leur arrêt de consommation :

Quand je juge que je suis en face d'une patiente ou d'un patient qui a un problème de dépendance aux benzodiazépines, bien là, il y a des protocoles ici que l'on utilise, de diminution progressive à long terme vers l'arrêt total. Il y a le suivi purement médical, donc tu enlèves une molécule qui a des effets biologiques sur le cerveau [...] Mais il y aussi tout le côté support, le côté enseignement, le côté supervision (homme, 21 ans de pratique).

Certains répondants disent aussi limiter leur prescription de benzodiazépines en proposant des traitements médicaux et non médicaux alternatifs à leurs patients âgés. Par exemple, les antidépresseurs sont identifiés comme une molécule préférable aux benzodiazépines : « En termes de prescription, bien c'est sûr que depuis l'arrivée de certains types de médicaments, dont les antidépresseurs, c'est sûr que ça change un petit peu notre profil. On a beaucoup plus d'armes pour régler les problèmes anxieux » (homme, 22 ans de pratique).

D'autres expliquent prioriser des stratégies alternatives pour aider leurs patients à gérer leurs symptômes, incluant les techniques de relaxation, l'éducation sur l'hygiène de sommeil, et les activités physiques et sociales : « Mais je ne suis pas sûr que [la benzodiazépine] est la solution. Je pense que la solution est plus dans l'activité physique et les activités sociales. C'est plus ça la solution à l'anxiété que la pilule » (femme, 9 ans de pratique).

À l'opposé, plusieurs récits des médecins exposent un certain sentiment d'impuissance envers l'usage chronique de leurs patients âgés, et leurs propres comportements de prescription. Par exemple, des répondants constatent devoir renouveler la prescription de patients largement

au-delà de la période prescrite : « Oui, il y des patients qui viennent ici puis qui en prennent depuis des années, puis il faut juste les represcrire là » (homme, 22 ans de pratique).

Ce sentiment d'impuissance est également exprimé par les médecins qui déclarent qu'il est impossible d'entamer un processus de sevrage avec leurs patients qui consomment des benzodiazépines depuis des années :

La majorité que j'ai, c'est des patients qui avaient déjà des benzodiazépines, il y en a même qui étaient sur le Valium puis qui sont encore sur le Valium. Bon, ce sont des longues actions qui ne se prescrivent pratiquement plus, là. Fait que ces personnes-là sont pratiquement impossibles à les arrêter, ça va être difficile de l'enlever [...] ils ont appris, ils ont toujours leur Clonazépam parce que ça va être la bouée de secours (homme, 22 ans de pratique).

*4.2.4.2. Recherche d'informations.* Plusieurs médecins adaptent leurs comportements de prescription en fonction des informations trouvées dans les journaux ou les congrès médicaux, ou en collaboration avec d'autres professionnels. Par exemple, ce médecin utilise les informations recueillies lors de congrès pour informer ses patients des effets nocifs des benzodiazépines : « Puis j'avais été à une conférence, c'était intéressant, il disait que ça pouvait donner des troubles de mémoire à long terme aussi. Souvent je dis ça à mes patients aussi. Ils y repensent deux fois » (femme, 9 ans de pratique). Cet autre participant explique choisir son traitement en fonction des données probantes récentes reconnues par la communauté médicale :

Je vais à des congrès et je me fie à l'expertise des présentateurs reconnus. C'est là que je vais prendre mon information. Puis règle générale lorsqu'il y a un consensus qui se dégage par rapport à une conduite, ça fait l'objet de répétition dans les congrès. À ce moment-là, t'adhères beaucoup à ce consensus-là (homme, 21 ans de pratique).

Par contre, d'autres répondants expliquent que comme les benzodiazépines sont de « vieilles » molécules, il y a très peu d'informations récentes disponibles à ce sujet. Même si certains mentionnent qu'il serait pertinent d'obtenir de nouvelles études ou de séances de formation à leur sujet, d'autres disent ne pas en avoir besoin : « Moi j'ai arrêté d'aller en chercher en 1995 à peu près » (homme, 36 ans de pratique). D'autres médecins expriment avoir un intérêt pour obtenir de nouvelles informations, soit sur les benzodiazépines ou sur des stratégies alternatives : « Des nouveaux benzos, il n'y en a pas eu sur le marché depuis longtemps. Mais aussi, des formations comme telles sur les benzos, il n'y en a pas souvent. Ça serait peut-être intéressant » (femme, 16 ans de pratique); « Je n'ai pas vraiment besoin d'information [sur les benzodiazépines]. Si j'ai besoin d'avoir de l'information, c'est de l'information sur d'autres formes de traitement pour diminuer l'anxiété » (homme, 22 ans de pratique).

*4.2.4.3. Justifications cognitives.* Certains médecins ont tendance à employer la rationalisation et le déni pour justifier leurs comportements de prescription de benzodiazépines aux personnes âgées. L'âge peut parfois constituer un facteur explicatif de la prescription ou de la difficulté à entamer un sevrage. En effet, certains participants expriment que pour les patients d'âge mûr qui consomment de manière chronique, il est plus simple de leur prescrire la benzodiazépine que d'entamer un sevrage : « Mais je pense aussi que les médecins se disent : "ben coudonc, ça fait 25 ans qui en prend, il prend la même dose depuis 25 ans, il dort, on va le garder" » (femme, 16 ans de pratique).

Par ailleurs, quelques récits de répondants démontrent une justification de la prescription de benzodiazépines aux personnes âgées par un manque général de ressources dans le système de la santé. Tel que présenté précédemment, plusieurs éléments du contexte du système de la santé

ont une influence sur leur sentiment d'empowerment lié à la prescription de psychotropes. Les limites du système de santé sont également au cœur des justifications mises de l'avant par les médecins qui perçoivent avoir peu de soutien ou d'alternatives au médicament, les déresponsabilisant ainsi du cercle vicieux de la médicalisation : « Puis des travailleurs sociaux, des psychologues dans les CLSC, l'attente est assez longue puis il faut être malade en bibitte là. Si vous souffrez simplement d'anxiété, prenez l'Ativan, il y a plusieurs mois de liste d'attente [pour ces ressources] » (homme, 22 ans de pratique).

Encore, la stratégie de la rationalisation est illustrée par cette participante qui explique que la prescription permet de prévenir des visites inutiles à l'urgence :

Tu sais c'est la balance parce que si tu dis « non » puis à toutes les fois il va péter sa crise à l'urgence. C'est encore pire, attendre à l'urgence 7 heures puis là l'urgentologue, il va lui en prescrire comme il veut. Il n'a pas d'affaire à l'urgence de toute façon (femme, 16 ans de pratique).

Dans certains cas, les médecins tendent aussi à minimiser leur responsabilité dans la consommation chronique de benzodiazépines de leurs patients d'âge mûr en exprimant comment d'autres professionnels de la santé pourraient s'investir davantage :

Bien moi je pense qu'il y a une grosse problématique. C'est la même chose pour les pharmaciens. Peut-être que les pharmaciens pourraient être formés aussi, puis nous faire des suggestions. Tu sais : "Je vois que cette dame prend telle ou telle chose depuis plusieurs années, si vous avez déjà pensé à sevrer, voici comment je vous suggèrerais de faire" (femme, 9 ans de pratique).

*4.2.4.4. Interactions avec les patients.* Les médecins peuvent également exprimer leur sentiment de pouvoir d'agir dans leurs interactions avec leurs patients âgés. D'une part, certains

participants perçoivent détenir un haut degré de responsabilité dans les patrons de consommation de leurs patients, et peuvent ajuster leurs interactions pour limiter ceux-ci. Par exemple, ce participant suit un plan de traitement précis pour cadrer sa prescription :

Je represcrist très peu de benzodiazépines parce que lorsque j'ai à les represcrire à l'extérieur d'un plan de traitement, bien à ce moment-là [...] je vais demander de voir le patient puis demander : "Bon, qu'est-ce qui se passe? Habituellement tu fais un an avec trente comprimés puis là ça ne fait rien que trois mois puis tu m'en demandes trente autres, qu'est-ce que tu es en train de vivre? Pourquoi tu en consommes plus?" Souvent, ça va nous amener à réajuster l'antidépresseur ou réajuster différentes choses au lieu de traiter le problème avec des benzodiazépines (homme, 21 ans de pratique).

Ce participant affirme aussi que si une dépendance aux benzodiazépines est présente, elle est liée à certains manquements de la part des médecins :

Moi je considère que si un patient devient dépendant, ce n'est pas la faute du patient, c'est la faute du docteur. Le fautif, c'est moi qui n'aurais pas été capable d'assurer le suivi, qui n'aurais pas été capable de le faire cheminer dans son anxiété pour trouver pourquoi le patient est anxieux puis qui n'aurait pas trouvé d'autres solutions que de prendre des benzodiazépines (homme, 21 ans de pratique).

Encore, plusieurs médecins disent favoriser un rapport collaboratif avec leurs patients âgés, et ce, afin de les autonomiser dans la prise en charge de leur état de santé. À titre illustratif, ce répondant mentionne qu'il prend le temps avec chaque patient pour les informer sur leur médication :

Il n'y a pas un patient qui va refuser une approche sérieuse parce qu'il sent que le traitement est individualisé. Donc les visites dans le bureau ne sont jamais en bas d'une demi-heure. Donc, responsabiliser son individu dans sa médication. Ça ne donne rien de traiter un individu qui n'embarque pas.

Il faut le faire embarquer. Donc il sera toujours un consommateur averti (homme, 36 ans de pratique).

Cet autre médecin explique à ses patients comment ils peuvent procéder pour diminuer la consommation de benzodiazépines, et ce, à un rythme qui leur convient :

Si tu leur expliques là, ils vont le comprendre puis ils vont l'essayer. Puis ce que tu peux leur dire, c'est "écoutez, je ne vous l'enlève pas, si jamais vous en avez besoin, vous en prenez la moitié, mais essayez de ne plus le prendre" (homme, 22 ans de pratique).

Dans le même ordre d'idées, certains médecins tentent de responsabiliser leurs patients âgés en les informant des effets secondaires du médicament et en leur donnant de la documentation pour favoriser l'intégration de l'information : « Bien, je pense que la première chose, c'est de les informer sur les effets secondaires. Sur les séquelles à long terme, à court, moyen, long terme » (femme, 14 ans de pratique); « On leur donne des conseils, mais ils sortent et ils ne se souviennent de rien. C'est pour ça que je fais des efforts pour leur donner les choses par écrit pour qu'ils puissent absorber ça chez eux » (homme, 41 ans de pratique).

À l'inverse, certains participants expriment ressentir un faible sentiment de contrôle dans leurs interactions avec leurs patients âgés. En effet, certains révèlent détenir peu d'influence sur l'arrêt de consommation de benzodiazépines puisqu'eux-mêmes n'y mettent pas suffisamment d'efforts : « Mais le rôle dans l'arrêt, je suis peut-être un peu paresseuse [...] Quand ça fait dix ans [de consommation], ça me décourage un peu. J'avoue que je vais mettre moins de temps là-dessus » (femme, 9 ans de pratique).

Aussi, d'autres médecins se sentent plus démunis devant des patients qui sont moins collaboratifs, qui sont plus rigides dans leurs demandes pour de la médication ou qui ont très peu de motivation à apporter un changement à leurs patrons de consommation : « J'ai parfois poursuivi des traitements [de benzodiazépines] parce qu'ils étaient déjà amorcés et la cessation s'était avérée très difficile et, ou la personne qui refuse carrément de les cesser » (femme, 14 ans de pratique).

Cet autre participant semble également considérer qu'ultimement, la responsabilité revient au patient et que c'est seulement ce dernier qui peut prendre la décision de cesser sa consommation, diminuant en quelque sorte l'impact que ses interventions pourraient avoir dans le processus de sevrage :

Je serais capable de me battre, mais non, je ne me bats pas avec eux autres. Si les patients ne sont pas assez intelligents pour prendre l'avis du médecin, bien, je vais dire c'est à eux autres les oreilles, tu sais (homme, 41 ans de pratique).

Pour résumer, les résultats indiquent que les médecins emploient différentes stratégies pour s'adapter à la problématique de la consommation de benzodiazépines chez les patients âgés. D'une part, il appert que les médecins divergent dans leurs comportements de prescription de psychotropes à leurs patients. Soit ils croient parfois exercer un certain contrôle sur la prise de médicaments, soit, à l'inverse, ne sentent pas qu'ils détiennent un contrôle et ainsi se plient aux habitudes de leurs patients. D'autre part, la recherche d'informations représenterait un des leviers utilisés par les médecins pour exercer leur sentiment d'empowerment en lien avec la prescription. Certains expriment leur besoin d'être informés sur les nouvelles données probantes, alors que d'autres ne ressentent pas la nécessité d'accéder à des informations supplémentaires.

Par ailleurs, l'avancement en âge et les patrons de consommation chronique des patients, les limites du système de la santé et le manque de soutien de la part des autres professionnels semblent être des éléments clés utilisés par les répondants pour justifier (voire rationaliser ou se déresponsabiliser) leur prescription de benzodiazépines. Le sentiment d'empowerment se déploie également dans les interactions auprès des patients âgés, c'est-à-dire que certains identifient leur responsabilité dans la consommation ou la cessation de benzodiazépines, et d'autres identifient avoir peu de moyens devant des patients résistants.

À la lumière de ces résultats, il appert que l'association entre ces différents résultats est teintée d'attitudes âgistes et exerce une influence notable sur le sentiment d'empowerment et d'impuissance des consommateurs âgés et des médecins, ce qui sera développé en guise de discussion.

Chapitre V  
DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'influence de l'âgisme sur le sentiment d'impuissance relié à la consommation et à la prescription de benzodiazépines chez les adultes vieillissants et les médecins. Plus spécifiquement, ce projet visait à étudier les thèmes suivants : (a) l'influence de l'environnement social sur la représentation du vieillissement; (b) le lien entre l'auto-âgisme et la consommation de benzodiazépines chez les adultes âgés; (c) le lien entre les attitudes âgistes des médecins et leurs comportements de prescription de benzodiazépines auprès des adultes âgés; et (d) le lien entre l'âgisme et le sentiment d'empowerment chez les consommateurs âgés et les médecins. Pour ce faire, une analyse secondaire de données obtenues à partir d'entretiens menés auprès de consommateurs âgés de 50 ans et plus et de médecins a été effectuée. Une analyse thématique des données a permis d'identifier les thèmes émergents du processus d'analyse (Paillé & Mucchielli, 2012), et de développer deux modèles descriptifs pour chaque groupe de sujets. Ceux-ci illustrent diverses sources d'influence du sentiment d'empowerment des participants dans le contexte de la consommation et de la prescription de benzodiazépines, soit les facteurs individuels, l'environnement social, les attitudes et les stratégies d'adaptation.

Dans la section suivante, les associations entre les divers thèmes soulevés lors de l'analyse des données pour chaque objectif de recherche seront discutées. Ensuite, nous présenterons les retombées cliniques et les pistes de recherches futures, ainsi que les limites associées à ce présent projet.

## 5.1. Interprétation des résultats

### 5.1.1. Premier objectif

Le premier objectif de cette étude était d'analyser l'influence de l'environnement social sur la représentation du vieillissement, tant chez les consommateurs âgés que chez les médecins. Nos résultats supportent cette association, mais seulement en partie. En effet, il est quelque peu surprenant de noter qu'aucun participant n'a partagé une expérience où il a été ciblé ou a participé de manière directe à des situations ou des comportements teintés d'âgisme, tels que ceux communément soulevés dans la littérature : cartes de souhaits humoristiques, discrimination dans le milieu professionnel ou social, et modes de communication infantilisans (Bergman & Bodner, 2015; Iversen et al., 2009; Macia et al., 2009; Palmore, 2015). Cette observation peut être nuancée par le fait qu'aucune question des guides d'entrevue de l'étude originale n'était spécifiquement penchée sur ce sujet, limitant ainsi les réponses des consommateurs et des médecins. Néanmoins, il demeure important de souligner les propos de Lagacé et al. (2012), selon lesquels les stéréotypes âgistes généralement présents dans l'environnement social décrivent les aînés comme des personnes incompetentes, inactives et fragiles. Cette représentation négative de la vieillesse, reconnue comme étant renforcée par l'environnement social (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Carbonnelle, 2010; Collin & Suissa, 2007; Gobert et al., 2010; Thomas, 2010), projette une vision réductrice des personnes du troisième et quatrième âge, et contribue à la pathologisation de l'avancement en âge (Albou, 1999; Collin & Suissa, 2007; Thomas, 2010). Dans cette présente analyse secondaire, c'est à travers les représentations partagées par les participants, particulièrement en termes de leurs patrons de consommation et de

prescription de benzodiazépines, que nous pouvons soulever l'influence de l'environnement social sur leurs attitudes âgistes.

En ce qui concerne les adultes vieillissants, certains ont soulevé que les médias présentent le médicament comme un moyen pour maintenir la jeunesse, ou soulignent l'importance d'éliminer les effets négatifs de l'avancée en âge pour être en santé. Ces résultats illustrent une présence de représentations âgistes implicites dans les médias, qui semblent être sous-jacentes au motif de consommation des participants désireux de limiter les effets délétères de leur vieillesse. Ceci corrobore les résultats présentés par Trincas et Puijalon (2010) et Wadsworth et Johnson (2008), qui indiquent que la valorisation de la jeunesse véhiculée par les médias contribue à renforcer l'âgisme et à opposer le vieillissement aux standards de performance de la société nord-américaine. Ainsi, à travers le discours des participants, il appert que les messages médiatiques sont teintés par une vision du vieillissement positif, faisant la promotion du « jeune retraité actif » au détriment du vieillissement normal qui devient un problème devant être médicalisé. Divers auteurs ont d'ailleurs soutenu l'idée que le modèle du vieillissement positif, qui implique que les personnes âgées peuvent exercer un contrôle sur les limites créées par leur vieillesse en adoptant des habitudes de vie saines, est largement reflété par les valeurs de performance et de bien-être communément acceptées par notre société nord-américaine (Bülow & Söderqvist, 2014; Carroll, 2007; Haboush et al., 2012; Twigg, 2004). Comme cette vision idéale du vieillissement ne tient pas compte des déclinés naturellement causés par la vieillesse, elle stigmatise les séniors qui ne peuvent atteindre un niveau idéal d'activité ou de performance (Bouisson, 2011; Calasanti, 2016; Cardinal et al., 2008). Sous cette perspective, le médicament est donc présenté par nos consommateurs comme un moyen pour atteindre les standards d'un vieillissement optimal.

