

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS MOTIVATIONNELS ET ATTITUDINAUX ASSOCIÉS À L'INTENTION DES
PERSONNES ÂGÉES DE CESSER LEUR CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES

ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANDRÉANNE PELLETIER

JUIN 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce projet fait partie intégrante de ma vie et de la vie des gens qui m'entourent depuis plusieurs mois déjà. C'est grâce à eux que je peux conclure la présente étape et je souhaite les remercier.

Je débute plus formellement en remerciant ma directrice de recherche, Madame Guilhème Pérodeau pour la confiance qu'elle m'a accordée et surtout pour sa générosité. Les données analysées dans le cadre de mon étude proviennent d'un projet d'envergure qu'elle dirige et c'est, sans hésitation, qu'elle m'a permis de les utiliser dans le cadre de mon essai. Elle m'a également transmis son intérêt pour son domaine de recherche, c'est-à-dire la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées. Je remercie également Monsieur Michel Préville, mon codirecteur de recherche, particulièrement pour l'aide statistique qu'il m'a offerte.

Plus personnellement, j'aimerais remercier mes parents qui m'ont encouragée et soutenue à travers ce long processus. Jamais, ils n'ont douté de mes capacités à mener ce projet à terme. Leur implication m'a permis d'évoluer dans mon cheminement doctoral, tout en ayant la possibilité de jouir, en parallèle, d'une qualité de vie. Je souhaite également faire un clin d'œil à chacun des membres de ma famille élargie. D'autre part, je désire souligner l'implication de mes amis les plus intimes. Ils ont été à la fois compréhensifs, admiratifs, empathiques, encourageants et aidants à mon égard. Ils m'ont également permis de grandir en m'offrant l'opportunité de partager leurs joies et leurs peines. Aux autres (entre autres, coéquipiers et partenaires d'entraînement) qui sont passés sur mon chemin alors qu'il était parfois sinueux et qui ont su trouver le bon mot pour me faire avancer, vous avez joué un rôle indispensable, aussi minime qu'il puisse vous sembler.

Il n'y a pas de mots pour décrire la reconnaissance que je porte à l'égard de chacune des personnes que j'ai ci-haut mentionnées.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES SYMBOLES	vii
RÉSUMÉ	viii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION	10
CONTEXTE THÉORIQUE	11
1.1 La consommation de benzodiazépines	11
1.2 Les risques chez les personnes âgées	11
1.2.1 Dépendance et sevrage	12
1.3 Intervention	13
1.3.1 Diminution graduelle de la dose	13
1.3.2 Interventions psychothérapeutiques.....	14
1.4 Motivation.....	15
1.5 La théorie de l'autodétermination	15
1.5.1 Les besoins psychologiques de base	19
1.5.2 Soutien de l'autonomie	20
1.6 Attitudes	21
1.7 La théorie du comportement planifié	22
1.8 Information	23
1.9 Conclusion.....	24
CHAPITRE 2	
FACTEURS MOTIVATIONNELS ET ATTITUDINAUX ASSOCIÉS À L'INTENTION DES PERSONNES ÂGÉES DE CESSER LEUR CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES	
Résumé/Abstract	26
Contexte théorique	28
Cadre conceptuel.....	28
Méthodologie	31

Participants	31
Procédure	32
Mesures	33
Analyse.....	37
Résultats	38
Le modèle explicatif de l'intention	38
Discussion	40
Limites	42
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	45
CHAPITRE 3	
DISCUSSION CLINIQUE	54
3.1 L'étape pré sevrage dans les programmes actuels	54
3.2 Le soutien de l'autonomie	55
3.3 Le sentiment de compétence	56
3.3 Les attitudes.....	57
3.4 La motivation autodéterminée.....	61
3.5 Conclusion.....	61
CONCLUSION	62
Bibliographie.....	64
APPENDICES	
A. Questions posées pour les variables soutien à l'autonomie et motivation	53
B. Certificat d'éthique, Université de l'Outaouais	75
C. Renouvellement du certificat éthique, Université de l'Outaouais	76
D. Certificat d'éthique, Université de Sherbrooke	77

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1	Le continuum d'autodétermination	17
2	Séquence causale menant au comportement proposée par la théorie de l'autodétermination	18
3	Modèle du comportement planifié	23
4	Modèle explicatif initial	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1	Caractéristiques de l'échantillon	50
2	Indices d'ajustement du modèle explicatif de l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées	51
3	Estimé des paramètres pour le modèle explicatif final	52

LISTE DES SYMBOLES

η_i	Variabes latentes endogènes
ξ_i	Variabes latentes exogènes
y_i	Variabes observées endogènes
x_i	Variabes observées exogènes
γ	Coefficients de régression entre les variables exogènes et endogènes
β	Coefficients de régression entre les variables exogènes
λ	Coefficients de régression entre les variables latentes et les variables observées
δ	Erreur de mesure des variables observées endogènes
ε	Erreur de mesure des variables observées exogènes.
ζ	Erreur associée aux variables latentes exogènes
M0	Modèle représentant l'indépendance partielle entre les variables
M1	Modèle initial
M2	Modèle final

LE RÉSUMÉ

Le présent essai vise trois objectifs qui constituent les thèmes généraux de ses trois chapitres principaux : 1) démontrer l'importance de la problématique qu'est la consommation de benzodiazépines dans la population âgée et démontrer en quoi il est pertinent de cibler les facteurs pouvant mener les personnes âgées à avoir l'intention de mettre fin à leur consommation; 2) déterminer les facteurs motivationnels et attitudinaux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines et; 3) offrir des connaissances sur l'intervention clinique s'adressant spécifiquement aux personnes âgées consommant des benzodiazépines et susceptibles de cesser leur consommation.

Pour ce faire, le chapitre 1 présente l'ampleur, la chronicité ainsi que les conséquences associées à la problématique. Les connaissances actuelles en regard des solutions efficaces à ce problème sont abordées. Nous soulevons ce en quoi ces connaissances sont limitées et ce en quoi notre projet est pertinent. Les théories de l'autodétermination et celle du comportement planifié servent de base conceptuelle à l'ensemble de ce projet. Le chapitre 2, présenté sous forme d'article scientifique, vise à déterminer si l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines peut être expliquée à l'aide de construits théoriques, issus des théories préalablement décrites, insérés dans une chaîne causale de relation logique. Le soutien de l'autonomie, le sentiment de compétence, la motivation à cesser sa consommation de benzodiazépines, les attitudes envers la consommation ainsi que la perception d'avoir de l'information sur ce type de médicament sont les variables à l'étude. Le présent projet consiste en l'analyse secondaire des données d'un projet de recherche sur la motivation et les attitudes en matière de sevrage de benzodiazépines (*Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à l'arrêt ou la réduction de la consommation de benzodiazépines à long terme chez les hommes et les femmes âgées*), effectuée à partir des données colligées auprès des 399 participants (Perodeau, Green-Demers, & Prévile, 2006-2009). Les résultats de nos analyses ont démontré que le niveau de motivation est le seul déterminant direct de l'intention de cesser sa consommation et qu'il est lui-même influencé par le sentiment de compétence et les attitudes envers la consommation. Finalement, nos résultats révèlent que les attitudes sont également associées au sentiment de compétence. À partir des résultats obtenus dans notre étude, le chapitre trois propose des

pistes d'intervention clinique.

L'ensemble de cet essai permet d'améliorer les connaissances théoriques et cliniques concernant l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines de façon à établir des bases qui permettront l'élaboration d'interventions visant une plus grande participation aux programmes de sevrage déjà en place.

Mots clés : Motivation, Attitudes, Théorie de l'autodétermination, Personnes âgées, Benzodiazépines

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Le présent essai porte sur les facteurs motivationnels et attitudinaux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Il est maintenant reconnu que les benzodiazépines peuvent avoir des effets néfastes sur la santé, et particulièrement sur celle des personnes âgées, lorsqu'elles sont consommées de façon chronique (Mishara & Legault, 2000; Mort & Aparasu, 2002; Rouleau, Proulx, O'Connor, Bélanger, & Dupuis, 2003), ce qui est le cas. Il est donc pressant de diminuer l'utilisation chronique parmi cette population (Mort & Aparasu, 2002). Des solutions ont donc été mises en place telles que des programmes de sevrage (Gosselin, 2006), mais l'intérêt des personnes âgées à y participer reste minimal (Ouellet, et al., 2002; Voyer, 2001). Actuellement, nous ne connaissons pas les facteurs susceptibles d'augmenter l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation. Le présent essai a donc pour objectif d'améliorer les connaissances en ce sens. Il se compose de trois chapitres principaux. L'objectif du premier chapitre est de présenter la problématique de la consommation de benzodiazépines dans la population âgée. Nous présentons les théories de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985) et du comportement planifié (Ajzen, 1991) qui ont servi de bases conceptuelles dans notre projet pour déterminer les facteurs susceptibles d'influencer l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. La dernière section traite des informations sur les benzodiazépines, facteur susceptible d'être associé à l'intention (Fisher & Fisher, 1992). Le second chapitre, présenté sous forme d'article scientifique, présente une étude qui a pour objectif de déterminer si la séquence causale proposée par la théorie de l'autodétermination est applicable au présent domaine de recherche. De plus, nous vérifions si les attitudes et la perception d'avoir des informations en regard de la consommation de benzodiazépines sont associées à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Le troisième chapitre aborde les implications cliniques qui peuvent résulter des données issues des analyses effectuées.

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 La consommation de benzodiazépines

La consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées, de par son ampleur, sa chronicité et ses conséquences est un véritable problème de santé publique. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent actuellement 13% de la population totale et ce pourcentage passera à 15% en 2011 (Statistique Canada, 2001). Au Québec, les benzodiazépines seraient actuellement consommées par 32% des personnes âgées sur une période d'en moyenne 205 jours par année (Préville, et al., in press)

La durée d'utilisation des benzodiazépines chez les personnes âgées rajoute à l'ampleur de la problématique. Selon Egan, Morides, Wolfson et Monette(2000), l'usage chronique se définit par une consommation du médicament durant 135 des 180 jours suivant la prescription initiale. Selon Tamblyn et ses collègues (1994), 30 jours de consommation consécutifs constitueraient un usage chronique alors que Mort et Aparasu(2002) font référence à une consommation de plus de 4 mois d'utilisation. Selon Egan et ses collègues (2000), 19.8% de la population âgée québécoise utilisent les psychotropes de façon prolongée alors que Tamblyn et ses collègues (1994) relèvent que 36% des consommateurs québécois âgés peuvent être considérés comme des utilisateurs chroniques.

1.2 Risques chez les aînés

La consommation chronique de benzodiazépines engendre des risques pour la santé physique et psychologique des utilisateurs (Mishara & Legault, 2000; Rouleau, et al., 2003). Les consommateurs âgés sont exposés à des risques plus importants à cause de leur métabolisme plus lent, ce qui a un impact au niveau de l'absorption, la distribution et l'élimination des agents chimiques (Merle, Laroche, Dantoine, & Charmes, 2005; Tamblyn, et al., 1994). Parmi ces effets, on compte les déficits cognitifs, tels que les pertes de mémoire, l'altération de l'attention, la confusion, l'amnésie antérograde, l'aggravation d'une démence et l'augmentation du risque de delirium(Foy, et al., 1995; Julien, 1998; World

Health Organization, 1996). Les consommateurs peuvent également ressentir des déficits au niveau psychomoteur, tels que des problèmes au niveau de la coordination visuomotrice, des sensations de vertige, des étourdissements et le ralentissement des mouvements. Le système respiratoire peut également être altéré, augmentant ainsi le risque de développer des bronchites chroniques et de l'emphysème (Danion, 1990). La prise de benzodiazépines est également associée à l'incontinence urinaire (Landi, et al., 2002). De plus, l'usage prolongé peut produire de l'anxiété, des attaques de panique, de l'agoraphobie, de l'insomnie ainsi que des changements au niveau de l'humeur et de l'appétit (Miller & Gold, 1990; Patten & Williams, 1996). Certaines conséquences, spécifiques à la population âgée, ont été identifiées par exemple, les chutes, qui peuvent avoir comme grave conséquence des fractures de la hanche (Leipzig, Cumming, & Tinetti, 1999; Ray, Thapa, & Gideon, 2000). De plus, les consommateurs âgés de benzodiazépines sont plus à risque de ressentir les effets hypnotiques. Entre autres, ces effets peuvent nuire à la conduite automobile, augmentant les risques d'accident (Thomas, 1998). Finalement, les benzodiazépines ont comme particularité de causer une dépendance ce qui, à tout âge, compromet la qualité de vie de la personne (Rouleau, et al., 2003).

1.2.1 Dépendance et sevrage

La dépendance est une réaction physiologique de l'organisme suite au manque d'une substance donnée. O'Connor et ses collègues (2003) affirment qu'il s'agit d'une « inadaptation des sites des récepteurs en l'absence du médicament, après qu'ils se soient adaptés à celui-ci ». Dans le cas des benzodiazépines, il y a aussi dépendance psychologique lorsque la personne n'est plus fonctionnelle sans sa médication et la considère comme sa seule solution pour combattre l'anxiété. La dépendance psychologique serait associée à certains facteurs cognitifs tels que l'anticipation des effets du sevrage, la perception de ses capacités à les affronter et la capacité d'être autonome sans sa médication (O'Connor, et al., 2003). Les résultats d'une étude récente effectuée par Voyer et ses collègues (2009) auprès d'une population âgée démontrent que 9,5% des consommateurs de benzodiazépines en seraient dépendants, plus particulièrement, ceux du sexe féminin, présentant un déficit cognitif, souffrant d'attaques de panique, présentant des idéations suicidaires et éprouvant un

certain malaise à obtenir de l'aide pour un problème émotif.

Environ 40% des utilisateurs chroniques qui entreprennent une cessation de leur consommation souffrent de symptômes de sevrage sévères alors que 70 % des consommateurs chroniques ou ponctuels souffrent de symptômes plus légers pouvant persister jusqu'à 24 mois (Rickels, 1998). Cette dépendance est susceptible de se produire après 8 semaines de consommation (O'Connor, Marchand, Brousseau, & Desjardins, 2006; O'Connor, et al., 2003). Les réactions de sevrage se font habituellement sentir d'un à dix jours après la cessation, selon les individus et la durée d'action des médicaments prescrits. Quelques individus ne ressentent aucun symptôme. Les symptômes physiques causés par le sevrage s'atténuent habituellement avec le temps. Chez les personnes âgées, la durée du sevrage peut être plus longue à cause du ralentissement de leur métabolisme (O'Connor, et al., 2003). Les symptômes de sevrage sont susceptibles de décourager les individus à poursuivre leur processus de cessation et les inciter à consommer de nouveau. Certains effets secondaires, causés par le sevrage, sont rapportés tels que l'anxiété, l'insomnie, les tremblements, l'irritabilité, la fatigue, l'état de malaise, la transpiration abondante, les étourdissements, l'agitation, l'impatience, la faiblesse, la diarrhée, les céphalées, la léthargie, les troubles de concentration, les pertes d'appétit, le manque de motivation, la sensibilité accrue aux stimuli, les nausées et les cauchemars (O'Connor, et al., 2006). De plus, d'autres conditions, plus graves et plus rares, peuvent aussi se produire: troubles de l'humeur, pertes de mémoire, méfiance, perte de contact avec la réalité et hallucinations (O'Connor, et al., 2006).

