

**CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE
DES AÎNÉS :**

LA SANTÉ MENTALE

**Mémoire déposé au Ministère de la Famille et des Aînés
Par
L'Axe santé mentale du
Réseau québécois de recherche sur le vieillissement**

Septembre 2007

Présentation

L'Axe de recherche en santé mentale et vieillissement a été mis sur pied en 1999 et compte une quinzaine de chercheurs actifs provenant de plusieurs universités et Centres de recherche du Québec. Ces chercheurs sont membres du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (FRSQ).

Les objectifs généraux de l'Axe santé mentale sont : (1) de soutenir la collaboration entre les chercheurs provenant de disciplines et de traditions de recherche différentes pour étudier dans une approche systémique, les problèmes de santé mentale de la population âgée, l'utilisation des services de santé ainsi que la consommation de médicaments pour ces problèmes; (2) de soutenir la production de connaissances de pointe axées sur l'aide à la décision et la résolution de problèmes cliniques touchant la santé mentale des personnes âgées et (3) de favoriser le rapprochement entre les chercheurs et les décideurs pour améliorer les services rendus à la population.

Le programme de recherche de l'Axe santé mentale comporte 3 volets centrés sur : (1) la recherche en santé des populations (épidémiologie psychiatrique et pharmacoépidémiologie), (2) la recherche sur le suicide dans la population âgée et (3) la recherche sur les services de santé pour des problèmes de santé mentale. Depuis 2000, ces chercheurs collaborent à plusieurs projets de recherche financés par le FRSQ et les IRSC et, dans le cadre de leurs travaux, ils ont développé des outils qui rencontrent les standards actuels de la recherche en épidémiologie psychiatrique gériatrique.

Coordonnateur :

Michel Prévaille, Ph. D.
Axe de recherche Santé mentale et vieillissement
Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyne
Complexe St-Charles, tour Est, bureau 354
1111, rue St-Charles Ouest
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Adresse de correspondance (Poste Canada)

Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoyne
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Téléphone : 450 466 5000 poste 3691

Courriel : michel.preville@USherbrooke.ca

Page Web : http://www.usherbrooke.ca/axe_rech_sante_mentale/

Membres du comité de rédaction

Nom	Département / Université
Michel Préville, Ph. D.	Sciences de la santé communautaire Université de Sherbrooke
Philippe Voyer, inf., Ph. D.	Sciences infirmières Université Laval
Sébastien Grenier, Ph. D.	Sciences de la santé communautaire Université de Sherbrooke
Dominique Lorrain, Ph. D.	Psychologie Université de Sherbrooke
Richard Boyer, Ph. D.	Psychiatrie Université de Montréal
Carol Hudon, Ph. D.	Psychologie Université Laval
Sylvie Lapierre, Ph. D.	Psychologie Université du Québec à Trois-Rivières
Micheline Dubé, Ph. D.	Psychologie Université du Québec à Trois-Rivières
Claudine Laurier, Ph. D.	Médecine Université de Montréal
Yola Moride, Ph. D.	Médecine Université de Montréal
Helen Maria Vasiliadis, Ph. D.	Sciences de la santé communautaire Université de Sherbrooke
Rosita Puntí, MD	Psychiatrie Université de Montréal
Sarah-Gabrielle Béland	Étudiante M.A. Programme de sciences cliniques Université de Sherbrooke

Résumé

Après les troubles psychiatriques d'origine organique, la détresse psychologique modérée et sévère est le problème de santé mentale le plus prévalent dans la population âgée. La détresse psychologique, particulièrement lorsqu'elle est chronique, est associée à une faible qualité de vie. Les problèmes de détresse psychologique sont aussi associés à une plus faible adhérence au traitement, à un risque accru de chutes et d'accidents, à un taux plus élevé d'admissions en maison d'hébergement ainsi qu'à un risque accru de mortalité (suicide).

La fréquence des problèmes de détresse psychologique modérée et sévère dans la population âgée du Québec

Nos travaux ont montré qu'au Québec, 12,7 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant à domicile présentaient un trouble dépressif ou anxieux selon les critères de l'Association américaine de psychiatrie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)). Ceci représentait plus de 101 000 personnes âgées pour l'année 2005. Ces problèmes sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Nos travaux ont aussi montré que dans la population âgée (65 ans et plus) en perte d'autonomie vivant à domicile mais recevant des services de maintien à domicile, 42,9 % présentaient une symptomatologie sévère de détresse psychologique.

Le recours aux services de santé

Il y aurait un nombre important de troubles dépressifs et anxieux masqués dans la population âgée. Selon les données de l'étude ESA (Enquête sur la santé des aînés), seulement 40 % des personnes âgées vivant à domicile présentant un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux consultent pour leurs symptômes. Lorsqu'elles consultent pour un problème de santé mentale, les personnes âgées se dirigent dans près de 80 % des cas vers le secteur de la médecine générale. Plusieurs chercheurs suggèrent cependant que les médecins ont une forte tendance à normaliser les symptômes liés aux psychopathologies de dépression et d'anxiété chez leurs patients âgés. Ainsi, près de 50 % des personnes âgées qui consultent ne seraient pas diagnostiquées ni traitées.

La consommation de psychotropes

Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (ASH) se retrouvent au quatrième rang des médicaments consommés et représentent plus de 7 % de la consommation globale de médicaments des personnes âgées. Près de 35 % des personnes de 65 ans et plus consomment des psychotropes sur une base annuelle, alors que cette proportion n'est que de 5 % dans la population générale. Les résultats de l'étude ESA ont montré que 2,3 % des personnes âgées vivant à domicile (9,1 % des utilisateurs de benzodiazépines)

rencontraient les critères de dépendance du DSM-IV. De plus, parmi les aînés consommateurs de benzodiazépines, 42 % de ceux-ci se disent dépendants de ces molécules et 32 % souhaitent arrêter de consommer ces médicaments.

Nos travaux ont montré que les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines en consomment en moyenne 207 jours par an, soit l'équivalent d'environ une journée sur deux et 15 % utilisent ces médicaments tous les jours. Or, le Collège des médecins du Québec recommande d'éviter un usage prolongé (plus de 3 mois) chez les personnes âgées. En outre, nos travaux ont montré que 43,6 % des personnes âgées recevaient, à au moins une occasion pendant une période de 12 mois, une ordonnance de benzodiazépines potentiellement non appropriée. La prévalence d'ordonnances potentiellement non appropriées de benzodiazépines (OPNA) s'élèverait à 69,8 % si les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines pour plus de 90 jours étaient incluses dans le calcul des OPNA.

Trouble du sommeil et consommation de benzodiazépines

Selon plusieurs chercheurs, les psychotropes se substituent souvent au développement de meilleures habiletés pour s'adapter aux difficultés de la vie. La forte proportion d'anxiolytiques prescrits pour des problèmes de sommeil illustre ce phénomène.