De surcroît, plusieurs de nos participants indiquent qu'ils ont été influencés par des articles publiés dans des revues ou des journaux, des documentaires présentés à la télévision, et des propos émis à la radio. Cela semble les avoir amenés à se poser des questions sur la consommation chronique de benzodiazépines, et même sur la tendance des médecins à prescrire des médicaments aux aînés. Dans certains cas, ces informations semblent les avoir encouragés à moduler leur style de consommation, tel qu'en limitant le dosage ou la fréquence de leur prise. Ces résultats confirment les conclusions mises de l'avant par Bryant et Zillman (1994) et celles de Joffe (2005), selon lesquelles les messages médiatiques informent non seulement le public sur des problématiques sociales, mais lui permettent de se forger ses propres opinions. D'autres études montrent aussi que les médias incitent le public à changer ses manières de faire, voire adopter des habitudes de vie saines (Dunlop, Wakefield, & Kashima, 2010; Snyder et al., 2004). Cependant, nos résultats indiquent aussi que même si les consommateurs âgés sont informés par les médias de la problématique de surconsommation de médicaments qui touche leur groupe d'âge, ils ne sont pas portés à éliminer leur consommation pour autant. Ce constat peut être soutenu par les propos tenus par Im et Huh (2017), qui expliquent que même si les médias représentent une source d'informations notable, ils présentent aussi des messages contradictoires créant de la confusion chez le public. D'ailleurs, l'exposition fréquente aux informations sur la santé dans les médias serait associée à plus d'erreurs dans la compréhension des effets des médicaments (Im & Huh, 2017). Ce seraient en fait les consultations auprès de professionnels de la santé qui permettraient d'obtenir des informations valides (Im & Huh, 2017). Dans cette étude, la majorité des consommateurs désireux d'obtenir davantage d'informations sur leur ordonnance se tournent effectivement vers les professionnels de la santé, dont les médecins et les pharmaciens. Toutefois, les propos de certains participants viennent nuancer ce résultat, en expliquant que lorsqu'ils obtiennent des avis contradictoires de différents professionnels de la

santé, ils sont encore plus confus à l'égard de leur consommation. Ainsi, il est marquant de noter que la recherche d'informations dans les médias, et même auprès des professionnels de la santé, peut limiter l'acquisition de connaissances des consommateurs sur les médicaments qui leurs sont prescrits.

De manière intéressante, les participants révèlent que leurs interactions avec les membres de leur entourage et les professionnels de la santé peuvent renforcer leurs attitudes négatives envers le vieillissement. Par exemple, de même que présenté dans d'autres études (Lookinland & Anson, 1995; Masse & Meire, 2012), lorsque plusieurs membres de l'entourage vivent des difficultés de santé en vieillissant et que le médecin prescrit des médicaments pour contrer les symptômes du vieillissement, une vision négative du vieillissement ne peut être que renforcée. En même temps, les professionnels de la santé sont généralement en contact avec des patients âgés particulièrement taxés par des problèmes de santé. Cela rend les professionnels plus à même de concevoir les difficultés de leurs patients âgés comme des conséquences inévitables de la vieillesse en général, les rendant aussi plus à risque d'adopter une représentation âgiste de la vieillesse (Lookinland & Anson, 1995; Masse & Meire, 2012).

Ces constats sont confirmés par le discours des médecins participants à cette étude, qui reconnaissent avoir peu (ou pas) de connaissances en gériatrie. Ils le déplorent en disant que cette lacune nuit à une prise en charge optimale de leurs clients âgés. Ces mêmes médecins rapportent également que leur formation professionnelle, tant pour les jeunes patients que pour ceux plus âgés, est centrée essentiellement sur la « guérison » ou le traitement des symptômes. Cet état de fait est documenté par Newell, Raji, Lieberman et Beach (2004), selon lesquels le programme de formation des médecins met peu l'accent sur les connaissances spécifiques aux

personnes âgées. Ce programme serait principalement fondé sur le modèle biomédical traditionnel (Frémont, 1999), où « l'essentiel de l'action clinique consiste à repérer et tenter de corriger des anomalies dans la machine corporelle : déviations de paramètres physiologiques par rapport à une norme » (Berquin, 2010; p. 1512). Pourtant, les spécialistes dans le domaine indiquent que le traitement de symptômes doit inclure l'évaluation d'éléments psychosociaux tout en cultivant un lien de collaboration avec les patients (Butler, Evans, Greaves, & Simpson, 2004; Johansen & Risor, 2017). En ce sens, plusieurs auteurs ont souligné la nécessité que les médecins soient mieux formés pour évaluer les besoins des patients âgés et développer des plans de traitement adéquats (Fitzgerald, Wray, Halter, Williams, & Supiano, 2003; Newell et al., 2004). Toutefois, les normes sociales et les modèles d'intervention privilégiés dans le domaine médical favoriseraient la médicalisation du vieillir, soutenant le « traitement » des manifestations normales de l'avancement en âge. Ces considérations indiquent que l'âgisme est présent en trame de fond des comportements des médecins qui travaillent auprès de séniors.

En résumé, nos résultats révèlent l'influence de l'environnement social sur les représentations du vieillissement des consommateurs âgés et des médecins, et ce, à travers leurs représentations de la consommation et de la prescription de benzodiazépines. Les médias, le réseau social, et la prédominance du modèle biomédical représentent tous des facteurs d'influence notables. Les thèmes de recherche suivants permettront d'approfondir les impacts de cette vision réductrice de la vieillesse, tant sur la consommation que sur la prescription de benzodiazépines, mais aussi sur le sentiment d'empowerment des consommateurs âgés et des médecins.

### *5.1.2. Deuxième objectif*

Notre deuxième objectif était d'établir le lien entre l'auto-âgisme et la consommation de benzodiazépines chez les participants d'âge mûr et du troisième âge. Les résultats soutiennent cet objectif. Les discours teintés d'auto-âgisme explicite étaient particulièrement émaillés de remarques reflétant un sentiment d'avoir peu de contrôle sur son état de santé. Certains de nos répondants considèrent le médicament comme une véritable panacée qui peut à la fois leur permettre de fonctionner de manière satisfaisante en contrant les symptômes débilissants, mais également comme un moyen de regagner un sentiment de contrôle sur leur vie, et donc ainsi maintenir une image de soi positive. Certains vont jusqu'à dire que le médicament est le seul moyen pour « bien vivre leur vieillesse ». Ces remarques indiquent que pour ces consommateurs, s'identifier comme étant une personne âgée, et donc aux stéréotypes négatifs qui y sont rattachés, serait en quelque sorte intolérable. Ils attribuent ainsi au médicament le pouvoir d'atténuer ces images négatives en les aidant à maintenir leur vitalité, et donc de mieux tolérer leur vieillesse.

Ces résultats corroborent ce qui a été rapporté ailleurs. Certains auteurs expliquent qu'une vision négative du vieillissement renforce un sentiment d'impuissance (Bai et al., 2016; Bodner et al., 2015; Masse & Meire, 2012; Nelson, 2016b; Robertson et al., 2015; Wurm & Benyamini, 2014). Sous cette optique, le médicament peut être perçu comme un moyen compensatoire à la vieillesse qui permet de retrouver un sentiment de contrôle (Van der Geest & Whyte, 2003), et donc augmenter le sentiment d'empowerment. L'arrêt de la consommation est également limité par un faible sentiment de contrôle interne, qui serait négativement influencé par l'intériorisation des stéréotypes de la vieillesse (Cook et al., 2007a). Ainsi, une personne âgée qui intègre les représentations âgistes apparaît plus à risque de vivre dans l'impuissance et de consommer son

médicament de manière chronique (Cook et al., 2007a; Pérodeau et al., 2009; Van der Geest & Whyte, 2003). De plus, dans ses écrits sur la consommation de psychotropes, l'historien français Pignarre (1999, 2006) présente l'argument selon lequel la prescription, et donc le diagnostic qui l'a précédé, permettent au patient d'avoir l'impression de se distancer de sa souffrance, et de la « neutraliser » à l'aide du médicament. Ceci est particulièrement intéressant en considérant la réalité partagée par certains de nos consommateurs âgés, qui disaient vouloir se sentir de la même façon que lorsqu'ils étaient vingt ans plus jeunes, démontrant ainsi leur résistance aux effets du processus d'avancement en âge. En quelque sorte, le médicament sert à revenir à la « normale », indiquant que le vieillissement produit des effets « hors-normes » qui doivent être contrôlés. Ces constats que nous faisons s'expliquent en partie par le fait que, comme le formule Pignarre (2006), l'usage de psychotropes est si répandu qu'il en est rendu banalisé et même normalisé. Dans la même veine, Rouleau, Proulx et O'Connor (2001) concluent que la croyance que la benzodiazépine soit une « drogue douce » permet ainsi d'en banaliser ses effets secondaires, un constat également soulevé par nos participants. Ainsi, les bénéfices surpasseraient largement les faibles inconvénients associés à une prise chronique par le consommateur âgé. Ces constats vont dans le sens de nos propres résultats, et confirment ainsi que la minimisation des effets potentiellement nocifs de la consommation de benzodiazépines est renforcée par des représentations négatives de la vieillesse.

En outre, même lorsque le discours des consommateurs d'âge mûr n'est pas explicitement teinté d'attitudes auto-âgistes, le médicament semble être employé pour optimiser leur fonctionnement et maintenir un certain niveau d'efficacité dans diverses sphères de la vie entourant le travail, la vie familiale et les activités sociales. Ainsi, certains répondants désirent ne pas subir les déclin ou les limites associées à la vieillesse, et adhèrent ainsi aux critères du

vieillesse positif visant l'atteinte d'une santé optimale et un niveau de productivité élevé. Ce serait par le truchement du médicament que ces répondants pourraient conserver un sens d'empowerment, tant dans leur identité personnelle, leur vie professionnelle, que dans leurs relations interpersonnelles. Néanmoins, nous avons décelé de l'âgisme en trame de fond des propos de ces répondants. En fait, leur rapport à la vieillesse se traduit souvent par un regard négatif et auto-âgiste sur le processus d'avancement en âge qui se déploie. Lorsqu'un individu adopte des préjugés rigides à l'égard de son vieillissement, il lui est plus difficile d'être nuancé et de ne pas généralisé sa vision négative de sa vieillesse sur celles des autres (Green, 1978; cité par Rouleau et al., 2003). Dans cette optique, le médicament représente encore un moyen pour contrer les effets futurs de la vieillesse, et donc, de conserver le sentiment d'empowerment. Ainsi, l'association entre la consommation chronique et les attitudes auto-âgistes demeure, même lorsque ces dernières sont implicites.

L'ensemble de ces constats confirme donc les résultats des études qui suggèrent que l'auto-âgisme, explicite ou implicite, est lié à la consommation chronique de benzodiazépines chez les aînés (Cherry et al., 2015; Macia et al., 2009). En fait, les seniors sont tous aussi susceptibles d'endosser les standards de performance prévalant dans la société, les rendant encore plus vulnérables à percevoir leur vieillesse comme une période de déclin (Bourbonnais & Ducharme, 2010; Sargent-Cox & Anstey, 2015). Selon Leibing et Collin (2003), la croyance que les limites imposées par le vieillissement contrecarrent la possibilité d'être productif et indépendant renforce la consommation de psychotropes. Ainsi, on observe une médicalisation du vieillir (Collin & Suissa, 2007; Pérodeau et al., 2009), où les aînés qui perçoivent les effets de leur avancement en âge comme des symptômes sont davantage portés à consommer des médicaments de façon chronique (Blazer et al., 2000; Luijendijk et al., 2007).

Par ailleurs, les données révèlent que le contexte générationnel et historique de l'individu représente l'un des mécanismes explicatifs du lien entre l'auto-âgisme et la consommation chronique de benzodiazépines. Dans un premier lieu, elles amènent à considérer que le contexte de vie exerce une influence sur les motifs sous-jacents à la consommation, car les objectifs, les conditions de vie et les périodes de transition d'un adulte dans la cinquantaine peuvent diverger de ceux d'un adulte plus âgé (Bee & Boyd, 2008). De manière générale, les participants à notre étude encore sur le marché du travail ont tendance à consommer le médicament pour maintenir le rythme de travail imposé par les plus jeunes et les normes de performance, et même prévenir les déclinés causés par la vieillesse qui pourrait affecter leur niveau de productivité. Les sujets âgés de plus de 70 ans ont tendance à consommer pour ralentir ou contrecarrer les effets du vieillissement, mais moins dans une optique de performance. Cela dit, à n'importe quelle étape de la vie de nos répondants, il semble que l'influence de l'auto-âgisme sur la consommation de benzodiazépines soit toujours présente.

Dans un deuxième lieu, historiquement parlant, les octogénaires et les baby-boomers de notre échantillon n'ont pas été exposés au mouvement de la médicalisation au même moment, un constat également relevé par nos participants. En effet, avant la commercialisation de la première benzodiazépine au début des années 60, les barbituriques étaient prescrits pour une variété de troubles physiques et psychologiques, entre autres pour ses fonctions anxiolytiques et hypnotiques (Faure, 2008; López-Muñoz, Ucha-Udabe, & Alamo, 2005). En raison des risques de dépendance et d'intoxications graves associés à ces molécules, leur popularité a éventuellement diminué et les benzodiazépines sont apparues sur le marché (Faure, 2008; Frances, 2013). Ainsi, entre les années 60 et 80, le Valium a été largement prescrit et plus d'une trentaine de benzodiazépines ont été commercialisées (Lader, 2011), devenant un mode de vie de

part entière de la société nord-américaine (Frances, 2013; Pignarre, 2004). Ce n'est seulement qu'à la fin des années 80 que les effets indésirables des benzodiazépines ont été relevés, et particulièrement ses effets délétères sur la santé des aînés (Wick, 2013). L'introduction aux benzodiazépines et à ses effets diffère selon les sujets plus « jeunes » et plus « âgés » de cette étude. La sensibilisation initiale aux effets néfastes de ces molécules aurait donc provoqué différents effets tant sur les styles de consommation que sur le sentiment de contrôle sur ladite consommation des participants.

En somme, la consommation chronique des participants de cette étude est influencée par leurs attitudes auto-âgistes, mais aussi par leurs représentations du médicament comme tel. La place du médicament dans la vie de la personne apparaît ainsi liée à son rapport au vieillissement, ce qui permet de soulever deux tendances générales. Le consommateur qui se définit par son âge est porté à exprimer un sentiment d'empowerment plus faible, à subir les effets de son médicament, et à consommer pour atténuer les symptômes qu'il associe à la vieillesse. Le consommateur qui ne se définit pas par son âge, quant à lui, est porté à exprimer un pouvoir d'agir plus élevé, à consommer pour maintenir son niveau de productivité, et à contrôler sa prise. Les sentiments d'empowerment et d'impuissance sont donc au cœur de l'association entre l'auto-âgisme et la consommation, une observation qui est aussi soulevée dans l'expérience partagée par les médecins.

### *5.1.3. Troisième objectif*

Notre troisième objectif visait à établir le lien entre les attitudes âgistes des médecins et leurs comportements de prescription de benzodiazépines auprès de leurs patients âgés. Nos

résultats indiquent que l'âgisme est effectivement relié à la manière dont les médecins prescrivent des benzodiazépines aux séniors. Il est d'abord intéressant de noter que les facteurs sociodémographiques, comme les années de pratique, le genre ou l'âge (Kalavar, 2001; Leung, Logiudice, Schwarz, & Brand, 2011), n'exercent pas une influence notable sur les pratiques de prescription des participants. Plutôt, tel que rapporté dans d'autres études (Chonody, Webb, Ranzjin, & Bryan, 2014; Imbody & Vandsburger, 2011; Kydd & Fleming, 2015; Yeom & Heidrich, 2013), ce sont les postures et les attitudes des professionnels de la santé qui constituent les sources d'influence principales. Plus spécifiquement, selon nos résultats, les participants qui perçoivent les adultes âgés comme étant incapables, fragiles et dépendants du médicament tendent à exprimer aussi un certain sentiment d'impuissance, en se disant peu outillés pour entamer un processus de sevrage ou considérant cette option comme étant impossible. Ils identifient également les contraintes du système de la santé (p.ex. : manque de temps et de ressources psychosociales), et la résistance des patients eux-mêmes comme des motivateurs à la prescription de benzodiazépines. Ceci confirme les résultats de nombreux auteurs, qui affirment que la gestion du temps, le volume de clients et la pression des demandes des patients (Bradley, 1992; Collin et al., 1999; Ekdahl et al., 2012; Rouleau et al., 2011; Schwartz et al., 1989) sont des incitatifs à la prescription. Même si ces obstacles sont réels et posent des difficultés supplémentaires au suivi des patients âgés, le sentiment d'impuissance qu'ils déclenchent évoque une certaine déresponsabilisation chez les médecins, ce qui contribue à la problématique de prescription et de consommation de psychotropes.

Dans un ordre d'idée similaire, plusieurs médecins déclarent que même s'ils reconnaissent les effets nuisibles de la prescription et de la consommation chronique de benzodiazépines sur la santé des aînés, ils affirment que cette molécule demeure une avenue intéressante pour les aider à

gérer des situations de crise. Ce résultat confirme l'étude de Collin et al. (1999), qui révèle que les médecins tendent à percevoir le vieillissement comme une pathologie caractérisée de déclin et de souffrance, et que, malgré leur connaissance de lignes directrices précises (American Geriatrics Society, 2012), ils continuent à donner des ordonnances aux aînés pour améliorer leur qualité de vie. Dans le même sens, certains participants ajoutent que même s'il est possible de contrôler la prise du médicament selon des balises médicales précises (p.ex. : prescrire les molécules dans un temps circonscrit), il demeure complexe de contrer les effets néfastes de la consommation ou de la cesser complètement, particulièrement pour les patients qui consomment depuis de nombreuses années. Cette difficulté à amorcer un processus de sevrage, ou même à contrôler la consommation chronique chez leurs patients âgés, affecterait leur sentiment d'empowerment. Il appert aussi qu'il y a peu de participants qui priorisent l'exploration de stratégies non médicales (p.ex. : éducation sur l'hygiène de sommeil, exercices de respiration profonde) afin de substituer la prescription de médicaments. Certains participants expriment même qu'il n'est même pas possible d'apporter un changement aux pratiques de consommation des aînés. Ceci témoigne d'une perception limitée, chez certains médecins, de la capacité des personnes âgées à gérer leurs difficultés ou d'apporter un changement à leurs habitudes. Nous pouvons expliquer ces résultats en les reliant aux diverses études qui montrent que les médecins considèrent leurs patients âgés comme étant passifs et incapables de changer leurs habitudes de santé, et deviennent intolérants envers ces derniers, ou les jugent comme n'étant pas en mesure de répondre aux standards du vieillissement réussi (Lagacé et al., 2012; Masse & Meire, 2012). L'adoption d'attitudes âgistes constituerait ainsi un biais important pour les médecins, limitant la compréhension du contexte individuel des patients âgés, la conceptualisation des difficultés rapportées par ces derniers, ainsi que le choix de modalité de traitement (Adelman et al., 1991; Ayalon & Tesh-Römer, 2017; Brockopp et al., 1993; Pasupathi & Löckenhoff, 2002, cités par

Bourbonnais & Ducharme, 2010). Ceci est d'autant plus marquant lorsque nous considérons la définition de la prescription à risque présentée par Gnjidic et al. (2013), soit un patron de prescription qui fait fi des effets nuisibles du médicament sur la santé du patient. L'âgisme sous-jacent au discours des médecins participants à ce projet contribuerait donc à leurs pratiques de prescription, et ce, même si elles impliquent un certain risque pour le patient âgé.