1.3 Intervention

1.3.1 Diminution graduelle de la dose

Dans le but d'éviter les symptômes physiques associés à l'arrêt des benzodiazépines, on doit procéder à la diminution graduelle de la dose (Parr, Kavanagh, Cahill, Mitchell, & Young, 2008) sur une période variant de 8 semaines à plusieurs mois (World Health Organization, 1996). Il n'y a pas de consensus dans les recherches quant au protocole à privilégier, la diminution de la dose devant être adaptée d'une personne à l'autre en fonction

du type de benzodiazépine, de la dose consommée, de la durée de la consommation, de la sévérité des symptômes d'anxiété et de certaines autres caractéristiques (O'Connor, et al., 2006). Malgré cela, l'Organisation Mondiale de la Santé (1996) recommande de façon générale une diminution de la dose d'un huitième pendant huit semaines. D'autres auteurs recommandent une diminution du quart de la dose initiale durant deux semaines et de la moitié durant trois à quatre semaines, pour ensuite poursuivre de façon hebdomadaire avec le huitième ou le dixième de la dose jusqu'à la cessation complète (Bisserbe, Boulanger, & Boyer, 1992). Le consommateur doit être suivi de près par son médecin lors de cette cessation. Selon Juergens(1993), la période où il y a le plus de symptômes se situe entre deux jours et deux semaines, mais le sevrage peut se prolonger et les symptômes d'anxiété et de dépression peuvent se poursuivre durant des mois(O'Connor, et al., 2003).

1.3.2 Intervention psychothérapeutique

Considérant que jusqu'à 80% des patients rechutent après l'arrêt graduel de la médication(Davidson, 1990; World Health Organization, 1996), il est essentiel d'intervenir au niveau psychologique dans le but d'éviter ou d'atténuer les symptômes psychologiques de sevrage et ainsi, maximiser les chances de réussites. En effet, des études ont démontré que lorsque l'intervention médicale est appliquée conjointement avec des interventions psychosociales, le consommateur a plus de chance de succès (Juergens, 1993; Parr, et al., 2008).

Afin de venir en aide aux consommateurs chroniques qui souhaitent diminuer ou cesser leur consommation, des chercheurs ont développé des programmes de sevrage reposant pour la plupart sur les principes de l'approche cognitivo-comportementale comme les interventions psychoéducatives, la restructuration cognitive, l'exposition et le renforcement. Les programmes de traitement de la dépendance aux benzodiazépines diffèrent beaucoup les uns des autres et, de surplus, ont été évalués selon des critères différents (Lilja, Larsson, Skinhoj, & Hamilton, 2001). Afin de diminuer ou de cesser la consommation, certains programmes ciblent les symptômes de sevrage(O'Connor, et al., 2003) alors que d'autres ciblent plutôt les symptômes du problème pour lequel le médicament a été prescrit

initialement telles l'insomnie (Belleville, Guay, Guay, & Morin, 2007; Morin, Bélanger, Bastien, & Vallières, 2005) ou l'anxiété (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006). Des programmes sont spécifiques à divers types de clientèle comme la population adulte (Gosselin, et al., 2006; O'Connor, et al., 2003; O'Connor, et al., 2004; O'Connor, et al., 2008) ou les personnes âgées (Bélanger, Morin, Bastien, & Ladouceur, 2005; Morin, et al., 2005; Pérodeau, Goyer, & Guindon, 2001; Voyer, Cappeliez, Pérodeau, & Préville, 2005) alors que d'autres, sans spécifier l'âge, s'intéressent aux consommateurs chroniques (Belleville, et al., 2007).

Malgré ces différences, les études ont démontré l'efficacité de la combinaison d'un programme cognitif et comportemental avec l'arrêt graduel du médicament chez des consommateurs souffrant de troubles anxieux (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2003; Gosselin, et al., 2006) et d'insomnie (Baillargeon, Demers, & Ladouceur, 1998; Baillargeon, et al., 2003; Lichstein, et al., 1999; Morgan, Thompson, Dixon, Tomeny, & Mathers, 2003; Morin, et al., 2004; Morin, et al., 2005). Plus précisément, la thérapie cognitivo-comportementale permettrait au patient de gérer ses symptômes de sevrage plus facilement, de diminuer ses appréhensions concernant la fin du traitement ainsi que l'exacerbation de certains symptômes qui étaient atténués par la médication (Gosselin, et al., 2006). Bien que la majorité des études aillent dans ce sens, certaines études ont obtenu des résultats différents, démontrant aucune (Lichstein, et al., 1999; Riedel, et al., 1998) ou une faible supériorité de l'intervention combinée (Belleville, et al., 2007).

1.4 Motivation

Les programmes de sevrage semblent efficaces selon la majorité des études, mais ils ont été évalués auprès de sujets désirant participer à un sevrage et donc démontrant d'emblée leur volonté à cesser de consommer (Bélanger, et al., 2005; Belleville, 2008). Néanmoins, la plupart ne savent pas comment s'y prendre et/ou doutent d'avoir les capacités de pouvoir le faire, ce qui a pour effet de diminuer leur motivation véritable à entreprendre un sevrage (Bélanger, et al., 2005). En effet, 50% des consommateurs âgés chroniques affirment qu'ils souhaiteraient cesser leur consommation (Barter & Cormack, 1996), mais dans les faits, peu

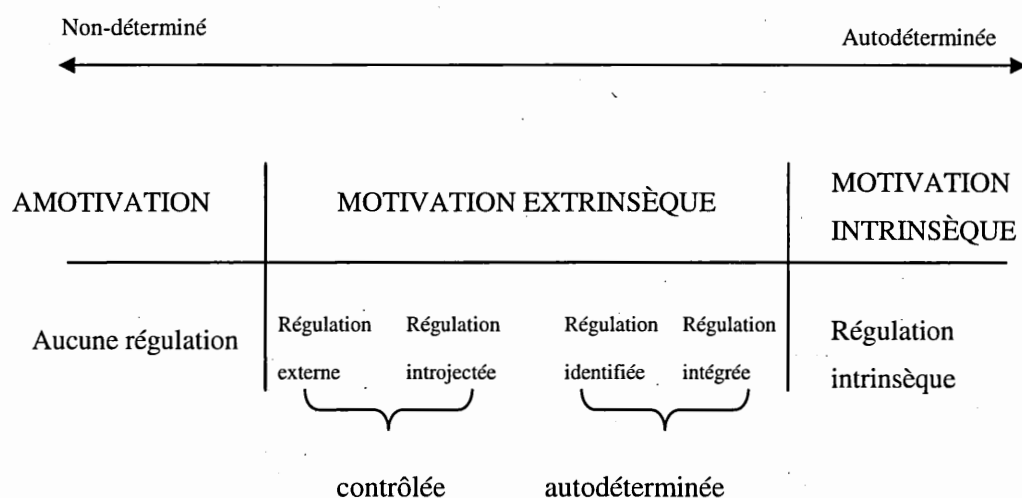
d'entre eux entreprennent un sevrage(Ouellet, et al., 2002). On peut se questionner par rapport à la teneur de la motivation sous-jacente ainsi qu'à la véritable intention qu'ont les consommateurs d'entreprendre une cessation de benzodiazépines(Perodeau, et al., 2006-2009).D'ailleurs, plusieurs études s'appuyant sur deux modèles théoriques principaux de la motivation, la théorie de l'autodétermination(Deci & Ryan, 1985) et le modèle transthéorique de motivation à cesser de consommer(DiClemente & Prochaska, 1984), se sont intéressés au rôle de la motivation dans le processus de cessation de différentes substances, telles que la nicotine(Williams, et al., 2006), l'alcool(Heather, Rollnick, & Bell, 1993; Ryan, Plant, & O'Malley, 1995), les opioïdes(Henderson, Galen, & Saules, 2004; Zeldman, Ryan, & Fiscella, 2004)et la cocaïne(Prochaska, et al., 1994).Bien que certaines études ont récemment étudié le concept de l'autodétermination en ce qui concerne la population âgée(Altintas & Guerrien, 2009; Lucas, Orshan, & Cook, 2000; Philippe & Vallerand, 2008; Välimäki, Haapsaari, Katajisto, & Suhonen, 2008; Webster, 2008), aucun de ces modèles a été appliqué à la cessation de consommation de benzodiazépines. Il semble donc pertinent de s'intéresser aux facteurs motivationnels, selon une théorie solide et ayant fait ses preuves, susceptibles d'influencer l'intention d'une personne âgée à cesser sa consommation.

1.5 La théorie de l'autodétermination

Il s'agit d'une théorie contemporaine de la motivation humaine décrivant différents types de motivation (Deci & Ryan, 1985). Le style de motivation aurait une plus grande importance que son intensité dans la prédiction d'un comportement. Deci et Ryan (2008) placent la motivation sur un continuum en fonction du degré d'autodétermination, allant de l'amotivation à la motivation intrinsèque, en passant par les différentes formes de motivation extrinsèque (voir Figure 1). L'autodétermination implique que l'individu se comporte en ayant pleinement le sentiment d'un libre choix et est associée à un meilleur fonctionnement psychologique. La théorie est basée sur la prémisse « organismique » suivante : les individus seraient intrinsèquement actifs, motivés, curieux et désireux de réussir. Par contre, certains individus seraient, en raison de divers facteurs environnementaux et sociaux, aliénés, passifs et amotivés. Les types de motivation seraient donc la résultante d'une interaction entre la nature propre de l'individu et des facteurs extérieurs qui l'influencent dans une direction

comme dans une autre (Deci & Ryan, 2008). Plus précisément, afin de maintenir une motivation autodéterminée, les êtres humains auraient besoin que leur environnement leur permette de satisfaire trois besoins psychologiques de base, soit se sentir compétents, autonomes et reliés à leurs pairs (voir Figure 2) (Deci & Ryan, 2000).

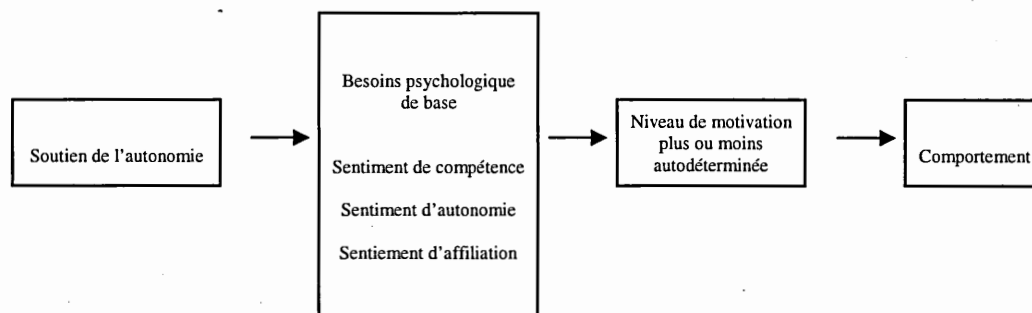
Figure 1. Le continuum d'autodétermination (Deci & Ryan, 2000)



La théorie de l'autodétermination propose deux principaux types de motivation : 1) la motivation intrinsèque, où l'individu agit pour le plaisir que le comportement peut lui apporter, dans un but de satisfaction personnelle, et 2) la motivation extrinsèque, dans le cadre de laquelle l'individu agit en raison d'une conséquence positive ou négative du comportement (Deci & Ryan, 2000; Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). La théorie de l'autodétermination fait également état d'un troisième construit appelé amotivation, décrit comme l'absence de motivation. L'individu amotivé ne connaît pas les raisons qui motivent ses actions et agirait sans raison, de façon automatique. Il n'éprouve alors aucun contrôle, aucune autonomie sur ses actions et vit une forme d'aliénation. La présente étude focalise sur la motivation extrinsèque et l'amotivation puisque la motivation intrinsèque n'est pas un concept pertinent au présent domaine, car ingérer ou pas des pilules n'est pas agréable en soi (Deci & Ryan, 2000). La personne qui cesse de consommer agit plutôt dans le but d'obtenir

ou d'éviter les conséquences (motivation extrinsèque) associées à la consommation ou à la cessation de benzodiazépines (voir Figure 1).

Figure 2. Séquence causale menant au comportement proposée par la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000)



Ryan et Deci(2000) proposent différents types de motivation extrinsèque selon le niveau d'autodétermination ressenti dans le processus (voir Figure 1). La motivation contrôlée ou non autodéterminée, est décrite comme étant régulée par des facteurs contraignants, par exemple, la pression et les exigences extérieures, et est constituée de deux types de régulation : la régulation externe et l'introjection. La régulation externe constitue une façon de s'ajuster afin de répondre à des contingences physiques ou sociales. Par exemple, dans l'optique d'un sevrage des benzodiazépines, une motivation externe pourrait être en jeu lorsqu'une personne doit cesser sa consommation pour répondre à la demande de son médecin ou pour éviter des conséquences négatives pour sa santé. L'introjection constitue une forme de motivation gérée par des émotions négatives liées au soi, telles que la honte ou la culpabilité. Un individu pourrait, par exemple, se sentir coupable de consommer des benzodiazépines.

Par contraste, la motivation autodéterminée reflète un libre choix personnel. Il s'agit du type de motivation le plus adapté dans le contexte de la cessation de consommation de benzodiazépines. La motivation autodéterminée est constituée de deux types de régulation, l'identification et l'intégration. L'identification décrit un comportement qui est adopté parce qu'il est valorisé. Un exemple de ce type de motivation pourrait être de choisir délibérément

de cesser sa consommation parce que l'on croit que c'est important de le faire. Dans le cas de la régulation intégrée, l'action est en harmonie avec la façon dont la personne se définit et selon son système de valeurs global. Le comportement devient alors une expression du soi (voir Figure 1).

La théorie de l'autodétermination est actuelle et a été appliquée à divers domaines (Deci & Ryan, 2010) dont la santé (Chan, Lonsdale, Ho, Yung, & Chan, 2009; Niemiec, 2009; Williams, et al., 2009), et plus près de notre champ d'intérêt, l'abus de substance (Ryan, et al., 1995; Williams, et al., 2006; Zeldman, et al., 2004). La théorie de l'autodétermination a aussi été appliquée à d'autres domaines : l'éducation (Deci, 2009; Niemiec & Ryan, 2009; Ryan & Weinstein, 2009), le travail (Ferris, Brown, Lian, & Keeping, 2009; Gagné & Deci, 2005; Stone, Deci, & Ryan, 2009), les sports (Lonsdale, Hodge, & Rose, 2009; Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009; Wilson, Mack, Blanchard, & Gray, 2009), l'environnement (Moller, Ryan, & Deci, 2006; Pelletier & Sharp, 2008; Weinstein, Przybylski, & Ryan, 2009), le monde virtuel (Rigby & Przybylski, 2009; Ryan, Rigby, & Przybylski, 2006; Wang, Khoo, Liu, & Divaharan, 2008) ainsi que la psychothérapie (Britton, Williams, & Conner, 2008; Ryan & Deci, 2008; Zuroff, et al., 2007).

Bien que l'application de cette théorie à la population âgée a longtemps été négligée (Vallerand & O'Connor, 1989), des études ont plus récemment étudié les concepts de l'autodétermination en lien avec le comportement des personnes âgées (Altintas & Guerrien, 2009; Lucas, et al., 2000; Philippe & Vallerand, 2008; Välimäki, et al., 2008; Webster, 2008). D'ailleurs, ces études ont démontré la pertinence d'utiliser cette théorie en ce qui concerne la population âgée.

1.5.1 Les besoins psychologiques de base

La théorie de l'autodétermination (voir Figure 2) propose que la motivation autodéterminée soit optimisée lorsque trois besoins psychologiques essentiels sont comblés : le sentiment d'autonomie, de compétence et d'affiliation, c'est-à-dire, dans le dernier cas, le fait de se sentir relié à autrui (Ryan & Deci, 2000; Ryan, et al., 2008). Bien que les trois

besoins soient des concepts importants selon la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000), nous nous attacherons, dans le cadre de la présente étude, au besoin de compétence, qui rappelle le concept d'auto-efficacité proposé par Bandura (1977). Le sentiment de compétence est défini comme étant le degré de confiance qu'a la personne en ses capacités de mener à bien un comportement (Deci & Ryan, 2000). Puisque nous effectuerons des analyses secondaires d'un projet de recherche sur la motivation et les attitudes en matière de sevrage de benzodiazépines, nous sommes limités dans le choix des mesures disponibles qui n'inclut pas des mesures d'autonomie et d'affiliation. Nous reconnaissons toutefois qu'il serait pertinent d'inclure les trois besoins lors d'études ultérieures (Webster, 2008). Cela dit, il reste innovateur d'appliquer la théorie de l'autodétermination à la consommation de benzodiazépines et les résultats qui seront obtenus nous permettront de contribuer au développement des connaissances dans ce domaine. Par contre, il faudra rester vigilant dans les conclusions que nous porterons, puisque deux des concepts ont été mis de côté.

