

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Le sommeil	6
Architecture du sommeil	6
Changements liés au vieillissement.....	7
L'insomnie.....	11
Prévalence.....	12
Facteurs prédisposants.....	13
Facteurs précipitants	14
Facteurs de maintien.....	15
Comportements.....	15
Tabagisme.....	16
Alcool.....	17
Sieste	18
Caféine	19
Relaxation	20
Exercices physiques.....	21
Cognitions.....	22

Croyances.....	22
Attitudes.....	24
Conséquences	26
Troubles anxieux et de l'humeur.....	27
Prévalence	31
Liens entre insomnie et troubles anxieux et de l'humeur	32
Troubles de l'humeur.....	32
Troubles anxieux	35
Pistes de recherche	36
Chapitre I Les difficultés de sommeil reliées aux troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées.....	37
Chapitre II Les cognitions liées au sommeil associées aux troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées	72
Chapitre III Les relations entre les comportements liés au sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées	111
Discussion générale.....	146
Conclusion	170
Références	177

Liste des tableaux

Tableaux

1	Statistiques descriptives des difficultés de sommeil en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	68
2	Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des difficultés de sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	70
3	Statistiques descriptives des cognitions liées au sommeil en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	105
4	Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des cognitions liées au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	108
5	Statistiques descriptives des comportements liés au sommeil en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	142
6	Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des comportements liés au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur.....	144

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Sophie Desjardins, Ph. D., qui a accepté de m'épauler dans ce beau projet. De ces quatre années à travailler avec elle, je retiens principalement la persévérance, le travail minutieux et le sens de l'organisation. Le processus de rédiger une thèse est intellectuel et émotionnel et mon parcours a été parsemé d'embûches et d'épreuves physiques et psychologiques. Le soutien de ma directrice a été précieux. Je veux souligner aussi l'aide apportée au plan statistique par Alain Desgagné, Ph. D., professeur au département de mathématiques de l'Université du Québec à Montréal.

Une pensée m'a habitée tout le long de ma thèse et c'est « Rien de grand ne s'est fait sans enthousiasme » de Ralph Waldo Emerson. Aussi, une part importante de ma motivation à être « Ph. D. » est liée à ma mère et à la fierté que j'aurais souhaité ressentir en lui annonçant être parvenue à cette fin. De l'endroit où elle est, j'ose espérer qu'elle le sait. Enfin, sans le soutien de mon conjoint Benoit, je crois que cet accomplissement se serait révélé encore plus ardu.

Introduction

Au Québec, les troubles anxieux et de l'humeur affectent entre 6,9 % (Statistique Canada, 2005) et 10,3 % des personnes âgées questionnées (Statistique Canada, 2002). Ces troubles sont souvent peu ou mal diagnostiqués et conséquemment peu souvent traités (surtout en ce qui a trait à l'anxiété). D'aucuns ont vu l'importance de les étudier pour en connaître les interactions, les facteurs de risque et de protection (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008). Il est inévitable de constater le débat en cours concernant les points communs comme les spécificités de la dépression et de l'anxiété (Beck, 1976; Beuke, Fisher, & McDowall, 2003; Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Clark, Steer, & Beck, 1994; Dobson, 1985; Feldman, 1993; Joormann & Stöber, 1999; Lambertson & Oei, 2008; McDowell, 2011; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Meeks, Woodruff-Borden, & Depp, 2003; Olivier, 2002; Vink et al., 2008). Certains auteurs abondent dans le sens de les considérer comme un seul et même trouble (Beuke et al., 2003; Brown et al., 1998; Clark et al., 1994; Dobson, 1985; Feldman, 1993; Flannery-Schroeder, 2006; McDowell, 2011; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Meeks et al., 2003). D'autres les voient davantage comme deux catégories distinctes de troubles (Joormann & Stöber, 1999; Lambertson & Oei, 2008, Olivier, 2002). Enfin, certains repèrent leurs facteurs de risque communs (Vink et al., 2008).

L'impact de ces troubles mentaux peut être dramatique, qu'on pense simplement aux idéations suicidaires reliées aux troubles de l'humeur ou au malaise intense et aux

limitations associés à plusieurs troubles anxieux (American Psychiatric Association, 2000). Ces troubles mentaux sont également en relation avec les difficultés de sommeil, qui affectent des millions de Canadiens et n'épargnent pas non plus la population âgée (Tjepkema, 2005). On ne peut passer sous silence les coûts annuels dus à l'insomnie dans la province de Québec, qui sont estimés à 6,6 milliards de dollars, ce qui inclut les frais associés aux consultations médicales, la médication prescrite et en vente libre et l'alcool souvent utilisé pour favoriser le sommeil (Daley, Morin, LeBlanc, Grégoire, & Savard, 2007). Les relations bidirectionnelles et les comorbidités qui concernent les troubles mentaux et les difficultés de sommeil sont importantes et doivent être prises en considération (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Plusieurs auteurs recommandent effectivement d'inclure ces troubles lors de l'exploration de la problématique de l'insomnie (Carney, Edinger, Manber, Garson, & Segal, 2007; Clark, 2001; López-Torres Hidalgo et al., 2012; Salib, 2007) pour les différencier des changements développementaux liés à l'âge. Enfin, les comportements et les cognitions liés au sommeil sont fréquemment envisagés comme facteurs de maintien des difficultés de sommeil (Fiorentino & Martin, 2010) et la présente étude vise à vérifier s'ils sont des facteurs associés plus directement aux troubles mentaux.

L'objectif de cette thèse est de vérifier le type de difficultés de sommeil (difficulté à s'endormir, réveils, somnolence diurne, mauvaise qualité du sommeil et prise de médication pour dormir) dans l'article 1, de cognitions liées au sommeil (croyances et attitudes dysfonctionnelles) dans l'article 2 et de comportements liés au sommeil (sieste,

activités intellectuelles au coucher, usage de caféine, relaxation, exercices physiques au coucher) dans l'article 3 et leurs relations avec les troubles de l'humeur et anxieux. En fait, cette vérification a pour but de mettre en lumière la prévalence et les facteurs associés aux troubles anxieux et de l'humeur.

Il s'agit aussi de favoriser le développement d'outils de détection et des interventions plus précises et efficaces et d'enrichir le bagage d'informations propres à soutenir les actions préventives visant un groupe précis, les personnes âgées aux prises avec ces difficultés. C'est dans cette perspective d'éclaircissement et de nuances que les variables ont été déterminées. Globalement, l'information obtenue à cet égard amènera une perspective intéressante aux plans théorique et appliqué auprès de cette clientèle et ces résultats pourront s'inscrire dans un modèle tenant compte non seulement des composantes médicales, mais également des composantes psychosociales.

Contexte théorique

Le sommeil

Architecture du sommeil

Le sommeil occupe environ le tiers de notre vie et fait partie des fonctions vitales de l'organisme. Il s'agit d'un comportement spontané, réversible, caractérisé par des périodes de diminution de l'activité motrice, d'augmentation des seuils de réponse sensorielle, de facilitation de la mémorisation et de discontinuité de l'activité mentale (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Le sommeil est composé de deux états physiologiques fort différents : le sommeil à ondes lentes et le sommeil à ondes rapides (ou paradoxal) (Corman, 2006; Vitiello, 2009; Williams, 2004).

Le sommeil lent est caractérisé par un ralentissement progressif de l'activité du cerveau et il est composé de quatre stades successifs comportant des activités cérébrales différentes. Le stade 1 est une période de transition entre l'état de veille et le sommeil (Corman, 2006; Vitiello, 2009). Le moindre bruit peut réveiller le dormeur à ce stade, qui ne se perçoit pas comme ayant dormi ou qui est vaguement somnolent (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Le stade 2 correspond aussi à un sommeil léger et marque l'entrée dans le sommeil. Il peut représenter jusqu'à la moitié du sommeil au total. Le sommeil profond appartient aux stades 3 et 4. Il s'agit d'un sommeil à ondes lentes qui permet une grande restauration physique (Corman, 2006; Vitiello, 2009). L'activité cérébrale ralentie des stades 3 et 4 fait en sorte qu'il est plus difficile de se réveiller. Le

cerveau est de plus en plus imperméable aux stimulations extérieures (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Donc, pendant le sommeil lent, on observe un ralentissement de l'activité cérébrale au fur et à mesure que le sommeil s'approfondit; le dormeur passe du stade 1 au stade 4. Au plan corporel, on constate une diminution progressive des principales fonctions de base de l'organisme telles que le pouls, la respiration, la tension artérielle, le tonus musculaire et la température corporelle (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Le sommeil paradoxal fait partie de la deuxième catégorie de sommeil, soit celle à ondes rapides. Durant cette portion de la nuit, le dormeur est difficile à réveiller et son tonus musculaire est diminué. On reconnaît le sommeil paradoxal aux mouvements oculaires rapides du dormeur (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Ce stade permet la régulation des émotions et la récupération psychique en plus de la consolidation de la mémoire et des différents apprentissages. Il peut représenter le quart de la nuit (Vitiello, 2009). Un cycle complet de sommeil dure en moyenne de 60 à 90 minutes et près de six cycles successifs remplissent une nuit complète (Corman, 2006).

Changements liés au vieillissement

Avec le vieillissement, le sommeil tend à se modifier pour bon nombre de personnes âgées. Il peut changer sur le plan de sa qualité, de son rythme et des cycles circadiens. Ainsi, il comporte encore des cycles de 90 minutes, mais il est plus léger avec davantage de sommeil en stades 1 et 2 (Beck-Little, 2000; Koch, Haesler, Tiziani, & Wilson, 2006; Moller, Barbera, Kayumov, & Shapiro, 2004; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010) et une diminution du sommeil profond des stades 3 et 4 (Alapin, 2000; Dijk, Duffy, Riel,

Shanahan, & Czeisler, 1999; Fiorentino & Martin, 2010; McCrae & Lichstein, 2001; Morin, 1993; Vecchierini & Touchon, 1997). On constate également une diminution de l'intensité des ondes lentes (Martin, Shochat, & Ancoli-Israel, 2000; Royant-Parola 2008; Swift & Shapiro, 1993), qui diminuent de 2 % par décennie d'âge jusqu'à 60 ans (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010). À 80 ans, il est exceptionnel d'accéder au sommeil lent profond (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Le sommeil paradoxal diminue aussi (Beck-Little, 2000; Koch et al., 2006; Moller et al., 2004; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Swift & Shapiro, 1993) et se répartit différemment au cours de la nuit : il apparaît plus précocement et devient plus abondant dans la première partie de la nuit (Royant-Parola, 2008; Royant-Parola & Escourrau, 2010). La durée totale du temps passé au lit augmente (Martin et al., 2000; Swift & Shapiro, 1993). La quantité de sommeil diurne s'accroît également (avec des siestes plus ou moins prolongées) au détriment du sommeil nocturne (Beck-Little, 2000; Koch et al., 2006; Royant-Parola, 2008; Royant-Parola & Escourrau, 2010; Swift & Shapiro, 1993). En bout de ligne, les sujets âgés de plus de 65 ans dorment un peu moins que les plus jeunes (Dijk et al., 1999; Fetveit, 2009; Martin et al., 2000). Ils se couchent souvent tôt et ils ont une latence d'endormissement augmentée (Beck-Little, 2000; Fiorentino & Martin, 2010). Cette latence peut aller jusqu'à 30 minutes chez 20 % à 45 % des personnes âgées (Habte-Gabr et al., 1991). Cette latence d'endormissement se situe normalement autour de 16 minutes à 20 ans et autour de 17 minutes à 40 ans (Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004). L'augmentation de la latence d'endormissement se produit graduellement jusqu'à la vieillesse. Ainsi, selon la méta-analyse menée par

Ohayon et al. (2004), seules les études comparant les jeunes adultes et les personnes âgées obtiennent des latences d'endormissement significativement différentes. Les aînés ont aussi plus de difficulté à dormir le matin (Fiorentino & Martin, 2010; Royant-Parola & Escourrau, 2010). En effet, le rythme du sommeil se modifie : la somnolence survient plus tôt, avec un réveil plus précoce (Koch et al., 2006; Martin et al., 2000; Royant-Parola, 2008; Vecchierini & Touchon, 1997). Le seuil de réveil est plus bas (Morin, 1993), amenant des réveils plus fréquents et plus longs (Dijk, Duffy, & Czeisler, 2001; Martin et al., 2000; Ohayon et al., 2004; Roepke & Ancoli-Israel, 2010; Royant-Parola, 2008; Swift & Shapiro, 1993). Le sommeil devient ainsi plus fragmenté, c'est-à-dire qu'il présente plusieurs périodes d'éveil après l'endormissement (Koch et al., 2006; Roepke & Ancoli-Israel, 2010; Vecchierini & Touchon, 1997). Cet effet du vieillissement est plus ou moins marqué selon les individus.

Le vieillissement provoque une modification des rythmes circadiens chez bon nombre de personnes âgées (Dijk et al., 1999; Moller et al., 2004; Morgan, 2001; Shochat, Lored, & Ancoli-Israel, 2001). Ces changements chronobiologiques sont reliés au rythme du sommeil sur une période de 24 heures. Ils incluent des cycles irréguliers de veille-sommeil, ainsi que des phases de sommeil avancées (Sivertsen, 2006). Ces changements chronobiologiques concernent les horloges biologiques internes et les synchroniseurs externes (*zeitgebers*), qui règlent les rythmes sommeil-veille. Le synchroniseur externe le plus connu est l'alternance entre les périodes de lumière et celles d'obscurité (Corman, 2006). En effet, il est le plus pertinent et le plus

synchronisant, apporté par la lumière naturelle qui donne au corps un signal fort sur le temps qui passe et permet une parfaite synchronisation avec la journée de 24 heures (Royant-Parola, 2008). D'autres synchroniseurs existent; toutes les activités qui se reproduisent périodiquement comme les repas, l'exercice physique, les activités sociales, ont valeur de synchroniseurs. Elles ont, certes, un effet sur l'horloge humaine, mais nettement moins important que celui de la lumière (Royant-Parola, 2008). Avec l'avancée en âge, un certain décalage entre l'horloge interne et les synchroniseurs externes peut survenir (Corman, 2006). Ainsi, les rythmes circadiens se dérèglent (McCrae & Lichstein, 2001), s'affaiblissent, deviennent désynchronisés et perdent de l'amplitude. Les phases du rythme circadien sont devancées (Duffy et al., 2002; Fiorentino & Martin, 2010; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Shochat et al., 2001) ou bien le sommeil survient avec un retard de phase (Vecchierini & Touchon, 1997). Le cycle sommeil-veille peut être plus grand que 24 heures et comprendre des irrégularités (Duffy et al., 2002). On a mentionné l'impact des activités sociales sur les synchroniseurs. On sait aussi que la sphère sociale chez les personnes âgées affecte leur sommeil et leur santé mentale. Cela comprend les dysfonctionnements sociaux (Mosolov, 2012), l'isolement, une diminution des activités orientées vers un but, une perte de renforcements positifs de la part de l'environnement, une perte de soutien et de ressources (Benoit & Dorey, 2011) et moins de pairs pouvant aider à remettre en question ses distorsions cognitives et autres croyances (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Tous ces éléments peuvent également avoir un impact sur la satisfaction générale, le bien-être et la qualité de vie de la personne âgée (Beekman et al., 2002).

L'insomnie

La vie est parsemée d'événements qui peuvent occasionnellement causer de l'insomnie, même chez ceux dormant bien habituellement. Cependant, pour plusieurs, cette insomnie se répète quotidiennement, hebdomadairement et dure plusieurs mois, voire des années (Ohayon, 2002). Le vieillissement occasionne ou exacerbe les problèmes de sommeil vécus par les personnes âgées (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Foley et al., 2010; Morphy, Dunn, Lewis, Boardman, & Croft, 2006; Sivertsen, 2006; Sivertsen, Krokstad, Overland, & Mykletun, 2009).

L'insomnie se caractérise par des difficultés à entrer dans le sommeil ou à le maintenir et s'accompagne de conséquences diurnes. Les sous-types d'insomnie incluent l'insomnie d'endormissement (difficulté à entrer dans le sommeil), de maintien (difficulté à demeurer endormi toute la nuit), du matin (réveil hâtif avec difficulté à retrouver le sommeil) et psychophysiologique (difficultés conditionnées provenant de cognitions ou de comportements inadaptés). L'insomnie peut être qualifiée de transitoire (quelques jours ou durant un événement stressant), à court terme (quelques semaines ou durant une période stressante ou une adaptation) ou chronique (plusieurs mois ou des années après un événement précipitant) (Roepke & Ancoli-Israel, 2010). Le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) distingue trois catégories d'insomnie : l'insomnie primaire, l'insomnie due à un trouble mental (p. ex., dépression) et l'insomnie due à une condition médicale. Enfin, l'insomnie peut être considérée comme

un simple symptôme (une difficulté de sommeil) ou un trouble (des plaintes plus sérieuses au sujet du sommeil, accompagnées de détresse émotionnelle et d'un fonctionnement perturbé) (Harvey, 2001a).

Prévalence. L'insomnie est un trouble psychologique fréquent (Harvey, 2002). En 2002, selon le Rapport sur la santé provenant de Statistique Canada, 3,3 millions de Canadiens ont souffert d'insomnie (Tjepkema, 2005). La prévalence de symptômes d'insomnie dans la population générale s'échelonne de 10 à 20 %, la même que pour les personnes âgées en bonne santé. Les symptômes les plus fréquents chez les personnes âgées sont les réveils nocturnes et hâtifs (Fiorentino & Martin, 2010). Les personnes âgées en mauvaise santé affichent des taux pouvant aller jusqu'à 40 % (Fiorentino & Martin, 2010), des taux similaires à ceux trouvés par Morin et al. (2011), dont l'étude révèle que 40,2 % des 2000 adultes canadiens interrogés ont présenté au moins un symptôme d'insomnie pour au moins trois nuits durant le même mois. Les taux plus spécifiques aux personnes âgées de plus de 60 ans sont de 10,1 % qui rapportent un syndrome d'insomnie selon la même étude. Toujours selon le rapport de Statistique Canada, en ce qui concerne les personnes âgées du groupe d'âge allant de 65 à 74 ans, la prévalence de l'insomnie est de 15,6 % et pour le groupe de plus de 75 ans, la prévalence est de 19,7 % (Tjepkema, 2005). D'autres auteurs situent ces taux entre 20 à 40 %, au moins quelques nuits par mois (Ancoli-Israel & Cooke, 2005). Certains auteurs rapportent même que plus de 50 % des participants âgés déclarent avoir au moins un symptôme d'insomnie survenant la plupart du temps (Foley et al., 1995; Vitiello, 2006). De plus, moins de

20 % de ces participants souffraient peu ou rarement d'insomnie (Foley et al., 1995). Une étude menée par Ohayon et Lemoine (2004) a démontré un risque d'insomnie deux fois plus grand chez les personnes âgées de plus de 65 ans, comparativement à celles âgées de moins de 45 ans. L'incidence de l'insomnie s'accroît avec l'âge (Alapin, 2000; Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Beck-Little, 2000; Buysse, 2004; Corman, 2006; Floyd, Medler, Ager, & Janisse, 2000; Mallon, Broman, & Hetta, 2000; Morin, 1993, 2010; Roberts, Shema, Kaplan, & Strawbridge, 2000).

L'insomnie résulte rarement d'une seule condition; elle est souvent multifactorielle (Avidan, 2005; Bastien, Vallières, & Morin, 2004; MacLeod, 2000; Morgan, 2001; Morin & Gramling, 1989), composée de facteurs prédisposants, précipitants et de maintien (Beaulieu, 2006; Fiorentino & Martin, 2010; Morin, 1993; Spielman & Glovinsky, 1991).

