

RAPPORT DE RECHERCHE

Évaluation d'un programme structuré
de sevrage des benzodiazépines chez
des personnes âgées de 45 ans et plus
dans le Bas-Saint-Laurent

Nicole Ouellet, Ph.D. & Marie-Josée Papillon, M.Sc.

avec la collaboration de
Josette Castel, M.D., Geneviève Lévesque, M.D. et Julie Fortin, M.D.

Mars 2006

UQAR

300, allée des Ursulines
Rimouski (Québec)
G5L 3A1
Téléphone (418) 723-1986

**Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec 

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
288, rue Pierre-Saindon, 1^{er} étage
Rimouski (Québec)
G5L 9A8

© 2006 Nicole Ouellet et Marie-Josée Papillon

ISBN 2-550-46881-3

La reproduction de ce document est autorisée pour des fins éducatives sous réserve d'en mentionner la source

Cette recherche a été réalisée dans le cadre du Programme de subventions en santé publique MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

REMERCIEMENTS

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

Nous tenons à remercier l'Unité de médecine familiale (UMF) du Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR). Nous voulons particulièrement exprimer notre gratitude à Ginette Dubé, infirmière de l'UMF, qui a agi à titre d'auxiliaire de recherche pendant toutes les étapes du projet. Elle a travaillé à la conception du programme structuré de sevrage des benzodiazépines, elle a participé au recrutement des participants, à la collecte de données, à l'animation des groupes de sevrage et à l'évaluation de l'intervention. Nous désirons aussi remercier Linda Tremblay, infirmière à l'UMF, qui a assuré le suivi de la dernière année du projet et Lise Poirier qui a animé les groupes de sevrage. Leur collaboration nous a permis d'offrir un programme structuré de sevrage des benzodiazépines aux personnes âgées de la région qui désiraient s'en prévaloir. Nous tenons aussi à remercier Mireille Carpentier, auxiliaire de recherche, qui a assumé la laborieuse tâche de saisir toutes les données recueillies et qui a participé aux analyses statistiques.

Il nous importe aussi de souligner la collaboration précieuse des médecins qui ont participé à l'étude. Plus spécialement, nous désirons remercier Josette Castel, M.D., Geneviève Lévesque, M.D. et Julie Fortin, M.D. de l'UMF qui ont collaboré au projet en assurant le suivi médical.

Finalement, notre reconnaissance va à toutes les personnes qui ont généreusement accepté de prendre part au projet, de remplir les nombreux questionnaires, et sans qui, cette étude n'aurait pu avoir lieu.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Nicole Ouellet, Ph.D.
Chercheure principale
Université du Québec à Rimouski

Marie-Josée Papillon, M.Sc.
Co-chercheure
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas-Saint-Laurent

Josette Castel, M.D.,
Chercheure associée
Unité de médecine familiale du centre hospitalier régional de Rimouski

Geneviève Lévesque, M.D.
Chercheure associée
Unité de médecine familiale du centre hospitalier régional de Rimouski

Julie Fortin, M.D.
Chercheure associée
Unité de médecine familiale du centre hospitalier régional de Rimouski

Ginette Dubé, B.Sc. inf.
Auxiliaire de recherche
Unité de médecine familiale du centre hospitalier régional de Rimouski

Lise Poirier, B.Sc. inf.
Animatrice

Linda Tremblay, B.Sc. inf.
Auxiliaire de recherche
Unité de médecine familiale du centre hospitalier régional de Rimouski

Mireille Carpentier, B.Sc., étudiante à la maîtrise en éthique
Auxiliaire de recherche
Université du Québec à Rimouski

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
ÉQUIPE DE RECHERCHE.....	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	8
Énoncé du problème	8
Stratégies mises en place pour réduire la consommation de BZ.....	9
But et objectifs de l'étude	11
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE	12
Type d'étude	12
Description de l'intervention évaluée	12
Participants	14
Déroulement de l'étude	15
Instruments	15
Analyses des données	17
Considérations éthiques.....	17
CHAPITRE 3 RÉSULTATS	19
Effets du programme de sevrage sur la consommation de somnifères	21
Évaluation du sommeil des participants.....	22
Les croyances et attitudes en regard du sommeil.....	25
CHAPITRE 4 DISCUSSION	26
CONCLUSION.....	31
DIFFUSION ET PUBLICATION DES RÉSULTATS.....	31
RÉFÉRENCES.....	33
ANNEXE 1 DESCRIPTION DU PROGRAMME	37
ANNEXE 2 JOURNAL DU SOMMEIL.....	39
ANNEXE 3 ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DU SOMMEIL.....	40
ANNEXE 4 JOURNAL DE SEVRAGE	47
ANNEXE 5 SÉQUENCES DE LA COLLECTE DE DONNÉES.....	48
ANNEXE 6 ENGAGEMENT DES CHERCHEURES ENVERS CHAQUE PARTICIPANTE OU PARTICIPANT.....	49

INTRODUCTION

Ce projet de recherche porte sur une problématique bien présente dans notre milieu et s'inscrit directement dans la volonté exprimée dans le Programme national de santé publique 2003-2012 publié par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Un des objectifs du Programme national (2003) consiste à réduire de 10 % la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. De plus, cette étude correspond aux objectifs visés par le Plan régional de santé publique 2004-2007 en ayant pour but de réduire la consommation inappropriée de médicaments chez les personnes âgées par un programme structuré de sevrage des benzodiazépines. Enfin, cette démarche scientifique vise à fournir aux professionnels de la santé travaillant dans le réseau publique, un programme structuré de sevrage de somnifères et des outils concrets leur permettant de contribuer à la réduction de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent.

Ce projet de recherche a été réalisé et coordonné en partenariat avec les chercheuses impliquées dans le projet qui proviennent des organismes suivants: l'UQAR, la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas-Saint-Laurent et l'Unité de médecine familiale (UMF) du CHRR. Le recrutement des participants et la mise en œuvre du programme se sont fait avec la collaboration des partenaires de l'UMF. Ceux-ci ont fourni leur expertise tant sur le plan des connaissances scientifiques que sur le plan clinique.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Énoncé du problème

En raison des problèmes de santé qui surviennent avec le vieillissement, les personnes âgées sont parmi les plus grandes consommatrices de médicaments d'ordonnance. Au nombre des médicaments les plus prescrits se retrouvent les psychotropes, particulièrement les hypnotiques/anxiolytiques (benzodiazépines). En 1990, la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1993) rapportait que 30,8 % des personnes âgées de plus de 65 ans consommaient des benzodiazépines (BZ) de façon régulière ou intermittente. Malgré la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux évoquée par la Politique de santé et du bien-être (1995) et plus récemment du Programme national de santé publique (2003) de réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées, la proportion de consommateurs de BZ demeure trop élevée. En effet, les dernières données de la RAMQ nous indiquent que la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant reçu au moins une ordonnance d'anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques au cours de 2004 s'élève à 31,4 % (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2004). La situation de l'est du Québec n'est guère enviable en comparaison avec la moyenne provinciale. En 2004, on estimait à 40 % la proportion d'utilisateurs de BZ âgés de 65 ans et plus dans la région du Bas-Saint-Laurent et cette proportion se chiffre à 44,7 % dans la MRC Rimouski-Neigette (Potvin, 2005).

L'accentuation des problèmes de sommeil qui survient avec le vieillissement contribue largement à l'augmentation de la consommation de BZ chez les personnes âgées. Des chercheurs estiment qu'environ 30 % des personnes âgées souffrent d'insomnie de façon occasionnelle ou chronique (Foley et al., 1995; Ohayon, 1996). Lorsqu'elles consultent pour un problème d'insomnie, les personnes âgées se plaignent généralement de problèmes d'endormissement, d'éveils fréquents durant la nuit et d'insomnie matinale. Malheureusement, la solution médicamenteuse est souvent la seule forme de réconfort offerte en réponse à l'insomnie que vivent les personnes âgées.

La consommation de somnifères est certes simple et rapide, mais elle constitue une solution coûteuse et potentiellement dangereuse à long terme. Plusieurs spécialistes mentionnent que la plupart des BZ n'ont plus d'effet somnifère lorsque leur utilisation quotidienne est prolongée au-delà de trois à quatre semaines (Lader, 1999; Rajput & Bromley, 1999). Pour ces raisons, il est recommandé de limiter la durée d'utilisation des BZ à quelques semaines. Cependant, la nature chronique des problèmes de sommeil amène les médecins à renouveler les ordonnances pour des périodes prolongées.

Lorsque l'habitude de la consommation de BZ est créée, la dépendance s'installe rapidement et les personnes âgées ont de la difficulté à cesser la prise de ces médicaments. Leur utilisation prolongée est considérée comme étant une consommation non appropriée parce qu'elle occasionne de l'accoutumance, de la tolérance et plusieurs effets indésirables. Parmi ceux-ci, nous retrouvons la fatigue, la somnolence, les étourdissements, les nausées, les céphalées, les troubles psychomoteurs, la perte de coordination, les troubles de la mémoire, la dysarthrie et l'ataxie (Guimond, 2003; Lader, 1999). Plusieurs études indiquent que les BZ augmentent considérablement le risque de blessures attribuables à des chutes et des accidents de la route (Barbone et al., 1998; Cutson, Gray, Hughes, Carson, & Hanlon, 1997; Thomas, 1998). Or, la prévention des chutes constitue une priorité de santé publique tant au niveau régional qu'à l'échelle du Québec. Les chutes chez les personnes âgées ne sont pas sans conséquence puisqu'elles conduisent parfois à des fractures importantes et qu'elles constituent la première cause de décès par accident chez les personnes de 65 ans et plus. Quoique plusieurs études aient mis en évidence que les molécules à plus longues demi-vies étaient en lien avec un plus grand risque de fracture, une étude publiée en 2005 remet ce concept en question et suggère que les BZ ont un potentiel intrinsèque de risque, sans égard à leur demi-vie (Tamblyn, Abrahamowicz, du Berger, McLeod, & Bartlett, 2005). En plus de provoquer les nombreux effets indésirables mentionnés plus haut, les BZ peuvent aggraver certains problèmes de santé déjà existants tels que la démence, la dépression et l'apnée du sommeil (Avidan, Linden, Bar, & Helmchen, 2005; Egan, Moride, Wolfson, & Monette, 2000; Rajput & Bromley, 1999).