En ce qui concerne le sentiment de compétence, plusieurs études s'y sont intéressé comme facteur prédicteur de la motivation autodéterminée en ce qui concerne divers comportements de santé (Williams, Freedman, & Deci, 1998; Williams, Gagné, Mushlin, & Deci, 2005; Williams, et al., 2006; Williams, et al., 2009; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). Le sentiment de compétence a été fort peu étudié auprès d'une population âgée. Néanmoins, une étude de Webster (2008) a démontré que les besoins de compétence, d'affiliation et d'autonomie seraient tous des facteurs essentiels au bien-être des personnes âgées.

1.5.2 Soutien de l'autonomie

Sheldon, Williams et Joiner (2003) affirment que le degré de soutien de l'autonomie offert par les professionnels de la santé impliqués dans le processus de changement viendrait influencer la satisfaction des besoins psychologiques de base, qui prédirait à son tour la capacité de l'individu à atteindre un niveau de motivation autodéterminée, qui engendrerait le maintien de nouveaux comportements (voir Figure 2) et qui aurait des conséquences positives au niveau de la santé physique et mentale de cet

individu (Deci & Ryan, 2000). Le soutien de l'autonomie implique l'écoute, l'acceptation, le respect et la compréhension du patient sans porter de jugement. Par exemple, durant un traitement, l'intervenant peut offrir de l'information pertinente au patient, lui proposer différentes options de traitement et l'encourager à prendre des initiatives et ses responsabilités afin que ce dernier puisse faire le choix qui convient le mieux à son propre style de vie. Le patient est traité en personne intelligente, et les divers traitements lui sont présentés de façon compréhensible. Le professionnel évite d'être distant ou condescendant et de laisser le patient à lui-même. Il fait des recommandations, établit des limites et donne des rétroactions tout en restant empathique et compréhensif (Sheldon, et al., 2003).

Le soutien de l'autonomie a également été étudié en ce qui concerne divers comportements de santé (Sheldon, et al., 2003; Williams, Deci, & Ryan, 1998). Il a été associé à la perte de poids chez les patients obèses (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), à une meilleure adhérence à la médication (Williams, Rodin, et al., 1998), à un meilleur contrôle du taux de glucose chez les diabétiques (Williams, Freedman, & Deci, 1998), à l'adoption d'un style de vie plus sain chez les patients souffrant de douleur à la poitrine (Williams, Mushlin, Gagné, & Deci, 2001), à un meilleur taux de succès pour l'arrêt de fumer (Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002). Une étude récente est intéressée à l'applicabilité de ce concept dans la population âgée. Le soutien de l'autonomie a été démontré comme étant un facteur prédictif de la perception d'autonomie qui elle, influencerait la motivation autodéterminée des personnes âgées vivant en institution (Philippe & Vallerand, 2008).

1.6 Attitudes

Certaines études nous amènent à croire que l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines pourrait également être influencée par des facteurs d'attitudes à propos de ce type de médicament (Pérodeau, King, & Ostoj, 1992; Van Hulst, et al., 2001). De surplu, certaines études, principalement dans le domaine de l'activité physique, proposent que la théorie de l'autodétermination puisse gagner en valeur prédictive lorsqu'elle est arrimée avec la théorie du comportement planifié, en définissant plus exactement le processus par lequel la

motivation mène aux intentions (Chatzisarantis, Hagger, & Smith, 2007; Hagger, Nikos, & Chatzisarantis 2009). D'autres études suggèrent plutôt que dans la théorie du comportement planifié, la variance de l'intention ne peut être entièrement expliquée par ces concepts et que l'absence du concept de la motivation pourrait en être la cause (Sheeran, Trafimow, & Armitage, 2003)

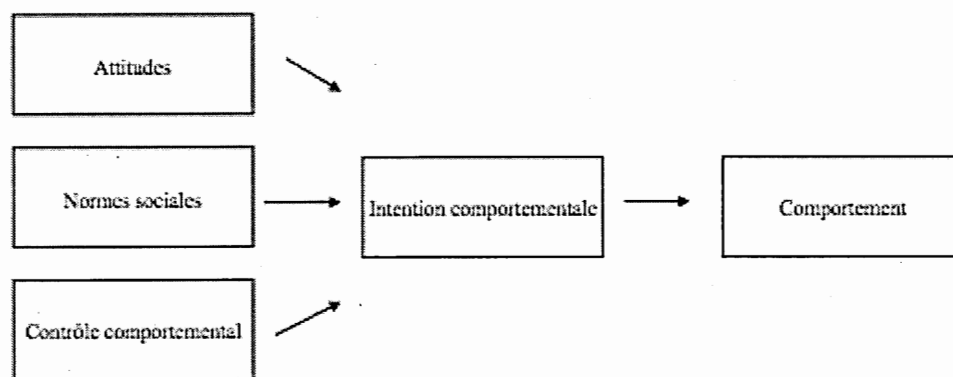
1.7 La théorie du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée a d'abord été proposée et vise à prédire et à expliquer les comportements sociaux en utilisant divers construits théoriques suivant des relations causales logiques (Fishbein & Ajzen, 1975). L'intention comportementale serait, selon cette théorie, le déterminant le plus immédiat du comportement, et ainsi, un construit central. L'intention comportementale, selon Ajzen (1991), serait un concept qui résumerait la motivation de la personne à entreprendre un comportement cible. Elle serait un indicateur de sa volonté à effectuer le comportement et ainsi, de l'intensité de l'effort qu'elle planifie déployer. L'intention serait, pour sa part, déterminée par l'attitude envers le comportement ainsi que par les normes subjectives. Les attitudes seraient définies comme étant l'évaluation, positive ou négative, d'une personne concernant un comportement cible. Les normes subjectives reflètent la perception de l'individu par rapport aux pressions sociales ressenties. Plus précisément, elles concernent les attentes d'une personne par rapport à l'opinion des personnes significatives de son entourage concernant son engagement ou non dans le comportement cible. La théorie du comportement planifié (voir Figure 3) est venue compléter la théorie de l'action raisonnée quelques années plus tard en y ajoutant un autre construit, soit le contrôle comportemental comme prédicteur de l'intention (Ajzen, 1991). Le contrôle comportemental est défini comme étant l'impression globale qu'une personne ressent concernant son contrôle vis-à-vis un comportement cible.

Les concepts de la théorie ont été largement étudiés dans le domaine des comportements de santé (Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002; Hausenblas, Carron, & Mack, 1997; Judson & Langdon, 2009; Sheeran & Taylor, 1999). Néanmoins, seules les attitudes auraient été mises en lien avec la consommation de benzodiazépines (Pérodeau, et

al., 1992; Van Hulst, et al., 2001). Les normes sociales et le contrôle comportemental sont des concepts qui pourraient être introduits dans un modèle plus complet voulant expliquer l'intention des personnes âgées à cesser leur consommation de benzodiazépines. D'ailleurs, il s'agit du projet que proposent Pérodeau et ses collègues (2006-2009) dans l'étude d'où nos données sont issues. Dans le présent projet, seules les attitudes seront intégrées à la théorie de l'autodétermination.

Figure 3. Modèle du comportement planifié (Ajzen, 1991)



1.8 L'information

Dans le domaine de la consommation de benzodiazépines, aucune étude ne se serait intéressée à l'information qu'ont les consommateurs par rapport à ce type de médicaments comme facteur prédictif de l'utilisation ou de la cessation des benzodiazépines. Néanmoins, Pérodeau et ses collègues (2003) ont documenté le style de partage d'informations des personnes âgées en lien avec leur entourage, leurs professionnels de la santé et les médias. Cette étude a d'ailleurs conclu que les médecins étaient la principale source de référence des aînés par rapport au médicament. Par ailleurs, une théorie, celle de l'information-motivation-habiletés comportementales (Fisher & Fisher, 1992), propose que l'information est un des facteurs prédictifs, avec la motivation (attitudes et normes sociales) et les habiletés comportementales (sentiment d'auto-efficacité ou habileté réelle) d'un changement de comportement en matière de santé (Fisher, Fisher, & Shuper

2009; Fisher, Fisher, & Harman, 2003), tel que la réduction des risques de contracter le VIH (Herbst, Beeker, et al., 2007; Herbst, Kay, et al., 2007; Noar, 2008), l'auto-examen des seins (Misovich, Martinez, Fisher, Bryan, & Catapano, 2003), la sécurité à moto (Murray, 2000), l'adhérence aux médicaments antirétroviraux (Amico, Toro-Alfonso, & Fisher, 2005; Amico, et al., 2009; Kalichman, et al., 2001; Starace, Massa, Amico, & Fisher, 2006) ainsi que les comportements de santé des diabétiques (Osborn & Egede, 2010).

Dans le présent projet, considérant les mesures auxquels nous avons accès, une seule question concernant la perception des sujets d'avoir de l'information sur les benzodiazépines a été posée et c'est pourquoi nous n'avons pas la prétention d'intégrer la théorie de l'information-motivation-habiletés comportementales à notre modèle. Par contre, Pérodeau et ses collègues (2006-2009) ont jugé bon d'ajouter ce construit dans une perspective de découverte à savoir si cet élément pouvait avoir une influence sur l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines (Pérodeau, et al., 2003). Nous avons également décidé d'ajouter l'information dans notre modèle, voulant explorer cette nouvelle avenue.

1.9 Conclusion

Ce chapitre nous amène à conclure que 1) la consommation chronique de benzodiazépines est un phénomène ayant de graves conséquences sur la santé des personnes âgées (Rouleau, et al., 2003), 2) peu est connu concernant la motivation des personnes âgées à cesser leur consommation (Lilja, et al., 2001; Ten Wolde, Dijkstra, Van Empelen, Neven, & Zitman, 2008); 3) la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000) en arrangement avec une partie de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) semble appropriée afin de mettre en lumière les processus motivationnels et attitudeux en association avec l'intention de cesser sa consommation. Le niveau d'information (Fisher & Fisher, 1992) serait également susceptible d'influencer l'intention de cesser sa consommation. Le chapitre qui suit sera présenté sous forme d'article et aura pour objectif d'étudier les facteurs motivationnels, attitudeux et de connaissances associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. La théorie de l'autodétermination ainsi que celle du

comportement planifié dont il est question dans les paragraphes précédents agiront comme base conceptuelle dans ce projet.

FACTEURS MOTIVATIONNELS ET ATTITUDINAUX ASSOCIÉS À
L'INTENTION DES PERSONNES ÂGÉES DE CESSER LEUR
CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES

Pelletier, Andréanne, B.sc.*, Pérodeau, Guilhème, Ph.D**, Préville, Michel,

Ph.D***.

*Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal

**Département de Psychologie, Université du Québec en Outaouais

***Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Facteurs motivationnels et attitudeux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines

Résumé

Objectif : Déterminer les mécanismes motivationnels et attitudeux qui sous-tendent la décision des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude dans laquelle 399 personnes âgées de 65 ans et plus, consommatrices chroniques de benzodiazépines, ont rempli un questionnaire portant sur leur consommation (Perodeau, et al., 2006-2009).

Résultats : Nos résultats expliquent 73% de la variance de l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Alors que le niveau de motivation est le seul prédicteur direct de l'intention, le sentiment de compétence et les attitudes concernant la consommation de benzodiazépines expliquent un important pourcentage (53%) de la variance de la motivation. *Conclusion* : Ces résultats permettent de mieux comprendre les facteurs explicatifs de l'intention des aînés de cesser leur consommation de benzodiazépines et ainsi, pourront contribuer à l'objectif d'augmenter la motivation des personnes âgées dépendantes de cesser leur consommation.

Mots clés : Motivation, Théorie de l'autodétermination, Attitudes, Personnes âgées, Benzodiazépines

Abstract

Objective: Exploring the motivational and attitudinal mechanisms that influence elderly's intention to discontinue their benzodiazepines' consumption.

Methodology: This study involves 399 chronic benzodiazepines' consumer aged over 65 years old, who completed a questionnaire about their consumption (Perodeau, et al., 2006-2009).

Results: The results demonstrated 73% of the variance in the intention to stop consuming benzodiazepines. The degree of motivation appears to be the only predictor in the intention to stop consuming benzodiazepines. The need for competence and attitudes towards benzodiazepines consumption also explained an important amount (53%) of the variance in the intention to stop. *Conclusion*: These findings ensure a better understanding of the factors that influence the elderly to discontinue their consumption of benzodiazepines. Therefore, this study has important implications because it will help increase dependant old people's motivation in order to cease their consumption of benzodiazepines.

Key terms: Motivation, Self determination theory, Attitudes, Elderly, Benzodiazepines

Facteurs motivationnels et attitudinaux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des anxiolytiques, sédatifs-hypnotiques (ASH) reconnus comme étant efficaces pour le traitement rapide de l'insomnie et de l'anxiété. Elles ont pour but de ralentir les fonctions psychiques et, à faible dose, procurent une sensation de calme, de somnolence et de bien-être (Rouleau, et al., 2003). Au Québec, les benzodiazépines seraient actuellement consommées par 32% des personnes âgées sur une période moyenne de 205 jours par année (Préville, et al., in press). Malgré les bienfaits potentiels de ces médicaments, la consommation chronique peut amener une dépendance ainsi que des effets indésirables (Rouleau, et al., 2003). Afin de faire face à ces problèmes, des chercheurs ont développé des programmes de sevrage démontrés efficaces pour des personnes déjà motivées à cesser leur consommation (Gosselin, 2006). En revanche, les consommateurs non motivés démontrent peu d'engouement à y participer (Ouellet, et al., 2002; Ten Wolde, et al., 2008), ce qui nous amène à nous interroger sur les facteurs explicatifs de l'intention de cesser sa consommation.

La présente étude a pour objectif de documenter l'effet des facteurs d'ordre motivationnel et attitudinal sur l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines.

Le cadre conceptuel

Plusieurs théories proposent différents facteurs explicatifs de l'intention ou de l'action de l'individu. La théorie de l'autodétermination, une théorie de la motivation

humaine, suggère que le soutien de l'autonomie serait associé à un plus grand sentiment de compétence, qui à son tour aurait une influence sur le niveau de motivation (Deci & Ryan, 1985). Plusieurs études ont montré que ces différents facteurs étaient susceptibles d'expliquer la modification de divers comportements de santé (Fortier, Williams, Sweet, & Patrick, 2009).

Par ailleurs, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) suggère que les attitudes envers le comportement visant à être modifié sont parmi les principaux facteurs explicatifs de l'adoption d'un nouveau comportement et/ou de l'intention de l'individu. Des études ultérieures ont d'ailleurs rapporté l'applicabilité de cette théorie pour divers comportements de santé (Hagger, et al., 2009).

Finalement, la théorie de « l'information-motivation-habiletés comportementales » proposée par Fisher et Fisher (1992) révèle que l'information concernant les risques d'un comportement compte parmi les facteurs prédictifs d'un changement de comportement en matière de santé (Fisher, et al., 2009).

Très peu d'études sont intéressées à ces différents facteurs explicatifs en relation avec l'utilisation de benzodiazépines (Van Hulten, et al., 2001). Néanmoins, une étude a montré que l'intention de consommer était associée aux attitudes concernant l'utilisation des benzodiazépines (Van Hulten, et al., 2001). Pérodeau et collègues (1992) concluent, pour leur part, qu'une attitude positive envers les benzodiazépines (chez les consommateurs chroniques) est associée à une consommation plus intense et plus prolongée ainsi qu'au rejet de tout danger potentiel pouvant lui être associé (Pérodeau & Ostoj, 1989). Par ailleurs, TenWolden et ses

collègues (2008) ont rapporté que les résultats anticipés, le sentiment d'auto-efficacité et la croyance de désengagement expliquent l'intention de cesser sa consommation. De plus, certains chercheurs (Bélanger, et al., 2005; Belleville, 2008; O'Connor, et al., 2008) ont montré que l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité, un concept similaire au sentiment de compétence, au cours du traitement était associée à un meilleur taux de succès lors du sevrage des benzodiazépines.