Les facteurs prédisposants. Les facteurs prédisposants sont constitués des prédispositions génétiques et familiales, des changements dans l'architecture du sommeil (stades et cycles), des changements des rythmes circadiens et des conditions médicales (Fiorentino & Martin, 2010). Les aînés peuvent souffrir de plusieurs problèmes physiques : la douleur corporelle, l'obésité (Foley, Ancoli-Israel, Britz, & Walsh, 2004), l'hyperthyroïdie, le reflux gastro-œsophagien, l'asthme nocturne, les rhumatismes (Royant-Parola & Escourrau, 2010; Swift & Shapiro, 1993), la fibromyalgie, l'arthrite, la maladie de Parkinson, les problèmes dorsaux, la migraine, le diabète, les maladies

cardiaques, le cancer, la bronchite chronique, l'emphysème, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les ulcères gastriques et les troubles intestinaux (Buysse, 2004; Fiorentino & Martin, 2010; Foley et al., 2004; Tjepkema, 2005). Les désordres primaires du sommeil tels que le syndrome d'impatience des membres inférieurs, le syndrome des secousses périodiques des membres et le syndrome d'apnée du sommeil constituent également des facteurs prédisposants de l'insomnie (Swift & Shapiro, 1993; Vecchierini & Touchon, 1997).

Les facteurs précipitants. Les facteurs précipitants favorisent l'insomnie de type psychophysiologique et celle-ci apparaît généralement après une période d'insomnie dont la cause est connue : souvent une période de stress et une exacerbation des symptômes psychiatriques, des conditions médicales ou des hospitalisations. On retrouve aussi des facteurs psychosociaux pouvant affecter les aînés (Morin & Gramling, 1989) : les relations interpersonnelles (conflits familiaux, isolement social, solitude, deuil, séparation), la santé de l'individu ou de sa famille (douleur, maladie, intervention chirurgicale, médication, réduction de la mobilité), une diminution des activités quotidiennes et une surcharge de tâches ménagères (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Bastien et al., 2004; Fiorentino & Martin, 2010; K  ppler & Hohagen, 2003; MacLeod, 2000; Moller et al., 2004; Sivertsen, 2006; Swift & Shapiro, 1993). Alors que la cause a disparu, l'insomnie persiste par un mécanisme de conditionnement entretenu par la peur de ne pas dormir; elle évolue ensuite pour son propre compte (Morin, 1993; Royant-Parola & Escourrau, 2010).

Les facteurs de maintien. Les facteurs de maintien comportent des facteurs comportementaux et cognitifs (Fiorentino & Martin, 2010). Ils font en sorte de perpétuer les problèmes de sommeil mais ont également une incidence potentielle sur les troubles anxieux et de l'humeur, quand on tient compte des relations de comorbidité qui concernent ces troubles mentaux et les difficultés de sommeil (Royant-Parola & Escourrau, 2010).

Comportements. Les conséquences de l'adoption de certains comportements au détriment du sommeil sont souvent sous-estimées (Cuellar et al., 2007; Rumble et al., 2010; Stepanski et al., 2003). Les comportements liés au sommeil comprennent les actions nuisibles ou de sécurité. En lien avec la crainte de compromettre un sommeil déjà précaire, les comportements de sécurité, chez les aînés, incluent l'abandon des activités sportives et les rencontres entre amis (Bernegger et al., 2003; Stepanski et al., 2003), une diminution des sorties extérieures, le fait de demeurer souvent alité (Koch et al., 2006; Royant-Parola, 2008). On peut ajouter le fait d'annuler ses activités le lendemain d'une mauvaise nuit.

Les comportements nuisibles incluent le fait de prolonger les heures au lit, d'aller se coucher trop tôt, d'avoir des heures de sommeil et de veille irrégulières, de se coucher quand on croit qu'il est temps et non quand la fatigue est ressentie et de demeurer couché quand le sommeil tarde. La consommation de repas trop lourds avant le coucher, de

caféine, d'alcool, de nicotine, le manque d'activités physiques, l'activité intellectuelle ou physique intense avant d'aller se coucher ou l'absence de rituel, vérifier l'heure la nuit et, enfin, l'absence d'exposition à la lumière du jour et des sources lumineuses intenses en fonction la nuit (Corman, 2006; Fiorentino & Martin, 2010; MacLeod, 2000), dormir dans une chambre où la température de la chambre est soit trop ou pas assez élevée ou le fait de dormir sur un matelas inconfortable (Belleville et al., 2003; Benca, 2005; Espie, 2002; Fiorentino & Martin, 2010; Kamel & Gammack, 2006; MacLeod, 2000; McCrae & Lichstein, 2001; Moller et al., 2004; Montgomery & Shepard, 2010; Schnelle et al., 1998) sont des comportements possiblement nuisibles au sommeil. Enfin, les personnes âgées sont sensibles aux stimuli environnementaux et facilement réveillées par les bruits ambiants (Zepelin, McDonald, & Zammit, 1984).

Ces habitudes ou comportements, dont certains pourraient être considérés comme favorables au sommeil, peuvent à long terme perturber le sommeil (Alapin, 2000; Benca, 2005; Bernegger et al., 2003; Edinger et al., 2001; Espie, 2002; Fiorentino & Martin, 2010; Kamel & Gammack, 2006; MacLeod, 2000; McCrae & Lichstein, 2001; Ouellet, 1995; Rumble et al., 2010; Shochat et al., 2001; Stepanski et al., 2003; Swift & Shapiro, 1993). Certains de ces comportements pouvant être adoptés par les personnes âgées sont abordés plus en détail.

Tabagisme. La nicotine est un stimulant et le tabagisme a été lié à l'insomnie chez les personnes âgées (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Benca, 2005; MacLeod, 2000; McCrae

& Lichstein, 2001; Montgomery & Shepard, 2010; Phillips & Danner, 1995; Shochat et al., 2001; Stepanski et al., 2003). Les fumeurs rapporteraient davantage de difficultés à s'endormir, plus de réveils et de somnolence diurne que les non-fumeurs (Cuellar et al., 2007; Phillips & Danner, 1995). D'autres études proposent des conclusions différentes. En effet, les hommes âgés qui fument auraient même une plus longue durée de sommeil que les non-fumeurs (Ito et al., 2000). Ito et ses collègues (2000) ont remarqué que chez les personnes âgées, il n'y aurait pas de différence entre les bons dormeurs et les mauvais dormeurs relativement à leur consommation de cigarettes. Cependant, ces chercheurs n'ont pas considéré le moment de la consommation de nicotine et ont simplement classifié les participants en fumeurs fréquents ou non-fumeurs. Il apparaît primordial que le délai entre la consommation de nicotine et le sommeil soit davantage précisé. Une autre étude (McCrae et al., 2006) va dans le même sens, c'est-à-dire qu'elle minimise le lien entre l'insomnie et la nicotine et, ne tient compte que de la consommation totale de cigarettes par jour; le taux de tabagisme parmi les participants était aussi presque nul.

Alcool. L'alcool est souvent considéré, à tort, comme un moyen efficace pour favoriser le sommeil. L'insomnie et l'automédication prolongée par l'alcool semblent associées (Tjepkema, 2005). Cette habitude nuirait à la seconde moitié de la nuit et affecterait ainsi la qualité du sommeil (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; MacLeod, 2000; McCrae & Lichstein, 2001; Montgomery & Shepard, 2010; Shochat et al., 2001; Swift & Shapiro, 1993; Tjepkema, 2005; Williams, 2004). Ainsi, quoique l'alcool raccourcisse

la latence d'endormissement, il décroît les mouvements oculaires rapides et favorise un réveil plus matinal. L'alcool tend aussi à mener à la déshydratation et à provoquer des réveils à cause du métabolisme de l'éthanol, amenant un sommeil fragmenté (Espie, 2002). Les effets sédatifs de l'alcool augmentent avec l'âge dû au ralentissement du métabolisme et, ainsi, de plus petites quantités d'alcool peuvent affecter le sommeil (Martin et al., 2000). Une étude de McCrae et al. (2006) signale cependant que chez les personnes âgées, il n'y aurait pas de différence entre les bons dormeurs et les mauvais dormeurs relativement à leur consommation d'alcool; cependant, ces chercheurs n'ont pas tenu compte du moment de la consommation d'alcool et n'ont considéré que la quantité prise hebdomadairement. Aussi, le taux de consommation d'alcool parmi les participants de tous les sous-groupes était très faible (une à trois consommations hebdomadaires).

Sieste. La sieste est un phénomène courant chez les personnes âgées (Cohen-Mansfield, & Jensen, 2005) et elle peut occasionner des difficultés de sommeil (Benca, 2005; Cuellar et al., 2007; Espie, 2002; Kamel & Gammack, 2006; Moller et al., 2004; Shochat et al., 2001; Stepanski et al., 2003). Dans une tentative de pallier les interruptions de sommeil, les gens font plus la sieste, ce qui tend parfois à augmenter la vulnérabilité aux difficultés de sommeil la nuit suivante (Goldman et al, 2008; Stepanski et al., 2003). Il semble cependant que les siestes prises en matinée ou en début d'après-midi et d'une plus courte durée affectent moins le sommeil nocturne (Cuellar et al., 2007); elles seraient même bénéfiques en ces circonstances (Tanaka et al., 2002). La

sieste a été étudiée en lien avec les difficultés de sommeil plus fréquemment que dans sa relation avec les troubles mentaux. À ce propos, la seule étude trouvée concernant la sieste, les personnes âgées et les troubles mentaux a démontré que les siestes sont positivement corrélées aux symptômes obsessionnel-compulsifs chez les 75 ans et plus (Frisoni, de Leo, Rozzini, & Trabucchi, 1996).

Caféine. La caféine ne se retrouve pas que dans le café. Elle se retrouve aussi dans certains aliments, breuvages et médicaments tels que les boissons gazeuses, le chocolat, les analgésiques, les stéroïdes, les broncho-dilatateurs, les antihypertenseurs, les décongestionnants et les coupe-faim. La caféine nuit au sommeil (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Kamel & Gammack, 2006; Montgomery & Shepard, 2010; Roehrs & Roth, 2008; Shochat et al., 2001). En effet, ce stimulant augmente le délai d'endormissement, augmente la fragmentation du sommeil et en diminue la quantité totale (Benca, 2005; Espie, 1991, MacLeod, 2000; McCrae & Lichstein, 2001; Moller et al., 2004; Swift & Shapiro, 1993). Il est recommandé d'éviter la consommation de caféine après le dîner ou en fin d'après-midi afin que le sommeil ne soit pas perturbé. Certaines études montrent que les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets de la caféine (Cuellar et al., 2007; van Boxtel & Schmitt, 2004). Enfin, le fait de boire du café pour contrer les effets de l'insomnie peut engendrer un cercle vicieux (Carney & Edinger, 2010). Une étude de McCrae et al. (2006) signale cependant que chez les personnes âgées, il n'y aurait pas de différence entre les bons dormeurs et les mauvais dormeurs relativement à leur consommation de caféine. Encore une fois, ces

chercheurs n'ont pas pris en compte le moment de la consommation de caféine et n'ont évalué que la quantité prise quotidiennement. Il apparaît primordial que le délai entre la consommation de caféine et le sommeil soit précisé. De plus, cette étude a exploré uniquement le nombre de prescriptions totales et non le type de médicaments. On sait que plusieurs types de médicaments peuvent contenir de la caféine et il aurait été intéressant de mesurer l'impact possible de la caféine contenue dans la médication. Enfin, aucune recherche à propos de la consommation de caféine en soirée n'a été trouvée chez les personnes âgées, dans sa relation avec les troubles mentaux.

Relaxation. La relaxation est un comportement qui vise à favoriser la détente ou souvent, le sommeil. Elle est utilisée pour diminuer l'activation cognitive et émotionnelle et elle s'avère particulièrement efficace lorsque couplée à une thérapie cognitivo-comportementale, cette dernière ayant démontré son efficacité à long terme contre l'insomnie des aînés (Edinger et al., 2001; Lichstein, Wilson, & Johnson, 2000; Stepanski et al., 2003). Les différentes techniques de relaxation recommandées pour les personnes âgées aux prises avec de l'insomnie sont les mêmes que pour la population générale : la relaxation musculaire progressive, la méditation, le yoga, la rétroaction biologique et l'imagerie guidée. Les champs d'intérêt des aînés doivent être respectés et les activités qui ont du sens pour eux doivent être privilégiées et être liées à leurs pratiques courantes. Par exemple, une personne âgée qui apprécie être assise dans son jardin à regarder les fleurs est possiblement favorable à l'imagerie guidée (Fiorentino & Martin, 2010). L'exploration de la relation entre la relaxation et les troubles anxieux et

de l'humeur met le plus souvent de l'avant l'aspect préventif des activités relaxantes avant le coucher (Beaulieu, 2006).

Exercice physique. Les études concernant l'exercice physique et le sommeil ont examiné deux sphères plus précisément : le moment de l'exercice en rapport avec l'heure du coucher et les effets d'une remise en forme et de l'entraînement sur le sommeil. Ainsi, l'exercice entrepris au moins quatre heures avant le coucher favorise le sommeil (Tanaka et al., 2002) grâce à l'impact sur la température corporelle (qui augmente puis redescend) et sur la déshydratation provoquée, qui favorisent le sommeil (Horne & Staff, 1983). Cependant, une activité physique intense trop près de la période de sommeil peut nuire à l'endormissement en provoquant un état d'activation contraire à l'état de relaxation plus compatible avec le sommeil, chez la population âgée (Kamel & Gammack, 2006; Stepanski et al., 2003). Aussi, la bonne forme physique améliore le sommeil des personnes âgées (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Benca, 2005; Foley, et al., 2004; Kamel & Gammack, 2006; McCrae & Lichstein, 2001; Montgomery & Shepard, 2010; Swift & Shapiro, 1993), même celui des personnes âgées souffrant d'un trouble de l'humeur (Singh, Clements, & Fiatarone, 1997). Bref, l'activité physique joue fréquemment un rôle positif sur le sommeil (Corman, 2006; Morgan, 2003; Ouellet, 1995; Tjepkema, 2005). Les personnes âgées s'engagent parfois dans des comportements d'évitement qui peuvent sembler conformes à leur âge mais qui ont pour effet de maintenir voire d'augmenter leur insomnie. Par exemple, l'abstention de la pratique d'exercice physique due à la crainte de déclencher un problème de santé

favorise l'appréhension de ressentir une accélération du rythme cardiaque et même de vivre une attaque de panique si cette sensation est ressentie. Cet évitement peut engendrer, à son tour, des problèmes d'insomnie liés à un manque d'exercice physique (MacLeod, 2000; Magee & Carmin, 2010). Aucune recherche, à notre connaissance, n'a démontré de relation entre l'exercice physique au coucher et ces deux types de troubles mentaux chez les personnes âgées.

Tous ces facteurs comportementaux peuvent être reliés aux cognitions qui sous-tendent l'adoption de ces comportements. Ces cognitions peuvent être associées à des problèmes de sommeil ou des troubles anxieux ou de l'humeur (Edinger et al., 2001).

Cognitions. Les cognitions réfèrent à toute activité mentale qui comprend la perception, la mémoire, les croyances, les attributions et les attentes et plusieurs recherches, dont celle de Gamaldo, Allaire et Whitfield (2010), étudient davantage l'impact des mauvaises nuits de sommeil sur ces cognitions et la diminution des capacités cognitives avec l'âge. Concernant l'insomnie et la comorbidité avec les troubles mentaux, deux types de cognitions sont examinés : les croyances et attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil, des facteurs de maintien reconnus de l'insomnie.

Croyances. Les croyances dysfonctionnelles concernant le sommeil, quant à elles, sont plus nombreuses chez les personnes qui souffrent d'insomnie que chez celles qui n'en souffrent pas (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001; Ellis,

Hampson, & Cropley, 2007; Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993; Stepanski, Rybarczyk, Lopez, & Stevens, 2003; Willis, Yearall, & Gregory, 2011). Ces croyances sont, par exemple, « chaque être humain a besoin de huit heures de sommeil » et « l'insomnie est une portion inévitable du processus de vieillissement ». Elles jouent un rôle central dans le mécanisme de l'insomnie. Par exemple, le fait de croire qu'il est difficile de vivre avec les conséquences diurnes des mauvaises nuits résulte en anxiété accrue lors du ressenti des symptômes en question et lors des tentatives de dormir également (Harvey, 2002; Morin, 1993). Ces croyances au sujet du sommeil font partie des facteurs de maintien et des facteurs aggravants de l'insomnie en alimentant l'activation psychique et émotionnelle (Cuellar et al., 2007; Harvey, 2002; Harvey & Greenall, 2003; Morin et al., 1993). Elles incluent des conceptions erronées par rapport aux causes et aux conséquences de l'insomnie, des attentes irréalistes à propos de ce que devrait être une bonne nuit de sommeil, l'impression de n'avoir aucun contrôle sur son sommeil, du désespoir concernant la crainte de la perte du contrôle du sommeil et de l'impuissance (Belleville, Bélanger, & Morin, 2003; McCrae & Lichstein, 2001; Morin et al., 1993). Ces croyances poussent les individus à centrer leur attention sur l'information liée aux mauvaises nuits ou au fonctionnement diurne compromis (Carney & Edinger, 2006). Les personnes souffrant d'insomnie rapportent d'ailleurs des attentes moins réalistes à propos de leurs besoins en sommeil que les bons dormeurs (Woodley & Smith, 2006). La croyance voulant qu'il faille dormir huit heures pour bien fonctionner peut mener à la détresse émotionnelle qui exacerbe l'insomnie (Morin, Blais, & Savard, 2002). Aussi, la croyance qu'il faut huit heures de sommeil pour se

sentir reposé le lendemain peut susciter de l'anxiété de performance quand l'individu est allongé, incapable de s'endormir. De même, la croyance que le manque d'énergie est une conséquence irrémédiable de l'insomnie peut mener à des pratiques nuisibles au sommeil telles que les siestes ou l'ingestion de fortes doses de caféine. Finalement, la réduction des croyances dysfonctionnelles est associée à de meilleurs résultats contre l'insomnie (Morin et al., 2002) qui est prédominante lorsqu'on est aux prises avec un trouble mental (Carney et al., 2007; Clark, 2001). Les croyances constituent l'aspect cognitif du facteur central de l'émotivité négative (Clark et al., 1994). Cette émotivité négative est impliquée dans les ruminations qui adoptent alors une allure négative globale (Carney et al., 2007; Clark, 2001). Les croyances dysfonctionnelles concernant le sommeil, regroupées en différents domaines, ont été reliées à l'anxiété et à la dépression chez un petit groupe de personnes âgées (Edinger et al., 2000).

Attitudes. Parmi les attitudes qui peuvent nuire au sommeil, on retrouve les ruminations, qui sont un modèle typique de réponses à la détresse par des pensées répétitives, prolongées et récurrentes à propos de soi-même et des causes, des conséquences et des symptômes impliqués dans les affects à tonalité négative souvent consécutifs à la réalisation que l'on a pas atteint le statut désiré, tout en omettant de lancer dans la résolution de problèmes (Hawksley & Davey, 2010; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Smith et Alloy 2009). Une étude de Watkins, Mould et Mackintosh (2005) différencie les ruminations des tracas. Elles ont été reliées à la dépression et les tracas à l'anxiété généralisée (Hawksley & Davey, 2010; Watkins, 2004). Ces derniers

partagent cependant les mêmes processus sous-jacents et d'aucuns considèrent que les ruminations sont un facteur central transdiagnostique des troubles mentaux liés à l'anxiété et à la dépression (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Les ruminations peuvent concerner, entre autres, la crainte de perte de sommeil et ses conséquences et elles sont fortement liées à l'insomnie (Harvey, 2002; Rumble et al., 2010). Les personnes qui souffrent d'insomnie tendent à rapporter des difficultés à contrôler ces ruminations (Harvey & Greenall, 2003). Des chercheurs travaillent également à découvrir les liens entre l'adoption de certaines croyances dysfonctionnelles liées au sommeil et les ruminations qui surviennent lorsque les attentes liées au sommeil ne sont pas remplies (Morin, Vallières, & Ivers, 2007).