De surcroît, plusieurs participants semblent adhérer davantage au modèle du vieillissement positif, soit en percevant la santé, la vitalité et l'autonomie comme étant importantes (voire essentielles) à la qualité de vie des séniors. Ceux-ci sont plus portés à prescrire la benzodiazépine, toujours dans l'objectif d'optimiser le fonctionnement de leurs patients âgés. En effet, à travers leurs propos, le médicament représenterait un moyen pour optimiser le fonctionnement de leurs patients âgés, et leur permettre de « bien vivre leur vieillesse » tout en n'ayant pas à gérer les difficultés amplifiées par leur avancement en âge. Ce résultat fait écho aux propos tenus par Lund et al. (2011) et Voyer et al. (2004), qui soutiennent que les médecins s'appuient sur une vision réductrice du vieillissement lorsqu'ils choisissent le traitement pharmacologique pour les patients âgés. Cette modalité de traitement concorderait avec la formation des médecins qui est centrée sur les solutions et qui priorise l'atténuation des symptômes et l'optimisation du fonctionnement, des objectifs propres au modèle biomédical (Berquin, 2010; Frémont, 1999; Newell et al., 2004). Il appert ainsi que la prescription de benzodiazépines soutient le sentiment d'empowerment des médecins, qui sont en quelque sorte résistants aux déclinés naturellement causés par le vieillissement et désireux de soulager la souffrance de leurs patients. Cette vision réductrice du vieillissement peut ainsi contribuer à la prescription de médicaments aux patients qui souffrent de limites créées par un vieillissement normal, et pas nécessairement pathologique.

Bien que la perspective des participants sur le vieillissement soit souvent teintée d'âgisme, et que leurs représentations de leur pratique soient alourdis par un sentiment d'impuissance face à un système de santé qui présente de nombreuses contraintes et qui est propice à l'intervention médicamenteuse, certains de nos répondants ont toutefois nuancé leurs réponses. Contrairement aux études qui soulignent une « démission thérapeutique » des médecins (Collin et al., 1999; Pérodeau et al., 2009), il est intéressant de souligner que certains participants à cette étude évoquent leur désir de trouver des solutions de rechange pour le mieux-être de leurs patients. Par exemple, ceux-ci seraient ouverts à référer leurs patients à des psychologues ou des travailleurs sociaux, mais en même temps évoquent le peu de temps dévolu pour chacun de leurs patients, ainsi que les longs délais d'attente pour l'accès aux services psychosociaux. Cette difficulté à faire le pont entre les services médicaux et psychosociaux est une réalité rapportée depuis plusieurs années dans les écrits sur la santé (Collin et al., 1999; Ekdahl et al., 2012). Par ailleurs, les médecins ont aussi exprimé le souhait d'avoir de nouvelles molécules dans leur arsenal thérapeutique qui soient moins nocives pour les aînés. À ce sujet, certains ont mentionné se tourner davantage vers les antidépresseurs, qui, selon la molécule et le dosage, peuvent avoir un effet anxiolytique et présentent moins de risques que les benzodiazépines (Advokat et al., 2014). Une analyse secondaire d'une étude longitudinale canadienne soutient cette observation, en soulevant une hausse de prescription d'antidépresseurs entre les années 2000 à 2011 (Côté et al., 2016). Néanmoins, cette étude révèle aussi que la consommation d'antidépresseurs est plus élevée chez les baby-boomers que chez les personnes âgées de 66 ans et plus, qui eux consomment davantage de benzodiazépines. Les consommateurs de benzodiazépines sont également plus à risque de consommer des antidépresseurs, indiquant un haut niveau de polymédication (Côté et al., 2016) et non un changement réel en termes des pratiques de prescription auprès des aînés.

En bref, le discours des médecins est émaillé par des remarques âgistes. Ces représentations négatives de la vieillesse et l'adhérence au modèle du vieillissement positif, deux visions qui présentent le vieillissement comme un déficit auquel on doit pallier, influencent le style de prescription. Ces attitudes affectent le sentiment d'empowerment des professionnels de la santé, une tendance également observée dans leurs interactions avec les patients âgés.

#### *5.1.4 Quatrième objectif*

Notre quatrième objectif était d'étudier le lien entre l'âgisme et le sentiment d'impuissance. L'interprétation des résultats permet d'atteindre cet objectif, autant chez les consommateurs que chez les médecins. En ce qui concerne les consommateurs âgés, le fort sentiment d'impuissance face à leur condition d'aîné et à leur consommation qui y est associée représentent des thèmes récurrents dans leur discours. Tout comme les résultats soulevés par divers auteurs (Nelson, 2009; Rigaud et al., 2005; Sargent-Cox & Anstey, 2015), la tendance à interpréter négativement les changements causés par la vieillesse génèrerait un sentiment de perte de contrôle et d'efficacité au sein de plusieurs participants âgés. Cette perspective négative du vieillissement est ainsi associée à une vision du médicament comme étant l'unique bouée de sauvetage disponible. Même si la consommation pourrait représenter une certaine forme de contrôle sur les circonstances de vie, la majorité des participants la présentent plutôt comme quelque chose à contrecœur, faute de choix. Ils se sentent incapables de diminuer ou d'arrêter leur consommation. Certains vont même jusqu'à comparer leur prise de pilules à une « béquille » qui les aide à gérer leurs difficultés. Ainsi, ils ne conçoivent pas la prise de benzodiazépines comme une stratégie leur permettant d'exercer un réel contrôle sur leur état de santé ou leur fonctionnement global. Plutôt, la pilule serait en quelque sorte un mal nécessaire pour ressentir

un niveau de bien-être acceptable. Certaines études ont d'ailleurs rapporté des résultats similaires, présentant des personnes âgées résignées face à leur consommation de médicaments et ses effets secondaires, acceptant cette problématique comme un résultat inévitable de la vieillesse (Blomqvist, 2003; Henriques, Costa, & Cabrita, 2012; Linsky, Simon, Bokhour, 2015). Donc, les séniors qui expriment des attitudes auto-âgistes semblent être dans un état d'impuissance devant leur consommation de benzodiazépines, en ayant peu ou pas de contrôle sur leur consommation ou sur leur état de santé sans l'aide du médicament.

D'autres consommateurs d'âge mûr, quant à eux, conçoivent la consommation de psychotropes comme un outil permettant de maintenir leur niveau de productivité. En ce sens, le médicament est un moyen qui permet de soutenir leur sentiment de contrôle. La majorité d'entre eux indiquent contrôler leur prise en limitant la dose, en prenant le médicament de manière sporadique, ou en prévoyant procéder à un sevrage lorsqu'ils seront à la retraite. Selon eux, ces mesures leur permettent de ne pas être « dépendants » au médicament, mais seulement de profiter d'un soutien supplémentaire à l'optimisation de leur fonctionnement. Ils perçoivent le médicament comme un moyen qui leur permet d'éviter l'impuissance généralement associée au vieillissement. Selon Pérodeau et al. (2016), ces attitudes auto-âgistes représentent une stratégie cognitive qui sert à maintenir une « illusion de contrôle », ne reflétant pas un sentiment d'empowerment comme tel. Ceci nous amène à considérer que l'intégration de représentations âgistes renforcent aussi la croyance que le médicament permet de maintenir un contrôle sur l'état de santé ou une optimisation du fonctionnement, un pouvoir d'agir qui peut être considéré comme étant superficiel.

En ce qui concerne les médecins, nos résultats indiquent que leurs attitudes âgistes peuvent avoir un impact sur leur sentiment d'empowerment. Certaines études révèlent que les médecins ont tendance à évaluer la prise en charge des patients âgés comme une tâche lourde et complexe (Ben-Harush et al., 2017), ou sont explicitement réticents à travailler avec cette clientèle (Hollar et al., 2011). De manière surprenante, aucun participant à cette étude n'a émis des propos similaires. Cette présente analyse permet plutôt de souligner que l'âgisme exerce un rôle important sur leur niveau d'empowerment, notamment en ce qui concerne leurs pratiques de prescription. En fait, nos participants qui perçoivent les aînés comme étant fragiles et impuissants seraient plus enclins à se sentir obligés de leur prescrire des médicaments, un résultat qui confirme l'étude de Collin et al. (1999). Cette vision réductrice de la vieillesse vient donc limiter la considération d'autres options de traitement, voire même exclure les stratégies non médicales ou les protocoles de sevrage. Les médecins évoquent aussi l'idée que donner une ordonnance à leurs patients âgés leur permettent de ressentir un sentiment d'empowerment plus élevé, particulièrement lorsqu'ils suivent des balises précises et considèrent que cette action permet de soulager une souffrance. Quelques médecins interviewés ajoutent endosser la prescription de benzodiazépines en raison de son efficacité et de la satisfaction des patients, des résultats aussi retrouvés dans l'étude de Cook, Marshall, Masci, et Coyne (2007b). Considérant que les ressources dans le système de la santé sont limitées et les demandes des patients sont élevées, la prescription de benzodiazépines représente une option rapide et efficace, tout en allant de pair avec l'objectif de « guérir » les symptômes. Par ailleurs, le médicament a une fonction sociale, soit de symboliser l'expertise des médecins et leur capacité de soigner (Collin, 2002). Il est donc plausible d'avancer que la non-prescription risquerait de laisser le médecin avec un sentiment de « devoir non accompli », se soldant par un sentiment d'impuissance accru. Ainsi, dans une telle

perspective réductrice du vieillissement, la prescription représenterait un moyen efficace pour maintenir un sentiment de contrôle chez les médecins.

Par ailleurs, si l'âgisme nuit au sentiment d'empowerment des adultes âgés et des médecins de manière indépendante, cette association est également présente au sein de l'interaction entre ces deux groupes. L'analyse des données permet effectivement de soulever la présence d'une dynamique d'impuissance entre les consommateurs et les médecins, renforcée par une vision négative du vieillissement. En fait, la perspective âgiste, qui présente la vieillesse comme une période de détérioration, accentuerait l'impuissance des patients âgés et des médecins qui se tournent vers le médicament pour retrouver un certain contrôle. À titre d'exemple, certains participants âgés disent ne pas avoir le choix de consommer, car ils doivent suivre la recommandation de leur médecin, remettant la responsabilité de gestion de leur état de santé à ce dernier. En réponse à cette attitude, les médecins auraient moins tendance à informer leurs patients âgés des risques associés à la prise chronique de benzodiazépines, ou à proposer un processus de sevrage. L'étude de Britten, Stevenson, Barry, Barber, et Bradley (2000) a d'ailleurs souligné que le manque de participation des patients et les erreurs de compréhension des médecins sont les principales causes de la prescription inappropriée. Cette dynamique d'impuissance peut donc avoir des conséquences lourdes pour la santé des patients, notamment pour les aînés qui consomment des benzodiazépines depuis plusieurs années.

Une autre tendance est également observée chez les participants qui adhèrent au modèle du vieillissement positif, ou qui visent à maintenir un état de santé et un niveau d'activation optimaux. Certains consommateurs âgés vont ainsi exprimer à leur médecin le désir de pouvoir circonscrire au maximum les effets du vieillissement, et vont même jusqu'à préciser quel type de

molécule ils désirent obtenir pour y arriver. Les médecins vont, quant à eux, tenter de contrer les effets du stress chez leurs patients âgés, souvent sans tenir compte de la chronicité de la consommation déjà existante. De cette manière, la consommation et la prescription de benzodiazépines visent à maintenir un sentiment d'empowerment et redonner un semblant de pouvoir d'agir face à l'avancement en âge. Ceci est une autre critique du *modèle du vieillissement réussi* (Rowe & Kahn, 1997), déjà perçu par certains chercheurs comme étant une vision du vieillissement qui marginalise les personnes âgées incapables d'atteindre les standards de performance en raison de difficultés fonctionnelles (Bouisson, 2011; Calasanti, 2016; Cardinal et al., 2008; Leclerc, 2007; Minkler, 1990, cité par Bülow & Söderqvist, 2014).

Bref, dans leur ensemble, les données révèlent que lorsque les consommateurs âgés et les médecins adoptent des attitudes âgistes, ils sont plus à risque de se sentir démunis face aux difficultés liées à la vieillesse et, ainsi la médicaliser d'autant plus. Notons toutefois que dans quelques cas, les patients âgés qui perçoivent leur médecin comme étant disponible et collaboratif tendent à s'engager davantage dans leurs rencontres et dans la prise en charge de leur état de santé, tel qu'en faisant des recherches sur leurs médicaments et à énoncer leurs besoins à leurs professionnels de la santé. Ceci confirme diverses études selon lesquelles les interventions qui incitent les seniors à participer dans leur prise en charge de leur propre état de santé favorisent leur sentiment d'empowerment (Lagacé et al., 2011b; Shearer et al., 2012; Tannenbaum et al., 2003).

De manière similaire, les quelques médecins participants à l'étude qui encouragent la collaboration de leurs patients âgés, et même leur engagement dans un processus de sevrage, ont tendance à les percevoir comme ayant un pouvoir d'agir dans leur propre gestion de leur santé.

Ce résultat fait écho à la *théorie de l'autodétermination* (Deci & Ryan, 2000), où l'autonomie du patient peut être soutenue par une relation d'aide qui favorise sa collaboration et un rapport d'égalité (Alden & Toth-Cohen, 2015; Ryan et al., 2008). De ce fait, plusieurs auteurs soulignent l'importance d'établir une approche centrée sur le client, marquée par de l'empathie et de la collaboration (Bastiaens, Van Royen, Pavlic, Raposo, & Baker, 2007; Belcher, Fried, Agostini, & Tinetti, 2006; Williams, Haskard, & DiMatteo, 2007). Cette qualité de la relation d'aide sert à favoriser un sentiment d'empowerment chez les patients âgés, notamment dans le processus de décision liée à la médication (Belcher et al., 2006). Quéniart et Charpentier (2009) soutiennent aussi que les personnes âgées elles-mêmes évoquent l'importance d'aller au-delà des stéréotypes âgistes, et ce, afin d'être ouvert à découvrir les forces des personnes du troisième et quatrième âge et à les mettre à profit au sein des suivis médicaux. À la lecture des résultats, il semble donc qu'une interaction marquée par de l'ouverture, une communication égalitaire, ainsi qu'une reconnaissance des ressources des aînés pourrait avoir un impact positif sur le sentiment d'empowerment des patients âgés, et même des médecins.

Pour résumer, tel qu'illustré par les modèles descriptifs développés à partir de l'analyse qualitative des données, l'empowerment est un thème central dans la problématique de consommation et de prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées. L'âgisme, une représentation influencée par l'environnement social et exprimée tant de manière explicite qu'implicite, est un facteur d'influence notable sur le sentiment d'impuissance ressentie chez les consommateurs âgés et les médecins. Il apparaît donc que ces thèmes méritent d'être explorés davantage, et ce, afin d'apporter des changements durables à cette problématique. La section suivante nous permettra de présenter les retombées cliniques issues de ce projet de recherche, et certaines pistes de réflexion pour des recherches futures.

## 5.2. Implications cliniques et pistes de recherche futures

La littérature scientifique soulève la présence de l'âgisme dans diverses sphères de notre société, ainsi que son impact sur les personnes âgées et les professionnels de la santé. Comme l'âgisme représente un frein réel au bien-être des aînés et au travail des praticiens, il est d'autant plus important de nous pencher sur la question et d'identifier comment nous pouvons limiter ses effets. Plus particulièrement, cette présente étude souligne l'influence des attitudes âgistes sur le sentiment d'impuissance lié à la consommation chronique et la prescription de benzodiazépines, une problématique importante touchant nos aînés et médecins. Cette nouvelle compréhension du lien entre les attitudes âgistes et l'impuissance des consommateurs âgés et des médecins nous permet de souligner des implications importantes en termes (a) des représentations et valeurs sociales; (b) du sentiment d'autonomie et de contrôle des aînés et des médecins; mais aussi pour (c) la qualité des interactions entre ces deux groupes. Les résultats de cette étude nous mènent aussi à d'autres questionnements, qui seront soulignés dans cette section comme pistes pour les recherches futures.

En premier lieu, des interventions au niveau social s'avèrent importantes afin de changer les stéréotypes envers le vieillissement. Toutefois, force est de reconnaître que le défi principal à l'élimination de l'âgisme est en fait la minimisation de sa présence ou de ses impacts négatifs. De manière générale, les stéréotypes liés à la vieillesse ne sont pas perçus de la même façon que d'autres types de stigmatisation, tels que le sexisme ou le racisme (Nelson, 2016b). En fait, les attitudes âgistes ne sont que rarement remises en question et se retrouvent partout : les cartes de souhaits, les images à la télévision, les campagnes publicitaires des industries de la beauté et pharmaceutique, et même la popularité globale du *wellness*, ou du « santéisme » (Lamarre,

Mineau, & Larochelle, 2006). Ainsi, le premier pas vers un changement d'attitudes au sein de notre société est d'éduquer les personnes de tous les âges sur les mythes reliés au vieillissement, et de souligner les aspects positifs qui peuvent lui être associés (Sargent-Cox, 2017), tels que les avantages que la retraite peut apporter (p.ex. : plus de liberté quant à l'horaire, ralentissement du rythme quotidien), la disponibilité pour s'engager dans des activités, connecter avec des proches ou faire de nouveaux apprentissages, ainsi que la connaissance de soi et la sagesse. Ces séances d'informations peuvent prendre la forme de séminaires, de programmes éducationnels, et de publications, présentés dans les milieux scolaires, communautaires, et organisationnels.