En nous basant sur les théories du changement de comportement mentionnées précédemment, nous formulons l'hypothèse que l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines est déterminée par trois facteurs 1) le niveau de motivation ; 2) les attitudes envers la consommation de benzodiazépines et 3) le niveau d'information que la personne perçoit avoir sur les benzodiazépines. Le niveau de motivation est déterminé par le sentiment de compétence qui lui est influencé par le soutien de l'autonomie. Notre modèle explicatif de l'intention des personnes âgées de cesser de consommer des benzodiazépines peut être décrit à l'aide des équations structurales suivantes :

$$\eta_i = \gamma_i \xi_i + \beta \eta_i + \zeta_i$$

$$y_i = \lambda_i \eta_i + \varepsilon_i$$

$$x_i = \lambda_i \xi_i + \delta_i$$

Ces équations sont représentées dans la Figure 1, où les η_i ($i=1,2,3$) représentent les variables latentes endogènes et les ξ_i ($i=1,2,3$) représentent les variables latentes exogènes alors que les y_i ($i=1,2,3$) représentent les variables

observées endogènes et les x_i ($i=1,2,3$) représentent les variables observées exogènes. De plus, γ et β représentent respectivement les coefficients de régression entre les variables endogènes et exogènes. λ_i ($i=1,2,3,4,5,6$) représentent les coefficients de régressions entre les variables latentes et les variables observées alors que δ_i ($i=1,2,3$) et les ε_i ($i=1,2,3$) représentent les erreurs de mesures des variables observées endogènes et exogènes. Finalement, les ζ_i ($i=1,2,3$) représentent la variance non expliquée associée aux variables latentes endogènes.

Insérer figure 1

Méthodologie

Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'enquête sur les « Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à l'arrêt ou la réduction de la consommation de benzodiazépines à long terme chez les hommes et les femmes âgés » (Perodeau, et al., 2006-2009).

Participants

Notre échantillon consiste en 399 utilisateurs de benzodiazépines (242 femmes et 157 hommes). Les répondants éligibles étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, non institutionnalisées et francophones (94% de la population du Québec parle français). Ils avaient consommé des benzodiazépines dans les 12 mois précédant l'entrevue. Ils ne souffraient pas de déficit cognitif (3 participants avec un score de

moins de 22 au Mini Mental State Examination (MMSE) ont été exclus de l'étude) ni de maladies mentales sévères ayant mené à une hospitalisation dans les cinq dernières années.

Un échantillon initial de 310 consommateurs (242 femmes et 68 hommes) a été tiré des participants d'une étude cross sectionnelle portant sur la santé des aînés, l'étude ESA, menée entre 2005 et 2008 au Québec (Canada), utilisant un échantillon probabiliste de 2798 personnes âgées francophones vivant en communauté. Le lecteur est référé à Préville et ses collaborateurs (2008) pour une description complète de la méthodologie utilisée dans l'étude ESA. Un échantillon additionnel de 89 hommes a été tiré d'un échantillon supplémentaire et indépendant, mais utilisant les mêmes spécifications méthodologiques. Des 461 consommateurs de benzodiazépines provenant de l'échantillon ESA, 74,7% (256 femmes et 80 hommes) étaient volontaires pour participer à notre étude et ont répondu à des questions supplémentaires concernant leur utilisation de benzodiazépines et autres facteurs corrélés (le taux de refus était de 32,9% chez les femmes et 40,2% chez les hommes).

Procédure

La cueillette des données de l'étude ESA a été faite en 2005-2006 par une firme nationale de sondage. En regard de l'étude d'où proviennent nos données, les entrevues ont été conduites entre 2006 et 2008. La procédure était comme suit : une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone a été utilisée pour effectuer la sélection des participants. Les personnes sélectionnées par la procédure d'échantillonnage étaient contactées par téléphone par des professionnels de la santé.

Une lettre introductive était immédiatement envoyée au participant de façon à le rassurer sur la légitimité de l'étude. Les sujets volontaires étaient rencontrés à leur domicile pour répondre à un questionnaire. Les intervieweuses étaient des femmes, professionnelles de la santé (n=20), entraînées pour l'administration de questionnaires interactifs assistés par ordinateur. Un montant de 15\$ était offert aux participants à titre de dédommagement pour le temps consacré à l'entrevue. L'entrevue prenait environ 90 minutes et était effectuée dans les 2 semaines suivant le contact initial. Un consentement écrit était obtenu au début de l'entrevue. Le projet a été approuvé par le comité éthique de l'Institut de Gériatrie de l'Université de Sherbrooke. À la fin de l'entrevue, les participants qui avaient rapporté avoir consommé des benzodiazépines dans les 12 derniers mois étaient invités à poursuivre l'entrevue en répondant à des questions concernant leur consommation de benzodiazépines pour 25 minutes supplémentaires. Un montant de 10\$ supplémentaire était offert à titre de compensation.

Mesures

Le « Health Care Climate Questionnaire » (HCCQ) a été utilisé afin de mesurer les perceptions des sujets quant au degré de soutien de l'autonomie offert par leur médecin (Williams, Deci, et al., 1998). Les 15 items du HCCQ sont notés sur une échelle de type Likert de 5 points allant de 1 (pas vrai du tout) à 5 (extrêmement vrai). Les questions sont rapportées à l'Appendice A. Les scores de l'énoncé 13 ont été inversés et les scores obtenus à chacun des 15 items ont été additionnés afin de former un score total. Un score total a été calculé en additionnant les réponses à

chacun des 15 items. Un score élevé à cette échelle indique une perception de recevoir plus de soutien de l'autonomie de la part de son médecin. Pour cette échelle, le coefficient de consistance interne (α de Cronbach) obtenu dans le cadre de notre étude était de 0,94.

Les attitudes envers la consommation de benzodiazépines ont été mesurées à l'aide du questionnaire sur « Attitudes Towardstranquilizers use » développé par Caplan, Abbey et Abramis(1984), subséquentment traduit par Pérodeau et Ostoj(1989). Cet instrument se compose des 7 énoncés suivant : 1) « Les médicaments pour les nerfs et pour dormir sont très efficaces pour rendre une personne plus calme et la relaxer; 2) « L'utilisation de ces médicaments empêche simplement les gens de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes »; 3)« Ces médicaments aident les gens à venir à bout de leur journée »; 4) « Ces médicaments aident les gens à reprendre le contrôle sur le stress dans leur vie »; 5) « C'est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre ses problèmes que d'utiliser ces médicaments; 6) « Ces médicaments font perdre aux gens une partie du contrôle sur ce qu'ils font » et 7) « Ces médicaments se prennent sans risque ». Les réponses varient de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Les scores des énoncés 2, 5 et 6 ont été inversés et les scores obtenus à chacun des 7 items ont été additionnés afin de former un score total. Un score élevé à cette échelle indique une attitude favorable face à la consommation de benzodiazépines. Pérodeau et Ostoj(1989) ont rapporté un coefficient de fiabilité de 0,74 pour cette échelle. Lors

de nos propres analyses de fiabilité, l'alpha de Cronbach était de 0,63.

Le niveau d'information a été mesuré à l'aide de la réponse à une question développée spécifiquement aux fins de l'étude précédemment citée (Perodeau, et al., 2006-2009): « Nous aimerions maintenant savoir ce que vous connaissez de ces médicaments pour dormir ou pour la nervosité. Jusqu'à quel point avez-vous de l'information sur ce type de médicament? » La réponse varie de 1 (beaucoup) à 5 (aucune).

Le sentiment de compétence des répondants a été mesuré à l'aide du « PerceivedCompetenceScale » développé par Williams et ses collègues (1998). Cette échelle comprend 4 énoncés représentant le degré avec lequel les participants se sentent confiants de pouvoir effectuer et maintenir un comportement de santé (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004): 1) « J'ai confiance en ma capacité à arrêter de consommer ces médicaments » 2) « J'ai confiance dans ma capacité de ne pas consommer de ces médicaments à court terme (4 mois ou moins) »; 3) « J'ai confiance en ma capacité de ne pas prendre de ces médicaments à long terme (4 mois ou plus) » et 4) « J'ai confiance dans ma capacité d'arrêter de prendre de ces médicaments de façon définitive ». Les réponses aux questions varient de 1 (pas du tout) à 7 (très vrai). Un score global a été calculé par la somme des scores obtenus à chacun des 7 items. Un score élevé à cette échelle indique un sentiment de compétence élevé. Un coefficient de consistance interne de 0,91 a été obtenu dans le cadre de notre étude.

La motivation d'une personne à modifier un comportement de santé a été

mesurée à l'aide d'un questionnaire adapté en français à partir du Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ). Le questionnaire utilisé dans le cadre de notre étude est composé de 20 items et comporte 5 sous-échelles que l'on peut placer sur un continuum d'autodétermination : amotivé, régulation externe, régulation introjectée, régulation identifiée et régulation intégrée. On demande à la personne pourquoi elle arrêterait ou réduirait sa consommation. Les questions sont rapportées à l'Appendice A. Les réponses aux énoncés varient de 1 (absolument en désaccord) à 7 (absolument en accord). Un score global de motivation a été généré en attribuant un poids à chacune des sous-échelles en fonction de leur position sur le continuum d'autodétermination, selon la méthode proposée par Ryan, Connel et Grolnick(1992). Un score élevé sur cette échelle indique une motivation plus autodéterminée. Dans le cadre de notre étude, un alpha de Cronbach de 0,75 a été observé pour cette échelle.

Pour mesurer l'intention(Van Hulten, et al., 2003) de cesser la consommation de benzodiazépines, deux questions du « Behavioral Intentions » ont été utilisées : 1) « Pensez-vous qu'au cours du prochain mois vous allez prendre ces médicaments? » et 2)«Envisagez-vous de diminuer ou d'arrêter votre prise de ces médicaments au cours du prochain mois? »Les choix de réponses varient de 1 (certainement pas) à 5 (certainement). Un coefficient de cohérence interne de 0,65 a été obtenu pour cette échelle. Le score total à cette échelle représente la somme du score à chacun des 2 items. Un score élevé indique une intention plus grande de vouloir cesser sa consommation de benzodiazépines.

Analyses

Une stratégie de modélisation d'équations structurales a été utilisée pour tester nos hypothèses. Nos analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel LisrelVIII (Jöreskog et Sörbom, 1993). L'hypothèse de normalité multivariée n'ayant pas été démontrée, la méthode des moindres carrés pondérées a été utilisée pour estimer les paramètres de notre modèle hypothétique (Olsson, Foss, Troye, & Howell, 2000). La matrice de corrélation polychorique ainsi que la matrice de variance/covariance asymptotique ont été obtenues à l'aide du Logiciel Préliis. Dans un premier temps, un modèle (M_0) représentant l'indépendance partielle entre les variables a été testé pour obtenir une valeur d'ajustement de référence à laquelle les autres modèles testés ont été comparés (Bentler & Bonnett, 1980). À partir des résultats obtenus et des indices de modifications proposées à cette étape, des modèles plus parcimonieux ont été testés un à un jusqu'à l'obtention du meilleur modèle possible. Afin de tenir compte de l'effet d'atténuation des coefficients de régression associés à la fiabilité imparfaite des mesures, les valeurs de fiabilité ont été prises en compte dans le modèle final pour chacune des variables, selon la méthode proposée par Hayduk (1987).

Les différents modèles testés ont été évalués à l'aide de l'indice d'ajustement χ^2 , l'index AGFI, l'indice RMSEA, l'indice RMRS. Le chi-carré indique à quel point les données reproduites sous les contraintes du modèle théorique diffèrent des données observées. L'indice AGFI mesure la proportion de variance et de covariance expliquées par le modèle ajusté pour le nombre de degrés de liberté. L'index varie de 0 à 1, 1 indiquant un ajustement parfait. L'indice RMSR représente la racine carrée de la moyenne des résiduels entre les variances et les covariances observées dans

l'échantillon et les valeurs prédites au carré, obtenues sous les contraintes du modèle. Une valeur de zéro indique un ajustement parfait. L'indice RMSEA évalue l'erreur d'approximation du modèle dans une population. Une valeur plus petite que 0,05 indique un ajustement satisfaisant (Kline, 2005). Un seuil statistique de 95% a été utilisé lors de nos tests d'hypothèse. Finalement, afin de tenir des comptes des informations incomplètes, une stratégie d'attribution des valeurs manquantes basées sur la méthode de maximisation de vraisemblance a été utilisée (Jöreskog & Sörbom, 1993).

Résultats

Tel qu'indiqué au tableau 1, l'âge moyen des participants était de 74,7 ans et 60,4% d'entre eux étaient des femmes. Les participants provenaient majoritairement de la région métropolitaine (51, 2%) et ils avaient en moyenne 9,2 années de scolarité. Le tiers des participants avait un revenu de plus de 35000\$ par année et un autre tiers avait un revenu se situant entre 15000 et 25000\$ par année. Au niveau du statut matrimonial, la plupart des participants étaient mariés et vivaient avec une conjointe (40%), veufs, et ne vivaient pas avec une conjointe (38,1%) ou divorcé et ne vivaient pas avec une conjointe (10%).

Insérer Tableau 1

Le modèle explicatif de l'intention

Comme l'indique le tableau 2, le modèle 1, correspondant à notre modèle

théorique, présente un ajustement significativement meilleur que le modèle M_0 de l'indépendance ($\Delta\chi^2 = 299.37$, $p < 0,001$). Cependant, nos résultats indiquent que le modèle 1 (M_1) peut être amélioré ($\Delta\chi^2 = 89,59$, $p < 0,001$) en autorisant un lien entre les attitudes et le sentiment de compétence ainsi qu'un lien entre les attitudes et la motivation ($\Delta\chi^2 = 89.59$, $p < 0,001$). Le modèle final (M_2) explique 73% de la variance de l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines.

Insérer Tableau 2

Tel qu'indiqué au Tableau 3, le facteur expliquant le plus fortement l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées est le niveau de motivation de la personne face à la cessation ($\beta_{3,2} = 0.83$; $t = 8,93$). Par ailleurs, le sentiment de compétence et les attitudes concernant la consommation de benzodiazépines expliquent un important pourcentage (53%) de la variance de la motivation. Nos résultats indiquent que le sentiment de compétence serait un facteur prédicteur de l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines, mais que celui-ci serait entièrement médiatisé par le niveau de motivation ($\beta_{2,1} = 0.51$; $t = 7,67$). Les attitudes envers les benzodiazépines expliqueraient également indirectement l'intention à travers son association avec le sentiment de compétence ($\gamma_{1,2} = 0,44$; $t : 6,39$) et le niveau de motivation ($\gamma_{2,2} = 0,32$; $t = 4,09$). L'hypothèse voulant que le soutien de l'autonomie soit associé au sentiment de compétence ($\gamma_{1,1} = 0,01$; $t = 0,15$)

n'a pas été démontrée tout comme celle stipulant un lien entre le niveau d'informations perçu concernant les benzodiazépines et l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines ($\gamma_{3,3} = 0,07$; $t = 1,34$). Finalement, aucun lien n'a été observé entre les attitudes envers la consommation de benzodiazépines et l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines ($\gamma_{3,2} = 0,05$; $t = 0,52$).

Insérer Tableau 3

Discussion

L'objectif de la présente étude était de documenter les facteurs associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Nos résultats obtenus lors des analyses secondaires permettent de constater l'applicabilité de la théorie de l'autodétermination en ce qui concerne la cessation de consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées.