Stratégies mises en place pour réduire la consommation de BZ

Dans le passé, certains programmes de sensibilisation et de prévention sur la consommation judicieuse des médicaments ont été mis à l'essai autant auprès de la

population en général que des personnes âgées et des différents intervenants et professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.). Ces programmes de prévention sont certes très utiles et nécessaires pour sensibiliser les personnes âgées aux risques associés à la prise de somnifères, mais ils n'aident en rien les personnes déjà aux prises avec une dépendance à ces médicaments. Il faut donc penser à poser des actions concrètes ayant pour objectif la diminution et l'arrêt de la prise de somnifères par des méthodes de sevrage réalistes et applicables dans la pratique médicale de tous les jours. Malheureusement, peu de ressources existent au Québec pour aider les personnes âgées à cesser leur consommation de somnifères et ces ressources ne sont pas nécessairement accessibles dans la région du Bas-Saint-Laurent.

Au cours des dernières années, plusieurs études ont permis d'évaluer l'efficacité des thérapies non pharmacologiques et pharmacologiques dans le sevrage des BZ. Les résultats de ces études montrent que pour faciliter le sevrage des benzodiazépines, il est préférable de le combiner à une intervention alternative telle que la relaxation, le contrôle par le stimulus ou les thérapies cognitives (Lichstein & Morin, 2000; Riedel et al., 1998; Riedel & Lichstein, 1998). D'ailleurs, le sevrage seul est moins efficace et moins durable que lorsqu'il est combiné à d'autres interventions thérapeutiques (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004). Les solutions alternatives suggérées sont les thérapies cognitives comportementales (Morin, 2000), la relaxation (Lichstein & Morin, 2000), le contrôle par le stimulus (Bootzin & Epstein, 2000), l'hygiène du sommeil (Riedel, 2000) et la restriction du sommeil (Wohlgemuth & Edinger, 2000). Ces thérapies ont démontré leur efficacité à divers degrés. Plusieurs auteurs (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004; Wang, Wang, & Tsai, 2005) suggèrent que le traitement combiné de thérapies comportementales et cognitives associé au sevrage s'avère nettement plus efficace que les thérapies utilisant le sevrage seul, à la fois pour l'arrêt des hypnotiques et l'amélioration du sommeil. En associant l'intervention cognitive comportementale au sevrage, nous augmentons ainsi les chances de réduire la consommation de BZ en corrigeant les fausses croyances et attitudes en regard du sommeil et en améliorant les habitudes de vie qui peuvent nuire au sommeil.

Dans cette présente étude, nous proposons d'évaluer un programme structuré utilisant un sevrage progressif des BZ accompagné d'un traitement cognitif et comportemental (annexe 1). Ce programme structuré de sevrage utilise des méthodes non pharmacologiques qui visent la modification de certains comportements nuisibles au

sommeil, favorise l'apprentissage de méthodes alternatives à la prise de somnifères et soutient l'arrêt progressif et structuré de la consommation de BZ.

L'utilisation inappropriée de médicaments entraîne des problèmes de santé et problèmes sociaux, elle génère aussi des coûts indus pour la société. Ce projet, axé sur la prise en charge et l'éducation à la santé, visait à réduire la consommation de médicaments psychotropes. D'une part, l'expérimentation de ce programme de sevrage devait favoriser une consommation plus judicieuse des benzodiazépines et contribuer ainsi à réduire certains problèmes de santé et d'hospitalisation occasionnés par une consommation abusive de médicaments. D'autre part, ce projet devait sensibiliser les prescripteurs au problème de pharmacodépendance chez les personnes âgées. De plus, s'il s'avère efficace, ce programme servira de guide aux intervenants (médecins, infirmières et pharmaciens) afin qu'ils puissent jouer leurs rôles d'éducateur et d'agent de changement auprès de personnes âgées aux prises avec des problèmes de dépendance aux somnifères.

But et objectifs de l'étude

But de l'intervention : contribuer à réduire la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées de la MRC de Rimouski-Neigette.

Objectifs de l'évaluation :

- Procéder à l'évaluation de l'implantation du programme afin d'améliorer le programme et le rendre plus accessible aux personnes âgées.
- Déterminer l'efficacité en termes de résultats d'un programme de sevrage structuré utilisant des interventions combinées (utilisation du sevrage progressif et de méthodes éducatives, cognitives et comportementales) pour aider les personnes âgées de plus de 45 ans de la MRC de Rimouski-Neigette à cesser ou diminuer leur consommation de benzodiazépines

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Type d'étude

Dans cette étude, nous avons préconisé une approche de recherche évaluative. Ce type d'approche consiste à vérifier l'efficacité d'un programme ou d'une intervention. Elle permet de s'assurer dans un premier temps de la qualité du programme de sevrage des BZ et, dans un deuxième temps, d'en mesurer l'efficacité à court et moyen terme. Dans le projet, nous avons procédé à l'évaluation de l'implantation et à l'évaluation des résultats. Dans l'évaluation de l'implantation, nous avons examiné les différents aspects qui assurent la réussite d'un programme (participation, activités, ressources et services). Cette évaluation a été faite de façon continue lors de l'implantation et avait pour but d'apporter des améliorations au programme tout au long de l'expérimentation ainsi que de répondre aux besoins d'apprentissage des participants. Par exemple, nous avons modifié certaines activités afin de les rendre plus attrayantes aux yeux des participants. Nous avons aussi allégé certains contenus pour les rendre plus accessibles aux personnes âgées. Nous ne présentons pas les détails de cette évaluation dans ce rapport.

L'évaluation des résultats quant à elle précise si le programme est efficace, c'est-à-dire, s'il permet d'atteindre les résultats attendus. Dans ce rapport, nous vous présentons les résultats qui démontrent l'efficacité du programme structuré de sevrage des somnifères.

Description de l'intervention évaluée

L'intervention utilisée dans cette étude est décrite en détail dans le document intitulé «programme structuré de sevrage des somnifères pour les personnes âgées (Ouellet & Dubé, 2000)¹. Ce programme a été développé pour être utilisé par des infirmières et des professionnels de la santé ayant suivi une formation appropriée. Le programme de sevrage s'échelonne sur une période de dix semaines. Il comprend un

¹ Le programme détaillé de sevrage des somnifères est disponible sur demande auprès des auteures de ce rapport.

traitement cognitif et comportemental en six rencontres et un volet de sevrage proprement dit qui se fait sur une période de huit semaines. Lors du recrutement, l'infirmière s'assure que le participant respecte les critères d'inclusion et d'exclusion établis (voir section «participant»). Une fois cette étape franchie, l'infirmière rencontre individuellement chacun des participants et fait l'évaluation de la situation (motivation, évaluation du sommeil, de la consommation de somnifères, etc.). Lors de cette première rencontre, l'infirmière explique le programme de sevrage et enseigne la technique de contrôle par le stimulus. L'infirmière remet alors aux participants le document intitulé *Bien dormir sans somnifères : guide pour les personnes âgées* (Ouellet, Beaulieu, & Banville, 2000) et différents documents d'information concernant le sevrage, le sommeil et les moyens alternatifs aux somnifères.

Cette rencontre individuelle est suivie de cinq rencontres de groupe au cours desquelles l'infirmière utilise les thérapies comportementale, cognitive, et éducationnelle qui favorisent la gestion personnelle du participant pendant tout le processus. Pour les buts de cette étude, l'infirmière a formé un total de sept groupes variant entre cinq et huit participants. Au cours des cinq rencontres de groupe, les participants apprennent à mieux comprendre leur sommeil, à démystifier les fausses croyances, à reconnaître les habitudes qui favorisent et celles qui nuisent au sommeil ainsi que les différentes techniques (contrôle par le stimulus, visualisation, relaxation progressive, training autogène, exercices de respiration) pouvant les aider à mieux dormir. Ces rencontres de groupe assurent un suivi du processus de sevrage et fournissent aux participants le soutien dont ils ont besoin. À la fin du programme, l'infirmière planifie un suivi individuel avec chacun des participants.

Le médecin rencontre individuellement chacun des participants ; il établit un calendrier de sevrage et assure le suivi médical. Le médecin assure un minimum de trois rencontres avec chacun des participants : deux rencontres au début du programme et une dernière rencontre de suivi à la fin du programme de sevrage. Le médecin peut rencontrer le participant à un rythme hebdomadaire ou aux deux semaines si le besoin est présent, et ce, jusqu'à la fin du programme de sevrage. Il assure aussi un suivi post traitement. À chaque rencontre, le médecin étudie avec le participant le journal du sommeil et celui du sevrage et répond à ses interrogations. Il vérifie si le participant présente des symptômes de sevrage et s'il respecte l'échéancier fixé. Il modifie le plan s'il y a lieu. L'intervention du médecin est très importante pour rassurer et motiver le participant.

Participants

Les sujets ont été recrutés sur une base volontaire à partir de l'UMF, du CLSC et des bureaux de médecins de la région de Rimouski. Des annonces publicitaires ont également été publiées dans les journaux locaux pour solliciter des participants. La période de recrutement s'est déroulée du mois de septembre 2000 à août 2003. L'infirmière de recherche procédait à la première sélection des participants au téléphone en vérifiant les critères d'admissibilité à la recherche. Par la suite, elle rencontrait les personnes présélectionnées et administrait l'échelle du statut mental de Folstein et l'échelle de dépression de Hamilton.

La population cible est constituée des personnes âgées de 45 ans et plus, car c'est dans ce groupe d'âge que les comportements semblent plus modifiables et que les personnes sont plus ouvertes à l'acquisition de nouveaux comportements (Rémondin, Trempe, Olivier, & Potvin, 1995). Pour la participation à l'intervention, nous avons utilisé les **critères d'inclusion** suivants :

- ❑ être âgé de 45 ans et plus;
- ❑ vivre dans la communauté ;
- ❑ être capable de se déplacer pour participer aux rencontres individuelles et aux rencontres de groupe ;
- ❑ souffrir d'insomnie (trouble d'initiation du sommeil ou de maintien du sommeil) depuis plus de 6 mois (American Sleep Disorders Association, 1990);
- ❑ consommer quotidiennement des BZ depuis plus de 3 mois.