La prévalence des troubles du sommeil dans la population âgée est d'environ 50 % et les benzodiazépines sont les médicaments les plus prescrits pour les troubles du sommeil. Cependant, l'effet à long terme de ceux-ci sur la qualité du sommeil des personnes âgées est peu documenté. Nos travaux récents ont montré que la consommation de benzodiazépines était associée à une diminution à long terme de la qualité du sommeil rapportée par les personnes âgées et à une dépendance aux benzodiazépines.

Les idées suicidaires et le suicide chez les personnes âgées

Les symptômes de dépression et d'anxiété sont également associés à l'émergence d'idées ou de tentatives suicidaires chez les aînés. Au Québec, de 1950 à 2004, le taux de décès par suicide des personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 3,7 à 12,7 par 100 000 habitants. Au cours des dernières années, peu d'efforts ont été consacrés à la prévention du suicide chez les personnes âgées en comparaison des efforts consacrés à la prévention du suicide chez les jeunes, alors qu'entre 1996 et 2004, le taux moyen de suicide chez les 65 ans et plus était 33 % plus élevé que chez les 10-19 ans. De plus, juste à cause de l'évolution démographique prévue entre 1996 et 2043, le nombre de suicide chez les personnes âgées aura augmenté de 248 % si l'on applique le taux moyen actuel (1996-2004) de suicide à la population attendue.

Nos résultats de recherche sur le suicide des personnes âgées au Québec ont montré que les personnes décédées par suicide avaient une probabilité de présenter un trouble psychiatrique durant les six mois précédant leur décès 10 fois supérieure à celle des personnes âgées décédées d'autres causes. La maladie physique et la perte d'autonomie sont vues comme des facteurs de risque majeurs du suicide chez les personnes âgées. Or, nos résultats de recherche ont montré que les niveaux de morbidité et d'incapacité étaient moins élevés chez les suicidaires que chez les personnes âgées décédées d'autres causes. Si le suicide était associé à la condition de santé des personnes âgées, nous devrions observer un niveau de morbidité et d'incapacité plus élevé chez les suicidaires.

Finalement, selon nos résultats de recherche, dans 75 % des cas, les personnes âgées suicidaires communiquent leur intention à leur entourage avant de passer à l'acte. Ce résultat suggère que les membres de la famille et les amis pourraient jouer un rôle important dans la prévention du suicide chez les personnes âgées. En outre, près de 54 % des personnes décédées par suicide visitent leur médecin au cours des 2 semaines précédant leur suicide.

La recherche

Au Québec, peu de données sont disponibles sur la santé mentale de la population âgée ainsi que sur l'efficacité des services de santé dans cette population. À cause du vieillissement important de la population au cours des prochaines années et du fardeau potentiel que représenteront les besoins requis en services par cette population sur les finances publiques, la recherche de solutions novatrices et efficaces pour réduire l'incidence de ces problèmes et répondre aux besoins des personnes touchées s'impose. Or, l'amélioration des conditions de vie des aînés passe par l'amélioration de nos connaissances sur les problématiques touchant leur santé mentale.

Nous souhaitons que dans 10 ans, le Québec soit reconnu comme un leader pour sa contribution à la formation de jeunes chercheurs en santé mentale et vieillissement et pour sa contribution à l'avancement des connaissances scientifiques de pointe et au développement des politiques publiques en matière de santé mentale des personnes âgées.

Les résultats de nos travaux de recherche nous amènent ainsi à faire les recommandations suivantes :

1. Que la population âgée soit retenue comme population cible dans l'application du Plan d'action en santé mentale du Québec.
2. Que le MSSS développe un programme national de dépistage et de traitement des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées en perte d'autonomie inscrites dans les programmes de maintien à domicile.

-
3. Que le Plan d'action en santé mentale du Québec favorise la détection de troubles cognitifs ainsi que l'identification de marqueurs précoces de la MA chez les personnes âgées
 4. Que le public soit sensibilisé aux dangers de l'utilisation des benzodiazépines psychotropes sur une période prolongée.
 5. Que le MSSS soutienne le développement de services de santé primaires fondés sur les données probantes concernant l'utilisation des benzodiazépines dans la population âgée.
 6. Que les personnes âgées soient désignées comme groupe cible prioritaire dans l'application du programme national de prévention du suicide.
 7. Que le Plan d'action en santé mentale soutienne le développement d'une action préventive s'adressant à l'entourage des personnes âgées suicidaires.
 8. Que le Plan d'action en santé mentale soutienne l'amélioration de l'accessibilité à des services de santé mentale pour les personnes âgées à risque de suicide.
 9. Que le MSSS supporte le développement d'une infrastructure de recherche en santé mentale et vieillissement au Québec.

Problématique

La notion de détresse psychologique est ici utilisée pour désigner une symptomatologie d'anxiété et de dépression rencontrant ou non les critères diagnostiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)¹⁻². Après les troubles psychiatriques d'origine organique, la détresse psychologique modérée et sévère est le problème de santé mentale le plus prévalent dans la population âgée³⁻¹³. De nombreux facteurs associés à l'âge sont impliqués dans l'occurrence des symptômes de détresse psychologique chez les personnes âgées¹⁴⁻¹⁷. Cependant, les mécanismes par lesquels la détresse psychologique influence la santé restent peu connus.

Les symptômes de détresse psychologique influenceraient directement l'équilibre physiologique des individus à travers le syndrome général d'adaptation décrit par Selye¹⁸. La détresse psychologique, particulièrement lorsqu'elle est chronique, est aussi associée à une faible qualité de vie (risque de déclin cognitif et de démence, habitudes de sommeil, activité physique, activités sociales, etc.)¹⁹⁻²². Les problèmes de sommeil associés aux symptômes de détresse psychologique sont particulièrement importants dans cette population²³⁻²⁸. Les problèmes de détresse psychologique sont aussi associés à une plus faible observance au traitement^{8,29}, à un risque accru de chutes^{30,31} et d'accidents³², à un taux plus élevé d'admissions en maison d'hébergement³³ ainsi qu'à un risque accru de mortalité (suicide)^{5,34-38}. En particulier, la détresse psychologique est associée à une utilisation non optimale des services de santé et à la consommation de psychotropes^{39,40}. Or, bien que dans plusieurs situations, la consommation de psychotropes soit justifiée, la consommation prolongée de psychotropes et la présence d'ordonnances potentiellement non appropriées (OPNA) sont des phénomènes fréquents pouvant affecter de façon significative le fonctionnement des personnes âgées⁴¹⁻⁴⁸.