De manière générale, nos résultats sont concordants avec des études empiriques antérieures visant à prédire l'intention d'adopter un comportement de santé (Fortier, et al., 2009). Plus précisément, nos analyses ont permis de constater le rôle central de la motivation autodéterminée et du sentiment de compétence dans l'intention de cesser sa consommation. Tel que proposé par la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985), les résultats de notre étude montrent que le degré de motivation serait le déterminant le plus immédiat de l'intention

comportementale. De plus, nos résultats montrent que le sentiment de compétence est associé à l'intention à travers le niveau de motivation. Cela vient confirmer l'importance de cibler ce facteur dans le cadre d'une intervention s'adressant aux consommateurs âgés chroniques de benzodiazépines (Bélanger, et al., 2005; Belleville, 2008; O'Connor, et al., 2003).

Nos résultats sont concordants avec les études (Sheeran, et al., 2003) démontrant l'importance des attitudes par rapport à la consommation de benzodiazépines comme facteurs explicatifs de l'intention d'effectuer un changement au niveau de ses comportements de santé. Par contre, notre étude démontre que l'effet des attitudes sur l'intention serait médiatisé par le sentiment de compétence et le degré de motivation. Il semble donc tout à fait justifié de cibler les attitudes qu'ont les personnes âgées par rapport aux benzodiazépines dès les premières étapes d'une intervention en matière de cessation de benzodiazépines.

Nos résultats ne supportent pas l'hypothèse que l'on retrouve dans la littérature concernant le rôle du soutien de l'autonomie dans le processus motivationnel menant à l'intention. Bien qu'il apparaisse pertinent de favoriser l'autonomie et la liberté de choix auprès de la population âgée (Philippe & Vallerand, 2008), la perception des personnes âgées quant au degré de soutien de l'autonomie offert par leur médecin ne semble pas faire partie du processus motivationnel dans le cadre de la consommation de benzodiazépines. Les attitudes qu'ont les personnes âgées consommatrices chroniques et les personnes de leur entourage par rapport au vieillissement pourraient venir minimiser l'impact du

soutien de l'autonomie dans cette population. Elles pourraient être particulièrement soumises à l'avis de leur médecin et pourraient avoir tendance à y répondre d'emblée sans en juger la pertinence (Pérodeau, et al., 2003). Une autre explication à l'absence du lien entre le soutien de l'autonomie et la motivation pourrait être d'ordre méthodologique. En effet, le soutien de l'autonomie est mesuré de façon générale et ne concerne pas directement l'intention de cesser la consommation de benzodiazépines. Cette variable gagnerait donc probablement à être mieux définie dans le cadre d'études ultérieures.

Nos résultats indiquent également que la perception d'avoir des informations sur les benzodiazépines n'est pas associée à l'intention d'en cesser sa consommation chez les personnes âgées. Cela ne concorde donc pas avec les résultats des différentes études démontrant l'importance des informations comme prédicteur de divers comportements de santé (Fisher, et al., 2009). Cette absence de lien pourrait être expliquée par la façon dont cette variable a été mesurée. Dans le cadre de notre étude, nous avons demandé, au moyen d'une seule question, au participant à quel point il croyait avoir de l'information concernant les benzodiazépines. Nous avons donc mesuré la perception du consommateur plutôt que ses connaissances objectives.

Limites

Nos résultats doivent être interprétés à la lumière des limites suivantes. Premièrement, les besoins d'affiliation et d'autonomie font aussi partie intégrante, avec celui de compétence, de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2000). D'ailleurs, les auteurs mentionnent que la satisfaction de ces trois besoins,

particulièrement celui d'autonomie, est nécessaire pour l'atteinte d'une motivation intrinsèque. Il pourrait donc s'agir d'une limite à notre étude au sens où l'ajout de ces deux variables (besoin d'affiliation et besoin d'autonomie) comme prédicteur de la motivation pourrait ajouter à la variance expliquée de la motivation et ainsi, à la variance totale de notre modèle. Néanmoins, il reste que les études récentes appliquant la théorie de l'autodétermination à divers comportements de la santé s'attardent en grande majorité, tout comme nous l'avons fait, à l'effet du sentiment de compétence sur la motivation et laisse de côté les besoins d'affiliation et d'autonomie(Williams, et al., 2009).

Deuxièmement, la variable mesurant la perception d'avoir de l'information sur les benzodiazépines pourrait en soit être une limite à notre étude. Nous avons mesuré la perception du consommateur quant au degré d'information qu'il croit avoir concernant les benzodiazépines à l'aide d'une question d'ordre générale. Des études subséquentes pourraient définir davantage cette variable (Amico, et al., 2009) ou mesurer de façon objective le niveau d'information des consommateurs (Osborn & Egede, 2010).

Troisièmement, étant donné que notre étude est transversale, nous ne pouvons pas conclure sur des liens de causalité entre les variables étudiées(Kline, 2005).

Quatrièmement, bien que la variance expliquée par notre modèle soit importante (73%), la puissance statistique était de 23% ($n = 399$, $df = 6$, $dl = 7$), indiquant 23% de probabilité de détecter un modèle erroné, assumant que c'est le cas (Hancock & Freeman, 2001).

Conclusion

La présente étude a permis de déterminer que la séquence causale proposée par la théorie de l'autodétermination est, en partie, applicable au présent domaine de recherche. Elle a également permis de déterminer que les attitudes envers les benzodiazépines semblent être un élément explicatif indirect essentiel de l'intention de cesser sa consommation. Malgré les limites de cette étude, celle-ci amène un apport aux connaissances en proposant l'ajout d'une variable d'attitude au modèle proposé par la théorie de l'autodétermination. Elle propose également l'applicabilité de cette théorie à une population âgée, consommatrice de benzodiazépines. Au niveau des implications cliniques, cette étude a permis de cibler les facteurs prédicteurs de l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Ainsi, les cliniciens pourront prendre ces variables en compte lors du développement de programmes motivationnels ayant pour objectif de maximiser la participation des personnes âgées aux programmes de sevrage actuel.

Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50(2), 179.
- Amico, R. K., Barta, W., Konkle-Parker, D. J., Fisher, J. D., Cornman, D. H., Shuper, P. A., et al. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a Deep South HIV+ clinic sample. *AIDS and Behavior*, 13(1), 66-75.
- Bélangier, L., Morin, C. M., Bastien, C., & Ladouceur, R. (2005). Self-Efficacy and Compliance With Benzodiazepine Taper in Older Adults With Chronic Insomnia. *Health Psychology*, 24(3), 281-287.
- Belleville, G. (2008). Hypnotic discontinuation in chronic insomnia: Impact of psychological distress, readiness to change, and self-efficacy. *Health Psychology*, 27(2), 239-248.
- Bentler, P. M., & Bonnett, D. G. (1980). Significance Test and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Caplan, R. D., Abbey, A., & Abramis, D. S. (1984). *Tranquilizer and well-being: A longitudinal study of social and psychological effects*. Michigan: Institute for Social Research.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3, 455-474.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. Dans R. J. Diclemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in Health promotion practice and research* (pp. 21-63). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fortier, M. S., Williams, G. C., Sweet, S. N., & Patrick, H. (2009). Self-determination theory: Process models for health behavior change. Dans R. J. Diclemente, R.

- A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in Health promotion practice and research* (pp. 157-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gosselin, P. (2006). Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines : analyse des études d'efficacité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(4), 131-145.
- Hagger, M. S., Nikos, L. D., & Chatzisarantis, N. L. D. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 275-302.
- Hancock, G. R., & Freeman, M. J. (2001). Power and sample size for the root mean square error of approximation test of not close fit in structural equation modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 61(5), 741-758.
- Hayduk, L. A. (1987). *Structural equation modeling with LISREL: Essentials and Advances*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL VIII : User's Reference Guide*. Mooresville: Scientidic Software Inc.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P., et al. (2008). Cognitive-Behavioural, Pharmacological and Psychosocial Predictors of Outcome During Tapered Discontinuation of Benzodiazepine. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 1-14.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., et al. (2003). Evaluation of a program to help discontinuation of benzodiazepines. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 121-148.
- Olsson, U. H., Foss, T., Troye, S. V., & Howell, R. D. (2000). The Performance of ML, GLS, and WLS Estimation in Structural Equation Modeling Under Conditions of Misspecification and Nonnormality. *Structural equation modeling*, 7(4), 557-595.
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79(1), 49-54.
- Ouellet, N., Papillon, M.-J., Castel, J., Levesques, G., Fortin, J., Dubé, G., et al. (15

- mai 2002). *Le sevrage des somnifères chez les personnes âgées : une intervention structurée. Communication faite dans le cadre du colloque : La consommation de psychotropes chez les personnes âgées.* Document présenté à ACFAS, Sainte-Foy, Québec.
- Pérodeau, G., Green-Demers, I., & Préville, M. (2006-2009). Projet portant sur les Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à l'arrêt ou la réduction de la consommation de benzodiazépines à long terme chez les hommes et les femmes âgés. (# de référence NRF 79477).
- Pérodeau, G., King, S., & Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *Canadian journal on aging, 11*(4), 347-369.
- Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1989). Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants. *Le Gérontophile, 11*(1), 12-14.
- Pérodeau, G., Voyer, P., Paradis, I., Collin, J., Lauzon, S., & Ducharme, F. (2003). Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias. *Vie et Vieillesse, 3*, 37-44.
- Philippe, F. L., & Vallerand, R. J. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion, 32*(2), 81-89.
- Préville (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 822-832.
- Préville, M., Bossé, C., Vasiliadis, M.-H., Voyer, P., Laurier, C., Berbiche, D., et al. (in press). Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults : results from the esa study. *Canadian Medical Association Journal*.
- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K. P., Bélanger, C., & Dupuis, G. (2003). Benzodiazepine use in the elderly: state of the knowledge. *Santé mentale au Québec, 28*(2), 149-164.
- Ryan, R. M., Connell, J. P., & Grolnick, W. S. (1992). When achievement is not intrinsically motivated: A theory of internalization and self-regulation in school. Dans A. K. Boggiano & T. S. Pittman (Eds.), *Achievement and*

- motivation: A social-developmental perspective* (pp. 167-188). New York: Cambridge.
- Sheeran, P., Trafimow, D., & Armitage, C. J. (2003). Predicting behaviour from perceived behavioural control: Test of the accuracy assumption of the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, *42*(3), 393-410.
- Ten Wolde, G. B., Dijkstra, A., Van Empelen, P., Neven, A. K., & Zitman, F. G. (2008). Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. *Addictive Behaviors*, *33*, 1091-1103.
- Van Hulst, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2001). Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharmacy World Science*, *23*(2), 70-75.
- Van Hulst, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: A study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science & Medicine*, *56*(6), 1345.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building Healthcare Partnerships by Supporting Autonomy: Promoting Maintained Behavior Change and Positive Health Outcomes. Dans A. L. Suchman, R. J. Botelho & P. Hinton-Walker (Eds.), *Partnerships in Health Care : Transforming Relational Process* (pp. 67-87): University of Rochester.
- Williams, G. C., Freedman, D., & Deci, E. L. (1998). Supporting Autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, *21*, 1644-1651.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, *23*, 58-66.
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Williams, L. K., Devine, G., Lafata, J. E., et al. (2009). Reducing the health risks of diabetes: How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *Diabetes Educator*, *35*, 484-492.

Figure 1. Modèle explicatif initial

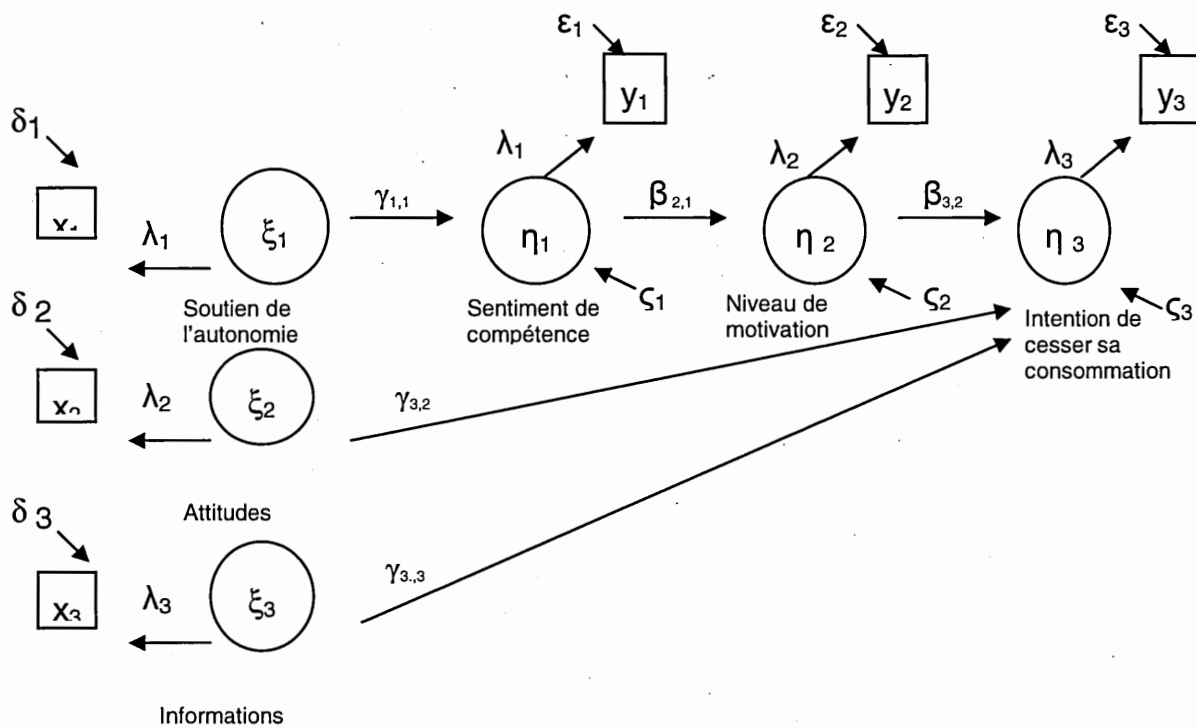


Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

Variable	%	Moyenne	Écart-type
<i>Sexe</i>			
Féminin	60,4		
Masculin	39,6		
<i>Statut matrimonial</i>			
Marié et vivant avec une conjointe	40		
En union libre sans être marié	2,5		
Séparé, pas avec une conjointe	1,7		
Divorcé, pas avec une conjointe	10		
Veuf, pas avec une conjointe	38,1		
Jamais marié, mais ayant eu conjointe dans le passé	0,5		
Jamais marié et jamais eu de conjointe dans le passé	6,5		
Marié, conjointe institutionnalisée depuis au moins 6 mois	0,7		
<i>Régions</i>			
Urbaine	26,6		
Métropolitaine	51,2		
Rural	22,1		
<i>Revenu</i>			
Moins de 15 000\$	13,9		
Entre 15000 et 25000\$	29,6		
Entre 25000 et 35000\$	17,9		
<i>Age</i>		74,7	5,8
<i>Scolarité</i>		9,2	5,3

Note. Les valeurs se trouvant dans ce tableau ont été arrondies au décimal le plus près.