Les personnes qui présentaient les caractéristiques suivantes ont été exclues :

- ❑ Résultat de moins de 24 à l'examen de Folstein sur l'état mental
- ❑ Résultat de 15 et plus indiquant une dépression modérée ou grave sur l'Échelle d'évaluation de Hamilton sur la dépression (HAM-D)
- ❑ Traitement pour troubles psychiatriques ; troubles dépressifs incluant la consommation d'antipsychotiques ou antidépresseurs ; l'utilisation de BZ plus d'une fois par jour ; la consommation de plus d'un type d'anxiolytiques/somnifères ; ou encore une consommation importante d'alcool ou d'autres psychotropes.

Nous avons comme objectif de recruter 35 participants. Le recrutement s'est avéré plus difficile et plus long que prévu. Sur l'ensemble des participants, très peu ont été référés par des médecins ou des pharmaciens. La majorité des participants ont été recrutés par les journaux locaux. Au total, l'infirmière a sélectionné 32 participants et a formé 7 groupes pour le programme structuré de sevrage des benzodiazépines.

Déroulement de l'étude

L'infirmière et le médecin ont évalué les sujets selon les critères mentionnés dans le paragraphe précédent. L'infirmière a procédé à l'évaluation de l'implantation du programme, à l'évaluation des objectifs d'apprentissage des participants ainsi qu'à l'évaluation de l'efficacité du programme. Cette évaluation s'est faite sous la supervision de la chercheuse principale. Afin de mesurer l'efficacité du programme structuré de sevrage des somnifères, nous avons utilisé plusieurs instruments que nous décrivons dans les pages qui suivent.

Instruments

Journal du sommeil

Tous les participants ont complété le *Journal du sommeil* (annexe 2) durant une période de deux semaines avant le traitement, puis à 1 mois et 3 mois après le traitement. Dans ce journal, les participants évaluent plusieurs aspects de leur sommeil. Les variables dérivées du journal du sommeil et que nous traitons dans ce rapport sont la latence d'endormissement, le nombre et la durée des éveils nocturnes et l'efficacité du sommeil nocturne. L'efficacité du sommeil a été obtenue en calculant le ratio entre le temps passé à dormir, divisé par le temps total passé au lit, multiplié par 100 (Morin, 1997). Le Journal du sommeil est considéré comme un outil essentiel pour comprendre la perception des participants en regard de leur sommeil.

Échelle d'appréciation du sommeil

L'appréciation du sommeil a été mesurée à l'aide de l'*Échelle d'Appréciation du Sommeil* (EAS) (annexe 3). Les participants ont complété l'EAS avant le traitement, puis à 1, 3 et 6 mois après le traitement. L'EAS est une échelle comportant 18 items mesurant la satisfaction en regard des différents aspects du sommeil. Pour chacun des

énoncés, les sujets indiquent leur réponse sur une échelle de 6 points (entre «1» = tout le temps et «6» = jamais). Un score global est obtenu en additionnant les 18 items de l'EAS. La majorité des scores (sauf 7 items) ont été inversés pour qu'un score global élevé indique un sommeil plus satisfaisant. L'EAS possède des qualités psychométriques adéquates et est suffisamment sensible pour détecter un changement dans l'appréciation du sommeil chez les personnes âgées. Le questionnaire a été validé dans une étude antérieure auprès de 240 personnes âgées de plus de 55 ans. Ouellet (1997) rapporte une cohérence interne adéquate (Alpha de Cronbach, $\alpha = 0,87$) et une bonne stabilité temporelle à un mois d'intervalle entre les deux utilisations de l'instrument ($r = 0,70$). L'appréciation du sommeil ou sa satisfaction est une mesure importante à utiliser puisque c'est sur la base de l'insatisfaction que les personnes âgées consultent et obtiennent une ordonnance de somnifères.

Croyances et attitudes concernant le sommeil

Les croyances et attitudes en regard du sommeil ont été évaluées à l'aide du questionnaire CAS (Blais, Gendron, Mimeault, & Morin, 1997; Morin, 1994; Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remberg, 1993). Le CAS a été complété initialement et un mois après le traitement. Cette échelle comporte 30 affirmations sur les croyances et attitudes concernant le sommeil et l'insomnie. Les questions sont regroupées selon cinq catégories : les conceptions des causes de l'insomnie, les perceptions des conséquences de l'insomnie, les attentes irréalistes, la prédiction et le contrôle du sommeil ainsi que les croyances erronées à propos des habitudes facilitant le sommeil. Le participant indique une marque (/) le long de la ligne correspondant à leur estimation personnelle sur une échelle visuelle analogue mesurant 100mm et variant de 0 (fortement en désaccord) à 100 (fortement en accord). Le score total s'obtient en calculant la moyenne des items, le score total variant de 0 à 100. Un score élevé indique des croyances irrationnelles plus importantes. Blais et collègues (Blais et al., 1997) rapportent une cohérence interne adéquate pour la version française (alpha de Cronbach = 0,90), une corrélation moyenne item-total de 0,39 et une bonne stabilité au test-retest ($r=0,72$, $p < 0,0001$). Selon les études antérieures (Blais et al., 1997), l'échelle différencie bien les insomniaques des non-insomniaques (Morin et al., 1993) et est également sensible aux changements thérapeutiques (Morin & Wooten, 1996).

Journal de sevrage

Quant à la consommation de médicaments hypnotiques, elle a été évaluée à l'aide du *Journal de sevrage* (annexe 4) avant et durant le traitement. De plus, les participants ont complété un journal de consommation de somnifères (variante du journal de sevrage) deux semaines avant chacune des rencontres de suivis après le traitement. Ces outils nous ont permis de déterminer les quantités journalières de BZ consommées par les participants.

Autres variables

Des variables démographiques (âge, sexe, état civil, revenu et scolarité) ainsi que la durée de l'insomnie et la durée d'utilisation des hypnotiques avant l'étude ont aussi été mesurées afin de mieux décrire les participants et leur situation de consommation. Les données recueillies ont été compilées et traitées selon leur nature.

Analyses des données

Les données quantitatives ont été saisies à l'aide du logiciel SPSS et une double vérification a été faite pour éliminer les erreurs possibles. Nous avons utilisé les analyses descriptives (distribution de fréquences, moyenne, écart-type, étendue) pour décrire les caractéristiques des participants : âge, sexe, état civil, type d'habitation, scolarité, revenu, nombre d'années d'insomnie, nombre d'années de la consommation de BZ, consommation quotidienne en équivalent diazépam. Nous avons utilisé les analyses inférentielles pour comparer la consommation de somnifères à différents moments ainsi que les mesures de sommeil et les croyances (ANOVA pour mesures répétées, tests pour échantillons appariés et tests non paramétriques pour les variables avec des distributions asymétriques).

Considérations éthiques

Le comité d'éthique de l'Université du Québec à Rimouski a approuvé le projet. Les auxiliaires de recherche affectées à la collecte de données se sont engagées au respect de la confidentialité et ont témoigné de l'engagement des chercheuses vis-à-vis de tous les participants quant aux buts et objectifs de l'étude et quant aux mesures prises pour assurer la confidentialité et l'anonymat des personnes. De plus, une lettre de

consentement a été distribuée aux participants dès leur implication dans la recherche (annexe 6).

L'auxiliaire de recherche assurait aux participants le respect de la confidentialité et garantissait que seules les chercheuses et quelques membres de leur équipe de recherche auraient accès aux informations recueillies tout au long de l'étude. De plus, les participants recevaient l'assurance que les informations recueillies sur eux ne permettraient pas de les identifier dans les publications ou communications résultant de l'étude (aucune indication nominale ne permettant de les relier aux informations publiées).

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Profil des participants

Vingt et une femmes (65,6 %) et 11 hommes (34,4 %) ont participé à l'étude et complété le programme de sevrage. L'âge moyen des participants est de 63 ans et il varie entre 48 à 81 ans. La majorité des participants sont mariés (43,8 %) alors qu'une plus faible proportion des participants sont veufs (25 %), célibataires (25 %) ou séparés ou divorcés (6,3 %). Ils vivent dans leur maison (56,3 %) ou en appartement (21,9 %) et seulement trois d'entre eux (9,4 %) vivent en résidence pour personnes âgées. La scolarité moyenne des participants est de 12,7 ans et varie de 7 à 21 ans. Plus de la moitié des participants ont un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ par année (Tableau 1).

TABLEAU 1 - CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

Variable	Moyenne (écart-type)	N	%
Âge	63,3 (9,4)		
Scolarité	12,7 (4,1)		
Sexe			
Femmes		21	65,6
Hommes		11	34,4
Statut civil			
Mariés		14	43,8
Veufs		8	25
Séparés ou divorcés		2	6,3
Célibataires		8	25
Habitation			
Maison		18	56,3
Appartement		7	21,9
Résidence		3	9,4
Autre		4	12,4
Revenu			
Moins de 20 000\$		9	28,1
20 000 à 29 999\$		8	25,0
30 000 à 39 999\$		2	6,3
40 000\$ à 49 999\$		1	3,1
Plus de 50 000\$		2	6,3
N'ont pas voulu répondre		10	31,3

Comme l'indique le tableau 2, les participants rapportent une insomnie chronique depuis plus de 16,4 ans en moyenne (écart type [s] =12,7). La plupart des participants ont amorcé leur consommation de BZ quelques années après le début de l'insomnie et ils en consomment en moyenne depuis 12,3 ans (s =12,7). Seulement un participant consomme depuis moins d'un an.