La fréquence des problèmes de détresse psychologique modérée et sévère dans la population âgée du Québec

Nos travaux ont montré qu'au Québec, 12,7 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant à domicile présentaient un trouble dépressif ou anxieux selon les critères de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV). Ceci représentait plus de 101 000 personnes âgées en 2005. Ces problèmes sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Nos résultats ont montré que la prévalence de ces problèmes chez les personnes âgées au Québec est aussi élevée que celle observée dans la population adulte⁴⁹. Nos travaux ont aussi montré que dans la population âgée (65 ans et plus) *en perte d'autonomie* vivant à domicile mais recevant des services de maintien à domicile, 42,9 % présentaient une symptomatologie sévère de détresse psychologique. Ce phénomène pourrait avoir un impact considérable sur la qualité de vie de ces personnes, sur leur probabilité d'utiliser les services de santé et d'être institutionnalisées⁵⁰.

TABLEAU 1
Prévalence de troubles psychiatriques dans la population âgée de 65 ans et plus, Québec 2005-2006

	Population (n=797 874)	
	n	%
Dépression majeure	8777	1,1
Dépression mineure	45479	5,7
Épisode de manie	4787	0,6
Ensemble des troubles de l'humeur	59043	7,4
Trouble anxiété généralisée	9574	1,2
Trouble panique	4787	0,6
Phobie spécifique	15957	2,0
Phobie sociale	559	0,07
Agoraphobie sans trouble panique	2394	0,3
Trouble obsessionnel-compulsif	11968	1,5
Ensemble des troubles anxieux	44681	5,6
Dépendance aux psychotropes	18351	2,3
Présence d'un trouble DSM-IV *		
Aucun	696544	87,3
Un	83777	10,5
Deux et plus	17553	2,2

* Incluant la dépression mineure

Source: Étude ESA, Axe santé mentale

Recommandation

Que la population âgée soit retenue comme population cible dans l'application du Plan d'action en santé mentale du Québec.

Les troubles cognitifs liés au vieillissement

Au cours des dernières années, la démence dégénérative est devenue l'un des problèmes de santé les plus criants chez les personnes âgées. Elle résulte d'une atteinte du système nerveux central et altère progressivement les fonctions cognitives et intellectuelles de l'individu jusqu'à ce que son autonomie soit compromise. Il existe plusieurs formes de démence dégénérative. La plus connue, et la plus fréquente, est la maladie d'Alzheimer (MA). La prévalence de la MA s'élève progressivement avec l'âge. Selon l'étude canadienne Santé et Vieillesse⁹⁸, environ 5 % des Canadiens de 65 ans et plus et 25 % des personnes de plus de 85 ans étaient atteints de la MA en 1994. La même année, une autre étude canadienne a estimé que les coûts sociaux associés à cette maladie représentaient environ 5,5 milliards par année⁹⁹. Dans le contexte du vieillissement démographique de la population canadienne, il est attendu que nous assisterons au cours des prochaines années à une augmentation fulgurante des coûts associés à la prise en charge des patients atteints de la MA.

Jusqu'à maintenant, les causes de la MA demeurent inconnues. Néanmoins, de nouvelles perspectives thérapeutiques (pharmacologiques et non pharmacologiques) ont vu le jour au cours des dernières années. Ces traitements contribuent à minimiser les symptômes cognitifs et comportementaux de la MA et ils permettent de prolonger l'autonomie de certains malades. Par ailleurs, l'efficacité des interventions est accrue dans les stades précoces de la MA. Dans ce contexte, la détection de troubles cognitifs et l'identification de marqueurs précoces de la MA (troubles cognitifs légers, humeur dépressive, troubles du sommeil) chez les personnes âgées sont primordiales. Cette entreprise est susceptible de retarder le diagnostic d'une démence chez bon nombre de personnes âgées et, par le fait même, elle peut contribuer à minimiser les coûts sociaux associés à la MA.

Recommandations

Favoriser la détection de troubles cognitifs ainsi que l'identification de marqueurs précoces de la MA chez les personnes âgées.

Développer, initier et tester des approches thérapeutiques pouvant ralentir l'évolution des troubles cognitifs tout en augmentant la qualité de vie des personnes âgées.

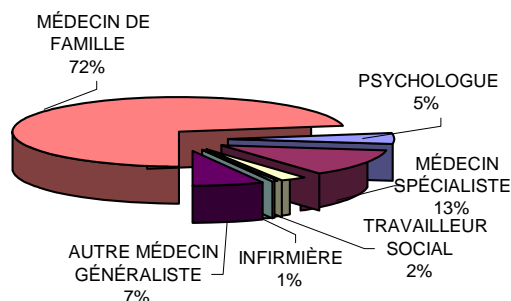
Le recours aux services de santé

Il y aurait un nombre important de troubles dépressifs et anxieux masqués dans la population âgée⁵¹⁻⁵⁵. Selon les données de l'étude ESA (Enquête sur la santé des aînés), seulement 40 % des personnes âgées vivant à domicile présentant un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux consultent pour leurs symptômes⁵⁶. Or, selon plusieurs chercheurs, les personnes âgées présentant des symptômes de dépression et d'anxiété pourraient bénéficier de façon significative d'une intervention psychologique et/ou pharmacologique visant à prévenir la détérioration de leur situation. Une des raisons avancées pour expliquer ce phénomène est que plusieurs individus et leur famille, particulièrement dans la cohorte actuelle de personnes âgées, voient les troubles psychologiques comme un problème stigmatisant sujet à déni. Ainsi, lorsqu'elles consultent, les personnes âgées auraient moins tendance à rapporter leur humeur dépressive que les jeunes et porteraient une plus grande attention à leurs symptômes physiques.

Lorsqu'elles consultent pour un problème de santé mentale, les personnes âgées se dirigent dans près de 80 % des cas vers le secteur de la médecine générale⁵⁷. Plusieurs chercheurs suggèrent cependant que les médecins auraient une forte tendance à normaliser les symptômes liés aux psychopathologies de dépression et d'anxiété chez leurs patients âgés. Ainsi, près de 50 % des personnes âgées qui consultent ne seraient pas diagnostiquées ni traitées. Parmi les aînés qui reçoivent

un traitement, moins du tiers recevrait un traitement adéquat. Les personnes âgées sont aussi réticentes à consulter en psychologie. Seulement 5 % des aînés présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété consultent, dans un premier temps, un psychologue. Ce phénomène favoriserait la chronicité et l'aggravation de ces problèmes de santé et aurait ainsi une incidence sur la qualité de vie des personnes âgées. Cette symptomatologie aurait aussi une incidence sur les coûts reliés à la prise en charge des personnes âgées par la société^{57,58,60-63}.

TYPE DE PROFESSIONNEL VISITÉ EN PREMIÈRE INSTANCE



Source : Étude ESA, 2005-2006, Axe santé mentale

Recommandation

Mettre en place un programme national de dépistage et de traitement des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées en perte d'autonomie inscrites dans les programmes de maintien à domicile.