Tableau 2. Indices d'ajustement du modèle explicatif de l'intention de cesser sa consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées

Modèle	χ^2	DI	P	RMSEA	RMRS	AGFI	Diff χ^2
M ₀ (indépendance des variables)	394.72	12	0.00	.28	.23	.75	
M ₁ (modèle explicatif initial)	95.35	7	0.00	.18	.13	.90	299.37**
Modèle 2 (FR Y _{1,2} ; FR Y _{2,2})	5.76	5	0.33	.02	.02	.99	89.59**

Note. χ^2 = chi carré; dl= degré de liberté; p= pourcentage de signification; RMSEA= root mean square error of approximation;

RMSR= root mean square residuals; AGFI= Adjusted goodness of fit index; Diff χ^2 = différence de chi carré

*p < 0,05; ** p<0,01

Tableau 3. Estimé des paramètres pour le modèle explicatif final (M2)

	Paramètre	Estimé	Paramètres	Estimé
λ_x	$\lambda 1$	0,97*	$\gamma_{1,2}$	0,44**
	$\lambda 2$	0,79*	$\gamma_{2,2}$	0,32**
	$\lambda 3$	1,00*	$\gamma_{3,3}$	0,07
λ_y	$\lambda 1$	0,95*	$\gamma_{3,2}$	0,05
	$\lambda 2$	0,86*	$\gamma_{1,1}$	0,01
	$\lambda 3$	0,81*	$\varphi_{1,1}$	1,00**
	δ_1	0,06	$\varphi_{2,2}$	1,00**
	δ_2	0,38	$\varphi_{3,3}$	1,00**
	δ_3	0	$\varphi_{1,2}$	0,01
	ε_1	0,09	$\varphi_{1,3}$	0,17**
	ε_2	0,25	$\varphi_{2,3}$	0,12
	$\beta_{3,2}$	0,83**	$\zeta_{1,1}$	0,81**
	$\beta_{2,1}$	0,51**	$\zeta_{2,2}$	0,45**
			$\zeta_{3,3}$	0,27*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Appendice A : Items variable soutien de l'autonomie et motivation

Items variable soutien de l'autonomie	Items variable motivation
<i>Veillez indiquer jusqu'à quel point chacune des affirmations ci-dessous s'applique à vous.</i>	<i>La raison pour laquelle j'ai arrêté ou j'arrêtera de prendre ces médicaments :</i>
1) Je sens que mon médecin m'a présenté différentes options	1) je veux prendre ma santé en main
2) Je sens que mon médecin me comprend	2) je me sens coupable si j'en consomme
3) Je peux parler avec confiance à mon médecin.	3) je crois sincèrement que c'est mieux pour ma santé
4) Mon médecin me montre qu'il me croit capable de faire des changements	4) en réalité je n'y pense pas vraiment
5) Je me sens accepté par mon médecin	5) je me déçois moi-même si j'en prends
6) Mon médecin s'est assuré que je comprenais vraiment mon état et ce que je devais faire par rapport à ça	6) je sens la pression des autres à ne pas en prendre
7) Mon médecin m'encourage à poser des questions	7) c'est plus facile de faire ce que l'on me dit plutôt que d'y penser vraiment
8) J'ai une grande confiance en mon médecin	8) cela correspond à mes objectifs de vie
9) Mon médecin répond complètement et attentivement à mes questions	9) je veux que les autres m'approuvent
10) Mon médecin écoute mes suggestions sur la façon dont j'aimerais faire les choses	10) c'est très important pour que je sois le plus en santé possible
11) Mon médecin sait très bien faire face aux émotions des gens	11) je veux que les autres voient que je suis capable de le faire
12) J'ai l'impression que mon médecin s'intéresse à moi en tant que personne	12) je ne sais vraiment pas pourquoi
13) Je n'aime pas la façon dont mon médecin me parle	13) j'ai honte d'en consommer
14) Mon médecin essaie de comprendre ma façon de voir les choses avant de me suggérer de nouvelles façons de faire	14) je suis une personne qui prend sa santé et sa vie en main
15) Je sens que je peux confier mes sentiments à mon médecin	15) je suis fier de ne pas en prendre
	16) je suis une personne qui a des habitudes de vie saines
	17) je ne comprends pas vraiment pourquoi j'arrête d'en prendre
	18) je ne suis pas une personne qui laisse sa vie contrôlée par des médicaments
	19) pour faire plaisir à certaines personnes
	20) c'est bien important pour moi de bien m'occuper de ma santé

CHAPITRE 3

DISCUSSION CLINIQUE

Cet essai a pour objectif principal de déterminer les facteurs motivationnels et attitudinaux associés à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Grâce aux données recueillies dans le cadre de l'étude de la Docteure Pérodeau, nous avons accès à du matériel s'appuyant sur des théories solides. Nous avons donc mené nos analyses secondaires, à partir de ces données, afin de déterminer si nos hypothèses pouvaient être confirmées. Ces analyses s'inscrivaient toutefois dans le cadre d'un objectif clinique plus global. Cet objectif était d'optimiser l'impact global des programmes de sevrage déjà en place en favorisant la participation en plus grand nombre des personnes âgées à ce type d'intervention. Puisque les variables que nous avons ciblées nous permettent d'expliquer 73% de la variance de l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines, nous poursuivrons maintenant en discutant de la façon dont ces résultats peuvent avoir un impact d'un point de vue clinique.

3.1 L'étape pré sevrage dans les programmes actuels

Peu d'auteurs décrivent en détail les différentes étapes de leurs programmes de sevrage. Ceux qui le font semblent accorder une place relativement importante aux étapes présevrage visant à augmenter la motivation de la personne (O'Connor, et al., 2003). Entre autres, dans le Programme d'Aide au Succès du Sevrage des benzodiazépines (PASSE) s'adressant à une population adulte, O'Connor et ses collègues (2003) démontrent la nécessité de cette étape. Dans leur programme, l'étape de préparation, qui s'étale sur une période de cinq semaines, a pour objectif d'établir les fondations : elle consiste à augmenter la motivation de la personne en l'amenant à mieux comprendre ce qui la pousse à vouloir cesser sa consommation. Il s'agit, en majeure partie, d'une étape psychoéducative. L'objectif vise à amener le consommateur à augmenter ses connaissances concernant la nature des benzodiazépines, de leurs effets, de la diminution de la consommation et du PASSE en tant que tel. À cette étape, le consommateur est informé des processus sous-tendant l'anxiété et

l'insomnie. Par exemple, il reçoit de l'information sur les attributions causales (processus par lequel une personne explique et /ou juge d'une situation) : la majorité des individus est très à l'écoute de ses sensations physiques et les attribue de façon erronée aux manifestations du sevrage. Cette étape informe également le consommateur de l'importance d'avoir des pensées réalistes et de baser ces dernières sur des connaissances objectives. Certains mythes concernant la consommation et le sevrage des benzodiazépines sont d'ailleurs abordés et démantelés à l'étape de préparation. En comprenant mieux que ses réactions sont guidées par ses anticipations et par ses interprétations des événements, l'individu pourra tenter de modifier ses pensées et donc conséquemment ses réactions. Par exemple, si un individu croit fermement que le besoin de prendre une benzodiazépine ne disparaîtra jamais, il agira en fonction de cette pensée. Par contre, s'il prend conscience que sa pensée est inadéquate et s'il décide plutôt de baser ses connaissances sur des faits plus réalistes, il constatera que l'organisme a les capacités de s'adapter et que le besoin de prendre des benzodiazépines diminue avec le temps. La modification de sa pensée, dite automatique, par une pensée plus réaliste, entraînera un changement comportemental. Bien que ce programme ait fait l'objet d'une étude et ait obtenu des résultats positifs, il s'adresse à une population adulte. Les résultats de nos analyses suggèrent que d'autres facteurs doivent être pertinents à cibler dans le cadre d'une étape préparatoire s'adressant à des personnes âgées, qui, de surplus, ne sont pas motivées d'emblée à vouloir cesser leur consommation de benzodiazépines.

3.2 Le soutien de l'autonomie

Nos résultats supportent en partie la séquence causale proposée par la théorie de l'autodétermination et montre qu'une motivation autodéterminée est en lien avec l'intention comportementale. La théorie de l'autodétermination focalise donc principalement sur l'importance d'offrir du soutien de l'autonomie afin de favoriser la satisfaction des besoins de base (compétence, autonomie et affiliation) et ainsi augmenter la motivation autodéterminée (Ryan, et al., 2008). Dans notre étude, l'association entre le soutien de l'autonomie et le besoin de compétence n'est pas soutenue. Il est possible que les attitudes des personnes âgées face à leur autonomie soient considérablement différentes que celle de la population adulte. Le phénomène de l'âgisme, dans le cadre duquel la personne est dépréciée

du fait de son âge, amène celle-ci, ainsi que son entourage, à dénigrer l'autonomie de la personne en question. Il est possible que les personnes âgées répondent moins bien au soutien de l'autonomie offert par les intervenants puisque celui-ci va à l'encontre de leur perception par rapport à leurs capacités de fonctionner par elles-mêmes. Dans une perspective clinique, il est donc essentiel de s'attarder à cet aspect. Le soutien de l'autonomie conventionnel proposé par la théorie de l'autodétermination (donner de l'information, donner de la rétroaction positive concernant la compétence, accepter le point de vue du patient, offrir des choix, aborder le rationnel, respecter le rythme du patient) gagnerait possiblement à être adapté à une population âgée. D'une part, considérant l'importance de l'opinion du médecin traitant chez les personnes âgées (Pérodeau, et al., 2003), ce dernier gagnerait possiblement à être davantage directif lorsqu'il aborde les dangers associés à la consommation. D'autre part, il pourrait également être pertinent, en parallèle, d'aborder dans une intervention pré sevrage les attitudes par rapport au vieillissement et à la maladie (Pérodeau, et al., 2008).

3.3 Le sentiment de compétence

Nos résultats nous amènent également à croire que le sentiment de compétence est un des éléments incontournables menant à une motivation autodéterminée et ainsi à l'intention de changer son comportement. La pertinence d'aborder le sentiment de compétence comme facteur explicatif de la motivation de la personne âgée semble d'autant plus grande lorsque l'on considère les changements associés au vieillissement tels que les changements cognitifs, la diminution de l'énergie, les changements au niveau des rôles sociaux, les interactions et les changements environnementaux (Vallerand & O'Connor, 1989). Ces changements sont susceptibles d'engendrer une dévalorisation ou une diminution du sentiment de compétence. Dans le cadre d'une thérapie, il est possible d'aborder le sentiment de compétence sous divers angles. Premièrement, celui-ci peut être abordé d'un point de vue cognitif. Le sentiment d'avoir les capacités de changer son comportement est, dans les faits, une cognition et non pas une émotion comme le veut le terme « sentiment ». Nous pouvons donc penser que le sentiment de compétence peut être amélioré en restructurant la pensée de l'individu (Beck, 1995). Pour ce faire, il existe diverses techniques cognitives telles que le questionnement

socratique, une stratégie par laquelle le thérapeute tente de semer un doute dans les croyances de l'individu en le questionnant sur la validité de sa croyance de base. Le clinicien doit toutefois rester prudent puisqu'il est possible que la croyance de l'individu soit véritable, c'est-à-dire que ce dernier n'a pas les capacités d'effectuer un changement. Dans ce cas, le clinicien peut plutôt enseigner les habiletés nécessaires au changement (Ryan, et al., 2008) ou encore se tourner vers des stratégies de résolution de problème. Les preuves pour et preuves contre, l'exploration d'explications alternatives, la technique de la flèche descendante (le client est amené à imaginer le pire scénario de façon à ce qu'il puisse en dédramatiser les conséquences) sont aussi aux nombres des techniques utilisées par les thérapeutes cognitivistes (Beck, 1995). Il pourrait également être pertinent d'aborder les succès passés du client en général et plus précisément, ceux qui concernent les comportements de santé de façon à cibler les ressources internes qu'il possède. Toutes ces techniques sont applicables dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe.

Dans le cadre d'une intervention pré-sevrage brève visant à augmenter la motivation d'un individu à cesser sa consommation, il est plutôt difficile d'effectuer une restructuration de la pensée de l'individu par rapport à ses capacités réelles d'entreprendre un sevrage. Nous devrions alors privilégier des moyens plus accessibles qui peuvent être mis en application par les divers intervenants tels que les médecins, infirmiers, travailleurs sociaux qui sont en contact plus étroit avec les personnes âgées. Par exemple, l'intervenant peut garder une importante part d'optimisme dans son discours par rapport aux capacités perçues de changement du client (Foote, et al., 1999). Il peut faire ressortir les ressources internes et externes du client qui pourront faciliter le processus. Il est essentiel de renforcer les efforts du client et de lui donner de la rétroaction par rapport à ceux qu'il a effectués pour surmonter les difficultés rencontrées (Bandura, 1990). La tâche, qui peut sembler insurmontable pour le patient lorsqu'elle est présentée initialement, peut être morcelée en plusieurs étapes afin d'amener le client à constater qu'il a les capacités de connaître du succès. Cela l'amènera ultérieurement à vivre des succès véritables et donc à gagner davantage confiance en ses capacités.

3.4 Les attitudes

Les résultats de notre étude révèlent également que les attitudes seraient un élément essentiel de la séquence causale menant à l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Selon la façon de définir et de comprendre les attitudes, les stratégies pour les changer seraient diverses. La théorie de la dissonance cognitive proposée par Festinger (1957) mène à des pistes cliniques intéressantes dans le cadre du présent projet. Selon cette théorie, le changement d'attitude se produit lorsqu'il y a une incohérence entre les différents éléments cognitifs (les attitudes, les croyances, les comportements, les besoins, les souvenirs). Lorsque l'équilibre entre ceux-ci est mis en péril, l'individu tentera de le rétablir afin de retrouver une certaine consistance cognitive. Suivant cette logique, afin d'arriver à avoir une influence sur les attitudes, nous pouvons tenter de modifier n'importe lequel des éléments de l'organisation cognitive. Il semble que le changement d'attitude peut s'effectuer de deux façons : à certains moments, il se fait suite à un processus de réflexion alors qu'à d'autres, il s'effectue plus spontanément, suite à l'association de l'objet en question avec un stimulus positif ou négatif (Petty & Cacioppo, 1986).

La première stratégie propose d'amener le patient à prendre en considération les arguments pertinents de façon à l'amener à douter de la validité de son attitude. La diffusion d'informations par une source crédible pour l'individu, souvent le médecin dans le cas des personnes âgées (Pérodeau, et al., 2003), recommandable. Par contre, rien ne sert de le faire sans explorer la nature des croyances sous-jacentes, qui pourraient, saboter la démarche (Pérodeau, et al., 2008). En parallèle, l'exploration des croyances et de leurs origines ainsi qu'une discussion ouverte et ne portant pas de jugement semblerait donc essentielle. Dans le cas où cette étape serait négligée, l'intervention n'aurait pas l'impact recherché, c'est-à-dire que l'attitude positive face à la consommation se maintiendrait. Selon notre étude, les attitudes positives envers le médicament sont associées à une motivation contrôlée, c'est-à-dire extrinsèque, et donc, qui risque moins de mener à une intention d'effectuer un virage sur son comportement en matière de consommation.

D'autre part, les attitudes peuvent également avoir été formées en lien avec les

croiances de l'individu sur le processus de vieillissement. Il est possible que la personne associe beaucoup de conséquences négatives au fait de ne pas consommer de médicaments. Par exemple, il est possible que la personne s'imagine que si elle ne règle pas ses difficultés à l'aide d'une solution simple et facile, c'est-à-dire par la consommation de benzodiazépines, elle sera un fardeau non utile dans une société où seule la productivité est valorisée. Encore une fois, les croyances associées au vieillissement viennent interférer avec le raisonnement de la personne et il pourrait être pertinent de s'attarder à cet aspect.

D'autre part, les attitudes peuvent avoir été formées, et donc pourraient être modifiées, suite à l'association entre l'objet en question et un stimulus. Par exemple, le médecin traitant peut avoir mentionné lors de la prescription initiale que les benzodiazépines étaient associées à un sentiment de bien-être et de calme. La personne qui aurait consommé des benzodiazépines aurait pu venir renforcer cet énoncé en constatant bel et bien un sentiment de calme et de bien-être lors de la prise initiale de son médicament. L'attitude initiale de la personne peut également s'être renforcée avec les années. L'attitude peut agir comme filtre ou comme schéma, et ainsi, amener la personne à porter attention aux éléments venant confirmer la validité de son attitude initiale et à ignorer les éléments allant à l'encontre de cette dernière. Dans une perspective d'intervention, l'objectif de l'intervenant peut être d'amener le client à associer l'objet, la consommation de benzodiazépines, et un stimulus négatif (par exemple, les difficultés cognitives qui peuvent s'en suivre). Considérant que les difficultés cognitives sont perçues très négativement par la population âgée, cette stratégie pourrait s'avérer particulièrement efficace. Une autre façon serait d'arriver à une association entre la cessation de consommation et un stimulus positif (par exemple, être en meilleure santé). Cela implique les valeurs de l'individu et risque d'être d'autant plus efficace en ayant également un impact direct sur le niveau de motivation.