Les tracasseries qui concernent la vie quotidienne sont de nature à amener la personne âgée à percevoir une perte de contrôle ou à croire qu'elle ne peut plus y faire face (Neikrug, 1998). Les tracasseries sont associées aux transactions de tous les jours avec l'environnement et peuvent être irritants, frustrants et susciter de l'inquiétude (Kanner, Coyne, Shaefer, & Lazarus, 1981). Les tracasseries concernent différents sujets : l'argent, la santé, les conflits sociaux, l'environnement, la détente et les tâches ménagères (Gana & Mezred, 2009), la criminalité, la hausse des prix, la pollution, le fait de perdre ou de ne pas retrouver des objets, le trafic, les capacités physiques qui diminuent, la santé physique, le manque d'énergie et, finalement, la santé d'un membre de la famille, le tout pouvant être exacerbé par l'écoute des nouvelles télévisées (Chamberlain & Zika, 1990; Kanner et al., 1981). Certaines études semblent démontrer que les tracasseries quotidiennes, comme sources de

détresse psychologique, sont associés à une altération marquée de la qualité de vie des personnes âgées (Stanley & Beck, 2000), de même qu'à des difficultés de sommeil (Wetherell, Le Roux, & Gatz, 2003). Ils sont aussi associés à des troubles anxieux ou dépressifs (Nuevo, Wetherell, Montorio, Ruiz, & Cabrera, 2009; Wetherell et al., 2003) chez une population de personnes âgées (de plus de 80 ans) (Jeon, Dunkle, & Roberts, 2006). Les tracasseries excessives perpétueraient la dépression (Watkins, 2004). Aussi, les insomniaques anxieux se tracassent plus au coucher que les insomniaques non anxieux (Gendron, Blais, & Morin, 1998; Harvey, 2001b; Harvey & Greenall, 2003; MacLeod, 2000; Zwi, Shawe-Taylor, & Murray, 2005). De plus, la relation entre l'insomnie et le fait de se tracasser est bidirectionnelle : d'abord, l'insomnie est une source de détresse et un facteur de risque quant au fait de se tracasser au coucher et, ensuite, se tracasser au coucher est un facteur premier dans l'étiologie et le risque d'insomnie (Jansson & Linton, 2006). Les attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil comme le fait de se tracasser ont été reliées aux problèmes de sommeil (Harvey, 2001b; Harvey & Greenall, 2003). Les scores globaux des attitudes dysfonctionnelles ont été reliés aux troubles anxieux et de l'humeur chez un groupe d'une centaine de personnes âgées (Crittendon & Hopko, 2006).

Conséquences. De façon générale, l'insomnie s'accompagne de conséquences de toutes sortes mais, plus particulièrement chez les aînés, on note des assoupissements dans la journée et une baisse des fonctions cognitives (dont la résolution de problèmes et la mémoire) (Ancoli-Israel, 2006; Beck-Little, 2000; Corman, 2006; Harvey, 2009;

MacLeod, 2000), un sentiment de bien-être diminué, un risque plus élevé d'accidents (Corman, 2006) et de la fatigue (Roth & Ancoli-Israel, 1999). L'insomnie amène aussi, chez cette population, de l'anxiété, des difficultés de concentration et peut exacerber des maladies chroniques ou psychiatriques et entraîner un risque accru de comorbidité et de mortalité (Ancoli-Israel, 2006; Bernegger, Meier-Rossi, & Schwander, 2003; MacLeod, 2000). L'insomnie peut mener au développement d'une dépression qui, en soi, est un prédicteur de problèmes de santé et d'utilisation accrue des services de santé (Cuellar, Rogers, Hisghman, & Volpe, 2007; MacLeod, 2000). L'insomnie peut provoquer une diminution de la qualité de vie (Beck-Little, 2000; Harvey, 2009; MacLeod, 2000). Un sommeil déficient et inadéquat interfère aussi avec l'intégration sociale des personnes âgées (Ancoli-Israel & Cooke, 2005) en raison de leur tendance à adopter des comportements de sécurité liés au sommeil, qui impliquent la diminution ou l'abandon des activités physiques et sociales (Bernegger et al., 2003; Stepanski et al., 2003). Ces changements peuvent augmenter le risque de troubles médicaux et psychologiques (Cuellar et al., 2007).

Troubles anxieux et de l'humeur

Ainsi, dans les conséquences et les comorbidités de l'insomnie, on retrouve les troubles mentaux, plus particulièrement les troubles anxieux et de l'humeur. Les troubles anxieux les plus communs chez les personnes âgées sont la phobie spécifique, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble d'anxiété sociale (Gauthier, 2005). Les changements neurobiologiques qui surviennent avec l'âge augmentent la

vulnérabilité à l'anxiété et les différentes pertes qui surviennent lors du processus du vieillissement (p. ex., la perte d'un être cher, de la santé, des capacités intellectuelles et de l'autonomie) sont souvent des déclencheurs. En plus, ces pertes anticipées (imaginaires ou réelles) s'accompagnent de perceptions de danger ou d'une impression de vulnérabilité (Gauthier, 2005).

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur persistante et intense d'objets, de personnes, de situations ou d'événements qui perturbe significativement les activités quotidiennes. La présence de cette peur entraîne une souffrance significative. Les symptômes sont nombreux et variés : palpitations, tension musculaire, sensation de souffle coupé, impression d'étouffement, douleur thoracique, nausée ou gêne abdominale, vertige, sensation d'évanouissement, d'engourdissement ou de picotements, frissons ou bouffées de chaleur, agitation, difficultés de concentration ou de mémoire, irritabilité, fatigabilité et perturbations du sommeil. Les troubles anxieux peuvent se présenter sous la forme d'une plainte physique qui masque un trouble sous-jacent, ce qui rend le diagnostic plus difficile (Gauthier, 2005).

Pour ce qui est des troubles de l'humeur chez les personnes âgées, il semble que la dépression se présente différemment chez les aînés. Quelques éléments sont cependant présents indépendamment de l'âge : le désespoir, le pessimisme, la perte de l'anticipation joyeuse, une faible estime de soi, l'anhédonie et des problèmes neurovégétatifs (anorexie, amaigrissement, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur). Les

particularités propres aux personnes âgées sont : la dépression masquée sans tristesse, la nervosité, l'anxiété et des symptômes physiques sans rapport avec les résultats des examens médicaux (Hazif-Thomas & Thomas, 2008; Huntington, 2011).

Les traits les plus souvent affichés chez les aînés sont l'instabilité émotionnelle, l'agressivité, la colère, la somatisation, la démotivation, l'ennui, un sentiment de vide, le repli sur soi, l'isolement, une angoisse matinale, la confusion, la dépendance, les troubles mnésiques, une impression d'inutilité, des suicides programmés et complétés (4 tentatives de suicide pour 1 suicide complété, comparativement à 200 tentatives pour 1 suicide complété chez les adolescents) (Huntington, 2011). L'expression de la dépression chez les aînés se manifesterait sous la forme de quatre facteurs : la dysthymie, le facteur incluant le retrait, l'apathie et la fatigue, l'anxiété et les déficits cognitifs (Benoit & Dorey, 2011).

Le diagnostic de la dépression est évité lorsque les symptômes sont considérés comme une réaction normale face aux événements de la vie tels que la perte de buts personnels, la retraite, la dépendance accrue envers les proches, le décès du conjoint et les maladies. Les symptômes sont souvent interprétés comme étant normaux et liés au processus de vieillissement. Des gestes désespérés peuvent alors être posés, particulièrement chez les hommes plus âgés qui affichent des taux de suicide élevés. Ainsi, la dépression chez les personnes âgées est souvent ni détectée ni traitée adéquatement. En vieillissant, les signes de dépression sont parfois confondus avec de

l'excentricité ou un mauvais caractère et la confusion et les problèmes d'attention, qui sont similaires aux symptômes de la maladie d'Alzheimer ou à ceux des autres troubles cérébraux, doivent être pris en considération dans un processus de diagnostic différentiel (Hazif-Thomas & Thomas, 2008; Huntington, 2011).

Les patients âgés affectés d'un trouble bipolaire sont souvent aux prises avec de multiples problèmes médicaux et sociaux et l'identification des symptômes tout comme la prise en charge efficace peuvent s'avérer difficiles. Il est important de différencier le trouble bipolaire de la dépression agitée ou de la démence. Souvent, des détériorations neurologiques et organiques sont également présentes en comorbidité et compliquent le diagnostic. Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui est caractérisé par des périodes d'humeur très élevée (manie), très basse (dépression) et des épisodes d'humeur normale (Celestin & Celestin-Westreich, 2006).

Les troubles anxieux et dépressifs « purs » ont été comparés. Le lieu de contrôle externe est commun aux deux types de troubles. Il s'agirait d'un marqueur cognitif de traits de vulnérabilité pour l'anxiété et la dépression. L'émotivité négative est partagée par l'anxiété et la dépression (Thomas & Hazif-Thomas, 2008). L'insomnie est aussi partagée par les troubles anxieux et de l'humeur qui apportent des plaintes d'insomnie initiale, terminale et de maintien et une piètre qualité globale du sommeil (Koffel & Watson, 2009). Ces deux catégories de troubles partagent des traits au long cours, mais diffèrent dans leur relation aux facteurs de risque environnementaux (Thomas & Hazif-

Thomas, 2008). Enfin, les différences liées à l'âge qui ont été trouvées communes dans l'expression de la dépression et de l'anxiété sont, au plan physique, se sentir ralenti et se réveiller trop tôt le matin et, au plan psychologique, le désespoir à propos du futur (Christensen et al., 1999).

Prévalence

Une recherche de Prévile et al. (2010) indique que 6,2 % des personnes âgées du Québec ont développé un trouble mental sur une période de 12 mois. Cela représente près de 50 000 personnes âgées vivant dans la communauté qui ont besoin de services en santé mentale chaque année. Une autre recherche a révélé que 12,7 % des répondants vivent de la détresse psychologique accompagnant un diagnostic du DSM-IV (Prévile et al., 2008). La comorbidité entre les troubles anxieux et de l'humeur est importante chez cette population (Flint, 1994). Une étude de Lenze et al. (2000) nous apprend que près de 35 % des personnes âgées dépressives ont eu un trouble anxieux au cours de leur vie. La symptomatologie anxieuse était présente chez 27,5 % des participants dépressifs et elle augmentait la sévérité de leur dépression, en plus de diminuer l'efficacité des interventions. Aussi, dans une recherche menée par Beekman et al. (2000), près de la moitié des participants souffrant d'une dépression majeure présentaient aussi un trouble anxieux et plus du quart des participants souffrant d'un trouble anxieux rencontraient les critères d'un trouble dépressif majeur.

Liens entre insomnie et troubles anxieux et de l'humeur

Les troubles mentaux font donc partie des variables communément associées à l'insomnie chez les aînés (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Fok, Stewart, Besset, Ritchie, & Prince, 2010; Harvey, 2001a; Ohayon, 2002; Ohayon & Lemoine, 2002; Ohayon & Roth, 2001; Williams, 2004). L'insomnie ne constitue pas simplement un épiphénomène des troubles psychiatriques; ces états sont plutôt en comorbidité (Harvey, 2009; Ohayon & Lemoine, 2002). Cette relation serait bidirectionnelle (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008) de par les effets d'une privation de sommeil qui contribuent à la dysrégulation émotionnelle, avec des symptômes d'irritabilité, de susceptibilité dans les rapports sociaux, de repli sur soi, de morosité et de détresse (Beaulieu, 2006; Harvey, 2009). L'anxiété, le stress et la dépression seraient à l'origine de plus de la moitié des insomnies (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Le fait de souffrir d'insomnie pourrait augmenter jusqu'à 4,9 fois le risque de développer un trouble anxieux (Neckelmann, Mykletun, & Dahl, 2007) et jusqu'à deux fois le risque de développer une dépression (Beaulieu, 2006).

Troubles de l'humeur. Chez les personnes âgées, la dépression est fortement liée à l'insomnie (MacLeod, 2000; Morphy et al., 2006; Ohayon, 2002; Ouellet, 1995; Schechtman, Kutner, Wallace, Buchner, & Ory, 1997; Swift & Shapiro, 1993). Elle en est d'ailleurs le prédicteur le plus puissant (Buysse, 2004; Mallon et al., 2000; Morphy et al., 2006) en augmentant à près de trois fois le risque d'insomnie (Ohayon, 2009). Chez les personnes âgées, plusieurs sondages longitudinaux à large échelle appuient

également l'aspect prédictif des troubles du sommeil pour la dépression (Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg, & Stessman, 2006). Un épisode de dépression antérieur affiche un lien avec une qualité appauvrie du sommeil (Motivala, Levin, Oxman, & Irwin, 2006). En plus, le sommeil perturbé tend à demeurer problématique même une fois la dépression résorbée (Espie, 2002). La dépression fait aussi partie des principaux déterminants d'une insatisfaction quant à la qualité globale du sommeil (Jacobs et al., 2006).

À l'inverse, l'insomnie est souvent le premier signe d'un épisode dépressif (Bonanni et al., 2010; Fetveit, 2009; Harvey, 2001a; Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008; Morgan, 2003; Ohayon, 2002; Perlis et al., 2006; Royant-Parola & Escourrau, 2010). Contrairement à la croyance populaire considérant l'insomnie comme un simple symptôme, plusieurs études longitudinales suggèrent que l'insomnie s'avère un réel facteur de risque pour la dépression (Ancoli-Israel, 2006; Benca et al., 1997; Benca & Peterson, 2008; Blais, Morin, Boisclair, Grenier, & Guay, 2001; Buysse, 2004; Harvey, 2001a; Mallon et al., 2000; Ohayon, 2009; Roberts et al., 2000), pouvant augmenter jusqu'à trois fois son risque d'apparition (Morphy et al., 2006). Ainsi, pour la plupart des troubles de l'humeur, l'insomnie est apparue soit auparavant (dans près de 40 % des cas) ou simultanément (dans plus de 20 % des cas) (Jacobs et al., 2006). En fait, l'insomnie non soignée peut favoriser la dépression (Cole & Dendukuri, 2003). Actuellement, les troubles du sommeil sont considérés comme des diagnostics à part entière (Fetveit, 2009; Harvey, 2001a; Ohayon, 2002; Perlis et al., 2006).

Finalement, il apparaît de plus en plus clair que le lien entre le sommeil et la dépression puisse être bidirectionnel (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008). Une étude menée par Mallon et al. (2000) a révélé que 39 % de ceux qui souffraient de dépression majeure souffraient aussi d'insomnie, et ce, chez les 45 à 65 ans. Dans cette étude, 3,4 % des participants remplissaient les critères d'un trouble de dépression majeure et 10,1 % ceux d'une dépression mineure. Les personnes âgées seraient une fois et demie plus à risque de souffrir d'insomnie que la population générale et, aussi, quatre fois plus à risque de souffrir de dépression (Gillin, Roehrs, & Roth, 2010). Les dépressifs rapportent en effet près de deux fois plus d'insomnie chronique que les non-dépressifs (Mallon et al., 2000). Finalement, l'insomnie affecte davantage les femmes (Léger, Guilleminault, Dreyfus, Delahaye, & Paillard, 2000).

Concernant son impact sur le sommeil, la dépression se traduit principalement par une latence d'endormissement augmentée (Benca et al., 1997) et des réveils en milieu de nuit et tôt le matin (Foley et al., 2004). Cette fragmentation du sommeil le rend moins efficace et en réduit le nombre d'heures réellement dormies (Benca et al., 1997; Royant-Parola & Escourrau, 2010). Certains auteurs, comme Yokoyama et al. (2010), affirment que la dépression est associée à l'insomnie initiale uniquement. D'autres auteurs considèrent qu'elle entraîne également de l'insomnie de maintien et tardive (Bonanni et al., 2010). Aussi, on peut constater une diminution du sommeil à ondes lentes et des anomalies dans le sommeil paradoxal. En effet, moins de temps s'écoule entre

l'endormissement et le sommeil paradoxal. On constate la présence d'une quantité accrue de sommeil paradoxal dans la première partie de la nuit (Benca et al., 1997). En ce qui concerne le trouble bipolaire chez les personnes âgées, quelques symptômes peuvent rendre le diagnostic plus difficile à poser : la distractibilité, c'est-à-dire l'incapacité à filtrer les stimuli externes non pertinents, peut passer pour des problèmes auditifs ou être reliée à des symptômes de démence.

Troubles anxieux. L'insomnie est aussi associée à l'anxiété (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008; Morphy et al., 2006). Elle augmente jusqu'à deux fois le risque de développer de l'anxiété (Morphy et al., 2006). L'insomnie est un marqueur de trait pour les individus à risque de développer de l'anxiété (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008; Neckelmann et al., 2007). Chez la personne souffrant d'anxiété, la plainte porte le plus souvent sur la présence de difficultés d'endormissement, la personne a du mal à se relaxer en raison des pensées et des préoccupations qui surviennent au moment du coucher. Elle peut aussi avoir l'impression de seulement somnoler tôt le matin (Royant-Parola & Escourrau, 2010). Selon Spira, Stone, Beaudreau, Ancoli-Israel et Yaffe (2009), des symptômes élevés d'anxiété sont associés à une faible efficacité et à une fragmentation du sommeil sans affecter la durée totale du sommeil chez les femmes très âgées. En fait, les estimations actuelles de la comorbidité sont les suivantes : 45,2 % des participants souffrant d'anxiété rapportent des difficultés de sommeil.

Pistes de recherche

Les modifications physiologiques consécutives aux changements développementaux ont des répercussions sur le sommeil des aînés; c'est aussi le cas des variables cognitives et comportementales et des troubles anxieux et de l'humeur. Ces éléments ont été étudiés, le plus souvent séparément, en lien avec le sommeil, et souvent aussi sur des groupes restreints. Il apparaît opportun de saisir les liens et les influences mutuelles de ces variables liées au sommeil en présence de troubles mentaux (de l'humeur et anxieux) (Carney et al., 2007; Clark, 2001; Salib, 2007), que ce soit pour les différencier des changements développementaux liés à l'âge ou pour évaluer l'influence des activités cognitives et comportementales sur le plan de ces troubles. Quelques recherches ont de fait impliqué les variables de la présente étude mais aucune n'a procédé à une vérification simultanée de toutes les variables sur un échantillon de cette taille échantillonnale. Ainsi, il apparaît pertinent de vérifier les relations des troubles anxieux et de l'humeur selon les difficultés de sommeil en tenant compte des particularités déjà trouvées ou en mettant en lumière les similitudes. Enfin, des liens plus spécifiques entre les difficultés de sommeil ou certaines cognitions et comportements avec l'une ou l'autre des deux catégories de troubles mentaux permettraient non seulement de peaufiner l'évaluation mais également de rendre la détection plus aisée. De même les interventions ciblées sur des cognitions ou des comportements particuliers peuvent rendre le processus de rétablissement de ces troubles mentaux plus efficace.

Chapitre I

Les difficultés de sommeil reliées aux troubles anxieux et de l'humeur chez
les personnes âgées

Les nuits de bon nombre de personnes âgées sont plutôt mauvaises et les individus de ce groupe d'âge tarde fréquemment à trouver le sommeil. Ainsi, autour de 50 % des personnes âgées rapportent des difficultés de sommeil aux États-Unis (Fok, Stewart, Besset, Ritchie, & Prince, 2010) et des pourcentages semblables ont été trouvés au Canada (MacLeod, 2000) et un peu moins élevés au Brésil (Almeida, Tamai, & Garrido, 1999; Blay, Andreoli, & Gastal, 2008). En France, on a trouvé des taux allant jusqu'à 70 % (Jausset et al., 2011b) et de 44,2 % en Italie (Bonanni et al., 2010).