La consommation de psychotropes

Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), près de 60 % des personnes âgées ont au moins une ordonnance active de médicaments. Les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (ASH) se retrouvent au quatrième rang des médicaments consommés et représentent plus de 7 % de la consommation globale de ce groupe d'âge^{64,65}. Près de 35 % des personnes de 65 ans et plus consomment des psychotropes sur une base annuelle, alors que cette proportion n'est que de 5 % dans la population générale⁶⁶⁻⁶⁷. Les benzodiazépines comptent pour 97,5 % de la consommation totale des ASH. Ces médicaments peuvent avoir des effets indésirables importants. La concentration sanguine et la durée d'action de ces médicaments sont augmentées chez les personnes âgées puisque celles-ci ont une masse musculaire moindre, une augmentation des graisses et une diminution de l'eau corporelle totale^{68,69}. Ce phénomène est plus important chez les femmes âgées. Or, celles-ci représentent les deux tiers des utilisateurs ayant une

ordonnance dont la dose est trop élevée⁴¹. La consommation de psychotropes peut occasionner des effets secondaires sur la stabilité, la mémoire et la concentration^{70,71}. Elle serait aussi associée à l'hypertension ainsi qu'aux troubles coronariens et rénaux⁴¹⁻⁴⁵. Les personnes âgées sont également susceptibles de développer une dépendance physiologique et psychologique aux psychotropes^{44,48,72-74}. Les résultats de l'étude ESA ont montré que 2,3 % des personnes âgées vivant à domicile (9,1 % des utilisateurs de benzodiazépines) rencontraient les critères de dépendance du DSM-IV. Qui plus est, parmi les aînés consommateurs de BZD, 42 % se sont dits dépendants de ces molécules et 32 % ont dit souhaiter arrêter de consommer ces médicaments⁷⁵. Malheureusement, il n'existe au Québec que très peu de services formels pour leur venir en aide. Finalement, plusieurs études ont montré que les médicaments psychotropes étaient responsables d'un nombre important d'hospitalisations⁷⁶⁻⁷⁹.

Nos travaux ont montré que les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines en consomment en moyenne 207 jours par an, soit l'équivalent d'une journée sur deux et 15 % utilisent ces médicaments tous les jours. Or, le Collège des médecins du Québec recommande d'éviter un usage prolongé (plus de 3 mois) chez les personnes âgées. En outre, selon plusieurs chercheurs, l'association entre la consommation de psychotropes et le statut de santé mentale n'est pas clair^{80,81}. En effet, nos travaux ont montré⁶⁶ que lorsque l'on contrôlait l'effet du statut de santé mentale, les personnes âgées de 65 ans et plus *en bonne santé physique* avaient 7,5 fois plus de chance de consommer des psychotropes que les répondants âgés de 18 à 64 ans. Selon Pérodeau et collaborateurs⁸², les attitudes positives des femmes âgées par rapport à la consommation de psychotropes seraient des facteurs prédisposants importants de ce comportement^{83,84}. Elles ne perçoivent pas la prise de psychotropes comme étant un risque de perte de contrôle sur leur vie⁸⁵.

En outre, nos travaux³⁹ ont montré que 43,6 % des personnes âgées recevaient, à au moins une occasion pendant une période de 12 mois, une ordonnance de benzodiazépines potentiellement non appropriée. La prévalence d'ordonnances potentiellement non appropriées de benzodiazépines (OPNA) serait de 69,8 %, si les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines pour plus de 90 jours étaient incluses dans le calcul des OPNA. Sont jugées potentiellement non appropriées, 1) les ordonnances de benzodiazépines à longue durée d'action; 2) la prescription concomitante (c.-à-d., dont les durées de traitement se chevauchent) de deux benzodiazépines ou plus et 3) la prescription concomitante d'une benzodiazépine et d'un sédatif.

En particulier, l'utilisation de benzodiazépines à longue demi-vie apparaît dans la littérature comme pouvant causer de graves effets indésirables tels que la sédation prolongée, de la confusion, des chutes ainsi que des fractures de hanche⁹⁰⁻⁹⁴. Nos travaux ont montré que près de 20 % des personnes âgées utilisatrices de benzodiazépines au Québec consommaient des benzodiazépines à longue demi-vie. La majorité (69,2 %) des consommateurs de benzodiazépines à longue demi-vie se retrouvaient dans la tranche d'âge de 65 à 74 ans⁹⁷.

Trouble du sommeil et consommation de benzodiazépines

Selon plusieurs chercheurs, les psychotropes se substituent souvent au développement de meilleures habiletés pour composer avec les difficultés de la vie. La forte proportion d'anxiolytiques prescrits pour des problèmes de sommeil illustre ce phénomène.

La prévalence des troubles du sommeil dans la population âgée se situe à près de 50 %^{86,95}. Les benzodiazépines sont les médicaments les plus prescrits pour les troubles du sommeil. Cependant, l'effet à long terme de ceux-ci sur la qualité du sommeil des personnes âgées est peu documenté. Nos travaux récents ont montré que la consommation de benzodiazépines était associée à une diminution à long terme de la qualité du sommeil rapportée par les personnes âgées et à la dépendance aux benzodiazépines^{87,96}.

Il devient donc important de développer des alternatives à l'usage de ces médicaments par les personnes âgées. La forte prévalence de la consommation de benzodiazépines et la proportion élevée d'OPNA observée chez les personnes âgées montrent qu'il s'agit de phénomènes fréquents qui peuvent constituer un problème de santé publique important à cause des effets iatrogènes de ces médicaments rapportés dans la littérature.

Recommandation

Sensibiliser le public aux dangers de l'utilisation des benzodiazépines psychotropes sur une période prolongée.

Soutenir le développement de services de santé primaires fondés sur les données probantes concernant l'utilisation des benzodiazépines dans la population âgée.

Les idées suicidaires et le suicide chez les personnes âgées

Les symptômes de dépression et d'anxiété sont également associés à l'occurrence d'idées ou de tentatives suicidaires chez les aînés. Au Québec, de 1950 à 2004, le taux de décès par suicide des personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 3,7 à 12,7 par 100 000 habitants. Cette augmentation des suicides a pris des proportions phénoménales dans la population masculine; pour la même période, le taux de suicide chez les hommes de plus de 65 ans est passé de 8,9 à 24,1/100 000 hommes, alors que chez les femmes, il passait de 2,1 à 4,6/100 000. De nombreux auteurs suggèrent en outre que le taux de suicide dans la population

âgée est sous-estimé. L'augmentation du taux de suicide des hommes âgés de plus de 65 ans présente les mêmes caractéristiques que celles observées dans la population masculine en général. Cependant, la létalité des tentatives suicidaires des personnes âgées serait beaucoup plus importante. Alors que chez les 15-24 ans nous observons un ratio de 100 à 200 tentatives par suicide, chez les personnes âgées nous devons ramener ce ratio à moins de 4 tentatives par suicide.