TABEAU 2 – PROFIL INITIAL DE L'INSOMNIE ET DE LA CONSOMMATION DE BZ

	N	%	M (écart type)	Étendue
Durée de l'insomnie (année)			16,4 (12,7)	2 à 50
5 ans et moins	8	25		
6 à 15 ans	9	28,1		
16 à 25 ans	5	15,6		
26 ans et +	7	21,9		
Durée de la consommation de BZ (année)			12,3 (10,9)	0,58 à 38
5 ans et moins	11	34,4		
6 à 15 ans	11	34,4		
16 à 25 ans	4	12,5		
26 ans et +	5	15,6		

Initialement, la dose quotidienne moyenne de BZ en équivalent-diazépam est de 5,7 mg/jour (s=2,5; étendue : 1,9-10 mg/jour). Le lorazepam (Ativan^{MD}) est la benzodiazépine la plus utilisée par les participants (37,5 %) suivie par le flurazepam (Dalmane^{MD}) et l'oxazepam (Serax^{MD}) (tableau 3).

TABEAU 3 – PROFIL DE LA CONSOMMATION INITIALE DE BENZODIAZÉPINES

Nom générique	Nom commercial	Dose équivalente Approximative	N (%) N=32
Alprazolam	Xanax ^{MD}	0,5	3 (9,4 %)
Bromazepam	Lectopam ^{MD}	3	2 (6,3 %)
Clonazepam	Rivotril ^{MD}	0,25	2 (6,3 %)
Diazépam	Valium ^{MD}	5	0 (0)
Flurazepam	Dalmane ^{MD}	15	6 (18,8 %)
Lorazepam	Ativan ^{MD}	1	12 (37,5 %)
Nitrazepam	Mogadon ^{MD}	5	1 (3,1 %)
Oxazepam	Serax ^{MD}	15	5 (15,6 %)
Temazepam	Restoril ^{MD}	15	1 (3,1 %)

Effets du programme de sevrage sur la consommation de somnifères

Deux participants n'ont pas rempli tous les questionnaires à la suite du sevrage des somnifères parce qu'ils avaient recommencé leur consommation initiale. En date du mois de juin 2004, trente participants ont complété le suivi à 1 mois, 3 mois et 6 mois. Le suivi postsevrage nous indique qu'un mois après le programme d'intervention, 40 % des participants ont cessé complètement leur consommation de BZ. Ce pourcentage se maintient à 3 mois et à 6 mois. Au total, 83,3 % des participants ont cessé complètement ou réduit d'au moins de moitié leur consommation de BZ à un mois et trois mois après le programme de sevrage. On remarque que 80 % des participants conservent une réduction de la consommation au suivi de 6 mois (tableau 4).

TABLEAU 4 – ABSTINENCE ET RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES À 1, 3 ET 6 MOIS APRÈS LE SEVRAGE

	N total	N total abstinent	%
<u>Abstinence totale</u>			
Un mois après le sevrage	30	12	40
3 mois après le sevrage	30	12	40
6 mois après le sevrage	30	12	40
<u>Réduction \geq 50 % de la dose initiale</u>			
Un mois après le sevrage	30	25	83,3
3 mois après le sevrage	30	25	83,3
6 mois après le sevrage	30	24	80,0

La consommation initiale moyenne de BZ était de 35,88 mg ($s=21,36$) en équivalent diazépam. Une analyse de variance à mesures répétées a été utilisée pour vérifier s'il existait une différence entre la consommation initiale et la consommation subséquente. L'ANOVA à mesures répétées (condition de sphéricité respectée) indique un effet significatif dans le temps ($F(3, 84) = 42,02; p=0,000$). Afin de comparer la consommation initiale à la consommation subséquente (1 mois, 3 mois et 6 mois), des analyses multivariées ont été effectuées. Les résultats indiquent un effet significatif dans le temps, la confirmation ayant été obtenue à l'aide du test Wilks' $\Lambda = ,32, F(3,26) = 18,48, p=0,000$ (tableau 5). Les résultats des analyses pour échantillons appariés démontrent

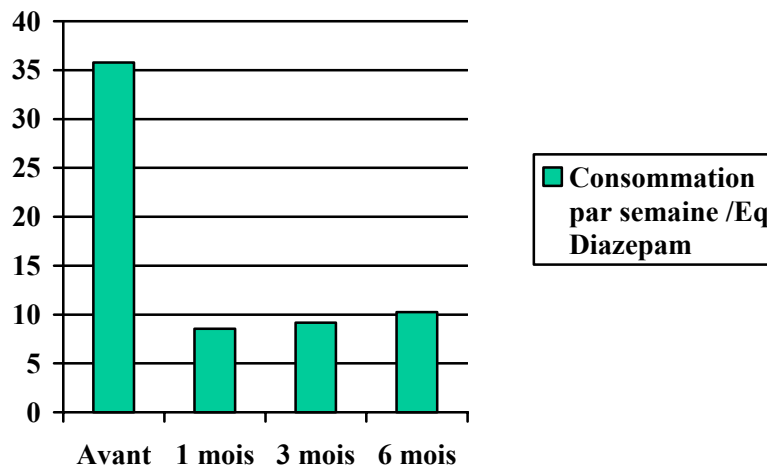
qu'il existe une différence significative entre la consommation initiale et toutes les consommations subséquentes en utilisant la correction Bonferroni ($p < 0.0083$). Six mois après le programme de sevrage, la consommation moyenne en équivalent-diazépam est de 9,62 mg par semaine (tableau 3).

TABLEAU 5 – COMPARAISON DE LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE DE BENZODIAZÉPINES AVANT ET APRÈS LE SEVRAGE

Variable	Avant le sevrage N=30 Moyenne (écart type)	1 mois après le sevrage N=30 Moyenne (écart type)	3 mois après le sevrage N=30 Moyenne (écart type)	6 mois après le sevrage N=30 Moyenne (écart type)	F
Consommation hebdomadaire de BZ en équivalent DZ (mg)	35,88 (21,36)	8,06* (10,95)	9,15* (12,62)	9,62* (13,28)	0,000

* $p < ,05$ en comparaison avec la consommation initiale

Figure 1 Consommation de benzodiazépines en équivalent Diazepam par semaine



Évaluation du sommeil des participants

La plupart des variables ont été obtenues à l'aide du journal du sommeil (JS) que le participant devrait remplir quotidiennement pour une période de 14 jours. Le journal a été complété initialement avant le programme de sevrage, puis à 1 mois et 3 mois après le traitement. Les résultats pour ces variables sont présentés au tableau suivant.

TABLEAU 6 – ANALYSES DE VARIANCES ET MULTIVARIÉES EN PRÉ ET POST SEVRAGE

Variabiles	N	Moyenne (écart type)	F	p	Test t pour échantillons appariés
Latence d'endormissement (minutes)					
Î Évaluation initiale	26	45,6 (31,1)	2,939	0,069	
Ï Évaluation 1 mois		42,6 (23,9)			
Ð Évaluation 3 mois		34,9 (16,9)			
Nombre d'éveils nocturnes					
Î Évaluation initiale	27	2,1 (1,6)	0,086	0,884	
Ï Évaluation 1 mois		2,1 (1,4)			
Ð Évaluation 3 mois		2,1 (1,2)			
Durée des éveils nocturnes (minutes)					
Î Évaluation initiale	27	82,1 (69,0)	1,777	0,064	
Ï Évaluation 1 mois		76,2 (58,6)			
Ð Évaluation 3 mois		64,5 (48,3)			
Efficacité du sommeil (%)					
Î Évaluation initiale	26	86,0 (8,9)	5,395	0,008*	
Ï Évaluation 1 mois		87,6 (6,6)			Ð > Î (p = 0,009)
Ð Évaluation 3 mois		89,9 (5,4)			Ð > Ï (p = 0,006)

* p < 0,05

Les caractéristiques du sommeil

Les résultats des ANOVA à mesures répétées indiquent que plusieurs caractéristiques du sommeil telles que la latence d'endormissement, le nombre d'éveils nocturnes et la durée des éveils nocturnes ne diffèrent pas significativement après le sevrage des somnifères (tableau 6). Par contre, les résultats nous indiquent que l'efficacité du sommeil s'améliore après le sevrage. En effet, l'ANOVA à mesures répétées (condition de sphéricité respectée) indique un effet significatif dans le temps ($F(2, 50) = 5,39; p = 0,008$). Ces résultats sont confirmés par le test Wilks' $\Lambda = ,66, F(2, 24) = , p = 0,007$. Les résultats des analyses pour échantillons appariés démontrent qu'il existe une différence significative entre l'efficacité initiale et l'efficacité à un mois ($p = 0,000$) ainsi qu'en regard de l'efficacité initiale comparée à celle calculée à trois mois ($p = 0,001$) (tableau 6).

Pour les variables « état de repos au matin » et « satisfaction globale du sommeil », nous avons utilisé des tests non paramétriques. Afin de comparer la différence entre les médianes avant le sevrage et après le sevrage, nous avons utilisé le test de Friedman. Les résultats (tableau 7) nous indiquent que l'état de repos au matin diffère significativement ($p = 0.03$) alors que la satisfaction globale du sommeil ne diffère pas ($p=0,29$). Les résultats du X^2 (2, $n=27$)=7 et du coefficient de concordance Kendall de 0,13 montrent une différence entre les trois moments. Un test de Wilcoxon pour données appariées avec correction pour l'erreur de première espèce indique que la médiane à trois mois est moins élevée ($p=0,005$) que la médiane à l'évaluation initiale, ce qui indique une amélioration de la sensation de repos alors que les autres médianes ne diffèrent pas significativement.

TABLEAU 7 – ANALYSES NON PARAMÉTRIQUES (FRIEDMAN)

Variables	p	Chi-Square	Kendall's W	n
État de repos au matin (JS)	0,030*	7,00	0,130	27
Satisfaction globale du sommeil (JS)	0,290	2,475	0,046	27

$p < 0,05$

L'appréciation du sommeil

La satisfaction en regard du sommeil a été évaluée à l'aide de l'échelle d'appréciation du sommeil (EAS). L'appréciation initiale moyenne du sommeil des participants est de 58,0 ($s=17,4$). Nous avons utilisé l'analyse de variance à mesures répétées pour vérifier s'il existait une différence entre l'appréciation initiale et l'appréciation subséquente. L'ANOVA à mesures répétées (condition de sphéricité respectée) indique un effet significatif dans le temps ($F(2, 52) = 6,47$; $p=0,003$). Ces résultats sont confirmés par le test Wilks' $\Lambda = 0,74$, $F(2, 25) = 4,41$, $p=0,023$. Afin de comparer l'appréciation initiale à l'appréciation subséquente (1 mois et 3 mois), nous avons effectué des analyses multivariées. Les résultats des analyses pour échantillons appariés avec correction Bonferroni démontrent qu'il existe une différence significative entre l'appréciation initiale et l'appréciation à un mois ($X=65,5$; $s=13,2$; $p=0,003$) ainsi qu'en regard de l'appréciation initiale comparée à celle obtenue à trois mois ($65,3$; $s=14,1$, $p=0,017$) (tableau 8).