Le principe de l'apprentissage vicariant peut aussi être une stratégie d'intervention efficace dans une perspective de changement d'attitudes. Les interventions pourraient être effectuées dans le cadre d'une thérapie de groupe, qui pourrait permettre aux consommateurs de constater le changement d'attitude de leur pair. Le jumelage d'un individu ayant réussi son sevrage et ayant des attitudes adéquates, soient négatives, face à la consommation peut

aussi être une solution.

Pérodeau et ses collègues (2008) suggèrent qu'il existerait un certain pourcentage d'individus, bien que faible, qui présentent des attitudes extrêmement négatives par rapport à la consommation de benzodiazépines, mais qui se sentent impuissants face à la cessation. Leurs attitudes sont négatives et présentent une dissonance avec leur comportement. Nos résultats nous amènent à croire que ces individus ont une intention plus grande de cesser leur consommation. Par contre, chez ces personnes, cela n'a pas engendré un changement de comportement jusqu'à présent. Nous pouvons croire que la personne a mis en place différentes stratégies afin, avec le temps, de faire correspondre son comportement avec ses attitudes et ses croyances. Par exemple, si l'attitude de la personne est « les benzodiazépines sont dangereuses et m'empêchent d'avoir un plein contrôle sur ma vie » et que le comportement est « je consomme des benzodiazépines depuis plus d'une dizaine d'années » alors il y a dissonance importante. Afin d'atténuer les effets désagréables de la dissonance, la personne pourrait avoir tendance à éliminer de sa conscience les pensées qui provoquent la dissonance et ne jamais questionner son comportement. C'est à ce niveau qu'il faut intervenir. Cliniquement, il pourrait être pertinent d'amener la personne à identifier ses pensées face à la consommation de benzodiazépines. La personne pourrait également être tentée de banaliser l'action, par exemple, en affirmant que « les benzodiazépines, tout le monde en prend, ça ne peut pas être si nuisible que ça ». Dans ce cas, il serait important, par diverses stratégies, de donner les informations nécessaires à la personne pour qu'elle soit confrontée aux dangers de la consommation. Finalement, la personne pourrait être portée d'ajouter des éléments consonants. Par exemple, elle pourrait croire que le fait de se tenir en bonne forme et de ne pas consommer d'alcool devrait réduire l'effet néfaste de sa consommation de benzodiazépines. En prenant bien soin de renforcer les bonnes actions prises par la personne et en valorisant ses valeurs concernant l'importance qu'elle accorde à maintenir une bonne santé globale, il est essentiel de rectifier les informations en lui en donnant des plus pertinentes et véridiques. Chez les individus avec une meilleure prise de conscience, il pourrait aussi être intéressant d'amener la personne à identifier les différents processus qu'elle utilise de façon à ce qu'elle prenne pleinement conscience du processus qui s'est installé avec les années et qu'elle décide d'elle-même, motivation autodéterminée, d'y

mettre un terme.

3.5 La motivation autodéterminée

Dans notre étude, la motivation d'une personne à effectuer le comportement est le déterminant le plus immédiat de l'intention comportementale. Les résultats de notre étude démontrent que par l'augmentation du sentiment de compétence et le changement des attitudes, il est possible d'avoir une influence sur la motivation. Nous avons déjà traité des différentes façons de modifier ces éléments. Afin d'augmenter la motivation en tant que telle, O'Connor et ses collègues suggèrent d'amener le client à déterminer un but à long terme (tel qu'une chose qu'elle désire accomplir; une activité qu'elle aimerait pratiquer; un rôle important qu'elle aimerait avoir dans la vie) et d'envisager avec elle diverses façons d'atteindre ce but sans médicament. De cette façon, elles pourront percevoir en quoi les benzodiazépines risquent de leur nuire dans l'accomplissement de cet objectif et ainsi prendre leur propre décision face à une éventuelle cessation. De plus, il est pertinent d'aborder les valeurs de l'individu puisque celles-ci sont directement en lien avec le type de motivation.

3.6 Conclusion

Les pistes d'intervention abordées dans le présent chapitre se veulent une façon de stimuler l'intérêt des cliniciens impliqués dans le processus de sevrage. Les cliniciens devront faire preuve de jugement dans l'application de ces mesures selon le contexte donné. Les interventions peuvent être mises en place dans divers milieux, par divers intervenants, auprès de patients âgés qui diffèrent les uns les autres et c'est pourquoi nous avons tenté de rester généraux dans nos propositions. À certains moments, le médecin généraliste devra lui-même entreprendre ce processus dans lequel il devra tenter d'amener le patient à augmenter sa motivation à vouloir cesser sa consommation. À d'autres moments, ce sera plutôt l'infirmier ou le travailleur social qui disposent davantage de temps et qui bénéficient d'un contact plus intime avec le client qui tentera d'entamer ce processus de motivation. Nous suggérons également qu'idéalement, ce processus pourrait être effectué dans le cadre d'une intervention de plus grande envergure, soit dans les centres pour personnes âgées autonomes

ou dans le cadre d'activités communautaires s'adressant à la population âgée. Les enjeux associés aux vieillissements pourraient alors y être abordés. La consommation de médicament en faisant partie, cela pourrait être discutée en petit groupe où l'intervention viserait spécifiquement l'augmentation de la motivation sans y imposer d'engagement de cesser sa consommation.

Nous sommes loin d'avoir toutes les réponses concernant la motivation des personnes âgées à cesser leur consommation de benzodiazépines. Par contre, ce chapitre offre des pistes de solutions cliniques intéressantes qui sont susceptibles d'augmenter l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation et ainsi, contribuer à réduire les problèmes médicaux, psychologiques et sociaux engendrés par la consommation chronique de benzodiazépines chez les personnes âgées.

CONCLUSION

Le présent essai avait pour objectif de documenter, d'un point de vue théorique et clinique, les facteurs associés à la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées. Au niveau théorique, cet essai démontre, dans un premier temps, l'importance de s'intéresser à la motivation en matière de cessation de consommation de benzodiazépines dans une population âgée. Dans un deuxième temps, cet essai suggère l'importance du sentiment de compétence, des attitudes et du niveau de motivation comme facteurs explicatifs de l'intention des personnes âgées de cesser leur consommation de benzodiazépines. Au niveau clinique, nous suggérons, à partir des résultats obtenus dans le cadre de notre étude et en s'inspirant des connaissances cliniques cognitives et comportementales que nous détenons sur le sujet, des pistes d'intervention de façon à stimuler l'intérêt des intervenants impliqués dans le processus de cessation.

Il serait pertinent de tester des programmes d'intervention impliquant les propositions cliniques effectuées dans le cadre du chapitre trois. Une étude de Grenier et ses collaborateurs (en préparation), présentement en cours d'élaboration, ayant pour objectif de tester la validité d'un programme de sevrage des benzodiazépines s'adressant à la population

âgée devrait venir pousser un peu plus loin notre compréhension.

Considérant que les résultats de notre étude débouchent sur des conclusions cliniques intéressantes, il est possible de croire que la qualité de vie des consommateurs chroniques de benzodiazépines pourra être améliorée. Il reste, toutefois, essentiel de garder en tête que la problématique soulevée dans ce travail est secondaire à une autre. La meilleure solution serait de cesser de prescrire des benzodiazépines à long terme et de plutôt proposer des interventions de nature psychosociale en ce qui concerne la gestion de l'anxiété et de l'insomnie. Cependant, bien que des solutions aient été mises en place en ce sens dans les dernières années, la problématique demeure à ce jour. Alors que des personnes âgées sont actuellement prises dans le cercle vicieux de la consommation, d'autres, à l'heure actuelle, entrent dans cet engrenage sans être conscients des conséquences qui peuvent en résulter. La société actuelle en étant une de performance et d'instantanéité, des changements au niveau des habitudes de prescriptions ne sont pas prêts de survenir. Considérant les problèmes sociaux, économiques et médicaux qu'engendre la consommation chronique de benzodiazépines, il est nécessaire d'intervenir dans l'immédiat. Cet essai répond à ce besoin en proposant des pistes théoriques et cliniques intéressantes en ce sens.

Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50(2), 179.
- Altintas, E., & Guerrien, A. (2009). Motivational orientation and depressive symptoms in the elderly. *L'encéphale*, 35(2), 115-120.
- Amico, K. R., Toro-Alfonso, J., & Fisher, J. D. (2005). An empirical test of the information, motivation, behavioral skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 17, 661-673.
- Amico, R. K., Barta, W., Konkle-Parker, D. J., Fisher, J. D., Cornman, D. H., Shuper, P. A., et al. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of ART adherence in a Deep South HIV+ clinic sample. *AIDS and Behavior*, 13(1), 66-75.
- Baillargeon, L., Demers, M., & Ladouceur, R. (1998). Stimulus control: non pharmacologic treatment for insomnia. *Canadian Family Physician*, 44, 73-79.
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J.-P., Grégoire, J.-P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated through cognitive-behavioral therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Journal Canadian Medical Association*, 169, 1115-1120.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning theory*. Toronto: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17.
- Barter, G., & Cormack, M. (1996). The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. *Family Practice*, 13(6), 491-497.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bé langer, L., Morin, C. M., Bastien, C., & Ladouceur, R. (2005). Self-Efficacy and Compliance With Benzodiazepine Taper in Older Adults With Chronic Insomnia. *Health Psychology*, 24(3), 281-287.
- Belleville, G. (2008). Hypnotic discontinuation in chronic insomnia: Impact of psychological distress, readiness to change, and self-efficacy. *Health Psychology*, 27(2), 239-248.
- Belleville, G., Guay, C., Guay, B., & Morin, C. M. (2007). Hypnotic Taper With or Without Self-Help Treatment of Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 325-335.
- Bentler, P. M., & Bonnett, D. G. (1980). Significance Test and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Bisserbe, J., Boulanger, J., & Boyer, P. (1992). Les benzodiazépines dans le traitement de la pathologie anxieuse : indications. *Perspectives psychiatriques*, 35, 283-291.

- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-Determination Theory, Motivational Interviewing, and the Treatment of Clients With Acute Suicidal Ideation. *Journal of clinical psychology*, *64*(1), 52-66.
- Caplan, R. D., Abbey, A., & Abramis, D. S. (1984). *Tranquilizer and well-being: A longitudinal study of social and psychological effects*. Michigan: Institute for Social Research.
- Chan, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S. H., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to post-surgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy supportive behaviors. *Medicine & Rehabilitation*, *90*, 1977-1982.
- Chatzisarantis, N. L. D., Hagger, M. S., & Smith, B. (2007). Influences of perceived autonomy support on physical activity within the theory of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*, *37*, 934-954.
- Danion, J. M. (1990). Le traitement médicamenteux de l'anxiété du sujet âgé. *Psychologie médicale*, *22*(9), 893-901.
- Davidson, J. R. T. (1990). Continuation treatment of panic disorder with high potency benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*(12, suppl. A), 31-37.
- Deci, E. L. (2009). Large-scale school reform as viewed from the self-determination theory perspective. *Theory and Research in Education*, *7*, 244-252.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology*, *49*(1), 24-34.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2010). Self-determination theory : an approach to human motivational and personality. Relevé le 7 mai 2010.
<http://www.psych.rochester.edu/SDT/index.php>
- DiClemente, C., & Prochaska, J. (1984). *The transtheoretical Approach : Crossing the Traditionnal Boundaries of Therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Egan, M., Morides, Y., Wolfson, C., & Monette, J. (2000). Long-term continuation use of benzodiazepines by older adults in Québec: prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, *48*, 811-816.
- Ferris, D. L., Brown, D. J., Lian, H., & Keeping, L. M. (2009). When does self-esteem relate to deviant behavior? The role of contingencies of self-worth. *Journal of Applied Psychology*, *94*, 1345-1352.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston: Row & Peterson.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitudes, intention, and behavior : an introduction to theory and research*. Reading, Massachusset: Addison-Wesley.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, *3*, 455-474.

- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. Dans R. J. Diclemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in Health promotion practice and research* (pp. 21-63). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Dans S. J. & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82-106). Malden, MA: Blackwell.
- Foot, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A., et al. (1999). A Group Motivational Treatment for Chemical Dependency. *Journal of substance abuse Treatment*, 17(3), 181-199.
- Fortier, M. S., Williams, G. C., Sweet, S. N., & Patrick, H. (2009). Self-determination theory: Process models for health behavior change. Dans R. J. Diclemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in Health promotion practice and research* (pp. 157-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Foy, A., O'Connell, D., Henry, D., Kelly, J., Cocking, S., & Halliday, J. (1995). Benzodiazepine use as a cause of cognitive impairment in elderly hospital inpatients. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 60(A), M99-M106.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362.
- Gosselin, P. (2006). Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines : analyse des études d'efficacité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(4), 131-145.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2003). Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du Trouble d'anxiété généralisé: Efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé Mentale au Québec*, 28, 59-86.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine Discontinuation Among Adults With GAD: A Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908-919.
- Grenier, S., Pérodeau, G., O'Connor, K., Marchand, A., Préville, M., Roberge, P., et al. (en préparation). Effet d'un programme d'interventions psychosociales pour faciliter le sevrage des benzodiazépines auprès de personnes âgées voulant arrêter leur médicament et consultant en première ligne : un essai pragmatique, contrôlé et randomisé.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behaviour in physical activity : Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 3-32.
- Hagger, M. S., Nikos, L. D., & Chatzisarantis, N. L. D. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A

- meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 275-302.
- Hancock, G. R., & Freeman, M. J. (2001). Power and sample size for the root mean square error of approximation test of not close fit in structural equation modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 61(5), 741-758.
- Hausenblas, H. A., Carron, A. V., & Mack, D. E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Journal of sport & exercise psychology*, 19(1), 36-51.
- Hayduk, L. A. (1987). *Structural equation modeling with LISREL: Essentials and Advances*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change questionnaire. *Addiction*, 88(1667-1677).
- Henderson, M., Galen, L., & Saules, K. (2004). The predictive validity of the University of Rhode Island Assessment Questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 106-112.
- Herbst, J. H., Beeker, C., Mathiew, A., McNally, T., Passin, W. F., Kay, L. S., et al. (2007). The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioral risk-reduction interventions of adult men who have sex with men: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, S38-S67.
- Herbst, J. H., Kay, L. S., Passin, W. F., Lyles, C. M., Crepaz, N., & Marin, B. V. (2007). A systematic review and meta-analysis of behavioral interventions to reduce HIV risk behaviors of Hispanics in the United States and Puerto Rico. *AIDS and Behavior*, 11, 25-47.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL VIII : User's Reference Guide*. Mooresville: Scientidic Software Inc.
- Judson, R., & Langdon, S. W. (2009). Illicit use of prescription stimulants among college students: Prescription status, motives, theory of planned behaviour, knowledge and self-diagnostic tendencies. *Psychology, health & medicine*, 14(1), 97-104.
- Juergens, S. (1993). Benzodiazepines and addiction. *Recent Adv Addict Disord*, 16(1), 75-86.
- Julien, R. M. (1998). *A primer of Drug Action* (8 ed.). New York: Freeman.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., & Luke, W. (2001). HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: Research based on the information-motivation-behavioral skills model of health behavior. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12, 58-67.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Landi, F., Cesary, M., Russi, A., Onder, G., Sgadari, A., & Bernabei, R. (2002). Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clinical Pharmacological Therapeutics*, 72(6), 729-734.
- Leipzig, R. M., Cumming, R. G., & Tinetti, M. E. (1999). Drugs and falls in the older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American*