Au cours des dernières années, peu d'efforts ont été consacrés à la prévention du suicide chez les personnes âgées en comparaison des efforts consacrés à la prévention du suicide chez les jeunes, alors qu'entre 1996 et 2004, le taux moyen de suicide chez les 65 ans et plus était 33 % plus élevé que chez les 10-19 ans. De plus, juste à cause de l'évolution démographique prévue entre 1996 et 2043, le nombre de suicide chez les personnes âgées aura augmenté de 248 % si on applique le taux moyen actuel (1996-2004) de suicide à la population attendue.

FIGURE 1 : Taux de suicide selon l'âge, Québec, 1996-2004

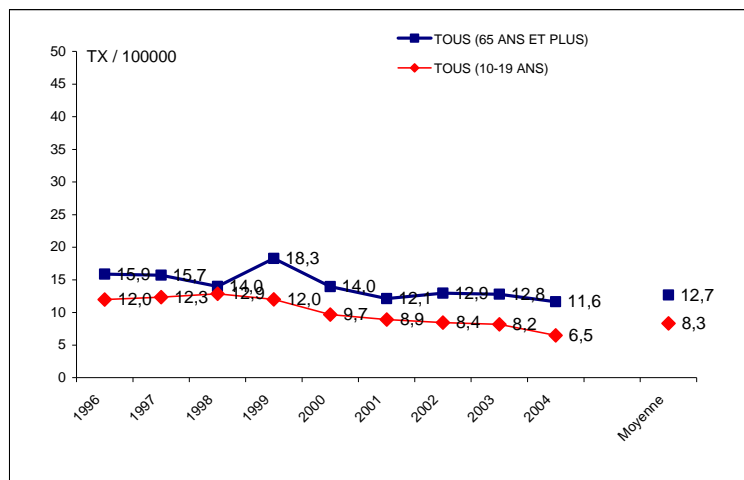
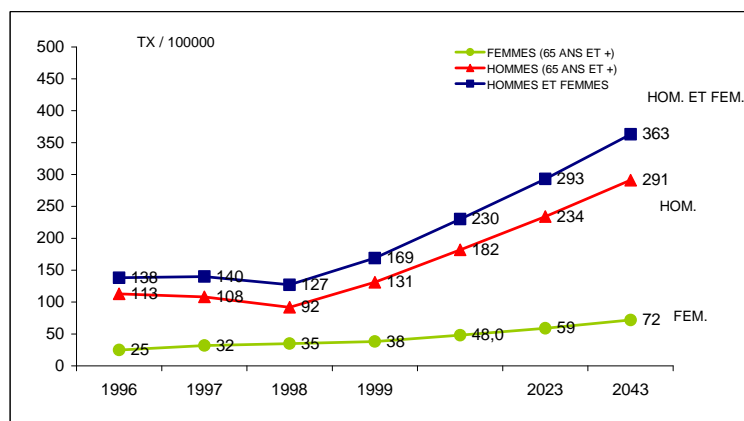


FIGURE 2 : Taux de suicide attendus, Québec, 1996-2043



L'idéologie du suicide chez les aînés

En fait, tout se passe comme si la société, les professionnels de la santé, la famille et les personnes âgées elles-mêmes considéraient les idées suicidaires comme un phénomène normal dans le processus de vieillissement. Cette banalisation du suicide des personnes âgées dans notre société est, en fait, une manifestation d'âgisme qui dans sa forme générale s'exprime par un stéréotype qui veut que la plupart des personnes âgées soient en perte d'autonomie et séniles et que, parce qu'elles ont déjà vécu plusieurs années, elles n'ont plus le même urgent besoin de continuer à vivre. Or, la grande majorité des personnes âgées sont en bonne santé et vivent à domicile.

L'âgisme se manifeste aussi dans l'idée déjà très enracinée que le suicide est un droit : le droit de disposer de son corps. Dans cette perspective humaniste, il s'agit pour les membres compatissants de l'entourage et les cliniciens de supporter la personne qui veut actualiser son droit de mettre un terme à sa vie au moment où elle le désire. Plusieurs pays reconnaissent maintenant le droit au suicide pour les personnes dont la qualité de vie est dégradée. (Pays-Bas, Suisse, Danemark, Oregon (USA)). Au Canada, la réflexion sur le statut légal du suicide est aussi amorcée (comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide, 1995) Dans la pratique, il faut bien reconnaître, cependant, que ces dispositions légales touchent essentiellement les personnes âgées, le suicide des jeunes étant davantage traité comme une maladie plutôt que comme un droit. Certains voient dans cette évolution des attitudes face au suicide des personnes âgées une rationalisation inconsciente des problèmes posés par le vieillissement de la population et par le poids économique que cela représente pour la société.

Nos résultats de recherche ont, par ailleurs, confirmé la forte association entre la présence d'un problème de santé mentale et le suicide. Nos propres recherches sur le suicide des personnes âgées au Québec ont montré que 42,6 % des cas de suicide présentaient un désordre psychiatrique d'après les critères du DSM-IV, principalement la dépression et 65,3 % des cas de suicide auraient été considérés comme ayant un trouble de santé mentale si les cas sous-cliniques de dépression avaient été inclus. Au total, les personnes décédées par suicide avaient une probabilité de présenter un trouble psychiatrique durant les six mois précédant leur décès 10 fois supérieure à celle des personnes âgées décédées d'autres causes^{88,89}.

Nos résultats de recherche ne suggèrent pas que les cas de suicide ont une probabilité plus grande que les sujets décédés d'autres causes d'être isolés durant les 6 mois précédant leur décès. En outre, la probabilité d'avoir un faible niveau de scolarité et de revenu n'est pas plus grande chez les cas de suicide que chez les personnes âgées décédées d'autres causes.

La qualité de vie et le suicide

La maladie physique et la perte d'autonomie sont vues comme des facteurs de risque majeurs du suicide chez les personnes âgées. Or, nos résultats de recherche

ont montré que le niveau de morbidité et d'incapacité était moins élevé chez les suicidaires que chez les personnes âgées décédées d'autres causes. Nos travaux ont montré que le nombre moyen de problèmes de la santé chroniques parmi les cas du suicide était de 4,9, similaire à celui observé chez les personnes âgées décédées d'autres causes. Nos résultats de recherche ont aussi montré que les personnes âgées décédées par suicide avaient connu une détérioration de leur niveau d'autonomie fonctionnelle moins importante que les sujets décédés d'autres causes durant les six mois qui ont précédé leur mort. Nos travaux n'ont pas permis de mettre en évidence un risque plus grand de cancer, d'emphysème, d'épilepsie, de maladies cardiovasculaires chez les cas de suicide au moment du décès. De plus, les sujets décédés par suicide ne présentent pas un plus grand risque de problèmes cognitifs que les sujets décédés d'autres causes. Or, si le suicide est associé à la condition de santé, nous devrions observer un niveau de morbidité et d'incapacité plus élevé chez les suicidaires.