Des changements peu bénéfiques liés au sommeil surviennent avec la vieillesse (Williams, 2009). Ils sont reliés, entre autres, à des modifications du processus homéostatique et des rythmes circadiens (Huang et al., 2002; Münch et al., 2005). Ainsi, les personnes âgées ont des nuits de plus courte durée (Beck-Little, 2000; Huang et al., 2002; Klerman & Dijk, 2008; Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004) et moins de sommeil paradoxal (Klerman & Dijk, 2008; Ohayon et al., 2004) que les plus jeunes, et ce, malgré qu'elles passent plus de temps au lit (Beck-Little, 2000). Leur efficacité de sommeil, c'est-à-dire le ratio du temps passé endormi sur le temps passé au lit, est donc diminuée (Beck-Little, 2000; Fiorentino & Martin, 2010; Huang et al., 2002; Ohayon et al., 2004), leur latence d'endormissement est augmentée (Huang et al., 2002; Ohayon et al., 2004; Turcotte & Schellenberg, 2006) et leurs réveils sont plus fréquents (Beck-Little, 2000; Fiorentino & Martin, 2010; Huang et al., 2002; Klerman & Dijk,

2008; Ohayon et al., 2004; Turcotte & Schellenberg, 2006). Elles vivent aussi davantage de somnolence diurne (Fiorentino & Martin, 2010). Ces changements d'importance pourraient également être tributaires de maladies organiques, de l'usage de drogues ou d'alcool (Brower & Hall, 2001) ou de la présence de troubles mentaux (Blay et al., 2008; Foley, Ancoli-Israel, Britz, & Walsh, 2004; Ohayon et al., 2004).

Chez les personnes âgées, les troubles psychiatriques de divers types ont été associés aux perturbations du sommeil (Beaulieu, 2006; Foley et al., 2004; Ohayon, Zulley, Guilleminault, Smirne, & Priest, 2001; Reid et al., 2006). Une relation plus précise avec la dépression a parfois été notée (Cho et al., 2008; Fok et al., 2010; Foley et al., 2004; Jausse et al., 2011b; Montgomery & Dennis, 2009). Cette dernière est considérée comme un facteur de risque pour les difficultés de sommeil (Fok et al., 2010; Jausse et al., 2011b). Elle a été reliée à une faible efficacité et à une faible qualité du sommeil (Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg, & Stessman, 2006; Jausse et al., 2011a; Sukegawa et al., 2003), à des réveils plus nombreux (Almeida et al., 1999; Jausse et al., 2011a; Perlis et al., 2006; Roberts, Shema, Kaplan, & Strawbridge, 2000; Yokoyama et al., 2010), à une latence d'endormissement augmentée (Jausse et al., 2011b; Mallon, Broman, & Hetta, 2000; Sukegawa et al., 2003) et à la somnolence diurne (Bonanni et al., 2010; Creti, 1996; Foley et al., 2004; Koffel & Watson, 2009; van den Berg et al., 2009; Yokoyama et al., 2010). Ces difficultés de sommeil augmentent à leur tour le risque de souffrir de dépression (Cho et al., 2008; Yokoyama et al., 2010). Plus précisément, la mauvaise qualité du sommeil (Jausse et al., 2011a), la difficulté à

s'endormir (Perlis et al., 2006; Roberts et al., 2000), les réveils matinaux précoces (Jaussent et al., 2011a; Yokoyama et al., 2010), la somnolence diurne (Yokoyama et al., 2010) et les psychotropes contre l'insomnie (Jaussent et al., 2011a) ont démontré une telle association.

L'anxiété, quant à elle, est associée à un risque accru d'avoir une faible efficacité du sommeil et des réveils nocturnes (Spira, Stone, Beaudreau, Ancoli-Israel, & Yaffe, 2009), une latence d'endormissement augmentée (Germain et al., 2006; Mallon et al., 2000), une mauvaise qualité de sommeil (Creti, 1996; Koffel & Watson, 2009) et de la somnolence diurne (van den Berg et al., 2009). Enfin, globalement, on constate moins d'anxiété et de dépression chez les bons dormeurs que chez les mauvais dormeurs (Galea, 2008).

Au Québec, on observe une prévalence à vie de 11,8 % (ou de 3,3 % au cours des douze derniers mois) d'au moins un trouble anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). Aux États-Unis, 15,2 % des personnes de plus de 55 ans ont présenté, au cours de la dernière année, un trouble mental cliniquement significatif, 11,4 % pour les troubles anxieux et entre 3,4 % et 7,2 % pour les troubles de l'humeur (Narrow, Rae, Robins, & Regier, 2004).

À ce jour, aucune recherche à large échantillon n'a porté sur l'examen systématique et simultané impliquant toutes les difficultés de sommeil de la présente étude et les

troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées. Ainsi, l'étude de van den Berg et al. (2009) met en relation des troubles anxieux et de l'humeur diagnostiqués via les critères du DSM-IV-TR, la latence d'endormissement et le score global des difficultés de sommeil. Ces deux variables ont été trouvées en relation avec les deux catégories de troubles mentaux. L'étude de Mallon et al. (2000) a exploré la latence d'endormissement et les réveils, séparés en réveils nocturnes et matinaux, en plus de la prise de médication pour dormir. Cependant, la présence des troubles mentaux a été vérifiée à l'aide du Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), dont les 14 questions sont utiles pour la détection de la dépression et de l'anxiété mais ne vérifie pas tous les critères requis du DSM-IV-TR. Ainsi, les chercheurs ont trouvé que la latence d'endormissement accrue est reliée aux deux catégories de troubles tandis que les deux types de réveils sont associés plus spécifiquement à la dépression. Ainsi, il apparaît pertinent de procéder à la vérification des relations entre chacune des difficultés de sommeil et les troubles mentaux respectant les critères du DSM-IV-TR sur un large échantillon de personnes âgées. Les résultats trouvés permettront de déterminer les associations caractéristiques significatives.

L'objectif visé par la présente étude est de déterminer quelles sont les difficultés de sommeil auxquelles les personnes âgées sont aux prises le plus fréquemment, et ce, en fonction de la présence ou de l'absence de troubles anxieux et de l'humeur. De plus, il s'agit de déterminer si les groupes anxieux, dépressifs et asymptomatiques diffèrent par rapport aux variables d'intérêt que sont les difficultés de sommeil. Ainsi, au-delà des

mentions habituelles du DSM-IV-TR, une précision quant aux types de difficultés de sommeil peut s'avérer pertinente pour une meilleure détection et distinction des deux catégories de troubles mentaux. On sait effectivement que selon le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif majeur est associé aux réveils précoces et nocturnes et parfois à une latence d'endormissement augmentée et à une période de sommeil diurne. Le trouble d'anxiété généralisée est, quant à lui, associé à trois de ces difficultés. Ainsi, peu de nuances liées aux difficultés de sommeil existent actuellement pour l'instrument usuel de détection et de diagnostic des troubles mentaux. Une analyse simultanée de ces difficultés de sommeil et également d'autres variables pouvant avoir une incidence sur la présence d'un trouble mental, tel que la prise de médication pour dormir et la somnolence diurne, peut permettre de contribuer à la précision des associations significatives. L'inclusion de cette dernière manifestation peut également permettre de préciser un lien avec les troubles de l'humeur, qui sont présentement associés à une augmentation de *sommeil* diurne et non précisément à de la *somnolence* diurne. Il peut s'agir d'une précision intéressante, quant on sait que les troubles du sommeil sont fréquemment à l'origine des demandes de soins (American Psychiatric Association, 2000).

Méthode

Participants

La présente étude repose sur un échantillon qui compte 2759 participants âgés de 65 ans et plus. Leur âge moyen est de 73,8 ans et ils ont été recrutés à partir d'une

méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone et d'une stratégie d'échantillonnage reposant sur la situation géographique dans 16 régions administratives du Québec. Des entrevues structurées de 90 minutes ont eu lieu à domicile par des professionnels de la santé ayant bénéficié d'une formation préalable de deux jours sur le questionnaire informatisé, basé sur le DSM-IV-TR et semblable aux autres questionnaires du genre, tels que le Diagnostic Interview Schedule, qui possède une bonne validité et fiabilité (Robins, Heizer, Croughan, & Rathcliff, 1981). Le questionnaire a été adapté pour les personnes âgées (Adam, 2013; Prévile et al., 2010). L'entrevue comprenait également des questions de base sur des données sociodémographiques. Les questions concernant le sommeil sont inspirées du Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989) adapté en français et de l'Échelle de croyances et d'attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil (Morin, Vallières, & Ivers, 2007) en plus de quelques comportements liés au sommeil. Les professionnels de la santé ont expliqué le but de l'étude aux participants et leur ont fait signer un formulaire de consentement. Les participants ont reçu une compensation financière de 30 dollars. Une passation du Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) a permis d'exclure les participants ayant obtenu une cote inférieure à 22. Un peu plus de la moitié des participants sont des femmes et 58,1 % ont moins de 75 ans. Près de la moitié des participants rapportaient avoir un conjoint et près de 65 % avaient un niveau de scolarité secondaire ou inférieur. Les participants sont divisés presque également quant au revenu du ménage : supérieur ou inférieur à 25 000 \$. Enfin, l'efficacité de sommeil

(c'est-à-dire le ratio du temps passé endormi sur celui passé au lit multiplié par 100) s'est révélée inférieure à 80 % chez près du tiers des participants âgés.

Variables

Les variables à l'étude sont les difficultés de sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur. Les variables liées au sommeil sont les suivantes : difficulté à s'endormir, réveils au milieu de la nuit ou tôt le matin, qualité globale du sommeil, somnolence diurne et prise de médication pour favoriser le sommeil. Les participants ont répondu aux questions suivantes : « Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous ne pouviez pas vous endormir à l'intérieur de 30 minutes? », « Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous vous réveilliez au milieu de la nuit ou tôt le matin? », « Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil? », « Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris un médicament (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir? », « Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale? ». Les réponses possibles étaient : *Pas durant le dernier mois, Moins d'une fois par semaine, Une ou deux fois par semaine, Trois fois ou plus par semaine*. Pour mener à bien les analyses statistiques, ces réponses ont été divisées en deux catégories, soit *Moins d'une fois par semaine* et *Au moins une fois par semaine*. Les covariables à l'étude sont l'âge (plus ou moins 75 ans), le sexe, le revenu annuel du ménage (plus ou moins 25 000 \$), la situation maritale (en couple ou seul), la

scolarité (études au moins de niveau secondaire ou postsecondaire) et une efficacité de sommeil estimée à plus de 80 % (calculée à partir d'un ensemble d'éléments : le temps pris pour s'endormir, l'heure du coucher, le nombre et la durée des réveils, etc.). On divise le temps de sommeil par le temps passé au lit et on multiplie le quotient obtenu par 100.

Pour la formation des groupes, les critères diagnostiques du DSM-IV-TR ont été utilisés sur la base de l'entrevue structurée de tous les participants. Ainsi, trois groupes ont été formés selon les critères diagnostiques des troubles de l'humeur ou anxieux. Le groupe aux prises avec un trouble de l'humeur ($n = 161$) est constitué des participants répondant aux critères diagnostiques d'une dépression majeure, d'une dépression mineure ou d'une manie. Le groupe avec des troubles anxieux ($n = 103$) est formé des participants remplissant les critères du trouble obsessionnel-compulsif, du trouble d'anxiété généralisée, du trouble panique, ou des phobies spécifique et sociale. Le groupe des asymptotiques ($n = 2495$) comprend tous les participants qui n'affichent ni un trouble de l'humeur ni un trouble anxieux. Les trop peu nombreux participants présentant à la fois un trouble anxieux et de l'humeur ($n = 28$) ont été exclus.

Analyses statistiques

En incluant toutes les variables et les covariables à l'étude, des analyses du khi-deux ont été menées sous PASW Statistics 18.0 dont le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$. Il s'agissait d'obtenir un portrait global des trois groupes à l'étude et d'évaluer

la présence de différences entre eux. À l'aide du même logiciel, une analyse de régression multinomiale a ensuite été effectuée et un modèle entièrement ajusté a été utilisé pour évaluer le risque distinct de souffrir d'un trouble anxieux ou de l'humeur en fonction de la présence ou de l'absence d'une difficulté de sommeil car l'analyse statistique tient compte de la contribution de toutes les variables investiguées et vérifie les spécificités propres à chacune.

Résultats

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble mental, plus spécifiquement un trouble anxieux ou de l'humeur. Le fait de souffrir de réveils la nuit ou tôt le matin, au moins une fois par semaine, constitue la difficulté la plus fréquemment rapportée par l'ensemble des personnes âgées. Chez les personnes âgées asymptomatiques, moins du tiers rapportent prendre plus de 30 minutes pour s'endormir, se réveiller la nuit ou tôt le matin ou prendre une médication pour s'endormir. Le sommeil des personnes âgées asymptomatiques est d'ailleurs évalué de bonne qualité par plus de 90 % d'entre elles, alors que plus d'une personne âgée dépressive ou anxieuse sur quatre évalue sa qualité de sommeil comme étant plutôt mauvaise ou très mauvaise. Aussi, plus de la moitié des aînés dépressifs prennent plus de 30 minutes pour s'endormir ou ont des réveils nocturnes ou matinaux précoces au moins une fois par semaine. Les personnes dépressives et anxieuses sont plus nombreuses à utiliser une médication pour dormir que les personnes âgées asymptomatiques.

Au nombre des cinq difficultés de sommeil évaluées, la somnolence diurne constitue la difficulté la moins fréquemment rapportée par les trois groupes de participants; en effet, moins de 4 % des personnes âgées asymptomatiques éprouvent au moins une fois par semaine de la difficulté à rester éveillées pendant qu'elles conduisent, mangent ou sont engagées dans une activité sociale. Les taux sont doublés chez les aînés anxieux et dépressifs.

Comparativement aux personnes âgées asymptomatiques, celles qui sont dépressives ou anxieuses sont plus nombreuses à prendre plus de 30 minutes pour s'endormir, à souffrir de réveils la nuit ou tôt le matin, d'une mauvaise qualité du sommeil, à utiliser une médication pour faciliter le sommeil et à vivre de la somnolence diurne. Les aînés dépressifs sont plus nombreux que ceux qui sont anxieux ou asymptomatiques à expérimenter une latence d'endormissement accrue, de la somnolence diurne et à prendre une médication pour dormir.

On constate que les femmes et les personnes âgées plus jeunes (moins de 75 ans) sont surreprésentées dans les groupes des dépressifs et des anxieux, ce qui est également le cas pour l'efficacité du sommeil, qui est plus fréquemment inférieure à 80 % chez les dépressifs et les anxieux que chez les aînés asymptomatiques.

Avant d'aller plus loin, mentionnons que le pourcentage d'exactitude de classification se situe à 90,7 % et la multicollinéarité a été vérifiée et aucun problème n'a été décelé de ce côté, les statistiques de tolérance étant plus élevées que 0,20. Le Tableau 2 affiche les résultats de l'analyse de régression. Ces données révèlent que le fait de se réveiller souvent la nuit ou trop tôt le matin, de prendre des médicaments pour dormir et d'être souvent somnolent durant la journée sont des difficultés associées au risque distinct de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur (plutôt que d'être asymptomatique). Le fait d'avoir des réveils fréquents et une latence d'endormissement augmentée sont des difficultés associées au risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble anxieux (plutôt que d'être asymptomatique). Il est à noter que la qualité du sommeil, telle que perçue par les aînés, ne s'est pas révélée associée à la probabilité de souffrir d'un trouble mental.

Discussion

Le premier objectif de la présente recherche était d'établir quelles difficultés de sommeil affectaient les personnes âgées le plus en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur. Nous voulions comparer les taux affichés par les groupes aux prises avec un trouble mental à ceux du groupe de personnes âgées sans symptôme psychiatrique.

Nos résultats ont permis de mettre en évidence des différences significatives entre les personnes âgées souffrant d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux et celles qui

sont asymptomatiques quant à toutes les difficultés de sommeil. En fait, la moyenne de toutes les difficultés ensemble donne un taux de 18,9 % des participants âgés asymptomatiques qui affichent des difficultés de sommeil contre une moyenne globale de 34,1 % des aînés aux prises avec un trouble mental et au moins une difficulté de sommeil. Ces taux sont plus conservateurs que ceux relevés dans la littérature. Les personnes âgées asymptomatiques ont aussi des difficultés de sommeil, mais les taux affichés concernant ce groupe sans trouble mental vont à l'encontre des écrits sur les changements développementaux nuisibles censées toucher l'ensemble de cette population (Blay et al., 2008; Foley et al., 2004; McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007; Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1996; Ohayon et al., 2001).

À l'examen de chacune des difficultés de sommeil, on observe que les réveils sont la difficulté la plus commune. Ensuite, la latence d'endormissement accrue est la seconde difficulté de sommeil la plus fréquente. Il s'agit de deux difficultés qui sont classiquement associées aux troubles de l'humeur ou anxieux (American Psychiatric Association, 2000). Près du quart des participants prennent une médication pour dormir au moins une fois par semaine, ce que plusieurs chercheurs ont mis en lumière en tant que solution largement empruntée par les personnes âgées (Bloom et al., 2009; López-Torres Hidalgo et al., 2012; Ohayon et al., 1996). Ces taux peuvent aussi expliquer les taux relativement bas de difficultés de sommeil chez les personnes âgées. Les difficultés de sommeil les moins fréquentes sont la mauvaise qualité subjective du sommeil et la somnolence diurne. Les personnes âgées du présent échantillon rapportent peu de

somnolence diurne malgré que ce soit un changement développemental habituel chez cette population, selon ce qui est rapporté dans la littérature (Fiorentino & Martin, 2010; Gruau, Pottier, Davenne, & Denise, 2003); la façon de mesurer la somnolence diurne n'était peut-être pas la plus appropriée. Les personnes âgées souffrant d'un trouble mental rapportent davantage de somnolence le jour et une mauvaise qualité de sommeil.

Le second objectif était de vérifier les relations entre les difficultés de sommeil et les troubles mentaux. La principale constatation de la présente étude est que toutes les difficultés de sommeil qui sont plus présentes chez les personnes âgées souffrant d'un trouble mental ne possèdent pas toutes une relation significative avec un trouble mental.

On a constaté que les personnes âgées aux prises avec deux ou trois des types de difficultés de sommeil étudiés ont plus de risque de souffrir d'un des deux types de troubles mentaux à l'étude. En effet, les personnes âgées qui se réveillent fréquemment la nuit ou tôt le matin, qui consomment une médication pour dormir ou qui sont somnolentes le jour ont plus de risques d'être dépressives. Quant aux personnes âgées qui prennent plus de temps à s'endormir et qui se réveillent fréquemment la nuit ou tôt le matin, elles ont plus de risques d'être anxieuses.

Prendre plus de 30 minutes pour s'endormir est en effet associé au risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble anxieux et diminue même le risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur plutôt que d'un trouble anxieux.

L'association entre la latence d'endormissement augmentée et l'anxiété peut s'expliquer par l'activation neurovégétative observée dans les troubles anxieux (Aldao, Mennin, Linardatos, & Fresco, 2010; American Psychiatric Association, 2000) qui peut être reliée à cette manifestation au coucher, une période propice à ressasser (Beaulieu, 2006). Les pensées présentes au coucher seraient alors de l'ordre du manque de contrôle, de l'appréhension, d'une intolérance à l'incertitude et des tracasseries excessives concernant le futur (Aldao et al., 2010; American Psychiatric Association, 2000; Barlow & Durand 2004; Hofmann, Schulz, Heering, Muench, & Bufka, 2010). Les personnes âgées anxieuses parviennent à entretenir un haut niveau de motivation, mais leurs pensées au coucher, si elles sont dirigées vers la résolution de problème, s'avèrent inefficaces (Aldao et al., 2010; Barlow & Durand, 2004) et favorisent une latence d'endormissement plus longue. Tenant compte de cette information, on comprend l'absence d'une association significative entre les troubles de l'humeur et le fait de prendre plus de temps pour s'endormir. L'hypersomnie et la fatigue sont souvent le lot des dépressifs qui risquent de s'endormir plus rapidement que les anxieux. Le fonctionnement neurovégétatif ralenti, la fatigue et une perte d'intérêt appellent davantage le sommeil que la situation d'éveil qui prévaut chez les anxieux. La lassitude qui caractérise bon nombre de dépressifs est moins défavorable à la capacité à tomber endormi que l'hypervigilance des anxieux.