La valorisation des relations familiales et des échanges intergénérationnels représente un deuxième pas vers le changement des perceptions envers le vieillissement. En fait, il a été soulevé que les interactions entre divers groupes d'âge permettent de changer les attitudes explicites et implicites (Tam, Hewstone, Harwood, Voci, & Kenworthy, 2006), et que la prévalence de l'âgisme est moins élevée lorsque les jeunes ont l'opportunité d'être en contact avec des personnes âgées (Montepare & Zebrowitz, 2002). Nous croyons que les psychologues peuvent inclure ces étapes à leurs activités cliniques, telles qu'en offrant de la psychoéducation à leurs clients, ou en animant des groupes où des personnes d'âge multiples peuvent participer. À travers leurs projets de recherche, ils peuvent contribuer à l'élaboration et l'évaluation d'activités ou de programmes qui visent à modifier les attitudes envers la vieillesse.

Tel que souligné par Renaud et al. (2007), il est possible de modifier les normes véhiculées par les médias en orientant leurs messages vers une norme plus saine, soit une plus grande acceptation et valorisation du vieillissement. Des campagnes de sensibilisation médiatiques pourraient provoquer un changement de perceptions et de valeurs au niveau sociétal.

À cet effet, l'étude de Mendonça, Mariano, et Marques (2016) a montré l'impact positif d'une campagne de sensibilisation introduite au Portugal, un pays significativement marqué par un vieillissement de sa population. Ils ont montré que la création et la distribution d'affiches visant à développer l'image positive des aînés ont permis de sensibiliser les membres du public de tous les âges, et plus particulièrement les groupes qui ont été directement impliqués dans le projet (c.-à-d. étudiants universitaires, conseil municipal, associations de retraités, professeurs, etc.). Des études additionnelles doivent être menées afin de comprendre quels types d'interventions médiatiques sont les plus efficaces, particulièrement dans notre contexte québécois. Mais il appert tout de même que ce type de stratégie représente une avenue intéressante pour changer les attitudes envers la vieillesse.

Il appert également qu'un changement à la définition d'un vieillissement « réussi » puisse avoir un effet bénéfique sur la représentation du vieillissement. En fait, plusieurs gérontologues contestent le *modèle du vieillissement réussi* développé par Rowe et Kahn (1997), car celui-ci promeut une vision réductrice de l'avancement en âge et contribue à stigmatiser les séniors qui ne peuvent rencontrer les standards de santé et de productivité. Les critères de la « réussite de la vieillesse » devraient permettre de considérer les multiples dimensions qui forment la santé des aînés, et représenter un continuum afin de ne pas dichotomiser la réussite et l'échec du vieillissement (Bowling, 2007). Ainsi, une définition du vieillissement optimal devrait favoriser l'acceptation des limites normales provoquées par l'avancement en âge et souligner les forces des aînés qui permettent de maintenir un sentiment de bien-être.

Dans cet ordre d'idée, le mouvement vers un modèle biopsychosocial du vieillissement est nécessaire, car celui-ci permettrait de comprendre les diverses dimensions qui exercent un impact

sur son bien-être. Ceci demandera (a) un changement au sujet des organisations qui, de façon générale, ne s'insèrent pas dans les pratiques de conceptualisation et de prescriptions des médecins (Barber, Rawlins, & Franklin, 2003); (b) la considération d'une médecine de maintien (et non de guérison) dans la prise en charge des aînés; et (c) une plus grande sensibilisation chez les praticiens à l'hétérogénéité des vieillesses et aux distinctions entre le vieillissement normal et pathologique.

En deuxième lieu, les résultats à cette étude permettent de souligner certaines retombées qui impliquent les professionnels de la santé, et plus particulièrement les médecins. D'abord, à notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur les représentations et attitudes que les médecins ont de leurs patients âgés, et comment celles-ci influencent leurs comportements avec ces derniers (Ben-Harush et al., 2017; Choi & Gonzalez, 2005; Masse & Meire, 2012; Pérodeau et al., 2016; Schroyen et al., 2016). Toutefois, même si nous savons que nos attitudes ont une influence notable sur nos comportements, il est plus difficile d'avoir accès à nos attitudes implicites et d'évaluer leurs impacts sur autrui (Nash et al., 2014). Le développement d'une meilleure compréhension du rôle de l'âgisme dans la problématique de la prescription de psychotropes aux aînés demandera d'abord une réflexion quant aux attitudes personnelles. Comme les médecins sont de plus en plus appelés à offrir des soins aux personnes du troisième et quatrième âge, il serait important qu'ils soient conscients de leurs représentations du vieillissement, et comment celles-ci peuvent constituer un biais dans leurs interventions et leurs choix de modalités de traitement. Ceci pourrait être mis de l'avant tant dans les programmes de formation, les présentations scientifiques, que les formations de développement professionnel.

Quant à la formation des médecins, il est reconnu que le programme d'études en médecine comprend peu d'informations sur la gérontologie (Weir, 2004). Pour limiter l'impact de l'âgisme dans les relations médecin-patient âgé, voire même diminuer la prescription de benzodiazépines, le curriculum des étudiants en médecine doit inclure plus de cours théoriques et d'expériences pratiques auprès de personnes âgées. En effet, il a été soulevé qu'une approche pédagogique qui combine le développement des connaissances et des compétences auprès des aînés entraîne les étudiants à développer des attitudes positives envers les seniors (Chonody, 2015; Duke, Cohen, & Novack, 2009). Minimale, des ateliers ou des séances d'informations doivent être inclus à la formation des futurs médecins afin de les informer des particularités des patients âgés, une mesure qui n'est tout de même pas suffisante pour avoir un impact sur leurs représentations envers le vieillissement (Stuart-Hamilton & Mahoney, 2003). Ces considérations touchent également les médecins d'expérience, qui pourraient bénéficier de courtes formations sur l'évaluation du fonctionnement biopsychosocial des personnes âgées, et le traitement pharmacologique et non pharmacologique des symptômes qu'elles rapportent (Eckstrom et al., 2008). Ainsi, il semble qu'une formation spécialisée sur les besoins des aînés permettrait aux médecins de développer leur compréhension de la singularité de l'expérience de ceux-ci, et de reconnaître l'impact de l'âgisme sur leurs comportements, notamment sur leur prescription de psychotropes.

Plus spécifiquement, cette présente étude permet d'identifier des éléments clés pouvant soutenir les médecins à apporter des changements concrets dans leurs comportements de prescription de benzodiazépines auprès d'adultes vieillissants. Même si les médecins reconnaissent les risques associés à la consommation chronique de ces molécules et ont accès à

des guides cliniques qui proscrivent la prescription de celles-ci aux aînés, ils expriment une certaine impuissance face à cette réalité.

À la lumière des résultats soulevés dans cette recherche, il semble qu'en accompagnement aux informations sur les manifestations du vieillissement normal et des effets de l'âgisme, des formations spécifiques sur les protocoles de sevrage de benzodiazépines et les stratégies non médicales pour soutenir les patients âgés dans leur gestion de l'insomnie et l'anxiété (p.ex. : normalisation des interruptions de sommeil et du stress, stratégies pour favoriser une meilleure hygiène de sommeil, exercices de respiration profonde ou de pleine conscience, etc.) sont recommandées. Une formation sur l'entretien motivationnel pourrait également être utile afin d'adopter des modes de communication facilitant l'engagement des patients âgés dans l'arrêt de consommation ou dans la pratique de stratégies alternatives. Des recherches pourraient évaluer si ce type de formation, pouvant être offerte par des psychologues spécialisés en gérontologie, permet véritablement de répondre aux besoins des médecins, voire même augmenter leur sentiment d'empowerment dans leurs interactions avec leur clientèle âgée.

En troisième lieu, le besoin pour une plus grande sensibilisation aux effets nocifs de l'âgisme sur le sentiment d'empowerment est aussi relevé au sein du groupe de consommateurs âgés. D'une part, même si l'intériorisation de représentations négatives du vieillissement se base sur plusieurs décennies d'exposition (Sargent-Cox, 2017), la relativement récente étude de Levy, Pilver, Chung, et Slade (2014) indique qu'il est possible de renforcer les représentations positives chez les aînés. En effet, la présentation d'illustrations qui évoquent une image positive du vieillissement a permis d'affaiblir les attitudes âgistes, et ce, sur une longue durée (Levy et al., 2014). Il serait donc intéressant de poursuivre les efforts de recherche et d'identifier les

interventions propres à mener les personnes âgées à développer des représentations positives de la vieillesse, et quels contextes maximiseraient ce processus. Seraient-ce des présentations orales ou télévisuelles dans des centres communautaires ou des résidences pour aînés, ou bien même des interventions directes dans un contexte thérapeutique. Les professionnels de la santé ont un rôle clé pour soutenir le patient à développer une attitude plus positive envers son vieillissement. Ces interventions sont d'autant plus importantes en considérant l'association entre l'âgisme et l'impuissance soulevée dans ce projet.

Par ailleurs, en révisant les interventions qui visent à consolider l'empowerment des seniors, il semble que l'accent a été peu mis sur les impacts des représentations âgistes. En effet, une méta-analyse montre que la majorité des programmes sont offerts en groupe, et se concentrent plutôt sur des informations psychoéducatives concernant la santé, la gestion de symptômes, la stratégie de résolutions de problèmes, et l'importance du soutien social (Shearer et al., 2012). Des nouvelles recherches qui se penchent sur l'intégration de la sensibilisation aux effets de l'âgisme dans les interventions visant à augmenter le sentiment d'empowerment des aînés sont donc indiquées, soit en format individuel ou en groupe. Cette association peut également représenter une part importante des objectifs de traitement développés en collaboration entre le professionnel de la santé et son client âgé.

De surcroît, nos résultats font ressortir la résistance des sujets âgés à accepter leurs limites face au vieillissement ainsi que leur désir de rester performants, dans ce cas-ci grâce à la consommation de psychotropes. Ceci est d'autant plus marquant qu'il est nécessaire de pratiquer le « lâcher-prise » afin de pouvoir accepter les pertes et limites du vieillissement. Pour ce faire, et tel que présenté par Kagan (2015), nous devons faire preuve d'auto-compassion, accepter notre

vulnérabilité, et reconnaître nos processus d'évitement. Cette nouvelle posture, selon laquelle vieillir n'est plus menaçant, rend les attitudes âgistes obsolètes. Nous considérons que la pratique de la pleine conscience peut avoir un impact notable à ce niveau, soit en soutenant les personnes âgées à reconnaître leurs vulnérabilités, et ce, sans les juger. Les études portant sur la pratique de l'auto-compassion et la pleine conscience chez les personnes âgées ne sont qu'à leur début, mais présentent tout de même des résultats prometteurs. Entre autres, les résultats présentés dans les études de Allen et Leary (2014) et Turner (2014) suggèrent que ces techniques permettent de renforcer la régulation des émotions, ainsi que les représentations positives envers le vieillissement. Le développement des données probantes dans ce domaine serait fort pertinent pour soutenir les personnes âgées à changer leurs représentations de soi négatives, à augmenter leur sentiment d'empowerment, voire même diminuer leur consommation de psychotropes. Nous considérons que ces aptitudes doivent être priorisées dans les services offerts aux aînés, et particulièrement au sein de la relation entre le professionnel de la santé et le patient âgé.

En dernier lieu, ce projet de recherche permet de souligner l'importance de la qualité de la relation médecin-patient âgé, et plus spécifiquement, son influence sur le sentiment d'empowerment des deux protagonistes. À cet effet, les lignes directrices pour les soins octroyés aux aînés développées par la *Commission de la santé mentale du Canada* (2011) sont basées sur les principes du respect de leur dignité et de leur empowerment. Les besoins et les choix des aînés doivent représenter la base des programmes et politiques développés pour soutenir leur santé physique et psychologique, et plus spécifiquement, être au cœur de leurs interactions avec leurs professionnels de la santé. Une approche centrée sur le client est donc largement encouragée dans le domaine médical, et pourrait représenter un contexte propice pour le développement d'attitudes positives envers le vieillissement. Cependant, il est reconnu que la tendance des

professionnels de la santé à adopter un style de communication fermé et des attitudes âgistes contribue à l'insatisfaction des patients âgés, et même à leur dépendance et sentiment d'impuissance (Clarke, Bennett, & Korotchenko, 2014). Pour changer cette dynamique, Williams et al. (2007) recommandent aux praticiens travaillant auprès d'une clientèle âgée de (a) communiquer les informations relatives à leurs conditions de santé et leurs modalités de traitement, incluant les avantages et désavantages de ceux-ci, (b) porter une attention particulière aux besoins des patients et de les inclure dans le développement d'un plan de traitement, et (c) faire preuve d'empathie dans les expressions verbales et non-verbales.

Cette présente étude permet aussi de souligner l'importance d'être attentif aux attitudes âgistes et à leurs effets, normaliser les manifestations du vieillissement normal, encourager l'acceptation des limites, et souligner les forces des clients âgés. Il est de notre avis que l'ensemble de ces considérations peuvent avoir un impact notable sur la problématique de la consommation et prescription de benzodiazépines chez les séniors. En basant la relation d'aide sur les besoins de la personne âgée et en favorisant son sentiment d'empowerment, il est plausible qu'elle puisse reconnaître ses ressources pour gérer ses difficultés de santé et être moins résignée devant la prise de psychotropes. Cette approche pourrait également avoir un impact positif sur l'empowerment des professionnels de la santé, soit en comprenant davantage les besoins de leurs clients âgés et en étant un participant actif dans l'émancipation de ces derniers. Une considération additionnelle est notre besoin de mieux comprendre les besoins spécifiques des clients âgés, qui peuvent diverger selon une multitude de facteurs, incluant leur état de santé physique et psychologique, leur réseau social, et leur situation financière (Williams et al., 2007). De plus amples recherches sont essentielles pour nous permettre de bien comprendre les facilitateurs de la relation centrée sur le patient âgé.

Pour résumer, les retombées de ce projet de recherche impliquent des considérations pour le changement des représentations du vieillissement au niveau social, le besoin des professionnels de la santé et des personnes âgées à mieux comprendre les impacts de l'âgisme, et le rôle de la relation entre les praticiens et les aînés comme moyen pour développer le sentiment d'empowerment de ceux-ci. Il semble que la psychologie peut jouer un rôle important dans le développement d'attitudes positives envers la vieillesse, tant dans la formation offerte aux professionnels de la santé, dans les mesures de sensibilisation de la population, que dans les services thérapeutiques offerts aux aînés. De plus amples recherches sont toutefois nécessaires pour comprendre les besoins spécifiques des professionnels de la santé et des personnes âgées, mais aussi pour évaluer la portée de programmes d'intervention visant à modifier les représentations du vieillissement.

### **5.3. Limites de l'étude**

Ce présent projet de recherche comporte certaines limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. La première concerne l'homogénéité des groupes de participants, limitant la généralisation des résultats. D'une part, comme le groupe de sujets âgés n'inclut que des consommateurs, les tendances soulevées à travers l'analyse qualitative ne peuvent être appliquées aux adultes vieillissants qui ne consomment pas de benzodiazépines. D'autre part, en ayant seulement approfondi l'expérience des médecins, notre compréhension de l'impact des représentations âgistes est limitée. La perspective des infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, et autres professionnels de la santé œuvrant auprès des aînés permettrait d'avoir une compréhension plus globale de la question. Même si, en recherche qualitative, l'induction analytique permet de généraliser des éléments clés à d'autres cas

similaires (Pires, 1997), il demeure que l'inclusion d'autres acteurs pertinents ou de dyades médecin-patient âgé offrirait la possibilité d'approfondir notre compréhension de la question de recherche.

La deuxième limite de cette étude est liée aux biais d'auto-sélection (Robinson, 2014) et des données auto-rapportées (Brutus, Aguinis, & Wassmer, 2013). En fait, comme tous les participants ont été recrutés sur une base volontaire et non par une sélection aléatoire, il est possible qu'ils entretiennent des attitudes plus ou moins critiques sur la problématique de la consommation et de la prescription de benzodiazépines des aînés. Ainsi, leur discours sur la question peut ne pas être représentatif de celui de la population générale. De plus, l'ensemble des résultats proviennent de réponses auto-rapportées aux questions des intervieweurs. Les résultats, qui se basent largement sur les représentations des participants, peuvent être limités aux attitudes conscientes liées à l'âgisme, et exclure les représentations implicites de ceux-ci.

La troisième limite concerne le fait que les résultats proviennent d'une analyse secondaire de données recueillies en 2004. De ce fait, les thèmes visés par cette étude sont limités aux informations recueillies à l'aide des grilles d'entrevue développées pour le projet initial. Plus spécifiquement, il aurait été intéressant d'avoir accès à des questions sur les perceptions des consommateurs âgés et les médecins envers le vieillissement, l'influence de l'environnement social (c.-à-d. médias et réseau social) dans le développement d'attitudes envers la vieillesse, et le processus d'intériorisation de l'âgisme. Nous pouvons également considérer que comme la collecte de données s'est effectuée en 2004, ces dernières peuvent ne pas refléter la réalité des consommateurs âgés et des médecins en 2017, et même le changement de sensibilité de la part des médecins et des médias au sujet de la polymédication et des effets nocifs des benzodiazépines

et des interactions médicamenteuses adverses. Toutefois, les données empiriques publiées sur les attitudes âgistes, ainsi que sur la consommation et la prescription de psychotropes aux personnes vieillissantes révèlent des tendances similaires depuis plus de 20 ans (p.ex. : Alden & Toth-Cohen, 2015; Aora et al., 2015; Chrisler et al., 2016; Cohen & Cailloux-Cohen, 1995; Côté et al., 2016; Garfinkel & Mangin, 2010; Lagacé et al., 2012; Levy, 2003; Manthey et al., 2011; Masse & Meire, 2012; Pérodeau et al., 2008; Rivas-Vazquez, 2003; Voyer et al., 2004).

La dernière limite à cette étude est liée à la fidélité du processus de codification et de l'accord interjuges. La fidélité des données qualitatives peut être assurée en incluant plus d'une personne dans le processus de codification, et évaluée en calculant le coefficient *kappa* de Cohen (Burla et al., 2008; Conger, 2017; Miles & Huberman, 1984). Il est généralement convenu qu'un coefficient de 0,80 ou plus représente un niveau de fidélité élevé (Conger, 2017; Miles & Huberman, 1984), mais les accords interjuges pour cette étude n'ont atteint que des valeurs acceptables, soit 0,72 et 0,75 pour les consommateurs âgés et les médecins, respectivement. Néanmoins, selon plusieurs auteurs, il n'est pas réaliste de viser un accord parfait entre deux codificateurs, car l'assignation de codes aux données qualitatives est grandement influencée par la subjectivité de chaque codificateur (Bazeley, 2013; Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002; Paulus, Woodside, & Ziegler, 2008; Sousa, 2014). Il semble donc que les valeurs des accords interjuges observées dans cette étude représentent une bonne fidélité des résultats.