Près de 70 % des cas de suicide ont vécu des événements stressants pendant la période de 6 mois qui a précédé leur suicide. La maladie chez les membres de la famille et les amis, la séparation ou un conflit avec les membres de la famille ou les amis et la présence de problèmes financiers sont les principaux événements stressants vécus par les personnes âgées. Des résultats similaires ont été observés chez les personnes âgées décédées d'autres causes.

Selon nos résultats de recherche, dans 75 % des cas, les individus âgés suicidaires communiquent leur intention à leur entourage avant de passer à l'acte. En effet, nos travaux ont montré que seulement un tiers des personnes âgées décédées par suicide n'avaient exprimé aucune idée de mort ou montré un comportement suicidaire indirect durant les six mois qui ont précédé leur suicide. Ce résultat suggère que les membres de la famille et amis pourraient jouer un rôle important dans la prévention du suicide chez les personnes âgées en encourageant leurs parents à discuter de leurs pensées suicidaires avec leur médecin.

En effet, près de 54 % des personnes décédées par suicide visitent leur médecin au cours des 2 semaines précédant leur suicide. Cependant, nos résultats de recherche ont montré qu'une petite proportion de cas de suicide avait visité un psychologue ou un travailleur social durant les six mois précédant leur suicide. Finalement, nos travaux ont montré que près de 72 % des cas de suicide utilisent des tranquillisants, sédatifs ou hypnotiques pendant la période de 2 semaines qui précède leur suicide.

Nos résultats nous amènent ainsi à suggérer que la politique de prévention du suicide du Québec supporte trois actions spécifiques : (1) la désignation des personnes âgées comme groupe cible prioritaire, non pas à cause de la prévalence actuelle du suicide chez les personnes âgées mais plutôt à cause du phénomène d'âgisme qui caractérise la perception du suicide des aînés dans notre société actuellement et aussi à cause de l'impact de l'évolution démographique sur l'augmentation du nombre de suicides attendus dans cette population au cours des prochaines années; (2) le développement d'une action préventive s'adressant à l'entourage des personnes âgées suicidaires et (3) l'amélioration de l'accessibilité à

des services psychologiques professionnels pour les personnes âgées identifiées comme à risque de suicide. Aussi, des efforts doivent donc être consentis pour soutenir la recherche visant à améliorer les connaissances sur le processus dynamique (psychologique et social) qui se joue entre la personne âgée suicidaire et son environnement social et humain. En particulier, peu d'études existent sur le suicide des personnes âgées institutionnalisées.

Recommandation

Le développement d'une action préventive s'adressant à l'entourage des personnes âgées suicidaires.

La désignation des personnes âgées comme groupe cible prioritaire dans l'application du programme national de prévention du suicide.

L'amélioration de l'accessibilité à des services de santé mentale pour les personnes âgées à risque de suicide.

Soutenir la recherche sur le suicide dans la population âgée.

La recherche

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les problèmes de santé mentale sont parmi les principales causes d'incapacité. Or, au Québec, peu de données sont disponibles sur la santé mentale de la population âgée ainsi que sur l'efficience des services de santé pour cette population. À cause du vieillissement important de la population au cours des prochaines années et du fardeau potentiel que représenteront les services requis par cette population sur les finances publiques, la recherche de solutions novatrices et efficaces pour réduire l'incidence de ces problèmes et répondre aux besoins des personnes touchées s'impose. Dans un contexte de rareté de ressources, il devient en outre essentiel de fournir aux gestionnaires des données probantes sur l'évolution des problèmes, la réponse aux traitements et les conséquences de ces symptômes sur la fonctionnalité des personnes touchées et de documenter la performance des solutions mises en œuvre par le système de santé.

Actuellement, il existe un large consensus sur la nécessité de mieux documenter les caractéristiques et l'évolution de la symptomatologie de détresse psychologique rapportée par les personnes âgées ainsi que la réponse au traitement et les conséquences de ces symptômes sur la fonctionnalité des personnes touchées. Malgré l'importance que l'on reconnaît à ces problèmes et à la nécessité d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts, ceux-ci sont peu étudiés tant au Québec qu'au Canada. Présentement, aucun centre de recherche au Québec ne dispose d'une masse critique de chercheurs suffisante pour avoir un effet structurant sur le développement de la recherche et la formation de jeunes chercheurs en santé mentale et vieillissement. Il est présentement extrêmement difficile de recruter un jeune chercheur formé dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique et du vieillissement. Or, l'amélioration des conditions de vie des aînés passe par l'amélioration de nos connaissances sur les problématiques touchant leur santé mentale.

Recommandation

Supporter le développement d'une infrastructure de recherche en santé mentale et vieillissement au Québec.

Ainsi, au cours des prochaines années, il faudrait soutenir le développement de la recherche en santé mentale et vieillissement dans le domaine de la recherche appliquée et fondamentale. Nous souhaitons que dans 10 ans, le Québec soit reconnu comme un leader pour sa contribution à la formation de jeunes chercheurs en santé mentale et vieillissement et pour sa contribution à l'avancement des connaissances scientifiques de pointe et le développement des politiques publiques en matière de santé mentale des personnes âgées.

Bibliographie

1. Watson, D., & Kendall, P. C. (1989). Understanding anxiety and depression. In P. C. Kendall and Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*. Academic Press.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, D.C.
3. Birren, J. E. et al. (1992). *Handbook of Mental Health and Aging*. Academic Press.
4. Blazer, D. et al. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Geront Soc Am*. 27:281.
5. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontologist*. 41(3):357-65.
6. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. (1997). Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 52(5):S252-8.
7. Blazer, D. G. (2002). The prevalence of depressive symptoms. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 57(3), M150-1.
8. Gallo, J. J., & Lebowitz, B. D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatr Serv*, 50(9), 1158-66.
9. Blazer, D. G. (1993). *Depression in Late Life*. (second edition). Mosby. St-Louis.
10. Rovner, B. W. et al. (1991). Depression and mortality in nursing homes. *JAMA*. 265:993.
11. Borson, S. et al. (1986). Symptomatic depression in elderly medical outpatients. Prevalence, demography, and health service utilization. *Journal of American Geriatric Society*. 34:341
12. Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (1992). Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med*, 8(2), 235-51.
13. Benazzi, F. (1998). Late-life depression in private practice depressed outpatients: a 203- case study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13(3), 145-8.
14. Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health & Social Behavior* 33:187.
15. Bruce, M. L. et al. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community study. *American Journal of Psychiatry*. 147:608.
16. Berkman, L. S. et al. (1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 124:372.
17. Rodin, G. & Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill: An overview. *Am J Ps*. 143:696.
18. Selye, H. 1974. *Stress sans détresse (Stress without distress)*. Montréal: Editions La Presse.