Les réveils sont associés à la probabilité de souffrir d'un trouble anxieux comme d'un trouble de l'humeur. À ce propos, rappelons que l'un des neurotransmetteurs impliqués

dans le maintien du sommeil fait partie de ceux en action dans les processus de la dépression comme de l'anxiété, c'est-à-dire la sérotonine (American Psychiatric Association, 2000; Carlsson, 2001). Au sujet de la relation entre les réveils et l'anxiété, on comprend que l'hyperactivité, l'hypervigilance, les tracasseries et un état d'éveil sont des conditions propices aux réveils nocturnes et hâtifs. Les réveils sont également associés aux troubles de l'humeur. On peut présumer que la perte d'intérêt, le repli sur soi et la fatigue, caractéristiques fréquemment rencontrées lors d'une dépression, favorisent un niveau plus faible d'activité physique durant le jour avec des conséquences négatives sur le sommeil, une fois la nuit venue. On peut aussi penser que les réveils seront plus passifs chez la personne souffrant de dépression qui a beaucoup dormi et a possiblement moins sommeil, comparativement à des réveils plus actifs pour la personne souffrant d'anxiété qui se tracasse dès qu'il ouvre un œil. Les taux de cette difficulté de sommeil sont deux fois moins élevés chez les participants âgés asymptomatiques. Pour ceux-ci, on a davantage à investiguer d'autres explications pour ces réveils, telles que la nycturie (Haab, 2004), un sevrage de nicotine (Rieder, Kunze, Groman, Kiefer, & Schoberberger, 2001), un traitement nicotinique substitutif (Underner, Paquereau, & Meurice, 2006), des douleurs chroniques (Kunz, 2002), des maladies pulmonaires obstructives, de l'hypertension et de la douleur (Gislason, Reynisdóttir, Kristbjarnarson, & Benediksdóttir, 1993) et la consommation de caféine (American Psychiatric Association, 2000; Curless, French, James, & Wynne, 1993; Drapeau et al., 2006) ou d'alcool (American Psychiatric Association, 2000; Landolt, Roth, Dijk, & Borbely, 1996).

Les taux trouvés dans le présent échantillon démontrent une qualité de sommeil bonne ou très bonne chez une très grande proportion de participants âgés asymptomatiques. Lorsqu'on observe l'importance des autres difficultés de sommeil, on peut se questionner sur le sens à donner à l'évaluation plutôt positive du sommeil chez les personnes âgées asymptomatiques comme chez celles aux prises avec un trouble mental. En fait, on peut penser que la qualité du sommeil est la difficulté la plus subjective à évaluer, quand on la compare aux autres difficultés plus facilement mesurables et quantifiables. Il apparaît plus difficile d'ignorer, par exemple, trois réveils durant la nuit que de statuer que les caractéristiques des nuits en général qui font en sorte que globalement, la qualité du sommeil est « mauvaise ou très mauvaise ». Il s'agit donc de la seule difficulté demandant un jugement de valeur, une évaluation plus subjective en lien avec le sommeil. À ce propos, les personnes âgées qui ne verbalisent pas de plaintes à l'égard du sommeil, qu'elles éprouvent ou non des difficultés à cet égard, tendent à estimer positivement la qualité de leur sommeil (McCrae et al., 2005).

On constate que les personnes âgées souffrant d'un trouble de l'humeur sont celles qui tendent le plus à utiliser la médication pour diminuer leurs symptômes, dont leurs difficultés de sommeil. On sait aussi que la prise de médication pour dormir est associée au risque de souffrir d'un trouble de l'humeur (plutôt que d'être asymptomatique). Les demandes explicites de médication pour favoriser le sommeil peuvent ainsi être un indice de la présence d'un trouble de l'humeur, les dépressifs ont tendance à mettre le

focus sur les éléments négatifs et cela peut motiver leur besoin de bénéficier d'une médication pour le sommeil (American Psychiatric Association, 2000). En effet, la crainte de mal dormir et de voir la fatigue ainsi s'aggraver fait en sorte que l'avenue pharmacologique est acceptable. Leurs ruminations concernant les causes et les conséquences des difficultés de sommeil possibles ou présentes découragent une résolution de problèmes plus proactive que la médication (Hofmann et al., 2010; Lalonde, Aubut, Grunberg, & coll., 1999).

La somnolence diurne est plus présente chez les personnes âgées souffrant de troubles mentaux tout en étant la difficulté de sommeil la moins commune. Elle est reliée au risque d'être aux prises avec un trouble de l'humeur et cette relation a été soulevée dans les études portant sur les bienfaits de l'exercice sur la somnolence diurne des personnes dépressives (Beaulieu, 2006; Chasens, Sereika, Weaver, & Umlauf, 2007; Singh, Clements, & Fiatarone, 1997). La somnolence diurne qui affecte les personnes asymptomatiques peut être consécutive à l'apnée du sommeil qui survient davantage avec l'âge qui avance et affecte le sommeil (Pelletier-Fleury, Rakotonanahary, & Fleury, 2001). Une démarche de diagnostic différentiel est certainement de mise en cas de doute. L'affaissement de l'humeur est ainsi associé à cette manifestation diurne et les praticiens dont les patients se plaignent de ce symptôme ont tout intérêt à le considérer comme un indice potentiel de dépression, une fois différencié de l'apnée du sommeil. On remarque que la somnolence durant la journée n'est pas associée à la probabilité d'être aux prises avec un trouble anxieux. Quand on connaît les mécanismes impliqués dans les troubles

anxieux, c'est-à-dire l'activation physiologique qui provoque une accélération du rythme cardiaque, une augmentation de la pression sanguine et de l'éveil, la production de cortisol, une plus grande sensibilité perceptive, une rapidité de traitement cognitif et des réponses motrices plus rapides (Aldao et al., 2010; American Psychiatric Association, 2000; Dubé, 2011), on ne s'étonne pas de l'absence de somnolence dans cet état d'alerte générale des personnes âgées anxieuses.

Toutes ces données s'ajoutent au débat en cours à savoir si l'anxiété et la dépression constituent une seule ou deux catégories de troubles distinctes (First, 2007; Hofmann et al., 2010; Kvaal, McDougall, Brayne, Matthews, & Dewey, 2008), sans oublier leur comorbidité qui est aussi fréquemment mentionnée (American Psychiatric Association, 2000; Beekman et al., 2000; Yohannes, Baldwin, & Connolly, 2008). À la lumière des résultats obtenus, qui offrent des estimés valides à propos des risques de souffrir des troubles mentaux à l'étude, on constate le lien entre la difficulté à s'endormir et le risque d'être anxieux plutôt que dépressif ou d'être asymptomatique. Cette donnée permet une précision intéressante quant à la détection des deux types de troubles mentaux et au diagnostic différentiel. De fait, le DSM-IV-TR mentionne la difficulté à s'endormir comme un critère présent pour les deux catégories de troubles mentaux. Ainsi, nos résultats apportent une spécification quant au lien entre la latence d'endormissement et les troubles anxieux. Les analyses de régression nous permettent également de constater que les réveils sont associés à la probabilité de souffrir autant d'un état anxieux que dépressif. La vérification de la nature des pensées présentes lors de ces réveils pourrait

offrir des pistes de diagnostic différentiel. Les troubles anxieux favorisent une hypervigilance cognitive et des tracasseries au sujet de l'avenir peuvent occuper les pensées lors des réveils (Aldao et al., 2010; American Psychiatric Association, 2000). Les troubles de l'humeur, quant à eux, favorisent une asthénie psychique et du découragement concernant le passé, une anhédonie passive possiblement accompagnée de visualisation congruente aux affects négatifs (American Psychiatric Association, 2000; Lalonde et al., 1999). En fait, on savait que les troubles de l'humeur étaient associés aux réveils nocturnes et précoces et que les troubles anxieux étaient associés à un sommeil interrompu, sans plus de distinction. Malheureusement, une des limites de la présente étude est de ne pas avoir distingué entre les types de réveils dans la formulation des questions sur les difficultés de sommeil. Cette distinction aurait permis un ajout intéressant quant aux types de réveils impliqués pour quels types de trouble mental. Présentement, donc, les données disponibles ne permettent que d'appuyer le lien entre les réveils et les deux types de troubles mentaux. Ces mêmes résultats nous montrent que la prise de médication est particulière aux troubles de l'humeur, tout comme la somnolence diurne. De fait, le lien confirmé entre les troubles de l'humeur et la somnolence diurne permet une spécification additionnelle qui s'ajoute au symptôme d'hypersomnie diurne parfois rapporté. Ainsi, la somnolence diurne, qu'elle soit accompagnée ou non de périodes de sommeil de jour, est un indice de plus pour la détection d'un trouble de l'humeur. Cela nous donne également une information importante quant au diagnostic différentiel entre les troubles anxieux et de l'humeur, si en plus, on considère le peu de personnes âgées asymptomatiques qui rapportent cette

dernière difficulté. Donc, à la lumière des données précédentes, sans pouvoir statuer officiellement sur le fait qu'il s'agisse d'un seul type de trouble ou de deux types distincts, ces nouveaux éléments permettent de faciliter le diagnostic et d'enrichir les nuances à prendre en considération face à des symptômes d'allure anxio-dépressive.

Certaines recommandations nous apparaissent pertinentes. Premièrement, la mise en évidence du lien entre les difficultés de sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur rappelle l'importance de traiter ces troubles dès qu'ils sont décelés et de ne pas simplement viser la diminution des difficultés de sommeil (Fok et al., 2010). Aussi, la présence de difficultés de sommeil conjointes aux troubles mentaux peut faciliter les demandes d'aide; les personnes âgées sont certainement moins intimidées de dévoiler de mauvaises nuits que leurs troubles mentaux (Lapierre et al., 2011). Cette demande d'aide est d'autant plus cruciale quand on constate le lien entre les difficultés de sommeil, la dépression et le désir de mourir (Lapierre et al., 2011).

Le lien plus spécifique entre la difficulté à s'endormir et les troubles anxieux met en évidence l'importance de certaines recommandations. De fait, les personnes aux prises avec un trouble anxieux ont avantage à attendre d'être somnolentes avant d'aller au lit et à travailler à diminuer les pensées et les tracas au coucher. Ainsi, au coucher, des exercices de respiration, tel que l'attention soutenue aux sensations créées par l'air qui passe, permettent de diminuer l'énergie mentale disponible aux processus de la pensée. De plus, pour rendre le moment du coucher plus propice au calme et au sommeil et

moins aux tracasseries, l'habitude d'accorder un moment spécifique et fixe à la résolution de problèmes durant le jour permet éventuellement aux personnes anxieuses de moins se tracasser quand vient le temps du coucher ou lorsqu'elle se réveille durant la nuit et ainsi, possiblement, avoir une incidence positive sur la capacité de s'endormir rapidement ou de se rendormir plus facilement lors des réveils la nuit ou trop tôt le matin. Aussi, la somnolence diurne rapportée par les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur peut être diminuée par un programme d'activités physiques stimulant qui, de plus, a démontré une certaine efficacité contre les troubles de l'humeur (De Matos, Calmeiro, & Da Fonseca, 2009). Les exercices physiques ont, par la même occasion, une incidence sur la qualité du sommeil et par conséquent, sur la prise de médication pour dormir, également le lot des personnes aux prises avec la dépression dans le présent échantillon (King, Oman, Brassington, Bliwise, & Haskell, 1997).

Plusieurs études ont exploré les différentes difficultés du sommeil ou les troubles mentaux par le biais d'échantillons cliniques plus restreints que celui de la présente étude, qui compte 2759 participants. Ses caractéristiques sont comparables à la population générale âgée du Québec, les groupes d'âges des personnes âgées sont bien répartis et les proportions de femmes et d'hommes sont respectables. Des entrevues structurées ont permis de récolter les données utilisées, favorisant la validité des informations amassées, en gardant à l'esprit qu'une étude transversale ne permet pas d'inférer de causalité aux variables et que cette étude ne fait pas exception. Aussi, on sait que l'usage de médicaments antidépresseurs et anxiolytiques est répandu et qu'ils sont

prescrits aussi pour contrer les difficultés de sommeil. Ce double usage peut induire des sous-estimations quant aux nombre de difficultés du sommeil ou psychiatriques et des interactions entre elles. Nous nous sommes abstenus d'examiner l'usage de psychotropes et cette abstention est fréquente selon la méta-analyse de Floyd, Medler, Ager et Janisse (2000), dans laquelle l'inclusion des participants dépressifs ou anxieux qui peut masquer l'effet délétère sur le sommeil des changements développementaux est également notée. Des mesures plus objectives du sommeil permettraient d'obtenir des données plus précises encore (Beaulieu, 2006; Floyd et al., 2000; Uezu et al., 2000; van den Berg et al., 2009) malgré qu'on ait trouvé que les données subjectives étaient aussi valables que les données objectives (Edinger et al., 2000). Aussi, certaines études établissent la qualité du sommeil selon le score global obtenu pour l'ensemble des difficultés de sommeil, tandis que la présente étude explore cette difficulté par une question plus directe. Il pourrait être intéressant de comparer les deux scores, dans une recherche future. Enfin, rappelons que la précision quant au moment des réveils (nocturnes ou matinaux) en une variable dichotomisée aurait apporté des nuances intéressantes dans la détermination des différences ou des similitudes entre les deux catégories de troubles mentaux.

Références

- Adam, A.-M. (2013). Difficultés subjectives de sommeil chez les personnes âgées présentant ou non un trouble cognitif sans démence. Thèse de doctorat inédite, Université Laval. Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2013/29698/29698.pdf>
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E., & Fresco, D. M. (2010). Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 250-259. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.004
- Almeida, O. P., Tamai, S., & Garrido, R. (1999). Sleep complaints among the elderly : Results from a survey in a psychogeriatric outpatient clinic in Brazil. *International Psychogeriatrics*, 11(1), 47-56. doi:10.1017/S1041610299005578
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique des troubles mentaux* (4^e éd. Texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris, France : Masson.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2004). *Psychopathologie : une perspective multi dimensionnelle* (2^e éd.). Paris, France : De Boeck Université.
- Beaulieu, P. (2006). Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chronique. Thèse de doctorat inédite, Université Val-de-Marne. Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0243099.pdf>
- Beck-Little, R. (2000). Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults. Thèse de doctorat inédite, University of South Carolina. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304621638/fulltext/PDF/141187BF5774700F0B4/1?accountid=14725>
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life : Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3708/89.pdf>
- Blay, S. L., Andreoli, S. B., & Gastal, F. L. (2008). Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 582-595. doi:10.1017/S1041610207006308

- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., ... Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(S), 761-789. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x
- Bonanni, E., Tognoni, G., Maestri, M., Salvati, N., Fabbrini, M., Borghetti, D., ... Murri, L. (2010). Sleep disturbances in elderly subjects : An epidemiological survey in an Italian district. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(6), 389-397. doi:10.1111/j.1600-0404.2010.01324.x
- Brower, K. J., & Hall, J. M. (2001). Effects of age and alcoholism on sleep : A controlled study. *Journal on Studies on Alcohol and Drugs*, 62(3), 335-343. Repéré à http://www.jsad.com/jsad/article/Effects_of_Age_and_Alcoholism_on_Sleep_A_Controlled_Study/1390.html
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Carlsson, A. (2001). A half-century of neurotransmitter research : Impact on neurology and psychiatry. *Chembiochem*, 2(7-8), 484-493. doi:10.1002/1439-7633(20010803)2:7/8<484::AID-CBIC484>3.0.CO;2-5
- Chasens, E. R., Sereika, S. M., Weaver, T. E., & Umlauf, M. G. (2007). Daytime sleepiness, exercise, and physical function in older adults. *Journal of Sleep Research*, 16(1), 60-65. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00576.x
- Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M. R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults : A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1543-1550. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121882
- Creti, L. (1996). An evaluation of a new cognitive-behavioral technique for the treatment of insomnia in older adults. Thèse de doctorat inédite, Université Concordia. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304377564/fulltextPDF/1411882E8522B8F4D34/1?accountid=14725>
- Curless, R., French, J. M., James, O. F. W., & Wynne, H. A. (1993). Is caffeine a factor in subjective insomnia of elderly people. *Age and Ageing*, 22(1), 41-45. doi:10.1093/ageing/22.1.41

- De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale*, 38(5), 734-739. Repéré à http://ac.els-cdn.com/biblioproxy.uqtr.ca/S0755498208007069/1-s2.0-S0755498208007069-main.pdf?_tid=87ceea8a-4f00-11e3-9f2a-00000aacb35d&acdnat=1384635124_ad1b615fb8075793c66b33b006034d83
- Drapeau, C., Hamel-Hébert, I., Robillard, R., Selmaoui, B., Filipini, D., & Carrier, J. (2006). Challenging sleep in aging : The effects of 200 mg of caffeine during the evening in young and middle-aged moderate caffeine consumers. *Journal of Sleep Research*, 15(2), 133-141. doi:10.1111/j.1365-2869.2006.00518.x
- Dubé, S. (2011). *Les troubles anxieux*. Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca>
- Edinger, J. D., Fins, A. I., Glenn, D. M., Sullivan, R. J. Jr, Bastian, L. A., Marsh, G. R., Dailey, D. ... Vasilas, D. (2000). Insomnia and the eye of the beholder : Are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 586-593. doi:10.1037/0022-006X.68.4.586
- First, M. B. (2007). Comorbidity of depression and generalized anxiety disorder. Repéré à <http://www.dsm5.org>
- Fiorentino, L., & Martin, J. L. (2010). Awake at 4 a.m. : Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1161-1174. doi:10.1002/jclp.20734
- Floyd, J. A., Medler, M., Ager, J. W., & Janisse, J. J. (2000). Age-related changes in initiation and maintenance of sleep : A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 23(2), 106-117. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(200004)23:2<106::AID-NUR3>3.0.CO;2-A
- Fok, M., Stewart, R., Besset, A., Ritchie, K., & Prince, M. (2010). Incidence and persistence of sleep complaints in a community older population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 37-45. doi:10.1002/gps.2295
- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults : Results of the 2003 National Sleep Foundation. Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497-502. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.02.010
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). « Mini-mental state » : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

- Galea, M. (2008). Subjective sleep quality in the elderly : Relationship to anxiety, depressed mood, sleep beliefs, quality of life, and hypnotic use. Thèse de doctorat inédite. Repéré à <http://vuir.vu.edu.au/1520/>
- Germain, A., Moul, D. E., Franzen, P. L., Miewald, J. M., Reynolds, C. F., Monk, T. H., & Buysse, D. J. (2006). Effects of a brief behavioral treatment for late-life insomnia : Preliminary findings. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2(4), 403-406. Repéré à <http://www.aasmnet.org>
- Gislason, T., Reynisdóttir, H., Kristbjarnarson, H., & Benediksdóttir, B. (1993). Sleep habits and sleep disturbances among the elderly-an epidemiological survey. *Journal of Internal Medicine*, 234(1), 31-39, doi:10.1111/j.1365-2796.1993.tb00701.x
- Gruau, S., Pottier, A., Davenne, D., & Denise, P. (2003). Les facteurs d'accidents de la route par somnolence chez les conducteurs âgés : prévention par l'activité physique. *Recherche-Transports-Sécurité*, 79-80(avril), 134-144. doi:10.1016/S0761-8980(03)00011-6
- Haab, F. (2004). Traitement de la nycturie. *Correspondances en pelvi-périnéologie*, 4(2), 23-25. Repéré à <http://www.edimark.fr/publications/articles/traitement-de-la-nycturie-the-treatment-of-nocturia/9534>
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Heering, S., Muench, F., & Bufka, L. F. (2010). Psychophysiological correlates of generalized anxiety disorder with or without comorbid depression. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 35-41. doi:10.1016/j.ijpsycho.2009.12.016
- Huang, Y.-L., Liu, R.-Y., Wang, Q.-S., Van Someren, E. J. W., Xu, H., & Zhou, J.-N. (2002). Age-associated difference in circadian sleep-wake and rest-activity rhythms. *Physiology & Behavior*, 76(4-5), 597-603. doi:10.1016/S0031-9384(02)00733-3
- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., & Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people : The Jerusalem cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 325-329. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K., ... Dauvilliers, Y. (2011a). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34(8), 1103-1110. doi:10.5665/SLEEP.1170
- Jaussent, I., Dauvilliers, Y., Ancelin, M.-L., Dartigues, J.-F., Tavernier, B., Touchon, J., ... Basset, A. (2011b). Insomnia symptoms in older adults : Associated factors and gender differences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 88-97. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e049b6