- Geriatrics Society*, 47, 30-39.
- Lichstein, K. L., Peterson, B. A., Riedel, B. W., Means, M. K., Epperson, M. T., & Aguillard, R. N. (1999). Relaxation to assist sleep medication withdrawal. *Behavior Modification*, 23, 379-402.
- Lilja, J., Larsson, S., Skinhoj, K. T., & Hamilton, D. (2001). Evaluation of programs for the treatment of benzodiazepine dependency. *Substance Use and Misuse*, 36(9&10), 1213-1231.
- Lonsdale, C., Hodge, K., & Rose, E. (2009). Athlete burnout in elite sport: A self-determination perspective. *Journal of Sports Sciences*, 27, 785-795.
- Lucas, J. A., Orshan, S. A., & Cook, F. (2000). Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 14(1), 77-100.
- Merle, L., Laroche, M., Dantoine, T., & Charmes, J. (2005). Predicting and Preventing Adverse Reactions in the Very Old. *Drugs Aging*, 22(5), 375-392.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1990). Benzodiazepines: tolerance, dependence, abuse and addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(1), 23-33.
- Mishara, B. L., & Legault, A. (2000). L'abus de médicaments, d'alcool et de drogues. Dans P. Cappeliez, P. Landreville & J. Vézina (Eds.), *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp. 175-196). Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Misovich, S. J., Martinez, T., Fisher, J. D., Bryan, A., & Catapano, N. (2003). Predicting breast self-examination: A test of the information-motivation-behavioral skills model. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(4), 775-790.
- Moller, A. C., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-determination theory and public policy: Improving the quality of consumer decisions without using coercion. *Journal of Public Policy & Marketing*, 25, 104-116.
- Morgan, K., Thompson, J., Dixon, S., Tomeny, M., & Mathers, N. (2003). Predicting longer-term outcomes following psychological treatment for hypnotic-dependent chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 21-29.
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Insomnia and chronic use of benzodiazepines: a randomized clinical trial of supervised tapering, cognitive-behavior therapy, and a combined approach to facilitate benzodiazepine discontinuation. *American Journal of Psychiatry*, 161, 332-342.
- Morin, C. M., Bélanger, L., Bastien, C., & Vallières, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 1-14.
- Mort, R. J., & Aparasu, R. R. (2002). Prescribing of psychotropics in the elderly. Why is it so often inappropriate? . *CNS Drugs*, 16(12), 99-109.
- Murray, D. M. (2000). Exploring motorcycle safety gear use : A theoretical approach. Unpublished doctoral thesis, University of Connecticut.
- Niemiec (2009). Aspiring to physical health: The role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and*

- Counseling*, 74(2), 250-257.
- Niemiec, C. P., & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and Research in Education*, 7, 133-144.
- Noar, S. M. (2008). Behavioral interventions to reduce HIV related sexual risk behavior : Review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior*, 12, 335-353.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P., et al. (2008). Cognitive-Behavioural, Pharmacological and Psychosocial Predictors of Outcome During Tapered Discontinuation of Benzodiazepine. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 1-14.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., & Desjardins, S. (2006). *Le vie sans tranquilisants*. Montréal: Stanké.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., et al. (2003). Evaluation of a program to help discontinuation of benzodiazepines. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 121-148.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Bélanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., et al. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. *Addictive Behaviors*, 29, 583-593.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P., et al. (2008). Cognitive-Behavioural, Pharmacological and Psychosocial Predictors of Outcome During Tapered Discontinuation of Benzodiazepine. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 1-14.
- O'Connor, K. P., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., et al. (2003). Evaluation of a program to help discontinuation of benzodiazepines. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 121-148.
- Olsson, U. H., Foss, T., Troye, S. V., & Howell, R. D. (2000). The Performance of ML, GLS, and WLS Estimation in Structural Equation Modeling Under Conditions of Misspecification and Nonnormality. *Structural equation modeling*, 7(4), 557-595.
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79(1), 49-54.
- Ouellet, N., Papillon, M.-J., Castel, J., Levesques, G., Fortin, J., Dubé, G., et al. (15 mai 2002). *Le sevrage des somnifères chez les personnes âgées : une intervention structurée. Communication faite dans le cadre du colloque : La consommation de psychotropes chez les personnes âgées*. Document présenté à ACFAS, Sainte-Foy, Québec.
- Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2008). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction*, 104(1), 13-24.
- Patten, S. B., & Williams, J. V. (1996). Self-reported depressive symptoms following

- treatment with corticosteroids and sedative hypnotics. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26, 15-24.
- Pelletier, L. G., & Sharp, E. (2008). Persuasive communication and proenvironmental behaviours: How message tailoring and message framing can improve integration of behaviors through self-determined motivation. *Canadian Psychology*, 49, 210-217.
- Pérodeau, G., Goyer, L., & Guindon, M. (2001). Consommation chronique de psychotropes chez les aînés : Jalons théoriques et pratiques pour les cliniciens. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(2).
- Pérodeau, G., Green-Demers, I., & Préville, M. (2006-2009). Projet portant sur les Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à l'arrêt ou la réduction de la consommation de benzodiazépines à long terme chez les hommes et les femmes âgés. (# de référence NRF 79477).
- Pérodeau, G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., & Suissa, A. (2008). Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*, 7(1), 391-427.
- Pérodeau, G., King, S., & Ostoj, M. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *Canadian journal on aging*, 11(4), 347-369.
- Pérodeau, G., & Ostoj, M. (1989). Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants. *Le Gérontophile*, 11(1), 12-14.
- Pérodeau, G., Voyer, P., Paradis, I., Collin, J., Lauzon, S., & Ducharme, F. (2003). Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias. *Vie et Vieillesse*, 3, 37-44.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion : Central and peripheral routes to attitudes change*. New York: Springer-Verlag.
- Philippe, F. L., & Vallerand, R. J. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion*, 32(2), 81-89.
- Preville (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Préville, M., Bossé, C., Vasiliadis, M.-H., Voyer, P., Laurier, C., Berbiche, D., et al. (in press). Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults : results from the esa study. *Canadian Medical Association Journal*.
- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decision balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Ray, W. A., Thapa, P. B., & Gideon, P. (2000). Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, 682-685.
- Rickels, K. (1998). Long-term treatment of anxiety and risk of withdrawal. *Archives*

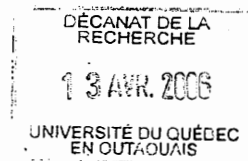
- of *General Psychiatry*, 45, 444-450.
- Riedel, B. W., Lichstein, K. L., Peterson, B. A., Epperson, M. T., Means, M. K., & Aguillard, R. N. (1998). A comparison of the efficacy of stimulus control for medicated and nonmedicated insomniacs. *Behavior Modification*, 22, 3-28.
- Rigby, C. S., & Przybylski, A. K. (2009). Virtual worlds and the learner hero: How today's video games can inform tomorrow's digital learning environments. *Theory and Research in Education*, 7, 214-223.
- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K. P., Bélanger, C., & Dupuis, G. (2003). Benzodiazepine use in the elderly: state of the knowledge. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 149-164.
- Ryan, R. M., Connell, J. P., & Grolnick, W. S. (1992). When achievement is not intrinsically motivated: A theory of internalization and self-regulation in school. Dans A. K. Boggiano & T. S. Pittman (Eds.), *Achievement and motivation: A social-developmental perspective* (pp. 167-188). New York: Cambridge.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 9, 186-193.
- 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, 2-5.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.
- Ryan, R. M., Rigby, C. S., & Przybylski, A. K. (2006). Motivational pull of video games: A self-determination theory approach. *Motivation and Emotion*, 30, 347-365.
- Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2009). Undermining quality teaching and learning: A self-determination theory perspective on high-stakes testing. *Theory and Research in Education*, 7, 224-233.
- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107-124.
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(8), 1624-1675.
- Sheeran, P., Trafimow, D., & Armitage, C. J. (2003). Predicting behaviour from perceived behavioural control: Test of the accuracy assumption of the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 42(3), 393-410.
- Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). Self-determination Theory and

- Physical Health. Dans K. M. Sheldon, G. C. Williams & T. Joiner (Eds.), *Self-determination Theory in the Clinic : motivating physical and mental health*. London: Yale University.
- Starace, F., Massa, M., Amico, K. R., & Fisher, J. D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy : An empirical test to the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology, 25*, 153-162.
- Statistique Canada (2001). Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : Le Canada vieillit, recensement de 2001 (recensement de 2001 : analyses) Relevé le 20 septembre 2002.
<http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/96F0030XIF2001002.htm>.
- Stone, D., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). Beyond talk: Creating autonomous motivation through self-determination theory. *Journal of General Management, 34*, 75-91.
- Tamblyn, R. M., Mcleod, P. J., Abrahamowicz, M., Monette, J., Gayton, D. C., Berkson, L., et al. (1994). Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal, 150*(11), 1801-1809.
- Ten Wolde, G. B., Dijkstra, A., Van Empelen, P., Neven, A. K., & Zitman, F. G. (2008). Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. *Addictive Behaviors, 33*, 1091-1103.
- Thomas, R. E. (1998). Benzodiazepine use and motor vehicle accidents: Systematic review of reported association. *Canadian Family Physician, 44*, 799-808.
- Välämäki, M., Haapsaari, H., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2008). Nursing students' perceptions of self-determination in elderly people. *Nursing Ethics, 15*(3), 346-359.
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology, 30*, 538-550.
- Van Hulten, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2001). Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharmacy World Science, 23*(2), 70-75.
- Van Hulten, R., Bakker, A. B., Lodder, A. C., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: A study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science & Medicine, 56*(6), 1345.
- Voyer, P. (2001). *La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez les aînés vivant en communauté*. Thèse, Université de Montréal, Montréal.
- Voyer, P., Cappeliez, P., Pérodeau, G., & Préville, M. (2005). Mental health for older adults and Benzodiazepine use. *Journal of community health nursing, 22*(4), 213-229.
- Voyer, P., Préville, M., Roussel, M.-E., Berbiche, D., & Béland, S.-G. (2009). Factors associated with benzodiazepine dependence among community-dwelling seniors. *Journal of community health nursing, 26*(3), 101-113.

- Wang, C. K., Khoo, A., Liu, W. C., & Divaharan, S. (2008). Passion and intrinsic motivation in digital gaming. *CyberPsychology & Behavior, 11*, 39-45.
- Webster, C. M. (2008). Intrinsic motivation and well-being: Seniors in community associations. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing, 20*(2), 229-244.
- Weinstein, N., Przybylski, A. K., & Ryan, R. M. (2009). Can nature make us more caring? effects of immersion in nature on intrinsic aspirations and generosity. *Personality and Social Psychology Bulletin, 35*, 1315-1329.
- Williams, G. C., Freedman, D., & Deci, E. L. (1998). Supporting Autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care, 21*, 1644-1651.
- Williams, G. C., Mushlin, M., Gagné, M., & Deci, E. L. (2001). *Motivation for behavior change in patients with chest pain*: Unpublished manuscript. University of Rochester.
- Williams, G. C., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1998). Building Healthcare Partnerships by Supporting Autonomy: Promoting Maintained Behavior Change and Positive Health Outcomes. Dans A. L. Suchman, R. J. Botelho & P. Hinton-Walker (Eds.), *Partnerships in Health Care : Transforming Relational Process* (pp. 67-87): University of Rochester.
- Williams, G. C., Freedman, D., & Deci, E. L. (1998). Supporting Autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care, 21*, 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, M., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Education, 105*(4), 304-321.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating Autonomous Motivation for Smoking Cessation (Supporting autonomy to motivate smoking cessation: A test of self-determination theory). *Health Psychology, 21*(1), 40-50.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivation predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., et al. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology, 25*, 91-101.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*, 58-66.
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Williams, L. K., Devine, G., Lafata, J. E., et al. (2009). Reducing the health risks of diabetes: How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of

- life. *Diabetes Educator*, 35, 484-492.
- Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous Regulation and Long-Term Medication Adherence in Adult Outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.
- Wilson, P. M., Mack, D. E., Blanchard, C. M., & Gray, C. E. (2009). The role of perceived psychological need satisfaction in exercise-related affect. *Hellenic Journal of Psychology*, , 6(183-206).
- World Health Organization (1996). Rational Use of Benzodiazepines. Dans Programme on Substance Abuse. Document WHO/PSA/96.11. Relevé le 26 novembre 2007. www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/drug-med/2005_09_due-eum/index_e.html
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(5), 675.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Bagby, M., & Marshall, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new non-specific predictor of outcome in brief treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 17(137-148).

Appendice B



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 8X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

référence : projet 611

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :


Objet : *Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à la consommation de benzodiazépine à long terme chez les hommes et les femmes âgées.*
Source de financement : IRSC

soumis par : Madame Guilhème Pérodeau
Professeure
Département de psychoéducation et de psychologie
Université du Québec en Outaouais

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable pour une durée d'un an à compter de maintenant.


Au nom du Comité,

André Durivage

 André Durivage
Président du Comité d'éthique de la recherche

Le 12 avril 2006

Date d'émission

Appendice C


Université du Québec en Outaouais
 Université du Québec en Outaouais
 1000, rue de la Courbe, Outaouais (Québec) J2K 2N5
 Téléphone : 819 826-6000
 Télécopieur : 819 826-6001
 www.uqo.ca

Gatineau, le 11 avril 2008

Notre référence : 611

Madame Guilhème Pérodeau
 Directrice
 Département de psychologie et de psychoéducation

Objet : Comité d'éthique de la recherche – Suivi continu
Facteurs attitudinaux et motivationnels associés à l'arrêt ou la réduction
de la consommation de benzodiazépines à long terme chez les hommes
et les femmes âgées.

Financement : IRSC

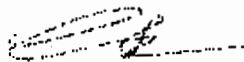
Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et je vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre approbation éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 12 avril 2009.

Le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait après la présente approbation et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. Pour maintenir votre approbation éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 12 avril 2009.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche



André Durivage
 Professeur
 Département des sciences administratives

Appendice D

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Health and Social Services Centre –
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste :

1. Qu'il exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques ;
2. Qu'aucun des membres n'était en conflit d'intérêt lors de l'évaluation des documents soumis par le chercheur ;
3. Qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis.

Titre du projet de recherche

Programme de recherche sur l'épidémiologie de la détresse psychologique modérée et sévère et sur l'étude des facteurs associés à l'utilisation des services de santé pour ces symptômes et à la consommation de psychotropes chez les personnes âgées vivant dans la communauté : l'esa

Cette approbation a été demandée par :

Chercheur principal :

Dr Michel Préville, Ph.D., Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine

Co-chercheurs :

Dr Richard Boyer, Université de Montréal
Dre Dominique Lorrain, Université de Sherbrooke
Dr Guilhème Pérodeau, Université du Québec en Outaouais
Dr Gilles Trudel, Université du Québec à Montréal
Dr Philippe Voyer, Université Laval
Dre Sophie Desjardins, Université du Québec à Trois-Rivières
Dre Micheline Dubé, Université du Québec à Trois-Rivières
Dre Marie-France Dubois, Université de Sherbrooke
Dr Carol Hudon, Université Laval
Dre Sylvie Lapierre, Université du Québec à Trois-Rivières
Dre Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke
Dre Maria-Victoria Zunzunegui, Université de Montréal

Le numéro de dossier attribué à ce projet par le CÉR est le 2003-26

Documents évalués :

- Protocole complet
- Formulaire de consentement
- Questionnaire(s)
- Amendement
- Autre :
- Demande de renouvellement annuel de l'approbation éthique

L'approbation éthique pour ce projet de recherche est valide jusqu'au 30 septembre 2010

Gina Brava

Dre Gina Brava, Ph.D.

Présidente

Hôpital
et centre d'hébergement D'Youville

Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement

1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 821-1170 poste 45386
Télécopieur : (819) 829-7141