Chapitre VI  
CONCLUSION

L'intérêt à mieux comprendre les effets de l'âgisme se base, entre autres, sur le fait que la majorité des êtres humains doivent traverser l'étape de la vieillesse. Chacun d'entre nous devra s'ajuster aux changements occasionnés par l'avancement en âge, et sera susceptible de subir les effets des attitudes âgistes véhiculées dans notre société. Cette présente étude a permis de développer nos connaissances sur les liens entre l'âgisme, l'empowerment, et la consommation et la prescription de benzodiazépines. Plus particulièrement, nos résultats ont révélé comment l'intégration de représentations âgistes peut contribuer à la dynamique d'impuissance qui est présente entre les personnes âgées et leur médecin, contribuant à la problématique de prescription et de consommation de benzodiazépines. En conclusion, cette analyse incite à explorer certaines considérations pour notre système de la santé, notamment en termes de la pathologisation et la médicalisation du vieillissement.

Actuellement, la santé représente une valeur et une préoccupation centrale dans notre société, fortement médicalisée, et dont l'idéologie repose « sur la promesse que l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes hygiénistes » (Lamarre et al., 2006; p. 228). En pathologisant et en médicalisant toutes manifestations qui paraissent « hors normes », c'est-à-dire en transformant le normal en pathologique en fonction des outils thérapeutiques que l'on dispose (Lamarre et al., 2006; Pignarre, 1999, 2006; St-Onge, 2004), on contribue à médicaliser des phénomènes sociaux ou développementaux. L'avancement en âge n'en fait pas exception. À la lumière des résultats de cette étude, nous préconisons une redéfinition du vieillissement et un virage radical quant à la surmédicalisation induite des personnes âgées et, par extension, les autres groupes d'âge de notre population.

Il nous importe aussi de souligner que le vieillissement n'est pas une condition qui doit être « guérie ». La vieillesse représente un processus développemental normal, qui « s'accompagne d'un déclin de toutes les fonctions physiologiques, mais n'a de conséquences cliniquement perceptibles qu'à partir d'un certain seuil. De plus, cette atteinte des fonctions physiologiques et cognitives est hétérogène, avec une importante variabilité intra- et interindividuelle » (Berr, Balard, Blain, & Robine, 2012; p. 282). En considérant la définition du vieillissement normal, le modèle biomédical mis de l'avant par la médecine nord-américaine ne semble pas répondre aux besoins des personnes vieillissantes. En effet, ces dernières nécessiteraient une médecine davantage centrée sur la prévention et le maintien de leur état de santé, et moins sur la « guérison » comme telle. Cette considération a une portée importante pour la gérance de notre système de la santé et de la dispensation de soins, d'autant plus que le phénomène de vieillissement de notre population n'est pas prévu pour ralentir au courant des prochaines années (Vézina et al., 2013).

Nos résultats soulignent une dernière considération importante. Les médecins sont parfaitement au courant de la problématique de consommation de médicaments par les personnes âgées, mais se sentent pris dans un engrenage systémique qui ne leur permet pas d'agir autrement. Certes, nous observons actuellement certains changements dans les pratiques de prescription et de consommation, tel qu'un glissement des benzodiazépines vers les antidépresseurs (Côté et al., 2016). Néanmoins, le phénomène de la médicalisation du social représente toujours une part importante de notre culture médicale. Il est donc possible de questionner l'intérêt envers les antidépresseurs : est-il simplement basé sur le désir de diminuer l'occurrence des effets secondaires liés à la consommation d'autres psychotropes, ou représente-t-il une continuité de la pathologisation et de la médicalisation du vieillissement? Il est plausible

d'avancer que ces deux motifs soutiennent le virement vers les antidépresseurs, et justifieront le développement d'autres molécules dans le futur. À la lumière des résultats relevés dans cette étude et présentés dans d'autres écrits scientifiques, il appert que seul un changement culturel et structurel de notre système de santé permettra d'apporter des changements durables aux patrons de consommation et de prescription de psychotropes, une problématique qui touchent particulièrement les personnes âgées.

ANNEXE A

## MÉTHODOLOGIE : ÉTUDE INITIALE

### 1. Procédures

Les consommateurs âgés ont été recrutés par l'entremise d'affiches disposées dans des pharmacies, des cliniques médicales, des centres communautaires et autres lieux publics de la région de l'Outaouais fréquentés par des personnes susceptibles de répondre aux critères de sélection. Pour éviter les biais provenant des consommateurs ayant un point de vue positif ou négatif marqué face à la consommation de benzodiazépines, la recherche a été présentée comme une étude portant sur les habitudes en matière de santé des personnes âgées de 50 ans et plus, et visant spécifiquement celles consommant des médicaments pour l'insomnie ou pour le stress. Les individus intéressés étaient invités à communiquer avec un membre du laboratoire de recherche qui procédait alors à un filtrage téléphonique lors duquel l'étude était décrite et l'éligibilité des participants vérifiée. Si le participant répondait aux critères d'inclusion, un rendez-vous était pris par téléphone pour une entrevue individuelle. Il est à noter qu'une personne ayant annulé son rendez-vous a été incapable de le reporter pour cause de contraintes de temps. Au total, 30 entrevues ont été effectuées, parmi lesquelles 5 ont été rejetées en raison de critères d'exclusion qui n'avaient pas été détectés au cours du processus de dépistage (c.-à-d. l'inspection visuelle de la pharmacie personnelle a révélé que ces participants avaient omis de mentionner l'usage d'un médicament spécifique, comme un antidépresseur ou un neuroleptique ou parce que la durée d'utilisation de benzodiazépines était de moins de quatre mois). L'échantillon final est donc composé de 25 consommateurs (14 femmes et 11 hommes).

Le recrutement des médecins a été réalisé à l'aide d'une liste fournie par l'*Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais*. Les professionnels intéressés étaient invités à

téléphoner au laboratoire de recherche afin d'obtenir plus d'informations sur les objectifs de la recherche et éventuellement indiquer s'ils désiraient y participer. Par manque de temps ou d'intérêt, quatre professionnels ont abandonné l'étude, réduisant l'échantillon à 9 médecins.

L'approbation éthique fut obtenue par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Des formulaires de consentement ont été signés par tous les participants avant de procéder aux entrevues. Ces formulaires visaient à les informer de l'objectif de recherche et de la procédure suivie, ainsi que de l'aspect volontaire de la participation et la garantie d'anonymat.

Les entrevues individuelles ont été menées par une coordonnatrice de recherche et deux assistantes de recherche. Celles effectuées auprès des consommateurs âgés ont été menées à leur domicile, entre mars 2004 et août 2005. Les entrevues effectuées auprès des professionnels de la santé ont été effectuées à leur lieu de travail, entre novembre 2004 et avril 2005. Les entrevues prenaient fin lorsqu'une saturation des données était atteinte, c'est-à-dire lorsque de nouveaux thèmes cessaient d'émerger des entrevues (Pires, 1997).

## **2. Instruments**

Afin de procéder à la sélection des consommateurs âgés, une version française du *Short Cognitive Test Blessed* (Blessed, Tomlinson, & Roth, 1968) a été administrée verbalement aux participants afin d'éliminer ceux atteints de déficits cognitifs trop importants. Plus spécifiquement, les participants ayant obtenu un score égal ou inférieur à 11 (sur un total de 28)

étaient considérés comme étant atteints d'un déficit cognitif trop sévère pour être retenus dans l'échantillon. À partir de ce critère, 12 participants potentiels ont été éliminés.

Un questionnaire sociodémographique a été administré aux deux groupes de participants. Aussi, une mesure de l'usage de psychotropes (Pérodeau & Ostoj, 1990) centrée sur les patrons de consommation a été administrée aux consommateurs âgés. Une inspection visuelle de la pharmacie personnelle des consommateurs âgés a été complétée afin de documenter le nombre total de médicaments consommés et la fonction de ces prescriptions. Cette mesure a permis d'offrir des informations additionnelles sur la santé et le statut sociodémographique des répondants, ainsi que d'assurer le respect des critères de sélection.

ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE DE L'ÉTUDE INITIALE : CONSOMMATEURS

Thèmes	Questions principales	Questions d'approfondissement
Présentation	Présentation de l'intervieweuse; But de l'entretien; Conditions déontologiques et signature du formulaire de consentement; Explication de l'enregistrement	
Impacts du médicament dans le quotidien	Pouvez-vous me dire c'est quoi pour vous de prendre des médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité dans votre vie de tous les jours, physiquement, dans vos activités	Pouvez-vous m'expliquer les effets ressentis que ce soit sur le plan physique ou sur vos comportements ou attitudes; Ce que vous pensez de ces médicaments (perceptions, sentiments); De quelle façon ils vous aident dans votre quotidien
Perceptions de l'utilisation à long terme	Pouvez-vous me dire c'est quoi (ce que cela représente) pour vous d'en prendre de façon continue, les bons effets, les mauvais effets, s'il y a lieu	Pouvez-vous me dire ce que cela suscite comme sentiments (inquiétude, angoisse, confiance, sécurité)
Anticipation d'un arrêt ou d'une réduction de la consommation	Pouvez-vous me dire ce que cela serait pour vous de prendre moins de médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité ou d'arrêter complètement, les effets physiques, dans vos activités de tous les jours	Pouvez-vous m'expliquer ce que cela pourrait avoir comme effets dans votre vie de tous les jours (bons ou mauvais); Comment vous réagissez à l'idée d'arrêter de prendre ces médicaments, pour quelles raisons; Avez-vous déjà essayé d'arrêter, si oui, comment cela s'était passé; Connaissez-vous d'autres choses qui peuvent remplacer les médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité
Aide potentielle de l'entourage	Pouvez-vous me parler de ce disent les membres de votre famille ou de votre entourage de votre prise de médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité; Si vous vouliez arrêter ou réduire cette consommation, quelle serait la position de votre entourage, quels types d'aide pourraient-ils vous apporter à ce titre	Leurs sentiments ou opinions face à ces médicaments

Aide potentielle des professionnels	Parlez-moi de la première fois qu'un médecin vous a prescrit des médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité; Et maintenant comment cela se passe; Si vous envisagiez d'arrêter ou de réduire votre consommation de médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité, que ferait votre médecin	Pensez-vous qu'il puisse vous aider à réduire au même arrêter si vous le demandez; Quels autres professionnels pourraient vous venir en aide à ce titre (infirmières, pharmaciens)
Médias et valeurs sociales	Avez-vous entendu parler des médicaments pour l'insomnie ou le stress/la nervosité dans les médias tels la radio, la télévision, les revues ou magazines, les journaux, les publicités, où, comment	Quels genres d'informations avez-vous entendus; Quel était le message vis-à-vis la prise de médicaments, vieillir, arrêter la consommation
Conclusion	Y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé à propos de l'utilisation des médicaments que vous aimeriez ajouter?	

ANNEXE C

GRILLE D'ENTREVUE DE L'ÉTUDE INITIALE : MÉDECINS

Thèmes	Questions
Présentation	Présentation de l'intervieweuse; But de l'entretien; Conditions déontologiques et signature du formulaire de consentement; Explication de l'enregistrement
Introduction	Pouvez-vous me dire dans quel(s) milieu(x) vous pratiquez
Pratiques professionnelles	Décrivez en quelques mots le contexte de votre pratique auprès des personnes de 50 ans et plus consommant des benzodiazépines (BZ); Dans quel contexte êtes-vous confortable de prescrire des BZ; Dans quel contexte êtes-vous confortable de continuer à prescrire ou de ne pas prescrire des BZ; Décrivez les aises ou malaises de votre pratique vis-à-vis les BZ; Pouvez-vous m'expliquer si votre pratique de prescription diffère en fonction des différents milieux où vous pratiquez
Avantages et inconvénients du médicament dans le quotidien	Que pensez-vous que peuvent apporter les BZ dans le quotidien des personnes âgées de 50 ans et plus qui les consomment, tant positif que négatif
Utilisation à long terme	Comment comprenez-vous l'utilisation à long terme des BZ chez les personnes âgées de 50 ans et plus (ce que cela signifie une consommation à long terme); Et qu'est-ce que vous en pensez
Réduction/arrêt de la consommation	Comment voyez-vous le fait de réduire ou d'arrêter la consommation de BZ; Quels peuvent être les impacts positifs et négatifs d'une diminution ou d'un arrêt de la consommation de BZ; Pouvez-vous m'identifier des éléments ou facteurs qui pourraient motiver les consommateurs de 50 ans et plus à réduire ou arrêter (facteurs de motivation à poursuivre)
Rôle dans une réduction/arrêt de la consommation	Comment voyez-vous votre rôle, comme professionnel de la santé, auprès des personnes âgées de 50 ans et plus consommant de BZ; Quel rôle croyez-vous pouvoir jouer dans un contexte de diminution ou d'arrêt de la consommation de BZ auprès de ces personnes
Pistes de solutions	Quels seraient les facteurs ou éléments qui faciliteraient votre pratique dans une optique de réduction ou d'arrêt des BZ auprès des consommateurs; Qu'est-ce qui manque pour faciliter votre travail afin d'aider des personnes à réduire ou arrêter de prendre des BZ
Influence des médias, milieux professionnels, valeurs	Sur quels types d'informations vous basez-vous concernant les BZ; Quelles sont les sources les plus importantes
Conclusion	Avez-vous autre chose à ajouter à la discussion concernant les BZ et les personnes âgées de 50 ans et plus

## ANNEXE D

GRILLE DE CODIFICATION DE CETTE ÉTUDE : CONSOMMATEURS

Thèmes	Codes
<b>Traitement</b>	
- Insomnie = Prise de médicament pour traiter l'insomnie (troubles du sommeil)	TX_INSOM
- Anxiété = Prise de médicament pour traiter l'anxiété (nervosité, tension)	TX_ANX
- Autres médicaments = Consommation actuelle d'un autre type de médicament (c.-à-d. médicaments pour traiter diabète ou tension artérielle, prise de produits naturels, etc.)	TX_AUTRE
- Non médical = Traitement non médical passé ou présent (c.-à-d. psychothérapie, méditation, relaxation)	TX_NON MÉD
- Prise de consommation : Sporadique (c.-à-d. prise seulement au besoin)	BZD_SPORAD
- Prise de consommation : Chronique - consommation continue (c.-à-d. à chaque deux jours, tous les jours)	BZD_CHRO
<b>Représentations : Consommation de psychotropes</b>	
- Positif = Représentation positive du médicament (c.-à-d. efficacité; aucun problème perçu) Exemple : <i>Je l'ai toujours vu comme quelque chose qui aide pour dormir, je ne vis pas d'effets secondaires</i>	MED_POSITIF
- Négatif = Représentation négative du médicament (c.-à-d. effets secondaires, dépendance, tolérance, sevrage, problèmes éventuels perçus) Exemple : <i>Ce n'est pas bon, ça affecte ma mémoire, ce n'est pas quelque chose que je souhaite consommer</i>	MED_NÉGATIF
- Liée à l'âge (lien de causalité) = Consommation de psychotrope causée par l'âge (c.-à-d. consommateur attribue objectivement sa consommation de médicaments à son âge) Exemple : <i>Je vieillis et les bobos apparaissent, donc je prends des médicaments</i>	MED_AGE
- Pas liée à l'âge (pas de lien de causalité) = Consommation de psychotrope pas causée par l'âge (c.-à-d. consommateur n'attribue pas sa consommation de médicaments à son âge) Exemple : <i>J'ai commencé à en consommer lorsque je vivais un burnout, médicament aide pour gérer le stress occasionné par mon rythme de vie</i>	MED_PAS AGE
- Empowerment = Consommation de psychotrope liée au sentiment d'empowerment	MED_EMPOWER

- Médicament comme prise en charge de son état de santé; médicament perçu comme un moyen pour exercer un contrôle sur son propre fonctionnement – Exemple : *le médicament me permet de fonctionner au travail et de me sentir moi-même*
  - Perception d’avoir un contrôle de la prise de consommation, j’ai le contrôle, intention d’arrêter de consommer – Exemple : *je fais attention à la quantité que je prends pour ne pas être dépendant, je vise arrêter à ma retraite*
  - Recherche d’informations sur le médicament, je m’informe – Exemple : *J’ai lu que ces médicaments peuvent avoir un impact sur la mémoire*
- MED\_EMPOWER\_SANTÉ\_ FONCTIONNEMENT
- MED\_EMPOWER\_PRISE\_ CONTRÔLE
- MED\_EMPOWER\_INFO
- Impuissance = Consommation de psychotrope liée au sentiment d’impuissance
- MED\_IMPUISS
- Perception que le médicament n’est pas un moyen efficace pour exercer un contrôle sur son propre fonctionnement, médicament perçu comme une béquille – Exemple : *Mon médicament est une solution superficielle, il ne guérit pas le vrai bobo; Si je ne prends pas mon médicament, mes problèmes reviennent alors ce n’est pas une vraie solution*
  - Perception de ne pas avoir de contrôle sur la prise du médicament, perception qu’il est impossible d’arrêter – Exemple : *Quand j’essaie de diminuer la dose, je ne dors pas, Je n’ai jamais pensé à arrêter*
  - Je ne m’informe pas – Exemple : *si le docteur le prescrit, ça doit être bon alors je ne m’informe pas, on ne sait pas ce que contiennent les médicaments*
- MED\_IMPUISS\_SANTÉ\_ FONCTIONNEMENT
- MED\_IMPUISS\_PRISE\_ CONTRÔLE
- MED\_IMPUISS\_INFO

---

### Représentations : âge et vieillissement

- Environnement social = Représentations âgistes qui proviennent de l’environnement social
- AGISM\_SOCIAL
- Médias – Exemple : *On dit à la radio qu’ils donnent des pilules aux personnes âgées pour les calmer, ça m’inquiète*
  - Famille – Exemple : *Mes sœurs âgées disent qu’il n’y a rien là de prendre des médicaments à mon âge*
  - Amis, voisins, collègues, etc. – Exemple : *Mes amis disent qu’il n’y a rien là de prendre des médicaments à mon âge*
  - Professionnels de la santé – Exemple : *Mon pharmacien dit que la vieillesse signifie de prendre des médicaments*
- AGISM\_SOCIAL\_MÉDIAS
- AGISM\_SOCIAL\_FAM
- AGISM\_SOCIAL\_AMIS
- AGISM\_SOCIAL\_PROF