- Kairouz, S. R., Boyer, L., Nadeau, M., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
- King, A. C., Oman, R. F., Brassington, G. S., Bliwise, D. L., & Haskell, W. L. (1997). Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults: A randomized controlled trial. *The Journal of the American medical Association*, 277(1), 32-37. doi:10.1001/jama.1997.03540250040029
- Klerman, E. B., & Dijk, D.-J. (2008). Age-related reduction in the maximal capacity for sleep—Implications for insomnia. *Current Biology*, 18(15), 1118-1123. doi:10.1016/j.cub.2008.06.047
- Koffel, E., & Watson, D. (2009). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 183-194. doi:10.1037/a0013945
- Kunz, R. (2002). Médecine palliative pour personnes âgées. *Forum médical Suisse*, 5 (janvier), 100-108. Repéré à <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2002/2002-05/2002-05-312.PDF>
- Kvaal, K., McDougall, F. A., Brayne, C., Matthews, F. E., & Dewey, M. E. (2008). Co-occurrence of anxiety and depressive disorders in a community sample of older people : Results from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 229–37. doi:10.1002/gps.1867
- Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. et coll. (1999). *Psychiatrie clinique, Une approche bio-psycho-sociale* (Tome I). Québec, Canada : Gaétan Morin Éditeur ltée.
- Landolt, H.-P., Roth, C., Dijk, D.-J., & Borbely, A. A. (1996). Late-afternoon ethanol intake affects nocturnal sleep and the sleep EEG in middle-aged men. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(6), 428-436. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8959467>
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Préville M., & Brassard, J. (2011). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*, 24(2), 243-254. doi:10.1017/S1041610211001591
- López-Torres Hidalgo, J., Navarro Bravo, B., Párraga Martínez, I., Pretel, F. A., Téllez Lapeira, J., & Boix Gras, C. (2012). Understanding insomnia in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(10), 1086-1093. doi:10.1002/gps.2834

- MacLeod, M. A. K. (2000). Attitudes and beliefs about insomnia treatment among older adults with chronic insomnia. Thèse de doctorat inédite, Université de Calgary. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304589448/fulltext/PDF/141188B00C33D75DE18/1?accountid=14725>
- Mallon, L., Broman, J. E., & Hetta, J. (2000). Sleeping difficulties in relation to depression and anxiety in elderly adults. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(5), 355-360. doi:10.1080/080394800457192
- McCrae, C. S., Rowe, M. A., Tierney, C. G., Dautovich, N. D., DeFinis, A. L., & McNamara, J. P. H. (2005). Sleep complaints, subjective and objective sleep patterns, health, psychological adjustment, and daytime functioning in community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 60(4), 182-189. doi:10.1093/geronb/60.4.P182
- McCurry, S. A. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27. doi:10.1037/0882-7974.22.1.18
- Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2009). Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60 +. *The Cochrane Library*, (1). doi:10.1002/14651858.CD003161
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS) : Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547-1554. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Münch, M., Knoblauch, V., Blatter, K., Schröder, C., Schnitzler, C., Kräuchi, K., ... Cajochen, C. (2005). Age-related attenuation of the evening circadian arousal signal in humans. *Neurobiology of Aging*, 26(9), 1307-1319. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2005.03.004
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2004). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 115-123. doi:10.1001/archpsyc.59.2.115
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273. Repéré à <http://www.journalsleep.org/Articles/270702.pdf>
- Ohayon, M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1996). The elderly, sleep habits and use of psychotropic drugs by the French population. *L'Encéphale*, 22(5), 337-50. Repéré à <http://www.sleepval.com/abstracts.htm>

- Ohayon, M. M., Zulley, J., Guilleminault, C., Smirne, S., & Priest, R. G. (2001). How age related to insomnia in the general population : Consequences for older people. *Journal of American Geriatric Society*, 49(4), 360-366. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49077.x
- Pelletier-Fleury, N., Rakotonanahary, D., & Fleury, B. (2001). The age and other factors in the evaluation of compliance with nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea syndrome : A Cox's proportional hazard analysis. *Sleep Medicine*, 2(3), 225-232. Repéré à <http://pdn.sciencedirect.com>
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R., & Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104-113. doi:10.1207/s15402010bsm0402_3
- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H. M., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., ... Brassard, J. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie*, 55(7), 449-457. Repéré à <http://web.ebscohost.com>
- Reid, K. J., Martinovich, Z., Finkel, S., Statsinger, J., Golden, R., Harter, K., & Zee, P. C. (2006). Sleep : A marker of physical and mental health in the elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 860-866. doi:10.1097/01.JGP.0000206164.56404.
- Rieder, A., Kunze, U., Groman, E., Kiefer, I., & Schoberberger, R. (2001). Nocturnal sleep-disturbing nicotine craving : A newly described symptom of extreme nicotine dependence. *Acta Medica Austriaca*, 28(1), 21-22. doi:10.1046/j.1563-2571.2001.01005.x
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort : A prospective perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), 81-88. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Robins, L. N., Heizer, J. E., Croughan, J., & Rathcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389. Repéré à <http://mres.gmu.edu/pmwiki/uploads/Main/C3T2.pdf>
- Singh, N. A., Clements, K. M., & Fiatarone, M. A. (1997). A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*, 20(2), 95-101. Repéré à <http://www.journal-sleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=24338>

- Spira, A. P., Stone, K., Beaudreau, S. A., Ancoli-Israel, S., & Yaffe, K. (2009). Anxiety symptoms and objectively measured sleep quality in older women. *The American Journal of Geriatric*, 17(2), 136-143. doi:10.1097/JGP.0b013e3181871345
- Sukegawa, T., Itoga, M., Seno, H., Miura, S., Inagaki, T., Saito, W., ...Horiguchi, J. (2003). Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(3), 265-270. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01115.x.
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone. Ministère de l'Industrie. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- Uezu, E., Taira, K., Tanaka, H., Arakawa, M., Urasakii, C., Toguchi, H., Yamamot, Y. ... Shirakawa, S. (2000). Survey of sleep-health and lifestyle of the elderly in Okinawa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(3), 311-313. doi:10.1046/j.1440-1819.2000.00692.x
- Underner, M., Paquereau, J., & Meurice, J.-C. (2006). Tabagisme et troubles du sommeil. *Revue des maladies respiratoires*, 23(S3), 67-77. doi:RMR-06-2006-23-SUP3-0761-8425-101019-20064022
- van den Berg, J. F., Lujendijk, H. J., Tulen, J. H., Hofman, A., Neven, A. K., & Tiemeier, H. (2009). Sleep in depression and anxiety disorders : A population-based study of elderly persons. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1105-1113. doi:10.4088/JCP.08m04448
- Williams, L. L. (2009). Factors associated with sleep disruption among community-dwelling older adults in the health and retirement study. Thèse de doctorat inédite, University of Alabama. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304840064/fulltextPDF/141188DBC3ED4C1CEE/1?accountid=14725>
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1141-1147. doi:10.1002/gps.2041
- Yokoyama, E., Kaneita, Y., Saito, Y., Uchiyama, M., Matsuzaki, Y., Tamaki, T., Munezawa, T., & Ohida, T. (2010). Association between depression and insomnia subtypes : A longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep*, 33(12), 1693-1702. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27981>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Plus de 30 minutes pour s'endormir							**
Moins d'une fois par semaine	1788	71,9	104	44,1	45	64,6	
Au moins une fois par semaine	700	28,1	57	55,9	57	35,4	
Réveils pendant la nuit ou tôt le matin							**
Moins d'une fois par semaine	1681	67,4	69	42,9	44	43,6	
Au moins une fois par semaine	813	32,6	92	57,1	57	56,4	
Qualité subjective du sommeil							**
Plutôt bonne ou très bonne	2277	91,3	128	79,5	78	75,7	
Plutôt mauvaise ou très mauvaise	217	8,7	33	20,5	25	24,3	
Prise d'une médication pour dormir							**
Moins d'une fois par semaine	1949	78,3	93	57,8	68	66,7	
Au moins une fois par semaine	541	21,7	68	42,2	34	33,3	
Somnolence diurne							**
Moins d'une fois par semaine	2407	96,7	147	91,3	96	93,2	
Au moins une fois par semaine	82	3,3	14	8,7	7	6,8	

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Âge							*
Moins de 75 ans	1430	57,3	107	66,5	65	63,7	
75 ans et plus	1064	42,7	54	33,5	37	36,3	
Sexe							**
Masculin	1057	42,4	46	28,6	29	28,4	
Féminin	1438	57,6	115	71,4	73	71,6	
Statut civil							
Marié ou en union libre	1150	46,3	70	44,0	50	49,5	
Célibataire, séparé, divorcé, veuf	1336	53,7	83	56,0	51	50,5	
Scolarité							
Aucune à secondaire	1618	64,9	108	67,1	58	56,3	
Postsecondaire	876	35,1	53	32,9	45	43,7	
Revenu annuel du ménage							
Moins de 25 000 \$	1229	49,3	77	47,5	51	49,5	
25 000 \$ et plus	1264	50,7	85	52,5	52	50,5	
Efficacité du sommeil							*
80 % et plus	1624	72,5	94	65,3	56	61,5	
Moins de 80 %	617	27,5	50	34,7	35	38,5	

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

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des difficultés de sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Plus de 30 minutes pour s'endormir						
Moins d'une fois par semaine	1,38	0,90 – 2,11	0,46**	0,28 – 0,76	3,01**	1,59 – 5,69
Au moins une fois par semaine	1,00		1,00		1,00	
Réveils pendant la nuit ou tôt le matin						
Moins d'une fois par semaine	0,40**	0,27 – 0,59	0,59*	0,36 – 0,97	0,67	0,36 – 1,25
Au moins une fois par semaine	1,00		1,00		1,00	
Qualité subjective du sommeil						
Plutôt bonne ou très bonne	0,65	0,39 – 1,10	0,61	0,33 – 1,13	1,07	0,50 – 2,30
Plutôt mauvaise ou très mauvaise	1,00		1,00		1,00	
Prise d'une médication pour dormir						
Moins d'une fois par semaine	0,38**	0,26 – 0,56	0,69	0,42 – 1,13	0,55	0,31 – 1,01
Au moins une fois par semaine	1,00		1,00		1,00	
Somnolence diurne						
Moins d'une fois par semaine	0,35**	0,19 – 0,66	0,60	0,26 – 1,39	0,59	0,22 – 1,58
Au moins une fois par semaine	1,00		1,00		1,00	

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des difficultés de sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Âge						
Moins de 75 ans	1,76**	1,20 – 2,58	1,25	0,79 – 1,98	1,41	0,79 – 2,52
75 ans et plus	1,00		1,00		1,00	
Sexe						
Masculin	0,51**	0,34 – 0,77	0,60*	0,37 – 0,99	0,85	0,45 – 1,59
Féminin	1,00		1,00		1,00	
Statut civil						
Marié ou en union libre	0,85	0,58 – 1,25	1,48	0,92 – 2,36	0,57	0,32 – 1,03
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	1,00		1,00		1,00	
Scolarité						
Aucune à secondaire	1,21	0,81 – 1,82	0,60*	0,38 – 0,95	2,04*	1,13 – 3,68
Postsecondaire	1,00		1,00		1,00	
Revenu annuel du ménage						
Moins de 25 000 \$	0,73	0,49 – 1,08	0,95	0,58 – 1,54	0,77	0,42 – 1,41
25 000 \$ et plus	1,00		1,00		1,00	
Efficacité du sommeil						
80 % et plus	0,84	0,84 – 2,03	1,29	0,76 – 2,19	1,02	0,52 – 1,97
Moins de 80 %	1,00		1,00		1,00	

^a Groupe de référence

Note: R^2 0,056 (Cox & Snell), 0,106 (Nagelkerke). Modèle $\chi^2(22)$ 140,56, $p < 0,001$. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Chapitre II

Les cognitions liées au sommeil associées aux troubles anxieux et de l'humeur
chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, on observe une prévalence non négligeable de troubles anxieux et de l'humeur. Au Québec, 12 % des personnes âgées présentent de tels symptômes (Préville et al., 2010). En France, sur un mois donné, la prévalence de la dépression et de l'anxiété varie entre 8 % et 11 % chez les personnes âgées (Bellamy, Roelandt, & Caria, 2004). Les personnes âgées aux prises avec un trouble mental souffrent fréquemment d'insomnie (Carney, Edinger, Manber, Garson, & Segal, 2007; Clark, 2001). À ce propos, on sait que le sommeil des personnes âgées est fréquemment perturbé ou de mauvaise qualité. Ainsi, que ce soit aux États-Unis (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Roepke & Ancoli-Israel, 2010) ou au Québec (Béland et al., 2010), une personne âgée interrogée sur deux en souffre. C'est plus du tiers des personnes âgées interrogées au Brésil (Rocha et al., 2002).

Parmi les facteurs de maintien reconnus des difficultés de sommeil, on compte les croyances et les attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil. Elles font partie des cognitions problématiques pouvant provoquer une activation neurovégétative et émotionnelle peu propice au sommeil (Edinger et al., 2000; Ellis, Hampson, & Cropley, 2007; Epstein, 1994; Gana & Mezred, 2009; Jansson-Fröjmark & Linton, 2008b; Morin, Blais, & Savard, 2002; Morin, Mimeault, & Gagné, 1999; Willis, Yearall, & Gregory, 2011; Zilli, Ficca, & Salzarulo, 2009). Ces cognitions sont des conceptions erronées à propos des causes et des conséquences de l'insomnie ou des attentes irréalistes à propos

de ce à quoi une nuit doit ressembler (Morin & Espie, 2003). Elles sont reliées aux difficultés de sommeil (Arigo, Kloss, Kniele, & Gilrain, 2007; Edinger et al., 2000; Jansson-Fröjmark & Linton, 2008a, 2008b; Jansson-Fröjmark, Lundquist, Lundquist, & Linton, 2010; Kloss, Tweedy, & Gilrain, 2004; Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993) et elle s'inscrivent dans un cercle vicieux comprenant les difficultés de sommeil, la détresse émotionnelle et se tracasser à l'idée d'avoir de la difficulté à dormir (Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993, Morin, Mimeault, & Gagné, 1999). En effet, la personne qui souffre d'insomnie réagit aux stimuli cognitifs par une excitation intellectuelle qui repousse l'endormissement et qui peut même conditionner une réponse d'éveil chez le dormeur (Beaulieu, 2006). Une diminution de ces croyances problématiques est d'ailleurs associée à une amélioration de l'efficacité et de la qualité du sommeil (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001; Jansson-Fröjmark & Linton, 2008b; Morin et al., 2002). Les attitudes reliées au sommeil comprennent également les pensées trop nombreuses au coucher qui nuisent au sommeil des personnes âgées (Carney & Edinger, 2006; Rumble et al., 2010); ces pensées envahissantes dont il est difficile de déconnecter constituent une activité mentale intrusive (Harvey, 2002). Aussi, la tentative de les contrôler apporte l'effet contraire et retarde le sommeil (Wicklow & Espie, 2000). Chez plusieurs personnes âgées, le fait de se tracasser à ce sujet a également été relié à l'insomnie (Rumble et al., 2010). Les difficultés de sommeil sont aussi associées aux nombreux tracas chez les plus âgés (Bush et al., 2012; Hall et al., 2008; Morin et al., 1993; Willis et al., 2011). Les tracas se rapportent à des conditions et à des expériences importantes et nuisibles de la vie

quotidienne qui menacent le bien-être de l'individu (Lazarus, 1984); ils concernent de nombreux domaines dont la santé, les proches, les finances, la sécurité personnelle ou simplement le quotidien (Bush et al., 2012; Dregan & Armstrong, 2009; Gana & Mezred, 2009; Hall et al., 2008; Hunt, Wisocki, & Yanko, 2003; Lindsay et al., 2006; Scheidt, 1986; Wetherell, Le Roux, & Gatz, 2003; Wisocki, 1988). Les inquiétudes, le fait de se tracasser, réfèrent à un enchaînement difficilement contrôlable de pensées et d'images à tonalité émotionnelle négative (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DuPree, 1983). Se tracasser est lié à une dérégulation émotionnelle (Gould & Edelstein, 2010) qui diminue l'efficacité du sommeil tout en augmentant les réveils et la latence d'endormissement (Hall et al., 2008). Chez certaines personnes âgées, l'insomnie serait plus spécifiquement reliée aux tracas concernant le sommeil que ceux concernant d'autres domaines (Omvik et al., 2008). Les femmes âgées en rapportent plus que les hommes âgés (Crittendon & Hopko, 2006) et les plus âgés davantage que les plus jeunes (Dregan & Armstrong, 2009; Gould & Edelstein, 2010; Hopko et al., 2003; Hunt, Wisocki, & Yanko, 2003; Lindsay et al., 2006; Powers, Wisocki, & Whitbourne, 1992; Wisocki, 1988).

Les croyances dysfonctionnelles concernant le sommeil ont été reliées à l'anxiété (Edinger et al., 2000; Jansson-Fröjmark & Linton, 2008a) ainsi qu'à la dépression (Edinger et al., 2000; Jansson-Fröjmark et al., 2010). Les attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil comme le fait de trop penser ou de se tracasser, qui ont été associées aux difficultés de sommeil (Morin et al., 1993; Morin, Vallières, & Ivers, 2007), ont été

également reliées à l'anxiété chez les personnes âgées (Hopko et al., 2003; Lindsay et al., 2006; Nuevo, Wetherell, Montorio, Ruiz, & Cabrera, 2009; Wetherell et al., 2003; Wisocki, 1988) et à la dépression (Jeon, Dunkle, & Roberts, 2006; Lindsay et al., 2006; Nuevo et al., 2009; Wetherell et al., 2003). Le fait de ruminer ses pensées et de se tracasser est considéré comme partie prenante d'une seule variable appelée « pensée répétitive », reliée aux troubles anxieux et de l'humeur chez une population adulte (Seegerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000). Une étude concernant cette fois les personnes âgées a plutôt noté que ces deux processus étaient plutôt distincts l'un de l'autre (D'Hudson & Saling, 2010), mais ils ne concernaient pas le sommeil spécifiquement. Ainsi, des vérifications impliquant une clientèle âgée et les cognitions directement liées au sommeil apparaissent pertinentes, dans l'étude de ce deux catégories de troubles mentaux pour apporter des spécifications intéressantes tant pour la détection que pour l'intervention.

L'objectif visé par la présente étude est de déterminer quelles sont les cognitions inadaptées liées au sommeil le plus fréquemment entretenues par les personnes âgées, et ce, en fonction de la présence ou de l'absence de troubles anxieux et de l'humeur. La présence des croyances et attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil au coucher sera ainsi comparée entre les personnes âgées asymptomatiques, dépressives et anxieuses. Il s'agit de vérifier les liens entre ces variables et la présence d'un trouble anxieux ou de l'humeur. La présente étude vise ainsi à préciser les données existantes sur un plus large échantillon, avec une population âgée de plus de 65 ans, en vérifiant individuellement

les croyances et les attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil. Les études antérieures concernent des groupes plus restreints ou une clientèle adulte et les croyances sont regroupées en domaines plus globaux ou découpées selon leurs conséquences à court ou long termes. Les attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil ont aussi été étudiées chez des échantillons plus petits ou plus âgés (plus de 85 ans), le plus souvent en examinant les scores totaux de tracas ou les domaines de tracas les plus fréquents, toutefois non reliés au sommeil. Les précisions obtenues permettront de bonifier les processus de détection, d'évaluation et d'intervention lors de troubles anxieux ou de l'humeur, en appuyant le lien plus direct entre chacune des cognitions dysfonctionnelles et les deux catégories de troubles mentaux et non plus uniquement aux difficultés de sommeil.