TABLEAU 8 – ANALYSES DE VARIANCES ET MULTIVARIÉES DE L'APPRÉCIATION DU SOMMEIL EN PRÉ ET POST SEVRAGE

Variabiles	n	Moyenne (écart type)	F	p	Test t pour échantillons appariés
Satisfaction selon l'échelle EAS					
Î Évaluation initiale	27	58,0 (17,4)	6,472	0,017*	
Ī Évaluation 1 mois		65,5 (13,2)			Ī > Î (p = 0,003)
Đ Évaluation 3 mois		65,3 (14,1)			Đ > Î (p = 0,017)

Les croyances et attitudes en regard du sommeil

Initialement et un mois après le programme structuré de sevrage des BZ, nous avons évalué les croyances et attitudes en regard du sommeil. Afin de comparer le résultat global moyen obtenu initialement à celui obtenu après le sevrage, nous avons utilisé un test de Student pour échantillons appariés. Le résultat obtenu après le programme de sevrage des benzodiazépines indique une amélioration moyenne de 14,2 (12,1) sur l'échelle de CAS. Cette amélioration est significative ($p < 0,000$) sur le plan statistique et indique une amélioration ou une rectification des croyances et des attitudes en regard du sommeil des participants à la suite du programme d'intervention (tableau 9).

TABLEAU 9 - CROYANCES ET ATTITUDES EN REGARD DU SOMMEIL

Variable	Avant le sevrage N=32 Moyenne (écart type)	1 mois après le sevrage N=32 Moyenne (écart type)	t	P
CAS	45,7 (11,4)	30,9 (11,9)	6,87	0,000

CHAPITRE 4

DISCUSSION

L'efficacité d'une intervention cognitive et comportementale combinée au sevrage des BZ a été démontrée dans plusieurs études en psychologie et en médecine (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004; Morin, Bélanger, Bastien, & Vallières, 2005). De façon similaire, les résultats que nous avons obtenus démontrent qu'un programme structuré de sevrage des BZ intégrant une intervention cognitive et comportementale est efficace pour réduire la consommation de BZ chez la majorité des participants. En effet, un mois après le programme de sevrage, 83 % des participants ont cessé ou réduit d'au moins 50 % leur consommation de BZ et ce résultat persiste chez 80 % des participants 6 mois après le sevrage. De plus, il importe de souligner que la consommation initiale moyenne en équivalent diazépam (36 mg) a diminué de plus de 70% six mois après le sevrage des BZ (10 mg). Ce résultat est d'autant appréciable qu'en moyenne, les utilisateurs consommaient des benzodiazépines depuis plus de 12 ans. Or, il est généralement reconnu que le niveau de dépendance aux benzodiazépines est notamment lié à la durée d'utilisation (Longo & Johnson, 2000).

La revue des écrits démontre que le taux de succès associé aux différentes méthodes de sevrage varient de 26 % à 64 % (Baillargeon, Demers, & Ladouceur, 1998; Morin et al., 2004; Onyett, 1989; Rickels, Case, Schweizer, Garcia-Espana, & Fridman, 1991; Schweizer, Case, & Rickels, 1989). Douze mois après le sevrage des somnifères, Morin (2004) rapporte une abstinence totale chez 59 % de ses participants alors que dans l'étude de Baillargeon (2003), 70 % des participants sont abstinentes après la même période. Comparativement à ces résultats, un pourcentage moins important (40%) des participants de notre étude rapporte une abstinence totale aux benzodiazépines six mois après le programme structuré de sevrage. Nous expliquons cette différence en partie par les caractéristiques des participants. En effet, les critères de sélection utilisés par Morin et Baillargeon sont plus restrictifs que ceux que nous avons utilisés, notamment sur le plan de la motivation au sevrage et de la santé physique et mentale. Le succès de la thérapie cognitive comportementale dépend de la volonté, de l'habileté et de la motivation à modifier ses croyances et ses comportements (Edinger & Means, 2005). Edinger et Means (2005) mentionnent que l'insomniaque doit d'abord trouver la solution attrayante, il doit vouloir adhérer aux recommandations qui lui sont faites dans ce type

de traitement et finalement, il doit vouloir faire le transfert des connaissances dans sa propre vie. À l'instar de la plupart des études, nous n'avons pas mesuré la motivation dans notre étude. La motivation semble une variable importante dans le changement de comportement et il serait souhaitable qu'elle soit prise en considération dans les prochaines études.

Plusieurs études démontrent l'efficacité d'une intervention cognitive comportementale sur plusieurs paramètres subjectifs du sommeil. Une revue des écrits exhaustive rapporte que les bénéfices rapportés dans les études utilisant une intervention cognitive comportementale sont principalement l'amélioration de l'efficacité du sommeil, la réduction de la latence d'endormissement et la diminution des éveils nocturnes (Wang et al., 2005). Pour sa part, Morin et ses collègues (2004) rapportent une augmentation de l'efficacité du sommeil, une réduction des éveils nocturnes et de la latence d'endormissement ainsi qu'une réduction de la durée totale du sommeil. Nos résultats sont comparables à ces études en ce qui concerne l'efficacité du sommeil pour laquelle nous notons une amélioration significative après l'intervention. Cependant, nous ne constatons pas de changement significatif de la latence d'endormissement et des éveils nocturnes après l'intervention, du moins, les participants ne voient pas leur sommeil se détériorer après avoir cessé ou diminué la prise de BZ.

Pour ce qui est des paramètres plus qualitatifs du sommeil, nous notons une amélioration du score global sur l'échelle d'appréciation du sommeil indiquant qu'après l'intervention, les participants sont plus satisfaits de leur sommeil en général. Cette amélioration est présente à un et trois mois après le programme structuré de sevrage. De plus, les participants se sentent plus reposés trois mois après l'intervention comparativement à l'évaluation initiale. De plus, plusieurs participants de l'étude qui ont cessé de consommer nous ont affirmé qu'ils se sentaient mieux durant la journée et moins fatigués. La fatigue est une variable qui semble importante à considérer dans l'évaluation du sommeil d'autant plus qu'elle constitue un motif important de demande de BZ par l'individu. Malgré ce fait, encore peu d'études en tiennent compte.

Malgré ces résultats intéressants, l'échantillon de petite taille ainsi que l'absence de groupe témoin nous amènent à être prudents dans l'interprétation que nous pouvons faire des résultats. La généralisation des résultats doit se limiter aux personnes présentant à peu près les mêmes caractéristiques que ceux de l'étude. Puisque plusieurs études ont rapporté des résultats similaires aux nôtres, cela justifie l'ajout de la thérapie cognitive comportementale au sevrage des BZ pour aider les insomniaques à

mieux dormir et à réduire leur consommation. Nous considérons que les gains thérapeutiques sont suffisamment importants pour que le programme structuré de sevrage des somnifères utilisant une thérapie cognitive comportementale soit recommandé aux personnes âgées désirant cesser leur consommation de benzodiazépines.

L'intervention cognitive comportementale, comparativement aux interventions qui utilisent une seule stratégie telle que la relaxation (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001), l'éducation (Edinger & Sampson, 2003), le contrôle par le stimulus (Jacobs et al., 1993), amène une amélioration plus importante du sommeil et semble plus efficace pour réduire la consommation de BZ (Baillargeon et al., 2003; Morin et al., 2004). Les effets à long terme de l'intervention cognitive comportementale associée ou non avec un sevrage de BZ sont démontrés dans plusieurs études (Espie, Inglis, Tessier, & Harvey, 2001; Mimeault & Morin, 1999). Un avantage indéniable de la thérapie cognitive comportementale comparativement aux autres interventions est qu'elle vise à modifier les fausses croyances et attitudes en regard du sommeil. Nos résultats, semblables à ceux rapportés par d'autres études (Edinger & Sampson, 2003; Morin, Blais, & Savard, 2002), indiquent une amélioration significative ou un ajustement des croyances et des attitudes en regard du sommeil à la suite du programme d'intervention.

Même si les résultats des recherches démontrent une certaine efficacité des thérapies cognitives comportementales dans le traitement de l'insomnie et du sevrage des BZ, elles sont peu utilisées dans la pratique. En plus d'être peu ou pas du tout accessibles à la population, les thérapies cognitives comportementales sont méconnues des professionnels de la santé et des personnes âgées. Or, malgré les risques inhérents à la consommation de BZ, la plupart des insomniaques se voient encore offrir des somnifères comme la seule forme de traitement efficace pour traiter leur problème d'insomnie alors que plusieurs autres alternatives existent et sont efficaces. Les croyances populaires accentuent cette habitude de consommation des BZ et encore aujourd'hui, une bonne partie de la population âgée conserve cette conviction que le somnifère est la seule option disponible.

Une autre barrière importante à la popularité de la thérapie cognitive comportementale est qu'il existe peu de programmes structurés accessibles à la population et peu d'experts pour dispenser ces programmes (Perlis et al., 2000). Edinger et Means (2005) suggèrent d'augmenter l'accessibilité à la thérapie cognitive

comportementale en formant plus de professionnels de la santé. Cette forme de thérapie est efficace lorsqu'elle est dispensée par des infirmières bien formées. En effet, nos résultats concordent avec une autre étude (Espie et al., 2001) rapportant une amélioration significative de plusieurs paramètres du sommeil à la suite de l'administration, par des infirmières, de la thérapie cognitive comportementale. Les auteurs de cette dernière étude (Espie et al., 2001) affirment que l'administration de l'intervention par des infirmières est aussi efficace que lorsqu'elle est dispensée par des psychologues. L'élaboration du programme structuré de sevrage des somnifères utilisant la thérapie cognitive comportementale avait initialement pour but de fournir un outil clinique aux infirmières travaillant auprès des personnes âgées souffrant de problème d'insomnie et de consommation de BZ. Pour augmenter l'accessibilité à des traitements non pharmacologiques de l'insomnie et ainsi réduire la consommation de BZ dans le Bas Saint-Laurent, il serait souhaitable que le programme soit offert à l'ensemble du réseau par l'intermédiaire d'infirmières ou autres intervenants de la santé ayant suivi une formation appropriée.