- Autres personnes âgées = représentations âgistes basées sur une vision négative des autres personnes âgées (c.-à-d. comparaison favorable aux pairs) – Exemple : <i>Ce sont les personnes plus âgées que moi qui sont vraiment victimes d'une surconsommation de médicaments; je ne suis pas rendu à l'âge d'être dépendant aux médicaments</i>	AGISM_AUTRES
- Auto-âgisme = Représentations âgistes qui proviennent de soi – EXEMPLE : <i>Pour un vieux comme moi, c'est normal de prendre des médicaments</i>	AGISM_SOI
- Représentation du vieillissement liée à l'empowerment (c.-à-d. subjectivité, notion de choix et de pouvoir, effets positifs du vieillissement) – Exemple : <i>À mon âge, j'ai maintenant le temps de choisir comment je veux prendre soin de mes difficultés de santé; Avec les années, je sais comment gérer mon sommeil</i>	AGISM_EMPOWER
- Représentation du vieillissement liée à l'impuissance (c.-à-d. subjectivité, pas de choix ou de pouvoir, effets négatifs de la vieillesse) – Exemple : <i>de toute façon à mon âge, je n'ai pas le choix que de prendre des médicaments; je suis trop vieux pour commencer d'autres types de traitement</i>	AGISM_IMPUISS
<b>Représentations : interactions avec le médecin</b>	
- Interaction teintée d'âgisme (c.-à-d. justifier la prescription par l'âge du patient) – Exemple : <i>le médecin m'a dit « c'est une maladie de vieux, alors prends le médicament »</i>	DOC_AGISM
- Interaction pas teintée d'âgisme (c.-à-d. la prescription est justifiée par d'autres facteurs que l'âge du patient, prescription basée sur les faits de la problématique du patient) – Exemple : <i>comme j'étais trop nerveux et dormais mal, elle m'a suggéré de prendre le médicament</i>	DOC_PAS AGISM
* Notion de bidirectionnalité : qui vient de l'interaction entre le consommateur et le médecin	
- Lié à l'empowerment = Interaction avec le médecin liée au sentiment d'empowerment (c.-à-d. collaboration, expression des attentes et des besoins) – Exemple : <i>je lui ai parlé de mes effets secondaires du médicament, et il m'a proposé de changer la sorte</i>	DOC_EMPOWER_INTERACTION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'empowerment qui provient principalement de soi – Exemple : <i>j'ai dit au médecin mes inquiétudes et mes préférences</i></li> <li>• Sentiment d'empowerment du consommateur qui provient principalement du docteur – Exemple : <i>le médecin me demande mon avis et prend le temps de m'écouter</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOC_EMPOWER_SOI</li> <li>• DOC_EMPOWER_DOC</li> </ul>

---

<p>- Lié à l'impuissance = Interaction avec le médecin liée au sentiment d'impuissance (c.-à-d. laisser le médecin décider et ne pas s'impliquer dans le choix de traitement, pas de collaboration, interaction qui ne promeut pas d'autres solutions que le médicament, les attentes qui ne sont pas remplies par le médecin) – Exemple : <i>de toute façon, je ne pose pas de questions et le médecin ne m'en pose pas non plus</i></p>	<p>DOC_IMPUISS_INTERACTION</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'impuissance qui provient principalement de soi – Exemple : <i>je ne pose pas de questions au médecin</i></li> <li>• Sentiment d'impuissance du consommateur qui provient principalement du docteur – Exemple : <i>le médecin ne prend pas le temps pour répondre à mes questions</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOC_IMPUISS_SOI</li> <li>• DOC_IMPUISS_DOC</li> </ul>

---

ANNEXE E

GRILLE DE CODIFICATION DE CETTE ÉTUDE : MÉDECINS

Thèmes	Codes
<b>Traitement</b>	
- Clientèle âgée : expertise avec clientèle âgée, expertise en gériatrie	CLIENT_ÂGÉ
- Clientèle non âgée : pas d'expertise en gériatrie, expérience avec clientèle non âgée – Exemple : <i>mes clients sont majoritairement âgés entre 18 et 50 ans</i>	CLIENT_NON ÂGÉ
- Insomnie : Prescription de médicament pour traiter l'insomnie (troubles du sommeil)	TX_INSOM
- Anxiété : Prescription de médicament pour traiter l'anxiété (nervosité, tension)	TX_ANX
- Non médical : Traitement non médical (c.-à-d. psychothérapie, méditation, relaxation)	TX_NON MÉD
- Autre médicament – Exemple : <i>je prescris une alternative au BZD</i>	TX_AUTRE
- Prescription du médicament : Sporadique, transition (c.-à-d. prise seulement au besoin) – Exemple : <i>médicament seulement prescrit à court terme et pris au besoin</i>	BZD_SPORAD
- Prescription du médicament : Chronique (consommation continue (c.-à-d. à chaque deux jours, tous les jours) – Exemple : <i>selon moi, une consommation qui excède 1 mois représente une consommation chronique</i>	BZD_CHRO
<b>Représentations : Prescription de psychotropes</b>	
- Positif : Représentation positive du médicament (c.-à-d. efficacité; aucun problème perçu) – Exemple : <i>Je le vois comme quelque chose qui aide le patient, c'est la meilleure solution que je peux offrir</i>	MED_POSITIF
- Négatif : Représentation négative du médicament (c.-à-d. effets secondaires, dépendance, tolérance, sevrage, problèmes éventuels perçus) – Exemple : <i>Ce n'est pas bon, ce n'est pas quelque chose que je souhaite prescrire</i>	MED_NÉGATIF
- Liée à l'âge : Prescription de psychotrope liée à l'âge (c.-à-d. médecin inclut l'âge comme facteur explicatif pour sa prescription de psychotrope) – Exemple : <i>Avec l'âge, les troubles de santé sont plus fréquents et les psychotropes viennent aider à ce niveau</i>	MED_AGE

<p>- Pas liée à l'âge : Prescription de psychotrope pas liée à l'âge (c.-à-d. médecin n'inclut pas l'âge comme facteur explicatif pour sa prescription de psychotrope) – Exemple : <i>Médicament aide pour gérer le symptôme d'anxiété</i></p>	<p>MED_PAS AGE</p>
<p>- Empowerment : Prescription de psychotrope liée au sentiment d'empowerment du médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicament permet une prise en charge de l'état de santé du patient – Exemple : <i>quand j'offre le médicament, j'aide le patient est capable de fonctionner</i></li> <li>• Encadrement du comportement de consommation, régulation de la consommation du médicament, il est possible de contrôler la consommation, il est possible d'arrêter ou de sevrer le médicament – Exemple : <i>pour préparer le patient, je l'avertis que la consommation sera à court-terme et qu'un arrêt devra être fait</i></li> <li>• Recherche d'informations sur le médicament, je m'informe auprès d'autres professionnels, je lis sur les nouvelles options de traitement médicales – Exemple : <i>En collaboration avec le pharmacien, je m'informe sur les interactions possibles</i></li> <li>• Contexte favorise le pouvoir d'agir - Les facteurs externes (contexte pratique, équipe multidisciplinaire, famille) favorisent le suivi du patient qui consomme – Exemple : <i>lorsque le patient est soutenu par d'autres professionnels, le suivi est facilité</i></li> <li>• Ma formation me permet de faire un suivi adéquat – Exemple : <i>mon expertise est auprès des personnes âgées, et je sais ce qui convient de prescrire ou non</i></li> </ul>	<p>MED_EMPOWER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MED_EMPOWER_SANTÉ_FONCTIONNEMENT</li> <li>• MED_EMPOWER_PRISE_CONTRÔLE</li> <li>• MED_EMPOWER_INFO</li> <li>• MED_EMPOWER_CONTEXTE</li> <li>• MED_EMPOWER_FORMATION</li> </ul>
<p>- Impuissance : Prescription de psychotrope liée au sentiment d'impuissance du médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicament ne permet pas une réelle prise en charge de l'état de santé du patient, la consommation chronique crée d'autres problèmes – Exemple : <i>le médicament est une béquille, il ne règle pas la vraie problématique</i></li> </ul>	<p>MED_IMPUISS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MED_IMPUISS_SANTÉ_FONCTIONNEMENT</li> </ul>

- Pas d'encadrement sur le comportement de consommation du patient, perception qu'il est impossible d'aider le patient à arrêter – Exemple : *Il est très difficile d'aider un patient à arrêter la consommation*
- Il y a peu d'informations sur les alternatives de traitement, je n'ai pas le contrôle sur l'information que le patient lit – Exemple : *les autres professionnels et les membres de la famille donnent de l'information qui va dans le sens contraire de ce que je conseille, il n'y a plus de conférences sur le sujet*
- Les facteurs externes (contexte pratique, contraintes du système de la santé) limitent la capacité du médecin à faire le suivi du patient qui consomme – Exemple : *il y a peu de ressources pour un suivi à long terme ou pour le processus de sevrage, les médecins ont trop peu de temps pour répondre à tous les besoins*
- Mon manque de formation ne me permet pas de faire un suivi adéquat – Exemple : *il n'y a plus de formation sur les BZD*

- MED\_IMPUISS\_PRISE\_CONTRÔLE
- MED\_IMPUISS\_INFO
- MED\_IMPUISS\_CONTEXTE
- MED\_IMPUISS\_FORMATION

---

### Représentations : âge et vieillissement

- Environnement social : Représentations âgistes qui proviennent de l'environnement social

AGISM\_SOCIAL

- Médias – Exemple : *On dit à la radio qu'on prescrit trop de pilules aux personnes âgées pour les calmer, ça m'inquiète*
- Famille – Exemple : *Ma mère a pris des BZD pour 15 ans, c'est possible d'être bien là-dessus à l'âge avancé*
- Amis, voisins, etc. – Exemple : *Mes amis disent qu'il n'y a rien là de prescrire des médicaments aux personnes âgées parce qu'elles sont habituées d'en prendre*
- Professionnels de la santé – Exemple : *Les pharmaciens considèrent qu'il est difficile d'accompagner une personne âgée dans son processus de sevrage*

- AGISM\_SOCIAL\_MÉDIAS
- AGISM\_SOCIAL\_FAM
- AGISM\_SOCIAL\_AMIS
- AGISM\_SOCIAL\_PROF

- Représentation du vieillissement liée à l'empowerment – Exemple : *les personnes âgées ont des ressources pour gérer leur état de santé*

AGISM\_EMPOWER

---

- Représentation du vieillissement liée à l'impuissance (c.-à-d. pas de contrôle, effets négatifs de la vieillesse) – Exemple : *Les personnes âgées sont dépendantes du médicament; Les personnes âgées n'ont pas les capacités pour aller à la source du problème*

AGISM\_IMPUISS

---

**Représentations : interactions avec le consommateur âgé**

- Interaction teintée d'âgisme (c.-à-d. justifier la prescription par l'âge du patient) – Exemple : *c'est une maladie de vieux, alors je te prescris le médicament*

CONS\_AGISM

- Interaction pas teintée d'âgisme (c.-à-d. la prescription est justifiée par d'autres facteurs que l'âge du patient, prescription basée sur les faits de la problématique du patient) – Exemple : *comme elle faisait des attaques de panique, je lui ai prescrit le médicament*

CONS\_PAS AGISM

\* Notion de bidirectionnalité : qui vient de l'interaction entre le médecin et le consommateur

- Lié à l'empowerment : Interaction avec le consommateur liée au sentiment d'empowerment (c.-à-d. collaboration, expression des attentes et des besoins) – Exemple : *comme il n'est plus anxieux, nous avons décidé de cesser sa consommation et avons débuté un processus de sevrage*

CONS\_EMPOWER\_INTERACTION

- Qui vient principalement du médecin – Exemple : *je demande ses préférences, je donne de l'information sur le médicament, je fais un contrat de consommation*
- Qui vient principalement du consommateur ou sa famille – Exemple : *le consommateur me pose des questions, il me partage ses préférences, sa famille me fait part de ses symptômes*

• CONS\_EMPOWER\_MD

• CONS\_EMPOWER\_CONS

- Lié à l'impuissance = Interaction avec le consommateur liée au sentiment d'impuissance (c.-à-d. pas de collaboration) – Exemple : *de toute façon, le client âgé ne comprendrait pas et ne pose pas de questions*

CONS\_IMPUISS\_INTERACTION

- Qui vient principalement de soi – Exemple : *si je ne lui prescris pas, il ne reviendra pas me voir, je n'ai pas le temps pour aborder le sevrage*

• CONS\_IMPUISS\_MD

- Qui vient principalement du consommateur – Exemple : *le patient ne s'implique pas, il ne veut pas cesser le médicament par peur d'échouer*
- 

- CONS\_IMPUISS\_CONS

## RÉFÉRENCES

- Adelman, R. D., Greene, M. G., & Charon, R. (1991). Issues in the physician-elderly patient interaction. *Ageing and Society, 11*(2), 127-148. doi:10.1017/S0144686X00003974
- Advokat, C. D., Comaty, J. E., & Julien, R. M. (2014). *Julien' primer of drug action: A comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs* (13e éd.). New York, NY : Worth Publishers.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Rapport annuel sur l'état de la santé publique au Canada, 2010 : Vieillir - ajouter de la vie aux années*. Récupéré sur [https://www.canada.ca/content/dam/phacaspc/migration/phacaspc/cphorsphcrespcacsp/2010/frrc/pdf/cpho\\_report\\_2010\\_f.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phacaspc/migration/phacaspc/cphorsphcrespcacsp/2010/frrc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf)
- Albou, P. (1999). *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Paris, France : Glyphe & Biotem éditions.
- Alden, J., & Toth-Cohen, S. (2015). Impact of an educational module on occupational therapists' use of elderspeak and attitudes toward older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 33*(1), 1-16. doi:10.3109/02703181.2014.975884
- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, D., & Langlois, S.-P. (1997). L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. *Santé mentale au Québec, 22*(1), 164-182. doi:10.7202/502101ar
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2014). Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist, 54*(2), 190-200. doi:10.1093/geront/gns204
- Allen, P. M., Mejía, S. T., & Hooker, K. (2015). Personality, self-perceptions, and daily variability in perceived usefulness among older adults. *Psychology and Aging, 30*(3), 534-543. doi:10.1037/pag0000039

- American Geriatrics Society. (2012). American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x
- Aora, A., O'Neill, A., Crome, P., & Martin, F. C. (2015). Clinical medicine and substance misuse: Research, assessments and treatment. Dans I. Crome, L.-T. Wu, R. T. Rao, & P. Crome (éds.), *Substance use and older people* (pp. 35-55). Oxford, Angleterre : Wiley Blackwell.
- Ayalon, L., & Tesh-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4. doi:10.1007/s10433-016-0409-9
- Bai, X., Lai, D. W. L., & Guo, A. (2016). Ageism and depression: Perceptions of older people as a burden in China. *Journal of Social Issues*, 72(1), 26-46. doi:10.1111/josi.12154
- Balsis, S., & Carpenter, B. D. (2006). Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 79-96. doi:10.1300/J018v29n01\_07
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Dans P. B. Baltes, & M. M. Baltes (éds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York, NY : Cambridge University Press.
- Barber, N., Rawlins, M., & Franklin, B. D. (2003). Reducing prescribing error: Competence, control and culture. *Quality and Safety in Health Care*, 12(1), 29-32. doi:10.1136/qhc.12.suppl\_1.i29
- Bartlett, G., Abrahamoxicz, M., Tamblyn, R., Grad, R., Čapek, R., & du Berger, R. (2004). Longitudinal patterns of new benzodiazepine use in the elderly. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 13(10), 669-682. doi:10.1002/pds.908

- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V., & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 33-42. doi:10.1016/j.pec.2007.03.025
- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis: Practical strategies*. Londres, Angleterre : SAGE Publications.
- Bazeley, P., & Richards, L. (2000). *The Nvivo qualitative project book*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Bee, H., & Boyd, D. (2008). *Les âges de la vie : Psychologie du développement humain* (3e éd.). Québec, Canada : ERPI.
- Béland, S., Préville, M., Dubois, M., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P., ... Moride, Y. (2010). Benzodiazepine use and quality of sleep in the community-dwelling elderly population. *Aging & Mental Health*, 14(7), 843-850. doi:10.1080/13607861003781833
- Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., & Tinetti, M. E. (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 298-303. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, R., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H. ... Ayalon, L. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), 39-28. doi:10.1007/s10433-016-0389-9
- Bergman, Y. S., & Bodner, E. (2015). Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1541-1550. doi:10.1017/S1041610215000198
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*, 6(258), 1511-1513. Récupéré sur <http://hdl.handle.net/2078.1/33284>

- Berr, C., Balard, F., Blain, H., & Robine, J.-M. (2012). Vieillissement, l'émergence d'une nouvelle population. *Médecine/Sciences*, 28(3), 281-287. doi:10.1051/medsci/2012283016
- Beyene, Y., Becker, G., & Mayen, N. (2002). Perception of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(2), 155-172. doi:10.1023/A:1015886816483
- Bierman, E. J. M., Comijs, H. C., Gundy, C. M., Sonnenberg, C., Jonker, C., & Beekman, A. T. F. (2007). The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: Good, bad or indifferent? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1194-1200. doi:10.1002/gps.1811
- Billette, V., & Lavoie, J.-P. (2010). Vieillissements, exclusions sociales et solidarités. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier, & I. Olazabal (éds.), *Vieillir au pluriel : Perspectives sociales* (pp. 1-22). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- 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(9), 1073-1079. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04782.x
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114(512), 797-811. doi:10.1192/bjp.114.512.797
- Blomqvist, K. (2003). Older people in persistent pain: Nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 575-584. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02569.x

- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., & Grossman, E. S. (2015). The interaction between aging and death anxieties predicts ageism. *Personality and Individual Differences*, 86, 15-19. doi:10.1016/j.paid.2015.05.022
- Bonnesen, J. L., & Hummert, M. L. (2002). Painful self-disclosures of older adults in relation to aging stereotypes and perceived motivations. *Journal of Language and Social Psychology*, 21(3), 275-301. doi:10.1177/0261927X02021003004
- Bouisson, J. (2011). Vieillesse et vulnérabilité. Dans J. Bouisson, C. Brisset, I. Tournier, & C. Vion (éds.), *Vieillesse et vieillesse, vulnérabilité & ressources : regards croisés* (pp. 67-77). Pessac, France : Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
- Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2010). Âgisme et profession d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante? Dans M. Lagacé (éd.), *L'âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (pp. 155-174). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging & Human Development*, 64(3), 263-297. doi:10.2190/L0K1-87W4-9R01-7127
- Bradley, C. P. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: The dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42(364), 454-458.
- Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: Qualitative study. *British Medical Journal*, 320(7233), 484-488. doi:10.1136/bmj.320.7233.484
- Brockopp, D. Y., Warden, S., Colclough, G., & Brockopp, G. W. (1993). Nursing knowledge: Acute postoperative pain management in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(11), 31-37. doi:10.3928/0098-9134-19931101-08