Méthode

Participants

Une stratégie d'échantillonnage basée sur la situation géographique et générée aléatoirement à partir de numéros de téléphone a été utilisée afin de recruter les participants (N = 2759) de la présente étude. Les réponses obtenues ont découlé d'entrevues à domicile avec des professionnels de la santé d'une durée de 90 minutes. Ces professionnels de la santé ont profité auparavant d'une formation de deux jours sur ce questionnaire assisté par ordinateur qui est similaire au Diagnostic Interview Schedule, dont on a démontré la validité et la fiabilité (Robins, Heizer, Croughan, & Rathcliff, 1981) et qui a été adapté pour les personnes âgées (Adam, 2013; Prévillle et al., 2010). L'entrevue comprenait également des items sur les données

sociodémographiques et sur le sommeil, ces derniers ont été adaptés en français et proviennent du Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989). Quelques questions vérifiaient les comportements et les cognitions liés au sommeil et ces items proviennent de l'Échelle de croyances et d'attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil de Morin, Vallières et Ivers (2007). Le but de l'étude a été expliqué aux participants qui ont ensuite signé un formulaire de consentement et reçu une compensation financière (30 \$). Les participants ayant obtenu un score inférieur à 22 au test Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ont été exclus de l'échantillon. Les participants vivaient dans 16 régions du Québec, ils étaient tous âgés d'au moins 65 ans et leur âge moyen était de 73,8 ans. Les femmes représentaient 59,0 % des participants et 58,1 % des aînés avaient moins de 75 ans. Près de 54 % rapportaient être sans conjoint et plus de 35 % avaient un niveau de scolarité postsecondaire. Le revenu annuel du ménage de près de la moitié des participants était inférieur à 25 000 \$. Enfin, l'efficacité du sommeil, c'est-à-dire le ratio du temps passé endormi sur le temps passé au lit, s'est révélée supérieure à 80 % chez 71,6 % des personnes âgées ayant été retenues pour l'étude. Elle a été évaluée selon l'heure du coucher, le temps pris pour s'endormir, le nombre et la durée des réveils, etc. et calculée selon le temps total de sommeil divisé par le temps passé au lit x 100.

Variables

Les variables à l'étude sont les croyances et les attitudes dysfonctionnelles concernant le sommeil. Les premières réfèrent aux énoncés suivants : « J'ai besoin de

huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain », « Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir », « Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer de faire des efforts », « Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil » et « Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer ». Les réponses possibles étaient *Pas du tout d'accord*, *Un peu d'accord*, *Moyennement d'accord*, *Très d'accord* et *Tout à fait d'accord*. Pour les fins d'analyses statistiques, ces réponses ont ensuite été divisées en deux catégories, soit *Pas du tout*, *un peu d'accord* ou *Moyennement*, *très ou tout à fait d'accord*. Les attitudes dysfonctionnelles ont aussi été relevées : « Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracas en tête », « Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête » et « Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir ». Les réponses possibles étaient *Pas du tout*, *Un peu*, *Moyennement*, *Beaucoup* et *Extrêmement*. Ces réponses ont été divisées en deux catégories, soit *Pas du tout ou un peu* et *Moyennement, beaucoup ou extrêmement*. Les covariables à l'étude sont le sexe, l'âge (plus ou moins 75 ans), la situation maritale (en couple ou non), le revenu annuel du ménage (plus ou moins 25 000 \$), la scolarité (postsecondaire ou non) et l'efficacité du sommeil (évaluée à plus de 80 % ou non). En ce qui a trait aux troubles anxieux et de l'humeur, les participants ont été séparés en trois groupes sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV-TR. Les 161 participants faisant partie du groupe des dépressifs présentaient une dépression majeure, une dépression mineure ou une manie. Les 103 participants faisant partie du groupe des anxieux répondaient aux critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif, du

trouble d'anxiété généralisée, du trouble panique, ou des phobies spécifique et sociale. Les 2495 participants du groupe des asymptomatiques ne souffraient d'aucun trouble de l'humeur ou anxieux. Les 28 participants présentant à la fois un trouble anxieux et de l'humeur ont été exclus vu leur trop petit nombre.

Analyses statistiques

En premier lieu, des analyses de chi-carrés incluant la totalité des variables et des covariables ont été menées afin d'obtenir un portrait global des trois groupes à l'étude, puis d'évaluer la présence de différences entre eux. Une analyse de régression multinomiale a par la suite été effectuée avec l'ensemble des variables et des covariables. Ensuite, un modèle entièrement ajusté a été utilisé afin d'évaluer le risque distinct de souffrir d'un trouble anxieux ou de l'humeur selon les cognitions liées au sommeil adoptées ou non. Ainsi, l'analyse statistique permet de tenir compte de la contribution des autres variables investiguées et de déterminer les associations significatives distinctes. Les analyses statistiques ont été menées sous PASW Statistics 18.0 et le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Les statistiques descriptives en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur sont présentées dans le Tableau 1 qui indique la prévalence des cognitions liées au sommeil. Concernant les croyances, les personnes âgées anxieuses adoptent davantage la croyance *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit*

et continuer à faire des efforts que celles qui sont dépressives ou asymptomatiques. Cette croyance est d'ailleurs la plus significative pour démarquer les trois groupes de participants. En effet, les personnes âgées aux prises avec un trouble anxieux se démarquent en l'adoptant davantage (44,7 %) que celles aux prises avec un trouble de l'humeur (26,1 %) ou celles sans trouble mental (27,9 %). Les personnes âgées dépressives n'entretiennent pas plus de croyances dysfonctionnelles que les personnes âgées anxieuses. La croyance *J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain* est de loin la plus populaire des croyances, suivie de *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil*. Ces deux dernières croyances sont partagées de façon équivalente par tous les groupes, ce qui inclut les personnes âgées ne souffrant d'aucun trouble mental. Enfin, les aînés qui souffrent d'anxiété ou de dépression sont d'accord avec *Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer* dans des proportions plus élevées que les personnes âgées asymptomatiques, mais il s'agit de la croyance problématique la moins fréquente.

Au sujet des trois attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil, lorsqu'on calcule le taux moyen de personnes âgées sans trouble mental qui rapportent ces attitudes, on constate que moins du tiers des personnes de ce groupe les adoptent. Plus spécifiquement cependant, l'attitude dysfonctionnelle *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête* est la plus fréquente chez les personnes âgées asymptomatiques. Cette même attitude (*Le soir, avant de se coucher, avoir de*

nombreuses pensées en tête) est la plus fréquente des trois et elle survient chez 72 % des personnes âgées avec un trouble mental. Enfin, les personnes anxieuses ont plus fréquemment l'attitude *Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir* que les personnes asymptomatiques. Pour ce qui est de *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracas en tête*, c'est plus de la moitié des personnes dépressives qui adoptent cette attitude, comparées à près du quart seulement des personnes asymptomatiques ou anxieuses. Enfin, le pourcentage d'exactitude de classification se situe à 90,5 %. Aussi, aucun problème de multicolinéarité n'a été trouvé puisque les statistiques de tolérance obtenues sont toutes plus élevées que 0,20.

Les résultats de l'analyse de régression (Tableau 2) révèlent que les probabilités de souffrir d'anxiété sont plus élevées si on entretient la croyance *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer à faire des efforts* et qu'on se tracasse à l'idée de dormir au coucher. De plus, être en *désaccord* avec la croyance *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* est relié au risque de souffrir d'un trouble anxieux. En fait, entretenir cette croyance est associé au risque d'être *dépressif* plutôt qu'anxieux. Entretenir de nombreux tracas au coucher est associé à la probabilité de souffrir des deux catégories de troubles mentaux, mais ne pas adopter cette attitude dysfonctionnelle est associé à la probabilité d'être *dépressif* plutôt qu'anxieux. Enfin, les nombreuses pensées au coucher sont associées au risque de souffrir d'un trouble de l'humeur.

Discussion

Le premier objectif visé par cette recherche était de déterminer les cognitions liées au sommeil avec lesquelles les personnes âgées sont le plus souvent aux prises, et ce, en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble mental. Les croyances dysfonctionnelles et les attitudes qui concernent le sommeil ont été reliées aux difficultés de sommeil chez les personnes âgées (Arigo et al., 2007; Edinger et al., 2000; Kloss et al., 2004) et on sait maintenant que pour plus de la moitié des cognitions dysfonctionnelles, les personnes âgées aux prises avec un trouble mental les adoptent dans une proportion plus élevée que celles qui sont asymptomatiques.

Le second objectif était de vérifier les relations entre les diverses cognitions dysfonctionnelles et les troubles mentaux. Rarement les études sur les croyances des personnes âgées ont analysé les associations impliquant ces cognitions; l'aspect prédictif des croyances et des attitudes dysfonctionnelles liées au sommeil sur les troubles mentaux n'a pas encore, à notre connaissance, été évalué pour chacune d'entre elles. Le plus souvent, lorsque l'analyse des différentes croyances et attitudes est mise de l'avant, il s'agit de vérifier la cohérence interne ou la validité d'un instrument en tant que tel.

La principale constatation à propos du second objectif est que plusieurs des cognitions à l'étude qui sont significativement plus présentes chez l'un ou l'autre des deux groupes aux prises avec un trouble mental ne possèdent pas une relation significative avec un trouble mental. Une fois qu'on a contrôlé les autres variables, les

variables à l'étude qui affichent des résultats significatifs peuvent alors être considérées comme des facteurs de prédiction quant à la présence d'un trouble anxieux ou de l'humeur. On connaissait le rôle des croyances dysfonctionnelles liées au sommeil sur les difficultés de sommeil : elles y jouent un rôle central. On sait dorénavant que deux d'entre elles sont plus directement associées à une probabilité plus (ou moins) élevée d'être anxieux ou dépressif.

La croyance *J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain* n'a pas été reliée à un trouble mental en particulier : les personnes âgées anxieuses ou dépressives ne sont pas plus nombreuses à entretenir cette cognition que les personnes âgées asymptotiques et elle n'est pas associée au risque de souffrir d'un trouble anxieux ou de l'humeur. L'absence de lien avec un trouble mental en particulier pourrait s'expliquer par la popularité de cette croyance auprès de la population âgée qui fait qu'elle est adoptée indifféremment par les personnes âgées asymptotiques, dépressives ou anxieuses. On serait aussi tenté de croire qu'elle est reliée à certains changements développementaux qui affectent les personnes âgées plutôt qu'à un trouble mental. En effet, on sait qu'avec l'âge qui avance, le sommeil se modifie et devient moins efficace, plus léger, moins profond, plus fragmenté. Le temps passé au lit tend alors à augmenter sans que le nombre d'heures effectivement dormies changent outre mesure (Beck-Little, 2000; Royant-Parola, 2008). Ainsi, les modifications du sommeil peuvent venir appuyer l'adoption d'une telle croyance par les personnes âgées des trois groupes.

La croyance *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer à faire des efforts* est particulière aux anxieux qui sont près de deux fois plus nombreux à entretenir cette cognition. Elle est également associée à la probabilité de souffrir d'un trouble anxieux. En fait, l'anxiété est attachée la recherche d'un sentiment de pouvoir et de contrôle des pensées et d'un état d'éveil consécutif à une excitation intellectuelle dans le cas présent. La croyance laisse présager que les comportements sont modifiés suite aux difficultés à s'endormir et à la menace potentielle de manquer de sommeil; l'action consiste à faire des efforts pour y remédier. On dénote un désir de compenser ce manque par une action spécifique qui semble proactive, c'est-à-dire faire des efforts pour dormir afin de minimiser les conséquences désastreuses pressenties par les anxieux.

La croyance *Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer* n'est pas associée à la probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur (ni anxieux). Pourtant, l'utilisation du terme « tenter » marque l'impuissance et l'inefficacité, le peu d'espoir attaché au succès de l'effort de demeurer au lit et peut être sentée pour une personne dépressive. La dépression est attachée à un sentiment de culpabilité et à une impression d'un déficit des capacités. Les comportements concernent une situation passée et, dans le cas présent, il s'agit de la nuit qui vient de se terminer. Le fait de demeurer au lit est conforme aux changements du sommeil souvent observés chez les personnes souffrant de dépression, chez qui le repli sur soi et la perte d'intérêt sont fréquents. Cette croyance n'étant pas un facteur de prédiction pour les troubles

mentaux, on peut alors penser que cette croyance est plus fréquente et plausible avec l'âge qui avance; l'âge de la retraite venu, l'option de demeurer au lit le matin et tenter de récupérer d'une mauvaise nuit est disponible. La retraite fait en sorte que les contraintes habituelles et les responsabilités sont possiblement modifiées, rendant ce comportement possible et moins anxigène ou déprimant.

La croyance *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* affiche ses taux les plus élevés chez les personnes âgées souffrant de dépression et la croyance est associée au risque de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur (plutôt qu'anxieux). De fait, être en *désaccord* avec la croyance *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* est associé à la probabilité de souffrir d'anxiété. Cette cognition a une teinte d'affectivité négative qui fait qu'on tend à l'associer aux troubles de l'humeur; l'acceptation d'une perte de contrôle sur le sommeil sous-entendue dans cette cognition n'est pas commune, ou n'a pas de sens, chez les anxieux; la perception de vulnérabilité est un enjeu important chez les anxieux (Myall et al., 2009). Il s'agit de la seule croyance associée à la probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur, malgré qu'un relevé de la littérature nous amenait à penser que davantage de croyances dysfonctionnelles seraient reliées au risque de dépression (Edinger et al., 2000; Jansson-Fröjmark, & Linton, 2008a; Jansson-Fröjmark et al., 2010). Certaines croyances avaient été reliées au développement du sentiment d'impuissance impliqué dans la dépression (Belleville, Bélanger, & Morin, 2003; McCrae & Lichstein, 2001; Morin et al., 1993) et à la détresse émotionnelle (Morin et al., 2002). À ce propos, on sait qu'un style cognitif

négatif (comme le névrotisme) est relié à la dépression (Steunenberg, Braam, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2009) et on peut présumer que les croyances agissent comme un filtre par rapport aux renseignements qui sont perçus, favorisant davantage l'accès aux données à tonalité négative, phénomène connu lors d'une dépression. En plus du processus de filtration de la part des croyances, on sait que le vieillissement s'accompagne fréquemment d'un affaiblissement du réseau social, avec les conséquences attendues sur la qualité du soutien associé, mais également sur la perte des pairs contre lesquels les cognitions dysfonctionnelles ne sont plus mises à l'épreuve et possiblement infirmées (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Toujours au plan social, les changements qui surviennent avec l'âge favorisent l'émergence d'une symptomatologie dépressive. On constate en effet la survenue d'une diminution du réseau social (Mosolov, 2012), des rôles sociaux et des activités orientées vers un but (Myall et al., 2009) et ces facteurs peuvent favoriser l'installation ou l'exacerbation d'une condition dépressive. Le soutien social est en effet un élément important dans la prévention ou la résolution d'une telle symptomatologie. Au plan personnel, l'absence d'un sentiment de cohérence ou d'une attitude positive jouent aussi un rôle important (Myall et al., 2009) car ces ressources existentielles, lorsqu'elles sont présentes, tendent à prémunir les personnes âgées de la dépression et favorisent leur bien-être. Elles jouent le rôle de filtre, positif cette fois, qui aide à prémunir les personnes âgées contre la perception d'être vulnérables ou impuissantes (Myall et al., 2009).

Enfin, la croyance *Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir* figure parmi les moins populaires des croyances. Elle n'est pas associée au risque de souffrir d'un trouble anxieux ou de l'humeur. Sans comparaisons en bonne et due forme, on ne peut conclure que cette croyance soit reliée aux changements développementaux rapportés dans la littérature puisque l'échantillon ne comporte pas d'adultes de moins de 65 ans pour vérifier si ces particularités du sommeil sont spécifiques au groupe de personnes âgées de plus de 65 ans. Advenant le cas, être fatigué et se coucher plus tôt serait alors lié au phénomène physiologique associé à ces changements développementaux et, aussi, à la croyance *Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir*. Les personnes âgées agissent en conformité avec les changements qui peuvent survenir avec l'âge, dont les rythmes circadiens bouleversés et la phase de sommeil devancée. Les personnes âgées se couchent alors plus tôt car le besoin de sommeil se manifeste plus tôt en soirée et non à cause d'une symptomatologie dépressive (Duffy et al., 2002). La faible popularité de cette croyance peut aussi être reliée au fait que les personnes âgées possèdent un bagage cognitif bâti au fil du temps et cette expérience de plusieurs années d'analyse de problèmes et de situations peut être mise à contribution contre les distorsions cognitives (Satre, Knight, & David, 2006).

À propos des attitudes dysfonctionnelles au coucher, une plus grande proportion de personnes âgées souffrant d'un trouble mental en rapporte, comparativement à celles qui sont asymptomatiques. Ainsi, *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracas en tête* est associé à une probabilité plus élevée de souffrir de troubles anxieux et de

l'humeur. Les tracas ne sont pas plus fréquents chez les personnes âgées souffrant de troubles anxieux, malgré qu'ils possèdent une connotation anxieuse. Les anxieux ont tendance à entretenir des tracas excessifs et à adopter des rituels dans lesquels ils se récapitulent leur journée et font des bilans au coucher. Ces comportements sont possiblement suffisamment routiniers pour qu'ils ne soient pas considérés comme « des tracas » en tant que tel. Ils sont souvent rapportés comme associés à un besoin de « s'améliorer » via la révision de ce qui s'est (mal) passé durant la journée, un passage obligé qui procure un certain sentiment de contrôle. Comme on sait que les personnes souffrant de dépression ont une perspective souvent pessimiste, la différenciation des thèmes des tracas peut permettre une meilleure distinction entre les troubles anxieux et de l'humeur. Les nombreuses pensées, représentées par *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête*, sont reliées uniquement à la probabilité de souffrir de troubles de l'humeur. Elles peuvent être reliées aux difficultés des personnes âgées aux prises avec une dépression à prendre des décisions et au fait qu'ils doivent ressasser leurs pensées davantage pour y parvenir. Concernant *Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir*, les personnes âgées aux prises avec l'anxiété sont effectivement plus nombreuses à se tracasser à ce sujet au coucher et un lien existe également quant à la probabilité d'avoir un trouble anxieux. On sait que les tracas spécifiques au sommeil ont été trouvés plus fréquents chez les personnes âgées anxieuses aux prises avec des difficultés de sommeil (Gendron, Blais, & Morin, 1998; Harvey, 2001; Harvey & Greenall, 2003; MacLeod, 2000; Zwi, Shawe-Taylor, & Murray, 2005). En effet, cette cognition possède une connotation anxieuse en lien avec les tracas excessifs habituels

chez les personnes aux prises avec un trouble anxieux. Elle dénote un sentiment de perte de contrôle sur un élément important de la vie : le sommeil. Il s'agit d'une menace potentielle tangible : manquer de sommeil ou ne pas parvenir à trouver le sommeil et concerne un événement futur. En fait, cette cognition concernant la crainte de perte de sommeil et de ses conséquences mènerait à une activation propice à favoriser un état anxieux (Harvey, 2002). Cette activation cognitive et émotionnelle aurait été peu étudiée dans sa relation avec l'insomnie chez les personnes âgées (Willis et al., 2011), quoiqu'on sache que l'insomnie et le fait de se tracasser au sujet du sommeil entretiennent ensemble un cercle vicieux (Jansson & Linton, 2006).