Dans notre étude, la taille réduite de l'échantillon ne permet pas de faire d'analyses en fonction des facteurs associés au maintien de l'abstinence. Cependant, une étude récente (Morin, Belanger, Bastien, & Vallières, 2005) montre que plusieurs facteurs sont corrélés au maintien de l'abstinence dans le temps, dont le mode de sevrage, le nombre de somnifères utilisés avant le sevrage, la durée de la période de sevrage, la sévérité de l'insomnie, le niveau d'anxiété, de somatisation et de détresse. Parmi les raisons évoquées pour expliquer la rechute dans les 24 mois suivant le sevrage, cette même étude a mis en cause la douleur chronique, l'hospitalisation, la chirurgie, un stress majeur comme le décès d'un proche, le divorce, la retraite, l'anxiété et des conditions environnementales défavorables (ex : bruit, ronflement du conjoint). De plus, certains auteurs suggèrent qu'il serait à propos d'offrir des sessions de rappel pour maintenir l'état d'abstinence, lesquelles sessions devraient débiter au cours des trois mois suivant l'intervention (Morin, Belanger et al., 2005). Pour aller dans le sens de cette recommandation, nous pourrions ajouter un suivi au cours des trois mois suivant la fin du programme structuré de sevrage pour augmenter son efficacité.

Dans cette étude, la benzodiazépine la plus utilisée par les participants était le lorazepam (37,5%). Une étude publiée récemment à partir de données québécoises (Bartlett et al., 2004) met en évidence qu'il s'agit du produit de loin le plus prescrit aux nouveaux utilisateurs de benzodiazépines ainsi qu'à ceux qui changent de thérapie chez

les personnes de 65 ans et plus. La dépendance n'est pas la même avec toutes les BZ. En général, les molécules puissantes et de courte demi-vie, comme l'alprazolam, le lorazepam et le triazolam, causent plus de dépendance que les agents de longue action comme le diazepam (Chouinard, 2004; Guay & Morin, 1998; Longo & Johnson, 2000). Dans notre étude, les molécules qui créent le plus de dépendance étaient utilisées par près de 47% des patients, ce qui peut expliquer en partie les sevrage incomplets. L'étude de Bartlett et al (2004) met aussi en évidence que la dose tend à augmenter en cours d'utilisation, particulièrement chez les femmes âgées, mais que cet effet est moindre avec le lorazepam. L'alprazolam et le clonazepam, utilisés respectivement par 9,4% et 6,3% des patients de l'étude seraient les pires à ce chapitre.

Une étude récente (Tamblyn et al., 2005) rapportent que des doses élevées d'oxazepam et flurazepam étaient associées à des risques plus grands d'accidents (fractures et chutes). Or, ces médicaments étaient les molécules utilisées respectivement par 15,6 % et 18,8 % de notre échantillon. En réduisant la consommation de BZ par la population âgée, notre étude visait aussi à contribuer à réduire les chutes en accord avec les priorités de santé publique du Bas Saint-Laurent.

Malgré les différents efforts de sensibilisation, la consommation de benzodiazépines par les personnes âgées de 65 ans et plus du Bas-Saint-Laurent demeure élevée (40%). Nous remarquons qu'il existe un écart considérable entre les différentes MRC lorsque l'on observe la consommation de benzodiazépines par leurs résidents (50,4 % dans la Matapédia et 38,2 % à Rivière-du-Loup). Ces données sont difficilement explicables et nous laissent croire à une approche thérapeutique différente de l'insomnie à l'échelle du Bas Saint-Laurent. On constate aussi que la consommation de BZ s'accroît avec l'âge puisque près de 30% des personnes de 65 à 69 ans en consomment, cette proportion atteint plus de 55% chez les 85 ans et plus (données de la RAMQ traitées par Potvin, 2004 (Potvin, 2005). Or, l'avancement en âge rend plus susceptible à certains effets secondaires et risques à cause des modifications physiologiques qui altèrent le métabolisme.

Outre la proportion élevée d'utilisateurs, le nombre annuel moyen d'ordonnances de BZ par personne est inquiétant. De 9 ordonnances par personne en 1997, il se situe à 11,5 en 2004. Lorsque l'on compte qu'une grande partie des ordonnances sont renouvelées chaque mois, un tel chiffre implique une consommation sur une base chronique. Bien que le nombre de participants au projet ait été limité, il est clair qu'un bassin important de personnes pourraient bénéficier de l'intervention dans l'ensemble du

territoire bas-laurentien. Ce programme pourrait bénéficier autant aux personnes qui veulent cesser leur consommation de BZ qu'aux personnes voulant améliorer leur sommeil.

CONCLUSION

Cette étude montre qu'un programme structuré de sevrage utilisant une intervention cognitive et comportementale est efficace pour aider les personnes âgées à réduire ou cesser leur consommation de BZ. Un mois après le sevrage des somnifères, 83% des participants à l'étude avaient réduit ou cessé leur consommation de BZ. Un mois après le sevrage, les participants avaient réduit leur consommation moyenne de BZ de 77,5%. Cette proportion s'est sensiblement maintenue puisque 6 mois après le sevrage, les participants conservaient une diminution de 74% de la consommation initiale. Le programme structuré de sevrage est une intervention efficace pour améliorer le sommeil et réduire la consommation de BZ. Si nous voulons réduire la consommation de BZ dans la population âgée, il est essentiel de proposer des solutions alternatives efficaces telles que le programme structuré de sevrage des somnifères basés sur la thérapie cognitive comportementale. Finalement, ce genre de programme se doit d'être accessible aux personnes âgées insomniaques avant qu'ils commencent à consommer de BZ.

DIFFUSION ET PUBLICATION DES RÉSULTATS

Ce projet a déjà fait l'objet de deux présentations au congrès de l'ACFAS, la première en 2002 dans un colloque intitulé «La consommation de psychotropes chez les personnes âgées»² et la deuxième en 2003 intitulé «Santé mentale et vieillissement»³. Le programme structuré de sevrage des somnifères a été présenté dans des conférences locales à trois reprises⁴. Nous prévoyons distribuer le rapport final à tous les établissements de santé de la région incluant les cabinets de médecins. Le rapport

²Ouellet, N., Papillon, M.J., Castel, J., Lévesque, G., Fortin, J., Dubé, G. (2002). *Le sevrage des somnifères chez les personnes âgées : une intervention structurée*. Colloque de l'ACFAS 2002, Québec, 15 mai.

³Papillon, M.-J. & Ouellet, N. (2003). *La surconsommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées : perspectives théoriques et pistes d'intervention*. Colloque de l'ACFAS 2003, Rimouski, 20 mai. 2.

⁴Ouellet, N. (2001). *L'utilisation rationnelle des somnifères chez les personnes âgées*. Conférence présentée au Club de l'âge d'or de Trois-Pistoles. 12 mars 2001.

Ouellet, N. & Dubé, G. (2002). *Le sevrage des somnifères chez les personnes âgées : une intervention structurée*. Présentation sur invitation au Centre hospitalier régional de Rimouski. 3 décembre 2002.

Ouellet, N. & Dubé, G. (2002). *Le sevrage des somnifères, c'est possible*. Présentation sur invitation au Centre polyvalent des aînés. Rimouski, le 19 novembre 2002.

sera aussi distribué à toutes les directions de santé publique du Québec. Finalement, les résultats de cette étude seront soumis sous forme d'articles dans des revues destinées aux professionnels de la santé, plus particulièrement aux médecins et aux infirmières.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, Texte Révisé* (Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Trans. 4 ed.). Paris: Masson.
- American Sleep Disorders Association. (1990). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association.
- Avidan, A. Y., Linden, M., Bar, T., & Helmchen, H. (2005). Sleep in the geriatric patient population
Prevalence and appropriateness of psychotropic drug use in old age: results from the Berlin Aging Study (BASE). *Semin Neurol*, 25(1), 52-63.
- 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., Gregoire, J. P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 169(10), 1015-1020.
- Barbone, F., McMahon, A. D., Davey, P. G., Morris, A. D., Reid, I. C., McDevitt, D. G., et al. (1998). Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *The Lancet*, 352, 1331-1336.
- Bartlett, G., Abrahamowicz, M., Tamblyn, R., Grad, R., Capek, R., & du Berger, R. (2004). Longitudinal patterns of new Benzodiazepine use in the elderly. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 13(10), 669-682.
- Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., & Lévasseur, M. (1995). *Santé Québec Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1991-1993* (Vol. 1). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Evaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447-453.
- Bootzin, R. R., & Epstein, D. R. (2000). Stimulus control. In C. M. Morin (Ed.), *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousands Oaks: Sage.
- Chouinard, G. (2004). Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. *J Clin Psychiatry*, 65 Suppl 5, 7-12.
- Cutson, T. M., Gray, S. L., Hughes, M. A., Carson, S. W., & Hanlon, J. T. (1997). Effect of a single dose of diazepam on balance measures in older people. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 435-440.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clin Psychol Rev*, 25(5), 539-558.
- Edinger, J. D., & Sampson, W. S. (2003). A primary care 'friendly' cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep*, 26, 177-182.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary

- insomnia, a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 285(14), 1856-1864.
- Egan, M., Moride, Y., Wolfson, C., & Monette, J. (2000). Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 811-816.
- Espie, C., A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic insomnia : implementation and evaluation of a *sleep clinic* in general medical practice. *Behavior Research and Therapy*, 39(1), 45-60.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18, 425-432.
- Guay, B., & Morin, C. M. (1998). Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de BZDs à dose thérapeutique. *Le Médecin du Québec*, 33(4), 93-98.
- Guimond, J. (2003). Les anxiolytiques-sédatifs et les hypnotiques. In L. Mallet, L. Grenier, J. Guimond & G. Barbeau (Eds.), *Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie* (pp. 624). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Jacobs, G. D., Rosenberg, P. A., Friedman, R., Matheson, J., Peavy, G. M., Domar, A. D., et al. (1993). Multifactor behavioral treatment of chronic sleep-onset insomnia using stimulus control and relaxation response. A preliminary study. *Behavior Modification*, 17, 1-12.
- Lader, M. H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Neuropsychopharmacology*, 9(6), 399-405.
- Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2000). *Treatment of late-life insomnia*. Thousand Oaks: Sage.
- Longo, L. P., & Johnson, B. (2000). Addiction: Part I. Benzodiazépines - Side effets, Abuse Risk and Alternative. *American Family Physician*, 61, 2121-2128.
- Mimeault, V., & Morin, C. M. (1999). Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 511-519.
- Morin, C. M. (1994). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: Preliminary scale development and description. *Behavior Therapy*, 17, 163-164.
- Morin, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Québec: Les Éditions de L'Homme.
- Morin, C. M. (2000). The nature of insomnia and the need to refine our diagnostic criteria. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 483-485.
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radoucou-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 332-342.