-
19. Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P. & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health*, 7(3) :186-194.
 20. Hickey, A, Barker, M., McGee, H. & O'Boyle, C. (2005). Measuring health-related quality of life in older patient populations: A review of current approaches. *Pharmacoeconomics*, 23(10) :971-993.
 21. The WHOQOL group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-bref quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3) :551-558.
 22. Birren, J. E., Dloane, R. B. & Cohen, G. D. (1992). Handbook of mental health and aging (2^{ième} édition). Academic Press : San Diego.
 23. Morgan, K. (2000). Sleep and Aging. In Lichstein, k.L., Morin, C.M., *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
 24. Gourash Bliwise, N. (1992). Factors Related to Sleep Quality in Healthy Women. *Psychology and Aging* 7(1): 83-88.
 25. Xavier, F. M.F., Ferraza, M.P.T., Argimon, I., Trentini, c.M., Poyares, D., Bertollucci, P.H., Bisol, L.W., Moriguchi, E.H. (2002). The DSM-IV 'Minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 107-116.
 26. Frisoni, G.B., De Leo, D., Rozzini, R., Bernardini, M., Dello Buono, M., Travucchi, M. (1992). Psychic Correlates of Sleep Symptoms in the Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 891-898.
 27. Giron, M.S., Forsell, Y., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B. Fastbom, J. (2002). Sleep problems in a Very Old Population: Drug Use and Clinical Correlates. *Journal of Gerontology*: 57A(4): M236-M240.
 28. Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *Am J Psychiatry*, 157(1), 81-8.
 29. Rabins, P. V. (1992). Prevention of mental disorder in the elderly: Current perspectives and future prospects. *Journal of American Geriatric Society*. 40:723.
 30. Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J: Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *American Journal of Psychiatry* 2001, 158:892-898.
 31. Stalenhoef PA, Diederiks JP, Knottnerus JA, Kester AD, Crebolder HF: A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002, 55:1088-1094.
 32. Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A, Boivin JF, Pinard G: Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *Journal of the American Medical Association* 1997, 278:27-31.
 33. Kiloh, L. G. et al. (1988). The long-term outcome of depressive illness. *Br Journal of Psychiatry*. 153:752.
 34. Unutzer, J.; Patrick, D. L.; Marmon, T.; Simon, G. E., and Katon, W. J. (2002). Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2,558 older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(5):521-30.

-
35. Schulz, R.; Drayer, R. A., and Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry*. 52(3):205-25.
 36. Bruce, M. L. et al. (1989). Psychiatric disorders and fifteen-month mortality in a community sample of older adults. *American Journal of Public Health*. 79:727.
 37. Ganguli, M.; Dodge, H. H., and Mulsant, B. H. (2002). Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59(11):1046-52.
 38. Geerlings, S. W.; Beekman, A. T.; Deeg, D. J.; Twisk, J. W., and Van Tilburg, W. (2002). Duration and severity of depression predict mortality in older adults in the community. *Psychol Med*, 32(4):609-18.
 39. Prévaille, M., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J-P, Bédard, A., Fortin, D., Ducharme, C., Trottier, L. (2002). *Facteurs associés à l'utilisation des psychotropes chez les personnes âgées vivant dans la communauté*. Rapport de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2002. ISBN 2-92-1470-38-1.
 40. Blennow, G. et al. (1994). Sedatives and hypnotics in Stockholm: Social factors and kinds of use. *American Journal of Public Health*. 84:242.
 41. RAMQ (1992). Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées. Régie de l'assurance maladie. Québec.
 42. Gleason, P. P. et al. (1998). Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 243-250.
 43. Salzman, C. & Nevis-Olesen, J. (1992). Psychopharmacologic Treatment. In J. E. Birren, R. B. Sloane and G. D. Cohen (Eds.) *Handbook of mental health and aging* (Academic Press, Inc. ed., p. 996). San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
 44. Robitaille, L. et al. (1991). Anxiolytiques et hypnotiques. In G. Barbeau, J. Guimond and L. Mallet (Eds.) *Médicaments et personnes âgées* (Edisem et Maloine ed., p. 567). Canada, Maloine.
 45. Hanlon, J. T. et al. (1996). Drug-related falls in the older adult. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 11(3), 38-54.
 46. Thapa, P. B. et al. (1995). Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents. *American Journal of Epidemiology*, 142(2), 202-211.
 47. Campbell, A. J. et al. (1995). Elderly people who fall: identifying and managing the causes. *British Journal of Hospital Medicine*, 54(10), 520-523.
 48. Ettorre, E. et al. (1994). Psychotropic drugs - long-term use, dependency and the gender factor. *Social Science & Medicine*, 39(12), 1667-1673.
 49. ESCC Santé mentale et bien-être, 82-617-XIF: Profil de la santé mentale et du bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, 2002.
 50. Prévaille, M, Côté, G., Boyer, R., Hébert, R. (2004) Detection of Depression and Anxiety Disorders by Home Care Nurses. *Aging & Mental Health*, September 8(5): 400-409.

-
51. Waxman, H. M. et al. (1984). Underutilization of mental health professionals by community elderly. *The Gerontologist*, 24(1): 23-30.
 52. German, P. S. et al. (1985). Mental health of the elderly: use of health and mental health services. *Journal of American Geriatric Society*, 33:246-252.
 53. O'Connor, D. W., Rosewarne, R., & Bruce, A. (2001). Depression in primary care. 2: general practitioners' recognition of major depression in elderly patients. *Int Psychogeriatr*, 13(3), 367-74.
 54. McFarland B.H, et al. (1985). Utilization patterns among long-term enrollees in a prepaid group practice health maintenance organization. *Medical Care* 23(11):1221.
 55. Von Kroff, M. et al. (1990). Psychological distress, physical symptoms, utilization and cost-offset effect in Sartorius N, Goldberg D. et al. (Eds) *Psychological disorders in general settings*. Hogrefe & Huber Publishers. p. 159-169.
 56. Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Puntì, R., Baril, M.C., Streiner, D., Cairney, J., Brassard, J. (en préparation). The epidemiology of psychiatric disorders in the Quebec older adult population.
 57. Prévile, M., Goldfarb, M., Demers, K., Tousignant, M., Brassard, J., & Béland, S.G. (en préparation) Use of health services for psychological distress symptoms among community dwelling older adults.
 58. Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F. 3rd, Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. F., Mossey, J., Niederehe, G., & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, 278(14), 1186-90.
 59. Beekman, A. T., Deeg, D. J., Braam, A. W., Smit, J. H., & Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*, 27(6), 1397-409.
 60. Crawford, M. J., Prince, M., Menezes, P., & Mann, A. H. (1998). The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 172-176.
 61. Pfaff, J. J., & Almeida, O. P. (2005). A cross-sectional analysis of factors that influence the detection of depression in older primary care patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(4), 262-265.
 62. Rapp, S. R., Parisi, S. A., Walsh, D. A., & Wallace, C. E. (1988). Detecting depression in elderly medical inpatients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56(4), 509-513.
 63. Volkens, A. C., Nuyen, J., Verhaak, P. F., & Schellevis, F. G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 259-263.
 64. Gouvernement du Québec. (2001). Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées. Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec.
 65. Gouvernement du Québec. (2000). Statistiques annuelles 2000. Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec.
 66. Prévile, M., Hébert, R., Bravo, G., Boyer, R. (2001). Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64: results from the Quebec health survey. *Aging and Mental Health*, 5(3): 216-224.