- Broussard, E. J., Blackmon, C. R., Blackwell, D. L., Smith, D. W., & Hunt, S. (1980). News of aged and aging in 10 metropolitan dailies. *Journalism Quarterly*, *57*(2), 324-327. doi:10.1177/107769908005700220
- Brutus, S., Aguinis, H., & Wassmer, U. (2013). Self-reported limitations and future directions in scholarly reports: Analysis and recommendations. *Journal of Management*, *39*(1), 48-75. doi:10.1177/0149206312455245
- Bryant, J., & Zillman, D. (1994). *Media effects: Advances in theory and research*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Bülow, M. H., & Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, *31*, 139-149. doi:10.1016/j.jaging.2014.08.009
- Burla, L., Knierim, B., Barth, J., Liewald, K., Duetz, M., & Abel, T. (2008). From text to codings: Intercoder reliability assessment in qualitative content analysis. *Nursing Research*, *57*(2), 113-117. doi:10.1097/01.NNR.0000313482.33917.7d
- Butler, C. C., Evans, M., Greaves, D., & Simpson, S. (2004). Medically unexplained symptoms: The biopsychosocial model found wanting. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *97*(5), 219-222. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079460/>
- Butler, R. N. (1987). Ageism. Dans G. L. Maddox (éd.), *The encyclopedia of aging* (pp. 22-23). New York, NY : Springer.
- Calasanti, T. (2016). Combating ageism: How successful is successful aging? *The Gerontologist*, *56*(6), 1093-1101. doi:10.1093/geront/gnv076

- Camirand, J., & Fournier, C. (2012). Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010. *Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 34, 1-12. Récupéré sur [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671\\_AinesDomicile\\_2012H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671_AinesDomicile_2012H00F00.pdf)
- Caradec, V. (2011). La sociologie face à la vieillesse, de l'indifférence à l'exploration du vieillissement individuel. Dans J. Bouisson, C. Brisset, I. Tournier, & C. Vion (éds.), *Vieillesse et vieillesse, vulnérabilité & ressources : regards croisés* (pp. 81-92). Pessac, France : Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
- Carbonnelle, S. (2010). Du « vieillissement de la population » aux multiples formes du « vieillir ». Dans S. Carbonnelle (éd.), *Penser les vieilles* (pp.7-18). Paris, France : Éditions Seli Arslan.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D., & Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel*. Récupéré sur [http://www.aqis-iqdi.qc.ca/f/nf398di/INSPQ\\_PerspectiveVieillesseSante.pdf](http://www.aqis-iqdi.qc.ca/f/nf398di/INSPQ_PerspectiveVieillesseSante.pdf)
- Carroll, T. (2007). Curious conceptions: Learning to be old. *Studies in Continuing Education*, 29(1), 71-84. doi:10.1080/01580370601146338
- Chananie, R. A. (2005). Psychopharmaceutical advertising strategies: Empowerment in a pill? *Sociological Spectrum*, 25(5), 487-518. doi:10.1080/027321790947261
- Charazac, P. (2011). *L'aide-mémoire de psycho-gériatrie*. Paris, France : Dunod.
- Cherry, K. E., Allen, P. D., Denver, J. Y., & Holland, K. R. (2015). Contributions of social-desirability to self-reported ageism. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 712-733. doi:10.1177/0733464813484984

- Choi, N. G., & Gonzalez, J. M. (2005). Barriers and contributors to minority older adults' access to mental health treatment: Perceptions of geriatric mental health clinicians. *Journal of Gerontological Social Work, 44*(3-4), 115-135. doi:10.1300/J083v44n03\_08
- Chonody, J. M. (2015). Addressing ageism in students: A systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educational Gerontology, 41*(12), 859-887. doi:10.1080/03601277.2015.1059139
- Chonody, J. M., Webb, S. N., Ranzjin, R., & Bryan, J. (2014). Working with older adults: Predictors of attitudes towards ageing in psychology and social work students, faculty, and practitioners. *Australian Psychologist, 49*(6), 374-383. doi:10.1111/ap.12056
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues, 72*(1), 86-104. doi:10.1111/josi.12157
- Clark, M. M. (1972). Cultural values and dependancy in later life. Dans D. Cowgill, & L. Holmes (éds.), *Aging and Modernization* (pp. 263-274). New York, NY : Appleton Century Crofts.
- Clarke, L. H., Bennett, E. V., & Korotchenko, A. (2014). Negotiating vulnerabilities: How older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Canadian Journal on Aging, 33*(1), 26-37. doi:10.1017/S0714980813000597
- Clément, J.-P. (2010). *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris, France : Médecine-Sciences Flammarion.
- Clément, S., & Membrado, M. (2010). Expériences du vieillir : Généalogie de la notion de déprise. Dans S. Carbonnelle (éd.), *Penser les vieillesses* (pp. 109-128). Paris, France : Éditions Seli Arslan.
- Cohen, D., & Cailloux-Cohen, S. (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*. Québec, Canada : Éditions de l'Homme.

- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health, 5*(4), 441-469. doi:10.1177/136345930100500403
- Cohen, H. L. (2002). Developing media literacy skills to challenge television's portrayal of older women. *Educational Gerontology, 28*(7), 599-620. doi:10.1080/03601270290099796
- Collin, J. (2001). Médicaments psychotropes et personnes âgées : Une socialisation de la consommation. *Revue québécoise de psychologie, 22*(2), 75-98. doi:10.3406/sosan.2002.1544
- Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et société, 25*(103), 151-159. doi:10.3917/gs.103.0141
- Collin, J., Damestoy, N., & Lalande, R. (1999). La construction d'une rationalité : Les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences sociales et santé, 17*(2), 31-52. doi:10.3406/sosan.1999.1458
- Collin, J., & Suissa, J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales, 19*(2), 25-33. doi:10.7202/016048ar
- Commission de la santé mentale du Canada (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Récupéré sur [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_les\\_aines\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf)
- Conger, A. J. (2017). Kappa and rater accuracy: Paradigms and parameters. *Educational and psychological measurement, 77*(6), 1019-1047. doi:10.1177/0013164416663277
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology, 18*, 209-232. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.001233

- Cook, J. M., Biyanova, T., Thompson, R., & Coyne, J. C. (2007a). Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *General Hospital Psychiatry, 29*(5), 396-401. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.07.001
- Cook, J. M., Marshall, R., Masci, C., Coyne, J. C. (2007b). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine, 22*(3), 303-307. doi:10.1007/s11606-006-0021-3
- Corin, E. (1982). Regards anthropologiques sur la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés, 6*(3), 63-89. doi:10.7202/006099ar
- Côté, K., Beauchamp, G., Pérodeau, G., Séguin, M., & Robert, M. (Mai, 2016). *La consommation de psychotropes prescrits au Canada : une étude populationnelle longitudinale (2000-2011) comparant les baby-boomers aux cohortes plus âgées et plus jeunes*. Communication libre présentée au 84<sup>e</sup> Congrès de l'Association francophone pour le savoir. Montréal, Canada.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
- Cunningham, C. M., Hanley, G. E., & Morgan, S. (2010). Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact of increasing research and guideline cautions against long-term use. *Health Policy, 97*(2-3), 122-129. doi:10.1016/j.healthpol.2010.03.008
- Curran, H. V., Collins, R., Fetcher, S., Kee, S. C. Y., Woods, B., & Iliffe, S. (2003). Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: Effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological Medicine, 33*(7), 1223-1237. doi:10.1017/S0033291703008213
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and the “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104\_01

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2014). *Self-determination theory*. Récupéré sur <http://www.selfdeterminationtheory.org/theory/>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 6-20. doi:10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
- Donlon, M. M., Ashman, O., & Levy, B. R. (2005). Re-vision of older television characters: A stereotype-awareness intervention. *Journal of Social Issues, 61*(2), 307-319. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00407.x
- Duke, P., Cohen, D., & Novack, D. (2009). Using a geriatric mentoring narrative program to improve medical student attitudes towards the elderly. *Educational Gerontology, 35*(10), 857-866. doi:10.1080/03601270902782412
- Dunlop, S. M., Wakefield, M., & Kashima, Y. (2010). Pathways to persuasion: Cognitive and experiential responses to health-promoting mass media messages. *Communication Research, 37*(1), 133-164. doi:10.1177/0093650209351912
- Dupont, L. (2010). Sur la représentation du vieillissement dans la publicité. Dans M. Lagacé (éd.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (pp. 41-57). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Eckstrom, E., Desai, S., Hunter, A. J., Allen, E., Tanner, C. E., Lucas, L. M. ... Bowen, J. L. (2008). Aiming to improve care of older adults: An innovative faculty development workshop. *Journal of General Internal Medicine, 23*(7), 1053-1056. doi:10.1007/s11606-008-0593-1
- Egan, M., Moride, Y., Wolfson, C., & Monette, J. (2000). Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(7), 811-816. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04758.x

- Ekdahl, A. W., Hellstrom, I., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2012). Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: A grounded theory study. *British Medical Journal*, 2(3), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2012-001063
- Ettorre, E., Klaukka, T., & Riska, E. (1994). Psychotropic drugs: Long-term use, dependency and the gender factor. *Social Science and Medicine*, 39(12), 1667-1673. doi:10.1016/0277-9536(94)90081-7
- Faure, S. (2008). Les barbituriques. *Actualités pharmaceutiques*, 47(475), 43-45. doi:10.1016/S0515-3700(08)70195-2
- Ferrey, G., & Le Gouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé* (6e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Fitzgerald, J. T., Wray, L. A., Halter, J. B., Williams, B. C., & Supiano, M. A. (2003). Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *The Gerontologist*, 43, 849-855. doi:10.1093/geront/43.6.849
- Fontaine, R. (2007). *Psychologie du vieillissement* (2e éd.). Paris, France : Dunod.
- Fortin, D., Prévaille, M., Ducharme, C., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J.-P., ... Bérard, A. (2005). Facteurs associés à la consommation de courte et de longue durée des benzodiazépines chez les personnes âgées du Québec. *La revue canadienne du vieillissement*, 24(2), 103-114. doi:10.1353/cja.2005.0062
- Fortin, D., Prévaille, M., Ducharme, C., Hébert, R., Trottier, L., Grégoire, J.-P., ... Bérard, A. (2007). Factors associated with long-term benzodiazepine use among elderly women and men in Quebec. *Journal of Women & Aging*, 19(3-4), 37-52. doi:10.1300/J074v19n03\_04

- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J., Moore, N., & Bégaud, B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(5), 419-425. doi:10.1007/s002280100326
- Frances, A. (2013). *Saving normal*. New York, NY : HerperCollins Publishers.
- Frémont, P. (1999). L'utilisation de psychotropes chez le sujet âgé : Trop ou trop peu. *La Presse médicale*, 28(32), 1794-1799. Récupéré sur <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0112Aapsychotropes2004.pdf>
- Fry, C. L. (1980). *Aging in culture and society: Comparative viewpoints and strategies*. New York, NY : Praeger.
- Gallacher, J., Elwood, P., Pickering, J., Bayer, A., Fish, M., & Ben-Shlomo, Y. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: Evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(10), 869-873. doi:10.1136/jech-2011-200314
- Garfinkel, D., & Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systemic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Archives of internal medicine*, 170(18), 1648-1654. doi:10.1001/archinternmed.2010.355
- Gendron, T. L., Welleford, A., Inker, J., & White, J. T. (2016). The language of ageism: Why we need to use words carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006. doi:10.1093/geront/gnv066
- Gething, L., Gridley, H., Browning, C., Helmes, E., Luszcz, M., Turner, J., ... Wells, Y. (2003). The role of psychologists in fostering the wellbeing of older Australians. *Australian Psychologist*, 38(1), 1-10. doi:10.1080/00050060310001706957
- Giles, H., Coupland, N., & Coupland, J. (1991). *Context of accommodation: Development of applied linguistics*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press .

- Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sroule, B. A., & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risk and benefits. *British Medical Journal*, *331*(7525), 1169-1173. doi:10.1136/bmj.38623.768588.47
- Gnjidic, D., Le Couteur, D. G., Pearson, S.-A., McLachlan, A. J., Viney, R., Hilmer, S. N., ... Banks, E. (2013). High risk prescribing in older adults: Prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level. *BMC Public Health*, *13*(115), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-13-115
- Gobert, M., Jeanmart, C., & Closon, M.-C. (2010). L'ancrage social de la personne âgée en milieu urbain : la double trajectoire. Dans S. Carbonnelle (éd.), *Penser les vieillesse* (pp. 199-216). Paris, France : Éditions Seli Arslan.
- Golub, S. A., & Langer, E. J. (2007). Challenging assumptions about adult development: Implications for the health of older adults. Dans C. M. Aldwin, C. L. Park, & A. Spiro III (éds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp. 9-29). New York, NY : The Guildford Press.
- Gray, S. L., LaCroix, A. Z., Hanlon, J. T., Penninx, B. W. J. H., Blough, D. K., Léveillé, S. G., ... Buchner, D. M. (2006). Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(2), 224-230. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00571.x
- Green, B. (1978). The politics of psychoactive drug use in old age. *The Gerontologist*, *18*(6), 525-530. doi:10.1093/geront/18.6.525
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of need for self-esteem: A terror management theory. Dans R. F. Baumeister (éd.), *Public and private self* (pp. 189-212). New York, NY : Springer-Verlag.

- Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: Denying the face of future. Dans T. D. Nelson (éd.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27-48). Cambridge, MA : MIT Press.
- Guindon, M., & Pérodeau, G. (Mai, 2002). *Croyances et attitudes des personnes âgées, des professionnels de la santé et implication du réseau familial dans la consommation de médicaments psychotropes : recension*. Communication présentée dans le cadre du 70e congrès annuel de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences. Sainte-Foy, Canada.
- Haboush, A., Warren, C. S., & Benuto, L. (2012). Beauty, ethnicity, and age: Does internalization of mainstream media ideals influence attitudes towards older adults? *Sex Roles, 66*(9-10), 668-676. doi:10.1007/s11199-011-0102-6
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R., & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(11), 1346-1349. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x
- Heaton, J. (2004). *Reworking qualitative data*. Londres, Angleterre : Sage Publications.
- Henriques, M. A., Costa, M. A., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing, 21*(21-22), 3096-3105. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x
- Hess, T. M., Auman, C., Colcombe, S. J., & Rahhal, T. A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58*(1), 3-11. doi:10.1093/geronb/58.1.P3
- Hollar, D., Roberts, E., & Busby-Whitehead, J. (2011). COCOA: A new validated instrument to assess medical students' attitudes towards older adults. *Educational Gerontology, 37*(3), 193-209. doi:10.1080/03601277.2010.532063

- Im, H., & Huh, J. (2017). Does health information in mass media help or hurt patients? Investigation of potential negative influence of mass media health information on patients' beliefs and medication regimen adherence. *Journal of Health Communication, 22*(3), 214-222. doi:10.1080/10810730.2016.1261970
- Imbody, B., & Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology, 37*(7), 634-650. doi:10.1080/15363759.2011.577721
- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology, 61*(3), 4-22. doi:10.1027/1901-2276.61.3.4
- Joffe, H. (2005). De la perception à la représentation du risque : Le rôle des médias. *Hermès, La Revue, 41*(1). 121-129.
- Johansen, M.-L., & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling, 100*(4), 647-654. doi:10.1016/j.pec.2016.11.015
- Kagan, S. H. (2015). Editorial: Ageism and compassion for our future selves. *International Journal of Older People Nursing, 10*(1), 1-2. doi:10.1111/opn.12081
- Kalavar, J. M. (2001). Examining ageism: Do male and female college students differ? *Educational Gerontology, 27*(6), 507-513. doi:10.1080/036012701316894199
- Keady, J., & Watts, S (2011). *Mental health and later life: Delivering an holistic model for practice*. New York, NY : Routledge.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E. Jr., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues, 61*(2), 241-266. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x

- Kolb, P. J. (2008). Developmental theories of aging. Dans S. G. Austrian (éd.), *Developmental theories through the life cycle* (2e éd.) (pp. 285-364). New York, NY : Columbia University Press.
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2011). Contexts of aging: Assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *The Journal of Gerontology: Series B*, 66(5), 547-556. doi:10.1093/geronb/gbr036
- Krause, N., & Shaw, B. A. (2003). Role-specific control, personal meaning and health in late life. *Research on Ageing*, 25(6), 559-586. doi:10.1177/0164027503256695
- Kydd, A., & Fleming, A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact of fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4), 432-438. doi:10.1016/j.maturitas.2015.05.002
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-2109. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x
- Lagacé, M. (2010). *L'Âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Lagacé, M., Laplante, J., & Davignon, A. (2011a). Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : De la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être. *Communication et organisation*, 40(2), 87-102. doi:10.4000/communicationorganisation.3553
- Lagacé, M., Medouar, F., Loock, J., & Davignon, A. (2011b). À mots couverts : le regard des aînés et des soignants sur la communication quotidienne et ses manifestations d'âgisme implicite. *La Revue canadienne du vieillissement*, 30(2), 185-196. doi:10.1017/S0714980811000092

- Lagacé, M., Tanguay, A., Lavallée, M. L., Laplante, J., & Robichaud, S. (2012). The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *Journal of Aging Studies, 26*(3), 335-342. doi:10.1016/j.jaging.2012.03.002
- Lamarre, B., Mineau, A., & Larochelle, G. (2006). Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994. *La santé, 47*(2), 227-251. doi:10.7202/014202ar
- Leclerc, G. (2007). Le paradoxe du vieillissement réussi. Dans M. Arcand, & R. Hébert (éds.), *Précis pratique de gériatrie* (3e éd.) (pp. 63-82). Paris, France : Edisem et Maloine.
- Lecours, C., Murphy, M., Dubé, G., & Godbout, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes de 65 ans et plus*. Récupéré sur [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671FR\\_EnqSante\\_limitation\\_maladie\\_Vol3\\_H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01671FR_EnqSante_limitation_maladie_Vol3_H00F00.pdf)
- Leibing, A., & Collin, J. (2013). The multiple anxieties of getting older: Tranquilizers and the ambivalence of effect. *Medical Anthropology, 32*(5), 399-416. doi:10.1080/01459740.2013.774394
- Leung, S., Logiudice, D., Schwarz, J., & Brand, C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal, 41*(4), 308-314. doi:10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58B*(4), 203-211. doi:10.1093/geronb/58.4.P203
- Levy, B. R., Pilver, C., Chung, P. H., & Slade, M. D. (2014). Subliminal strengthening: Improving older individuals physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychological Science, 25*(12), 2127-2135. doi:10.1177/0956797614551970.

- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *The Journal of the American Medical Association*, 308(19), 1972-1973. doi:10.1001/jama.2012.14541
- Levy, S. R., & Macdonald, J. L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 5-25. doi:10.1111/josi.12153
- Lewis, D. C., Medvedev, K., & Seponski, D. M. (2011). Awakening to the desires of older women: Deconstructing ageism within fashion magazines. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 101-109. doi:10.1016/j.jaging.2010.08.016
- Linsky, A., Simon, S. R., & Bokhour, B. (2015). Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 220-225. doi:10.1016/j.pec.2014.11.010
- Llorente, M. D., David, D., Golden, A. G., & Silverman, M. A. (2000). Defining patterns of benzodiazepine use in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 150-160. doi:10.1177/089198870001300309
- Lookinland, S., & Anson, K. (1995). Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for future care. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 47-56. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21010047.x
- López-Muñoz, F., Ucha-Udabe, R., & Alamo, C. (2005). The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4), 329-343. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424120/pdf/ndt-0104-329.pdf>
- Luijendijk, H. J., Tlemeler, H., Hofman, A., Heeringa, J., & Stricker, B. H. Ch. (2007). Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 65(4), 593-599. doi:10.1111/j.1365-2125.2007.03060.x

- Lund, B. C., Steinman, M. A., Chrischilles, E. A., & Kaboli, P. J. (2011). Beers criteria as a proxy for inappropriate prescribing of other medications among older adults. *The Annals of Pharmacotherapy*, 45(11), 1363-1370. doi:10.1345/aph.1Q361
- Macia, E., Lahmam, A., Baali, A., Boëtsch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2009). Perception of age stereotypes and self-perception of aging: A comparison of French and Moroccan populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24(4), 391-410. doi:10.1007/s10823-009-9103-0
- Manthey, L., Giltay, E. J., van Veen, T., Neven, A. K., Zitman, F. G., & Pennix, B. W. J. H. (2011). Determinants of initiated and continued benzodiazepine use in the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(6), 774-779. doi:10.1097/JCP.0b013e3182362484
- Marquet, M., Missotten, P., & Adam, S. (2016). Âgisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées : Une revue de la question. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 14(2), 177-186. doi:10.1684/pnv.2016.0609
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., & Tannenbaum, C. (2013). A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 81-87. doi:10.1016/j.pec.2013.02.016
- Masse, M., & Meire, P. (2012). L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(3), 333-341. doi:10.1684/pnv.2012.0364
- McGowan, T. G. (1996). Ageism and discrimination. Dans V. W. Marshall, T. R. Cole, A. Svanborg, E. J. Masoro, K. W. Schaie, & J. E. Birren (éds.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged* (pp. 71-80). San Diego, CA : Academic Press.

- Mendonça, J., Mariano, J., & Marques, S. (2016) Lisbon street campaign against ageism: A promising multi-stakeholder initiative. *Journal of Intergenerational Relationships*, 14(3), 258-265, doi:10.1080/15350770.2016.1195216
- Metze, R. N., Kwekkeboom, R. H., & Abma, T. A. (2015). 'You don't show everyone your weakness': Older adults' views on using Family Group Conferencing to regain control and autonomy. *Journal of Aging Studies*, 34, 57-67. doi:10.1016/j.jaging.2015.04.003
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA : SAGE Publications.
- Minkler, M. (1990). Aging and disability: Behind and beyond the stereotypes. *Journal of Aging Studies*, 4(3), 245-260. doi:10.1016/0890-4065(90)90025-4
- Mock, S. E., & Eibach, R. P. (2011). Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: Evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and Aging*, 25(4), 979-986. doi:10.1037/a0023877
- Monette, J., Tamblyn, R. M., McLeod, P. J., Gayton, D. C., & Laprise, R. (1994). Do medical education and practice characteristics predict inappropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly? *Academic Medicine*, 69(10), 10-12. doi:10.1097/00001888-199410000-00026
- Montepare, J. M., & Zebrowitz, L. A. (2002). A social-developmental view of ageism. Dans T. D. Nelson (éd.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 77-125). Cambridge, MA : MIT Press.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. doi:10.1177/160940690200100202

- Mura, T., Proust-Lima, C., Akbaralay, T., Amieva, H., Tzourio, C., Chevassus, H., ... Berr, C. (2013). Chronic use of benzodiazepines and latent cognitive decline in the elderly: Results from the Three-city study. *The Journal of European College of Neuropsychopharmacology*, 23(3), 212-223. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.05.004
- Nash, P., Stuart-Hamilton, I., & Meyer, P. (2014). The continuation of prejudice: Addressing negative attitudes in nurse training and continuing professional education. *Educational Gerontology*, 40(1), 53-60. doi:10.1080/03601277.2013.768084
- Nelson, T. D. (2009). Ageism. Dans T. D. Nelson (éd.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 431-440). New York, NY : Psychology Press.
- Nelson, T. D. (2016a). The age of ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 191-198. doi:10.1111/josi.12162
- Nelson, T. D. (2016b). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276-282. doi:10.1037/a0040221
- Nemmers, T. M. (2004). The influence of ageism and ageist stereotypes on the elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 22(4), 11-20. doi:10.1300/J148v22n04\_02
- Newell, D. A., Raji, M., Lieberman, S., & Beach, R. E. (2004). Integrating geriatric content into a medical school curriculum: Description of a successful model. *Gerontology & Geriatrics Education*, 25(2), 15-32. doi:10.1300/J021v25n02\_02
- Nordfjaern, T. (2013). Prospective associations between benzodiazepine use and later life satisfaction, somatic pain and psychological health among the elderly. *Human Psychopharmacology*, 28(3), 248-257. doi:10.1002/hup.2316
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997. doi:10.1037/a0027843

- O'Connor, B. P., & Rigby, H. (1996). Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and Aging, 11*(1), 147-154. doi:10.1037/0882-7974.11.1.147
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Santé mentale et vieillissement*. Récupéré sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris, France : Armand Collin.
- Palmore, E. (2015). Ageism comes of age. *The Journals of Gerontology: Series B, 70*(6), 873-875. doi:10.1093/geronb/gbv079
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York, NY: Springer.
- Pasupathi, M., & Löckenhoff, C. E. (2002). Ageist behavior. Dans T. D. Nelson (éd.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 201-246). Cambridge, MA : Massachusetts Institute of Technology.
- Patten, S. B., Williams, J. V., & Love, E. J. (1996). Self-reported depressive symptoms following treatment with corticosteroids and sedative-hypnotics. *International Journal of Psychiatry Medicine, 26*(1), 15-24. doi:10.2190/BL97-BWFR-4QR0-CEY7
- Paulus, T., Woodside, M., & Ziegler, M. (2008). Extending the conversation: Qualitative research as dialogic collaborative process. *The Qualitative Report, 13*(2), 226-243. Récupéré sur <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss2/6>
- Pérodeau, G. (1989). Vieillir au Québec : D'une génération à l'autre. *Santé mentale au Québec, 14*(1), 191-198. doi:10.7202/031499ar
- Pérodeau, G., Gourd, C., & Grenon, E. (2009). Regards sur la dépendance aux benzodiazépines. Dans M. Charpentier, & A. Quéniart (éds.), *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société* (pp. 51-70). Montréal, Canada : Les éditions du remue-ménage.

- Pérodeau, G., Grenon, E., Grenier, S., & O'Connor, K. (2016). Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. *Aging & Mental Health*, 20(4), 380-390. doi:10.1080/13607863.2015.1015961
- Pérodeau, G., Grenon, E., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., & Suissa, A. (2008). Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*, 7(1), 391-437. doi:10.7202/019627ar
- Pérodeau, G., Lauzon, S., Lévesque, L., & Lachance, L. (2001). Mental health, stress correlates and psychotropic drug use or non-use among aged caregivers to elders with dementia. *Aging & Mental Health*, 5(3), 225-234. doi:10.1080/13607860120064998
- Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1990). *Psychosocial correlates of psychotropic drug use among elderly in a homecare program* [Manuscrit non publié]. Unité de recherche psychosociale, Institut Douglas. Montréal, Canada.
- Pignarre, P. (1999). *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Pignarre, P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris, France : La Découverte.
- Pignarre, P. (2006). *Les malheurs des psys : Psychotropes et médicalisation du social*. Paris, France : La Découverte.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (éds.) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.

- Préville, M., Vasiliadis, H.-M., Bossé, C., Dionne, P.-A., Voyer, P., & Brassard, J. (2011). Pattern of psychotropic drug use among older adults having a depression or an anxiety disorder: Results from the longitudinal ESA study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 348-357. Récupéré sur <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1177>
- Quéniart, A., & Charpentier, M. (2009). « Agir, changer les choses, c'est d'entrer dans la vie! » : Origine et sens de l'engagement chez des femmes âgées. Dans M. Charpentier, & A. Quéniart (éds.), *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société* (pp. 167-187). Montréal, Canada : Les éditions du remue-ménage.
- Ramírez, L., & Palacios-Espinosa, X. (2016). Stereotypes about old age, social support, aging anxiety and evaluations of one's own health. *Journal of Social Issues*, 72(1), 47-68. doi:10.1111/josi.12155
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*. Récupéré sur <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappetu-conso-med-personnes-agees-fr.pdf>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2002). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes de 64 ans ou moins*. Récupéré sur <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappetu-conso-med-fr.pdf>
- Renaud, L., Bouchard, C., Caron-Bouchard, M., Dubé, L., Maisonneuve, D., & Mongeau, L. (2007). Modèle du façonnement des normes par les processus médiatiques. Dans L. Renaud (éd.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (pp. 19-35). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Revera. (2012). *Rapport de Revera sur l'âgisme*. Récupéré sur [http://www.reveraliving.com/About-Us/Media-Centre/Revera-Report-on-Ageism/docs/Report\\_Ageism\\_FINAL\\_FR.aspx](http://www.reveraliving.com/About-Us/Media-Centre/Revera-Report-on-Ageism/docs/Report_Ageism_FINAL_FR.aspx)

- Revera. (2016). *Revera report on ageism: Independence and choice as we age*. Récupéré sur [http://ageismore.com/getattachment/Research/Revera-Report-on-Ageism-Independence-and-Choice-A/Independence\\_and\\_Choice\\_Report\\_2016.pdf.aspx](http://ageismore.com/getattachment/Research/Revera-Report-on-Ageism-Independence-and-Choice-A/Independence_and_Choice_Report_2016.pdf.aspx)
- Rigaud, A.-S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, M.-L., Hanon, O., ... de Rotrou, J. (2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *Elsevier Masson Consulte : Psychiatrie*, 2(4), 259-281. doi:10.1016/j.emcps.2005.07.003
- Rivas-Vazquez, R. A. (2003). Benzodiazepines in contemporary clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 324-328. doi:10.1037/0735-7028.34.3.324
- Robertson, D. A., King-Kallimanis, B. L., & Kennym R. A. (2015). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, 31(1), 71-81. doi:10.1371/journal.pone.0123260
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25-41. doi:10.1080/14780887.2013.801543
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27(6), 549-554. doi:10.1080/01650250344000208
- Rouleau, A., Bélanger, C., O'Connor, K., & Gagnon, C. (2011). Évaluation de l'usage à risque des benzodiazépines chez les personnes âgées : Facteurs de risque et impacts. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 123-144. doi:10.7202/1008593ar
- Rouleau, A., Proulx, C., & O'Connor, K. (2001). *Méthode qualitative pour étudier les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées*. Affiche présentée au Congrès de l'Association québécoise pour l'avancement de la science. Sherbrooke, Canada.

- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K., Bélanger, C., & Dupuis, G. (2003). Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : État des connaissances. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 149-164. doi:10.7202/008621ar
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Roanova, J. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 213-222. doi:10.1016/j.jaging.2010.05.001
- Roanova, J., Keating, N., & Eales, J. (2012). Unequal social engagement for older adults: Constraints on choice. *Canadian Journal on Aging*, 31(1), 25-36. doi:10.1017/S0714980811000675
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2-5. doi:10.1.1.941.9248
- São José, J. M. S., & Amado, C. A. F. (2017). On studying long-term care: A systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 373-387. doi:10.1017/S1041610216001915
- Sargent-Cox, K. (2017). Ageism: We are our own worst enemy. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 1-8. doi:10.1017/S1041610216001939
- Sargent-Cox, K., & Anstey, K. J. (2015). The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. *Psychology & Health*, 30(6), 652-670. doi:10.1080/08870446.2014.974603
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 27(3), 750-760. doi:10.1037/a0027578

- Shearer, N. B. C., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A.-M. (2012). Empowerment interventions for older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 34(1), 24-51. doi:10.1177/0193945910377887
- Shearer, N. B. C., & Reed, P. G. (2004). Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly*, 17(3), 253-259. doi:10.1177/0894318404266325
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 749-757. doi:10.1017/S1041610215001970
- Schwartz, R. K., Soumerai, S. B., & Avorn, J. (1989). Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science & Medicine*, 28(6), 577-582. doi:10.1016/0277-9536(89)902529
- Smith, R., Holmberg, R., & Hugues, C. (1961). Cultural differences and the concept of time. Dans R. W. Kleemeier (éd.), *Aging and Leisure* (pp. 83-112). Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- Snellman, F. (2016). Whose ageism? The reinvigoration and definition of an elusive concept. *Nordic Psychology*, 68(3), 158-159. doi:10.1080/19012276.2015.1125301
- Snyder, L. B., Hamilton, M. A., Mitchell, E. W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F., & Proctor, D. (2004). A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *Journal of Health Communication*, 9(1), 71-96. doi:10.1080/10810730490271548
- Sousa, D. (2014). Validation in qualitative research: General aspects and specificities of the descriptive phenomenological method. *Qualitative Research in Psychology*, 11(2), 211-227. doi:10.1080/14780887.2013.853855

- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2013). Everything under control? The effects of age, gender, and education on trajectories of perceived control in a nationally representative German sample. *Developmental Psychology, 49*(2), 353-364. doi:10.1037/a0028243
- Statistique Canada (2011). *Aînés : Annuaire du Canada 2011*. Récupéré sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/pdf/seniors-aines-fra.pdf>
- St-Onge, J.-C. (2004). *L'envers de la pilule : Les dessous de l'industrie pharmaceutique*. Montréal, Canada : Écosociété.
- Storr, C. L., & Green, K. M. (2015). Progression from substance use to the development of substance use disorders. Dans I. Crome, L.-T. Wu, R. T. Rao, & P. Crome (éds.), *Substance use and older people* (pp. 133-148). Oxford, Angleterre : Wiley Blackwell.
- Stowell, K. R., Chang, C.-C. H., Bilt, J., Stoehr, G. P., & Ganguli, M. (2008). Sustained benzodiazepine use in a community sample of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(12), 2285-2291. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02011.x
- Stuart-Hamilton, I. (2012). *Psychology of ageing : An introduction* (5e éd.). London, Angleterre : Jessica Kingsley Publishers.
- Stuart-Hamilton, I., & Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology, 29*(3), 251-260. doi:10.1080=03601270390180343
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review, 11*(1), 195-231. doi:10.1111/sipr.12031

- Tam, T., Hewstone, M., Harwood, J., Voci, A., & Kenworthy, J. (2006). Intergroup contact and grandparent-grandchild communication: the effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(3), 413-429. doi:10.1177/1368430206064642
- Tannenbaum, C. B., Nasmith, L., & Mayo, N. (2003). Understanding older women's health care concerns: A qualitative study. *Journal of Women and Aging*, 15(1), 3-15. doi:10.1300/J074v15n04\_09
- Tengland, P.-A. (2008). Empowerment: A conceptual Discussion. *Health Care Analysis*, 16(12), 77-96. doi:10.1007/s10728-007-0067-3
- Thomas, H. (2010). Les vieillards en démocratie : des citoyens palliatifs. Dans S. Carbonnelle (éd.), *Penser les vieilles* (pp. 53-72). Paris, France : Éditions Seli Arslan.
- Tougas, F., Lagacé, M., Laplante, J., & Bellehumeur, C. (2008). Shielding self-esteem through the adoption of psychological disengagement mechanisms: The good and the bad news. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(2), 129-148. doi:10.2190/AG.67.2.b
- Trincas, J., & Puijalon, B. (2010). Vieillir en terre hostile. Dans S. Carbonnelle (éd.), *Penser les vieilles* (pp. 21-36). Paris, France : Éditions Seli Arslan.
- Turgeon, J., & Bernatchez, J. (2009). Les données secondaires. Dans B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données* (5e éd.; pp. 489-528). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Turner, K. (2014). Mindfulness skills training: A pilot study of changes in mindfulness, emotion regulation, and self-perception of aging in older participants. *Activities, Adaptation & Aging*, 38(2), 156-167. doi:10.1080/01924788.2014.901074

- Twigg, J. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies, 18*(1), 59-73. doi:10.1016/j.jaging.2003.09.001
- Van der Geest, S., & Whyte, S. R. (2003). Popularité et scepticisme : Opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés, 27*(2), 97-117. doi:10.7202/007448ar
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2013). *Psychologie g rontologique* (3e  d.). Montréal, Canada : Les  ditions de la Cheneli re.
- Voyer, P., Cohen, D., Lauzon, S., & Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing, 3*(3), 1-13. doi:10.1186/1472-6955-3-3
- Wadsworth, L. A., & Johnson, C. P. (2008). Mass media and healthy aging. *Journal of Nutrition for the Elderly, 27*(3-4), 319-331. doi:10.1080/01639360802265863
- Webster, C., & Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing 18*(12), 1784-1792. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x.
- Weir, E. C. (2004). Identifying and preventing ageism among health-care professionals. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 11*(2), 56-63. doi:10.12968/ijtr.2004.11.2.13391
- Wick, J. Y. (2013). The history of benzodiazepines. *The Consultant Pharmacist, 28*(9), 538-548. doi:10.4140/TCP.n.2013.538.
- Williams, S. L., Haskard, K. B., DiMatteo, M. R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging, 2*(3), 453-467. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685265/pdf/cia-2-453.pdf>

- Wilson, D., Jackson, S., Crome, I. B., Rao, R. T., & Crome, P. (2015). Comprehensive geriatric assessment and the special needs of older people. Dans I. Crome, L.-T. Wu, R. T. Rao, & P. Crome (éds.), *Substance use and older people* (pp. 173-191). Oxford, Angleterre : Wiley Blackwell.
- Wong, K., Ryan, D., & Liu, B. (2011). *Soins hospitaliers adaptés aux besoins des aînés de l'Ontario : rapport sommaire et recommandations*. Ottawa, Canada : Réseau local d'intégration des services de santé de l'Ontario.
- World Health Organization. (2011). *Global health and aging*. Récupéré sur [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health, 29*(7), 832-848. doi:10.1080/08870446.2014.891737
- Yeom, H., & Heidrich S. (2013). Relationships between three beliefs as barriers to symptom management and quality of life in older breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 40*(3), 108-118. doi:10.1188/13.ONF.E108-E118