- Morin, C. M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallières, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behav Res Ther*, 43(1), 1-14.
- 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.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 741-752.
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 8(3), 463-467.
- Morin, C. M., & Wooten, V. (1996). Psychological and pharmacological approaches to treating insomnia : critical issues in assessing their separate and combined effects. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 521-542.
- Ohayon, M. (1996). Epidemiologic study on insomnia in the general population. *Sleep*, 19, S7-S15.
- Onyett, S. R. (1989). The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management. *J R Coll Gen Pract*, 39(321), 160-163.
- Ouellet, N. (1997). *Validation d'une échelle d'appréciation du sommeil. Rapport de recherche inédit*. Rimouski: Université du Québec à Rimouski.
- Ouellet, N., Beaulieu, M., & Banville, J. (2000). *Bien dormir sans somnifères: Guide pour les personnes âgées*. Rimouski: Université du Québec à Rimouski.
- Ouellet, N., & Dubé, G. (2000). *Programme structuré de sevrage des somnifères chez les personnes âgées*. Rimouski: Université du Québec à Rimouski.
- Perlis, M., Aloia, M., Millikan, A., Boehmler, J., Smith, M., Greenblatt, D., et al. (2000). Behavioral treatment of insomnia: a clinical case series study. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(2), 149-161.
- Potvin, L. (2005). *Traitement statistique des fichiers pharmaceutiques de la RAMQ 2004, Infocentre du BSL, RR 01*. Rimouski: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Rajput, V., & Bromley, S. M. (1999). Chronic insomnia: a practical review. *Am Fam Physician*, 60(5), 1431-1438; discussion 1441-1432.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. (1993). *Rapport du comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*. Québec: Régie de l'assurance-maladie du Québec.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. (2004). *Statistiques*. Retrieved 2004, 2004, from <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/statistiques/statistiques/index.shtml>
- Rémondin, M., Trempe, N., Olivier, C., & Potvin, L. (1995). *Évaluation d'un programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées. Rapport de recherche*. Montréal: Université de Montréal.

- Rickels, K., Case, W. G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F., & Fridman, R. (1991). Long-term benzodiazepine users 3 years after participation in a discontinuation program. *Am J Psychiatry*, *148*(6), 757-761.
- Riedel, B. (2000). Sleep hygiene. In C. M. Morin (Ed.), *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousands Oaks: Sage.
- Riedel, B., Lichstein, K., 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. *Behav Modif*, *22*(1), 3-28.
- Riedel, B. W., & Lichstein, K. L. (1998). Objective sleep measures and subjective sleep satisfaction: how do older adults with insomnia define a good night's sleep? *Psychology and aging*, *13*(1), 159-163.
- Schweizer, E., Case, W. G., & Rickels, K. (1989). Benzodiazepine dependence and withdrawal in elderly patients. *Am J Psychiatry*, *146*(4), 529-531.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., du Berger, R., McLeod, P., & Bartlett, G. (2005). A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc*, *53*(2), 233-241.
- Thomas, R. E. (1998). Benzodiazepine use and motor vehicle accidents : Systematic review of reported association. *Le Médecin de Famille Canadien*, *44*, 799-808.
- Wang, M.-Y., Wang, S.-Y., & Tsai, P.-S. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(5), 553-564.
- Wohlgemuth, W. K., & Edinger, J. D. (2000). Sleep restriction therapy. In C. M. Morin (Ed.), *Treatment of Late-Life Insomnia*. Thousands Oaks: Sage.

ANNEXE 1

DESCRIPTION DU PROGRAMME

DURÉE : 10 semaines.

CONTENU :

6 rencontres avec une infirmière :

1re rencontre individuelle :

Évaluation du participant
Explication du programme
Enseignement.

Rencontres suivantes, en petits groupes :

Enseignement des thérapies utilisées :
comportementale,
cognitive,
éducative.

Rencontres médicales individuelles selon les besoins des participants :

Étude du Journal du Sommeil
Étude du Journal du Sevrage
Suivi médical du sevrage.

ÉVALUATION :

Le suivi et l'évaluation du programme par l'infirmière : au début du programme et un suivi à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois et 18 mois.

CALENDRIER DES RENCONTRES

Semaine 1 : 1^{re} Rencontre (individuelle) de 50-60 minutes avec l'infirmière

Semaine 2 : 1^{re} Rencontre individuelle de 30 minutes avec le médecin

Semaine 3 : 2^e Rencontre individuelle de 30 minutes avec le médecin

2^e Rencontre (de groupe, 5 participants) avec l'infirmière

Durée : 90 minutes :

Semaine 4 : Rencontre médicale si nécessaire.

3^e Rencontre (de groupe, 5 participants) avec l'infirmière

Durée : 90 minutes.

Semaine 5 : Rencontre médicale si nécessaire.

Semaine 6 : Rencontre médicale si nécessaire.

4^e Rencontre (de groupe, 5 participants) avec l'infirmière

Durée : 90 minutes.

Semaine 7 : Rencontre médicale si nécessaire.

Semaine 8 : Rencontre médicale si nécessaire.

5^e rencontre (de groupe, 5 participants) avec l'infirmière.

Durée : 90 minutes.

Semaine 9 : Rencontre médicale si nécessaire.

Semaine 10 : Rencontre médicale de 30 minutes.

Fin du sevrage.

6^e rencontre (de groupe, 5 participants) avec l'infirmière.

Durée : 90 minutes.

Semaine 14 : Rencontre individuelle de suivi avec l'infirmière.

ANNEXE 2 JOURNAL DU SOMMEIL

LE JOURNAL DU SOMMEIL (à remplir chaque matin)

- ◆ Heure du coucher : _____
- ◆ Heure du lever : _____
- ◆ Combien de temps ai-je pris pour m'endormir? _____ minutes
- ◆ Combien de fois me suis-je réveillé durant la nuit? _____
- ◆ Pendant combien de temps ai-je été éveillé durant la nuit? _____ minutes
- ◆ Ai-je fait une sieste hier? _____ Pendant combien de temps? _____ minutes
- ◆ Hier, qu'est-ce que j'ai pris pour m'aider à dormir (médicaments ou autres substances) ? _____
- ◆ Est-ce que cela m'a aidé? _____
- ◆ Qu'est-ce qui a pu nuire à mon sommeil? _____
- ◆ Ce matin, je me sens :
 - a) très reposé _____ b) reposé _____
 - c) fatigué _____ d) très fatigué _____
- ◆ De façon générale, mon sommeil de la nuit dernière a été :
 - a) très satisfaisant _____ b) satisfaisant _____
 - c) peu satisfaisant _____ d) pas du tout satisfaisant _____

ANNEXE 3

ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DU SOMMEIL

Les questions suivantes concernent votre sommeil des **quatre dernières semaines**.
Pour chacune des questions, encerclez la réponse qui vous correspond le mieux.

1. Est-ce que votre sommeil est profond ?
 1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

2. Est-ce que vous prenez trop de temps pour vous endormir ?
 1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

3. Dormez-vous assez longtemps pour être en forme durant la journée ?
 1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

4. Considérez-vous que votre sommeil est de qualité ?
 1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

5. Considérez-vous que votre nombre d'heures de sommeil vous suffit ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
6. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir endormi(e) durant la journée ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
7. Est-ce que vous vous sentez fatigué(e) durant le jour ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
8. Considérez-vous que votre sommeil est satisfaisant ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
9. Est-ce que vous vous sentez alerte et éveillé(e) durant la journée ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

10. Est-ce que vous êtes de mauvaise humeur lorsque vous ne dormez pas bien?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
11. Est-ce que vous avez de la difficulté à vous réveiller le matin ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
12. Considérez-vous que vous passez trop de temps éveillé(e) durant la nuit ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
13. Est-ce que vous aimez dormir ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
14. Vous sentez-vous reposé(e) lorsque vous vous levez le matin ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

15. Considérez-vous que votre sommeil est réparateur ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
16. Considérez-vous que votre sommeil est léger ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
17. Est-ce que vous vous sentez reposé(e) durant la journée ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais
18. Est-ce que votre sommeil est paisible ?
1. Tout le temps
 2. Très souvent
 3. Souvent
 4. Occasionnellement
 5. Rarement
 6. Jamais

Questions additionnelles sur le sommeil

Les prochaines questions concernent aussi votre sommeil des **quatre dernières semaines**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il s'agit de répondre aux questions le plus fidèlement possible.

1. Quelle est votre heure de coucher habituelle ?

HEURE DU COUCHER : _____

2. Combien de temps prenez-vous à vous endormir ?

NOMBRE DE MINUTES : _____

3. À quelle heure vous réveillez-vous le matin ?