-
67. Prévaille, M., Hébert, R., Allard, J., Grégoire, J.P., Bédard, A., Fortin, D., Ducharme, C. Trottier, L. Facteurs associés à l'utilisation des psychotropes chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Rapport de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. ISBN 2-92-1470-38-1. 2002.
 68. Pepper, G.A. (1999). Drug use and Misuse. In J.T. Stone, J.F., Wyman, S.A. Salisbury, (eds), *Clinical Gerontological Nursing, A Guide to Advanced Practice*. Montréal: Saunders.
 69. Lechevallier, N., Fourrier, A., Berr, C. (2003). Utilisation de benzodiazépines chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA. *Revue épidémiologique de Santé publique*, 51 : 317-326.
 70. Voyer, P., McCubbin, M., Cohen, D., Lauzon, S., Collin, J., & Boivin, C. (2004). Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues in mental health nursing*. 25 :603-628.)
 71. Gray, S.L., LaCroix, A.Z., Hanlon, J.T., Penninx, B.W.J.H., Blough, D.K., Leveille, S.G., Artz, M.B., Guralnik, J.M., Buchner, D.M. (2006). Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. *The American geriatrics society*. 54 : 224-230.)
 72. Folks, D.G., & Fuller, W.C. (1997). Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Geriatric Psychiatry*, 20 (1), 137-164.
 73. Voyer, P., McCubbin, M., Cohen, D., Lauzon, S., Collin, J., & Boivin, C. (2004). Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues in mental health nursing*. 25:603-628.)
 74. Voyer, P., Cappeliez, P., Pérodeau, G., Prévaille, M. (2005). Mental health for older adults and benzodiazepines use. *Journal of the community health and nursing*. 22(4) :213-229.)
 75. Voyer, P., Prévaille, M., Mengue, P. (2007, juillet). Prevalence of benzodiazepine dependency according to DSM-IV-TR criteria among community-dwelling seniors. 10^e congrès européen de psychologie. Prague, République Tchèque.
 76. Tamblyn, R. M. et al. (1994). Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 150(11), 1801-1809.
 77. Williamson, J. & Chopin, J. M. (1980). Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: a multicenter investigation. *Age and Ageing*, 9(2), 73-80.
 78. Grymonpre, R. E. et al. (1988). Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1092-1098.
 79. Tillement, J.P., Albengres, E., Cottin, D., Kouz, A., Arkoub, H., Le Louet, H. (2001) Le risque de chutes lié à l'administration de benzodiazépines seules ou associées, chez le sujet âgé. *Thérapie*, 56 : 435-440.)
 80. Dealberto, M.J., Seeman, T., McAvay, G.J., & Berkman, L. (1997). Factors related to current and subsequent psychotropic drug use in an elderly cohort. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 357-364.
 81. Keks, N.A., & Burrows, G.D. (1995). Use of psychotropic drugs in the community. *The Medical Journal of Australia*, 163, 62-63.
 82. Pérodeau, G. M. et al. (1992). Stress and psychotropic drug use among the elderly: An exploratory model. *Canadian Journal on Aging*, 11(4), 347-369.

-
83. Glantz, M. (1981). Predictions of elderly drug abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 117.
 84. Simoni-Wastila, L. (1998). Gender and psychotropic drug use. *Medical Care*, 36, 88-94.
 85. Pérodeau, G. (1989). Attitudes des femmes âgées envers les tranquillisants. *Le Gêrontophile*, 11 (1), 12-14.
 86. Prévaille et collaborateurs (2005-2006). Étude sur la santé des aînés. Programme de recherche subventionné par les IRSC.
 87. Voyer, P., Prévaille, M. and the ESA team. (2007). Insomnia and benzodiazepine dependency among older adults. *Geriatrics & Aging*, 10(6), 369-375.
 88. Prévaille, M., Boyer, R., Hébert, R., Bravo, G., Seguin, M. (February, 2005) Correlates of Suicide in the Older Adult Population in Quebec. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1): 91-105.
 89. Prévaille, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., Seguin, M. (2005) Physical Health and Mental Disorder in Elderly Suicide: A Case Control Study. *Aging and Mental Health*, 9(6): 576-584.
 90. Sorock GS, Shimkin EE. Use of benzodiazepine sedatives and risk of falling in a community-dwelling elderly cohort. *Arch Intern Med* 1988;148:2441-4.
 91. Saunders WB. American Medical Association. Drug Evaluation. 6th ed. Philadelphia; 1986. p. 81-110.
 92. Greenblatt DJ, Shader RI, Abernathy DR. Drug therapy: current status of benzodiazepines. *N. Engl J Med* 1983;309:354-8, 410-6.
 93. Harvey SC. Hypnotics and sedatives. In: Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, Murad F, editors. *The pharmacologic basis of therapeutics*. New York: Macmillan Publishing Co. Inc.; 1985. p. 339-1.
 94. Tillement JP, Albenfres E, Cottin D, Klouz A, Arkoub H, Le Louet H. Le risque de chutes lié à l'administration de benzodiazépines seules ou associées, chez le sujet âgé [Risk of falls related to benzodiazepine intake, alone or associated with other drugs, in elderly patients]. *Thérapie* 2001;56:435-40.
 95. Ancoli-Israel, S. & Martin JL. Insomnia and daytime napping in older adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 2006; 2: 333-342.
 96. Beland, SG., Preville, M., Dubois, MF., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P., Perodeau, G., Moride, Y., Benzodiazepines used and quality of sleep in the community dwelling elderly population, *Journal of American Geriatrics Society*
 97. Beland, SG., Preville, M., Tournier, M., Voyer, P., Moride, Y., Bouharaoui, Y., Dubois, MF. The use of long half-life benzodiazepines in the community dwelling elderly population, *Journal of Public Health Pharmacy*, 1(1), octobre 2007
 98. Canadian Study of Health and Aging Working Group (1994). Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *Cmaj*, 150(6):899-913.
 99. Ostbye T, Crosse E. (1994). Net economic costs of dementia in Canada. *Cmaj*, 151(10):1457-146.