HEURE DU RÉVEIL MATINAL _____

4. À quelle heure vous levez-vous le matin ? HEURE DU LEVER : _____

5. Combien d'heures dormez-vous par nuit ? NOMBRE D'HEURES : _____

6. Combien de fois vous éveillez-vous au cours d'une nuit ?

NOMBRE D'ÉVEILS : _____

7. Quelle est la durée approximative de l'ensemble de vos éveils durant la nuit ?

DURÉE MOYENNE DE TOUS LES ÉVEILS NOCTURNES :

NOMBRE DE MINUTES : _____

8. De combien d'heures de sommeil avez-vous besoin pour être en forme ?

NOMBRE D'HEURES : _____

9. Combien de siestes faites-vous par semaine ?

NOMBRE DE FOIS PAR SEMAINE : _____

10. En moyenne, de quelle durée sont chacune de vos siestes ?

NOMBRE DE MINUTES : _____

11. Est-ce que vous vous souvenez de vos rêves ? 1. Oui ___ 2. Non ___

12. Est-ce que vous faites des cauchemars ? 1. Oui ___ 2. Non ___

Si oui, combien de fois, en moyenne, durant une semaine ?

NOMBRE DE FOIS : _____

13. Est-ce que vous prenez de l'alcool pour vous aider à dormir ? 1. Oui__ 2. Non__.

Si, oui, quelle quantité par soir ? _____ ONCES

Si, oui, combien de soirs par semaine ?

NOMBRE DE SOIRS : _____

Pour chacune des questions suivantes, encerclez la réponse qui vous correspond le mieux.

14. Si vous comparez votre sommeil à celui que vous aviez quand vous étiez jeune?

1. Votre sommeil est meilleur maintenant.
2. Votre sommeil est semblable à celui que vous aviez lorsque vous étiez jeune.
3. Votre sommeil était meilleur lorsque vous étiez jeune.

15. Si vous comparez votre sommeil à celui des personnes plus jeunes que vous, comment est votre sommeil ?

1. Je crois que mon sommeil est meilleur.
2. Je crois que mon sommeil est semblable à ceux des personnes plus jeunes.
3. Je crois que mon sommeil est moins bon que celui des personnes plus jeunes.

Répondre le plus fidèlement possible aux questions suivantes.

1. Depuis combien de temps souffrez-vous d'insomnie ?

_____ANNÉES _____MOIS.

2. Qu'est-ce qui a déclenché votre problème d'insomnie ?

(problèmes familiaux, perte d'un être cher, perte d'emploi ou autre)

3. De quelle façon votre problème d'insomnie s'est-il installé ?

SOUDAINEMENT _____GRADUELLEMENT _____

4. À quelle fréquence souffrez-vous d'insomnie ?

NOMBRE DE NUITS PAR SEMAINE : _____

5. Vous couchez-vous toujours à la même heure ?

JAMAIS _____À L'OCCASION _____FRÉQUEMMENT _____TOUJOURS _____

6. Vous levez-vous toujours à la même heure ?

JAMAIS _____À L'OCCASION _____FRÉQUEMMENT _____TOUJOURS _____

7. Qu'est-ce qui vous réveille la nuit ?

(douleur, bruit, nycturie , spontanément ou autre)

8. Depuis quand prenez-vous des médicaments pour dormir ?

_____ANNÉES _____MOIS.

PRESCRITS _____SANS ORDONNANCE _____

NOM _____DOSAGE _____

COMBIEN DE NUITS PAR SEMAINE _____

ANNEXE 4
JOURNAL DE SEVRAGE

Semaine	Date	dimanche	lundi	Mardi	mercredi	jeudi	Vendredi	samedi
1re semaine	Du : _____ Au : _____							
2^e semaine	Du : _____ Au : _____							
3^e semaine	Du : _____ Au : _____							
4^e semaine	Du : _____ Au : _____							
5^e semaine	Du : _____ Au : _____							
6^e semaine	Du : _____ Au : _____							
7^e semaine	Du : _____ Au : _____							
8^e semaine	Du : _____ Au : _____							

Dans les colonnes journalières, écrivez la dose utilisée.

ANNEXE 5

SÉQUENCES DE LA COLLECTE DE DONNÉES

		Avant traitement	Après le traitement				
Variable	Instrument utilisé		1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois
Sommeil	Journal du sommeil complété pendant une période de 2 semaines	X	X	X		X	
	Échelle d'appréciation du sommeil. Les questions additionnelles qui suivent l'échelle d'appréciation seront posées seulement avant le traitement.	X	X	X	X	X	X
Consommation de somnifères	Journal de sevrage complété avant et durant le traitement.	X	X				
	Journal de consommation complété durant deux semaines avant chacune des rencontres de suivi.		X	X	X	X	X
Croyances et attitudes concernant le sommeil	Échelle de Croyances et Attitudes concernant le Sommeil (CAS) (Morin)	X	X			X	
Variables sociodémographiques		X					
Dépression		X					
Statut mental		X					

ANNEXE 6

ENGAGEMENT DES CHERCHEURES ENVERS CHAQUE PARTICIPANTE OU PARTICIPANT

Monsieur, Madame,

Nous aimerions solliciter votre participation à une étude intitulée «Évaluation d'un programme structuré de sevrage des somnifères chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent».

Ce projet implique différents partenaires de l'Unité de médecine familiale du CHRR, de l'Université du Québec à Rimouski et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Nicole Ouellet, Ph.D.	Chercheure principale, responsable de la coordination du projet Module des sciences de la santé, UQAR
Marie-Josée Papillon, M.Sc.	Co-chercheure et responsable de la gestion administrative du projet. Direction de la Santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS du Bas-Saint-Laurent.
Josette Castel, M.D.	Chercheure associée, Unité de médecine familiale, CHRR
Geneviève Lévesque, M.D.	Chercheure associée, Unité de médecine familiale, CHRR
Julie Fortin, M.D.	Chercheure associée, Unité de médecine familiale, CHRR
Ginette Dubé, B.Sc.	Auxiliaire de recherche Unité de médecine familiale, CHRR

Le but du programme de sevrage est de contribuer à réduire la consommation de somnifères et de favoriser une consommation plus judicieuse de ceux-ci par les personnes âgées, et ainsi contribuer à réduire certains problèmes de santé et d'hospitalisation occasionnés par une consommation inappropriée des médicaments. De plus, cela vise à permettre aux personnes âgées de se prendre en charge et d'avoir un meilleur contrôle sur leur santé. L'objectif général du projet est de déterminer l'efficacité d'un programme structuré de sevrage des somnifères.

Le sevrage des somnifères se fait progressivement sur dix semaines et est accompagné de solutions alternatives pour faciliter le sommeil et réduire l'anxiété. Lors de ce programme, vous serez accompagné par l'infirmière de l'Unité de médecine familiale et un médecin. Tout d'abord, vous rencontrerez l'infirmière qui fera l'évaluation de votre situation. Elle évaluera votre motivation à cesser la prise quotidienne de somnifères, votre sommeil et votre consommation de somnifères. Cette première évaluation durera environ 1h30. À ce moment, si vous acceptez de participer à l'étude, le médecin vous rencontrera une première fois et établira avec vous un calendrier de sevrage et assurera le suivi médical. En tout, trois rencontres médicales sont prévues, deux au début du programme et une rencontre à la fin. Le programme comporte aussi 5 rencontres de groupe (cinq à huit participants). Ces rencontres de groupe visent une meilleure compréhension du sommeil et des somnifères ainsi que l'apprentissage de moyens alternatifs à la prise de somnifères. De plus, ces rencontres assurent un suivi du processus de sevrage et vous fournissent le soutien dont vous avez besoin. À la fin du programme, l'infirmière vous rencontre individuellement pour évaluer votre sommeil et fait le suivi du sevrage (voir la description du programme, annexe 1).

Il est entendu que si vous acceptez de participer à cette recherche, vous le faites librement et de votre gré. Vous êtes libre de répondre ou non aux questions qu'on vous posera lors de l'évaluation. Votre contribution est totalement volontaire et vous pouvez cesser votre participation à n'importe quel moment si vous le désirez.

Il est important que vous sachiez que les informations personnelles que vous nous communiquerez au cours de la recherche sont strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour les seules fins de la recherche. Nous nous engageons en outre :

- À garder ces informations sous clé dans une filière dont l'accès sera limité à mesdames Ginette Dubé et Nicole Ouellet.
- À les détruire quand elles ne seront plus utiles aux fins de cette recherche.
- À ne pas mentionner votre nom à qui que ce soit sans votre autorisation expresse et écrite.

- À ne pas communiquer ces informations à des personnes autres que celles impliquées dans cette recherche.
- À ne publier que les résultats globaux de la recherche.

La participation à cette recherche est tout à fait bénévole et vous permettra d'avoir un soutien pour vous aider à cesser l'utilisation de somnifères. Vous devrez vous déplacer plusieurs fois au cours de la recherche pour rencontrer le médecin ou l'infirmière, et pour assister aux rencontres de groupe. Les désagréments associés à la cessation de la prise de somnifères sont peu nombreux en comparaison aux effets secondaires des somnifères. Cependant, certains symptômes peuvent se manifester lors du sevrage. L'insomnie rebond, accompagnée ou non d'une augmentation des rêves, l'anxiété, l'irritabilité et parfois la fatigue peuvent apparaître lorsque l'on cesse de façon abrupte la consommation de somnifère. Pour réduire l'apparition de ces symptômes, nous proposons dans notre programme une méthode progressive de sevrage ainsi que l'utilisation de moyens alternatifs favorisant le sommeil et diminuant l'anxiété. L'infirmière et le médecin seront présents tout au long du processus pour vous soutenir.

Nous vous remercions pour votre collaboration dans cette étude et vous prions de recevoir nos cordiales salutations.

Ginette Dubé, inf. BSc. Auxiliaire de recherche
Unité de médecine familiale
165, Des Gouverneurs
Rimouski, Québec
G5L 7R2

Nicole Ouellet, Ph.D.
Chercheure principale
Université du Québec à Rimouski

CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

J'ai lu attentivement la lettre d'engagement des chercheuses envers les participants sur le projet de recherche intitulé « Évaluation d'un programme structuré de sevrage des somnifères chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent ».

C'est en toute connaissance de cause et tout à fait librement que j'accepte de participer à cette recherche. Si toutefois, je désire me retirer du programme, je peux le faire à n'importe quel moment.

Signature

Date et lieu