En résumé, la probabilité de souffrir de troubles de l'humeur est reliée aux nombreux tracas et pensées au coucher et celle de souffrir de troubles anxieux est associée aux nombreux tracas au coucher et aux tracas concernant l'idée de dormir. Ainsi, les présents résultats tendent à démontrer un lien entre les nombreuses pensées au coucher et les troubles de l'humeur, tandis que les tracas au coucher favorisent l'appartenance aux deux groupes, avec une certaine affinité avec les troubles anxieux. En fait, en ce qui concerne les nombreuses pensées et les tracas entretenus au coucher, certaines études sont parvenues à la conclusion qu'ils étaient tous deux fortement liés à l'insomnie (Harvey & Greenall, 2003; Rumble et al., 2010). Des chercheurs ont tenté également de découvrir les liens entre l'adoption de certaines croyances dysfonctionnelles liées au sommeil et les attitudes au coucher (pensées ou tracas) qui surviennent lorsque les attentes liées aux croyances ne sont pas remplies (Neikrug, 1998). L'intervention sur les

croyances dysfonctionnelles est associée à de bons résultats contre les difficultés de sommeil (Morin et al., 2002), qui sont fréquentes lorsqu'on est aux prises avec les troubles anxieux et de l'humeur (Carney et al., 2007; Clark, 2001). On constate dorénavant un lien direct entre les cognitions liées au sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur. Aussi, la tendance constatée dans plusieurs études sur les deux types de troubles mentaux à fusionner les pensées ruminées au coucher et les tracasseries en un seul facteur central partageant les mêmes processus sous-jacents et ne différant qu'au niveau du contenu (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011; Watkins, Mould, & Mackintosh, 2005) n'est pas appuyée par nos résultats, puisqu'ils se distinguent quant à leur aspect prédictif des troubles mentaux. Ainsi, il apparaît que de considérer les ruminations et les tracasseries comme une seule entité, qui avait été trouvée pertinente chez une population adulte (Seegerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000), n'est pas appuyé par les présents résultats et va dans le sens de l'étude de D'Hudson et Saling (2010), avec la spécificité concernant le sommeil comme nouvelle information à cet effet.

Les résultats de la présente étude comportent quelques implications cliniques. D'abord, sachant dorénavant que plusieurs cognitions dysfonctionnelles se manifestent davantage chez les personnes âgées souffrant d'un trouble mental, les croyances et attitudes dysfonctionnelles devraient faire l'objet d'une évaluation lors des interventions concernant le sommeil (Carney et al., 2007; Edinger et al., 2001; Jansson-Fröjmark & Linton, 2008a; Jansson-Fröjmark et al., 2010; Morin et al., 2002). Plus concrètement, les professionnels de la santé qui notent que les personnes âgées rapportent de nombreuses

pensées ou des tracasseries au coucher, incluant ceux concernant le sommeil, ont davantage à savoir que ces cognitions entretiennent des relations avec une ou les deux catégories de troubles mentaux. Alors, ils peuvent aller investiguer plus longuement sur la présence de ces troubles. Des instruments sont prévus à cet effet, advenant un contexte qui permet une recherche plus poussée, dont le Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983). La connaissance des 14 items de cet instrument lors des évaluations facilite la détection dans un délai plus court que l'utilisation des autres instruments usuels, plus longs, tels que les Échelles de dépression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ou d'anxiété de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), qui comportent toutes deux 21 questions. Il est également préférable d'utiliser ce qu'on sait des cognitions inadaptées et de leur impact sur l'état mental pour améliorer l'efficacité des interventions et d'offrir une psychoéducation spécifique et adéquate (Edinger et al., 2001; Jansson-Fröjmark et al., 2010). À ce propos, on sait que le fait de rejeter la croyance *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* peut faire l'objet d'une clarification et d'une psychoéducation quant à certains changements développementaux pouvant modifier le sommeil. Cette nouvelle information peut avoir un impact sur la relation avec les troubles anxieux. Elle peut aider les personnes âgées à départager les conséquences attendues normales associées aux changements développementaux des appréhensions nées des croyances dysfonctionnelles liées au sommeil (Fiorentino & Martin, 2010; Fragoso & Gill, 2007; Galea, 2008; Gauriau, Raffray, Choudat, Corman, & Léger, 2007; Kamel & Gammack, 2006; Martin, Shochat, & Ancoli-Israel, 2000; Moller, Barbera, Kayumov, & Shapiro, 2004; Reid et al., 2010). En effet, une meilleure

connaissance des facteurs cognitifs de l'insomnie permet d'améliorer les thérapies psychologiques (Willis et al., 2011) en visant à remplacer les fausses croyances, les attentes irréalistes ou les mauvaises attributions des causes et conséquences de l'insomnie (Beaulieu, 2006; Lee-Chiong & Lee-Chiong, 2008). Ainsi, une intervention de l'approche cognitivo-comportementale consiste en la révision des croyances et des attitudes concernant le sommeil. Des diminutions de difficultés du sommeil ont été associées à une réduction des croyances erronées envers le contrôle du sommeil et les conséquences des mauvaises nuits et ces cognitions tendent à entraîner une anxiété de performance pour dormir (Tremblay, 2008). Il s'agit en fait de garder des attentes réalistes au sujet du sommeil, en évitant la comparaison et en se centrant sur ses besoins personnels propres. Cette recommandation est en relation avec la croyance *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* qui s'est révélée associée aux troubles anxieux lorsque les personnes âgées étaient en désaccord avec cette affirmation, comme on l'a vu précédemment. Deux autres croyances vont dans le sens des attentes au sujet du sommeil mais elles ne se sont pas avérées en relation significative avec un trouble mental en particulier, il s'agit de la croyance *J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et bien fonctionner le lendemain* et *Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir* (Beaulieu, 2006). Aussi la restructuration cognitive de la croyance *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer de faire des efforts* favorise de reconsidérer l'efficacité de cette pratique, l'exploration d'autres attitudes à adopter en cas d'insomnie et de moyens de prévention pour s'assurer d'aller dormir quand l'envie de dormir est présente, par exemple (Edinger et al., 2001; Jansson-

Fröjmark et al., 2010). Certains recommandent de relativiser et de dédramatiser les effets des mauvaises nuits et ainsi éviter d'affecter l'humeur et le fonctionnement quotidien du lendemain. Cette recommandation est en relation avec la croyance *Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer* qui n'a toutefois pas démontré de relation avec l'un ou l'autre des deux catégories de troubles mentaux. Aussi, il faut se rappeler que tout effort de dormir tend à favoriser un état d'activation impropre au sommeil. Enfin, il s'agit de mettre en perspective sa propre situation en évitant de faire porter le blâme de tous désagréments ou inconforts aux difficultés de sommeil (Beaulieu, 2006). Finalement, les personnes anxieuses ou dépressives ont aussi intérêt à pratiquer, au coucher, la respiration profonde tout en mettant toute leur attention aux sensations associées à leur respiration. Cela favorise la diminution de l'énergie mentale pour les pensées et les tracas divers, qui ont tous deux été associés aux deux catégories de troubles mentaux. En prévention, le fait de placer à l'agenda une période dédiée à la résolution de problèmes est aussi efficace pour contrer la tendance à se tracasser au coucher, aussi en relation avec les deux catégories de troubles.

Sachant que les personnes âgées retiennent plus facilement les renseignements avec une tonalité affective en comparaison aux renseignements plus neutres (Carstensen & Turk-Charles, 1994) et plus facilement le matériel positif que le négatif (Mather & Carstensen, 2005), le choix des interventions et le ton à donner aux recommandations sont à déterminer avec soin par les professionnels de la santé consultés. On sait

également que la sphère cognitive se modifie quant à la vitesse de traitement de l'information (Salthouse, 1996) et la capacité de la mémoire, plus spécifiquement concernant le rappel des noms et les nouveaux apprentissages (Satre et al., 2006). À cet effet, que ce soit en cours de psychothérapie ou lors des rencontres médicales périodiques, les professionnels de la santé ont avantage à favoriser les répétitions, les sommaires et la mise en évidence des points clés partagés avec la clientèle âgée lorsque des recommandations sont suggérées, ce qui tient compte de l'état de la sphère cognitive pour optimiser les modifications des cognitions et croyances erronées (Satre et al., 2006).

Peu d'études ont exploré les différentes cognitions liées au sommeil dans la relation qu'elles ont avec les troubles mentaux et ces quelques études ont procédé via des échantillons restreints et cliniques ou ont regroupé les différentes cognitions par domaines ou en calculant leurs scores totaux. La présente étude se démarque positivement des autres en raison de sa grande taille échantillonnale globale et de sa composition à partir du hasard. Les caractéristiques de cet échantillon sont comparables à celles de la population générale, quoique limitées à la population âgée du Québec. Aussi, aucun groupe n'est sous-représenté dans la présente étude (qu'il s'agisse des hommes ou des personnes de plus de 75 ans). Dans la présente étude, 41 % des participants sont des hommes, ce qui est une proportion intéressante et diffère de nombreuses études ne comprenant que des femmes ou un plus haut pourcentage de femmes (67,2 % en moyenne selon une méta-analyse) (Heo, Papademetriou, & Meyers,

2009). Enfin, étant donné le nombre important d'années impliquées dans la cohorte des 65 à 90 ans, les deux groupes de personnes âgées ont été créés pour différencier les jeunes des plus âgées (jeunes-vieux; vieux-vieux), ce qui va dans le sens de notre relevé de la littérature à ce propos (Crittendon & Hopko, 2006). Cette étude transversale ne permet toutefois pas d'inférer de lien de causalité aux variables.

Références

- Adam, A.-M. (2013). Difficultés subjectives de sommeil chez les personnes âgées présentant ou non un trouble cognitif sans démence. Thèse de doctorat inédite, Université Laval. Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2013/29698/29698.pdf>
- Arigo, D., Kloss, J. D., Kniele, K., & Gilrain, K. (2007). Beliefs about sleep and perceived sleep quality are associated with quality of life among perimenopausal women. *Behavioral Sleep Medicine, 5*(4), 241-255. doi:10.1080/15402000701557342
- Beaulieu, P. (2006). Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chronique. Thèse de doctorat inédite, Université Val-de-Marne. Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0243099.pdf>
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck-Little, R. (2000). Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults. Thèse de doctorat inédite, University of South Carolina. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304621638/fulltext/PDF/141187BF5774700F0B4/1?accountid=14725>
- Béland, S.-G., Préville, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P., ... Moride, Y. (2010). Benzodiazepine use and quality of sleep in the community-dwelling elderly population. *Aging and Mental Health, 14*(7), 843-850. doi:10.1080/13607861003781833
- Bellamy, V., Roelandt, J.-L., & Caria, A. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats, 347*(octobre), 1-12. Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
- Belleville, G., Bélanger, L., & Morin, C. M. (2003). Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. *Santé mentale au Québec, 28*(2), 87-101. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/008618ar>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & Dupree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry : Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 23*(1), 481-482. doi:10.1016/0005-7967(83)90121-3

- Bush, A. L., Armento, M. E. A., Weiss, B. J., Rhoades, H. M., Novy, D. M., Wilson, N. L., ... Stanley, M. A. (2012). The Pittsburgh Sleep Quality Index in older primary care patients with generalized anxiety disorder : Psychometrics and outcomes following cognitive behavioral therapy. *Psychiatry Research*, *199*(1), 24-30. doi:10.1016/j.psychres.2012.03.045
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & , Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, *29*(4), 444-453. Repéré à <http://www.journalsleep.org/Articles/290407.pdf>
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Manber, R., Garson, C., & Segal, Z. V. (2007). Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*(2), 179-188. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.08.006
- Carstensen, L. L., & Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology and Aging*, *9*(2), 259-264. doi: 10.1037/0882-7974.9.2.259
- Clark, D. A. (2001). The persistent problem of negative cognition in anxiety and depression : New perspectives and old controversies. *Behavior Therapy*, *32*(1), 3-12. doi:10.1016/S0005-7894(01)80040-X
- Crittendon, J., & Hopko, D. R. (2006). Assessing worry in older and younger adults : Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(8), 1036–1054. doi:10.1016/j.janxdis.2005.11.006
- D'Hudson, G., & Saling, L. L. (2010) Worry and rumination in older adults: Differentiating the processes. *Aging & Mental Health*, *14*(5), 524-534. doi:10.1080/13607861003713141
- Dregan, A., & Armstrong, D. (2009). Age, cohort and period effects in the prevalence of sleep disturbances among older people : The impact of economic downturn. *Social Science & Medicine*, *69*(10), 1432-1438. doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.041
- Duffy, J. F., Zeitzer, J. M., Rimmer, D. W., Klerman, E. B., Dijk, D. J., & Czeisler, C. A. (2002). Peak of circadian melatonin rhythm occurs later within the sleep of older subjects. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*, *282*(2), E297-303. Repéré à <http://ajpendo.physiology.org>
- Edinger, J. D., Fins, A. I., Glenn, D. M., Sullivan, R. J. Jr, Bastian, L. A., Marsh, G. R., Dailey, D. ... Vasilas, D. (2000). Insomnia and the eye of the beholder : Are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without insomnia complaints? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 586-593. doi:10.1037/0022-006X.68.4.586

- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep* 24(5), 591-599. Repéré à <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-01782-003>
- Ellis, J., Hampson, S. E., & Copley, M. (2007). The role of dysfunctional beliefs and attitudes in late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 81-84. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.06.007
- Epstein, D. R. (1994). A behavioral intervention to enhance the sleep-wake patterns of older adults with insomnia. Thèse de doctorat inédite, University of Arizona. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304085578/fulltextPDF/14118BEE794C994E81/1?accountid=14725>
- Fiorentino, L., & Martin, J. L. (2010). Awake at 4 a.m. : Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1161-1174. doi:10.1002/jclp.20734
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). « Mini-mental state » : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fragoso, C. A. V., & Gill, T. M. (2007). Sleep complaints in community-living older persons : A multifactorial geriatric syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1853-1866. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01399.x
- Galea, M. (2008). Subjective sleep quality in the elderly : Relationship to anxiety, depressed mood, sleep beliefs, quality of life, and hypnotic use. Thèse de doctorat inédite. Repéré à <http://vuir.vu.edu.au/1520/>
- Gana, K., & Mezred, D. (2009). Tracasseries quotidiennes, réminiscence et santé mentale chez l'adulte et la personne âgée : test d'un modèle structural des effets médiateurs de la réminiscence. *Psychologie française*, 54(3), 211-224. doi:10.1016/j.psfr.2009.06.001
- Gauriau, C., Raffray, T., Choudat, D., Corman, B., & Léger, D. (2007). Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. *Presse médicale*, 36(12), 1721-1731. doi:10.1016/j.lpm.2007.07.002
- Gendron, L., Blais, F. C., & Morin, C. M. (1998). Cognitive activity among insomnia patients. *Sleep*, 21(Supp), 130.
- Gould, C. E., & Edelstein, B. A. (2010). Worry, emotion control, and anxiety control in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 759-766. doi:10.1016/j.janxdis.2010.05.009

- Hall, M., Buysse, D. J., Nofzinger, E. A., Reynolds III, C. F., Thompson, W., Mazumdar, S., & Monk, T. H. (2008). Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biological Psychology*, 77(2), 217-222. doi:10.1016/j.biopsycho.2007.10.012
- Harvey, A. G. (2001). I can't sleep, my mind is racing ! An investigation of strategies of thought control in insomnia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, (29), 3-11. doi:10.1017/S1352465801001023
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869-894. doi:10.1016/S0005-7967(01)00061-4
- Harvey, A. G., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 11-23. doi:10.1016/S0005-7916(03)00003-X
- Heo, M., Papademetriou, E., & Meyers, B. S. (2009). Design characteristics that influence attrition in geriatric antidepressant trials : Meta-analysis. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 24(9), 990-1001. doi:10.1002/gps.2211
- Hopko, D. R., Reas, D. L., Beck, J. G., Stanley, M. A., Wetherell, J. L., Novy, D. M., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults : Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 15(2), 173-183. doi:10.1037/1040-3590.15.2.173
- Hunt, S., Wisocki, P., & Yanko, J. (2003). Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 547-560. doi:10.1016/S0887-6185(02)00229-3
- Jansson, M., & Linton, S. J. (2006). The development of insomnia within the first year : A focus on worry. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 501-511. doi:10.1348/135910705X57412
- Jansson-Fröjmark, M., & Linton, S. J. (2008a). The role of psychological mechanisms to insomnia in its early phase : A focus on arousal, distress, and sleep-related beliefs. *Psychology and Health*, 23(6), 691-705. doi:10.1080/14768320701302791
- Jansson-Fröjmark, M., & Linton, S. J. (2008b). The role of sleep-related beliefs to improvement in early cognitive behavioral therapy for insomnia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 5-13. doi:10.1080/16506070801907013
- Jansson-Fröjmark, M., Lundquist, D., Lundquist, N., & Linton, S. J. (2010). How is persistent insomnia maintained? A prospective study on 50-60 years old adults in the general population. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 121-133. doi:10.1348/135910706X173016
- Jeon, H.-S., & Dunkle, R. E., & Roberts, B. L. (2006). Worries of the oldest-old. *Health Social Work*, 31(4), 256-265. doi: 10.1093/hsw/31.4.256

- Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly : Cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine*, 119(6), 463-469. doi:10.1016/j.amjmed.2005.10.051
- Kloss, J. D., Tweedy, K., & Gilrain, K. (2004). Psychological factors associated with sleep disturbance among perimenopausal women. *Behavioral Sleep Medicine*, 2(4), 177-190. doi:10.1207/s15402010bsm0204_1
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 375-389. doi:10.1007/BF00845271
- Lee-Chiong, T., & Lee-Chiong Jr., T. (2008). Insomnia. Dans T. Lee-Chiong Jr (dir.), *Sleep Medicine : Essentials and Review* (pp. 73-132). New York, NY : Oxford.
- Lindesay, J., Baillon, S., Brugha, T., Dennis, M., Stewart, R., Araya, R., & Meltzer, H. (2006). Worry content across the lifespan: an analysis of 16- to 74-year-old participants in the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Psychological Medicine*, (11), 1625-1633. doi:10.1017/S0033291706008439
- MacLeod, M. A. K. (2000). Attitudes and beliefs about insomnia treatment among older adults with chronic insomnia. Thèse de doctorat inédite, Université de Calgary. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304589448/fulltextPDF/141188B00C33D75DE18/1?accountid=14725>
- Magee, J. C., & Carmin, C. N. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 13-19. doi:10.1007/s11920-009-0087-9
- Martin, J., Shochat, T., & Ancoli-Israel, S. (2000). Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 783-805. doi:10.1016/S0272-7358(99)00063-X
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition : The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Science*, 9(10), 496-502. doi:10.1016/j.tics.2005.08.005
- McCrae, C. S., & Lichstein, K. L. (2001). Secondary insomnia : A heuristic model and behavioral approaches to assessment, treatment, and prevention. *Applied and Preventive Psychology*, 10(2), 107-123. Repéré à <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0962184901800093>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. doi:10.1016/j.brat.2010.12.006
- Moller, H. J., Barbera, J., Kayumov, L., & Shapiro, C. M. (2004). Psychiatric aspects of late-life insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 31-45. doi:10.1016/S1087-0792(03)00022-4

- 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. doi:10.1016/S0005-7967(01)00055-9
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia : A clinical guide to assessment and treatment*. (pp. 85-86). New York, NY : Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Morin, C. M., Mimeault, V., & Gagné, A. (1999). Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(2), 103-116. doi:10.1016/S0022-3999(98)00077-4
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, *8*(3), 463-467. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS) : Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, *30*(11), 1547-1554. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Mosolov, S. N. (2012). Current biological hypotheses of recurrent depression. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii Imeni s s Korsakova*, *112*(1, S2), 29-40.
- Myall, B. R., Hine, D. W., Marks, A. D. G., Thorsteinsson, E. B., Brechman-Toussaint, M., & Samuels, C. A. (2009). Assessing individual differences in perceived vulnerability in older adults. *Personality and Individual Differences*, *46*(1), 8-13. doi:10.1016/j.paid.2008.08.015
- Neikrug, S. M. (1998). The value of gerontological knowledge for elders : A study of the relationship between knowledge on aging and worry about the future. *Educational Gerontology*, *24*(3), 287-296. doi:10.1080/0360127980240308
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the older adult : A mini-review. *Gerontology*, *56*(2), 181-189. doi:10.1159/000236900
- Nuevo, R., Wetherell, J. L., Montorio, I., Ruiz, M. A., & Cabrera, I. (2009). Knowledge about aging and worry in older adults : Testing the mediating role of intolerance of uncertainty. *Aging & Mental Health*, *13*(1), 135-141. doi:10.1080/13607860802591088
- Omvik, S., Sivertsen, B., Pallesen, S., Bjorvat, N. B., Havik, O. E., & Nordhus, I. H. (2008). Daytime functioning in older patients suffering from chronic insomnia : Treatment outcome in a randomized controlled trial comparing CBT with Zopiclone. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(5), 623-641. doi:10.1016/j.brat.2008.02.013
- Powers, C., Wisocki, P., & Whitbourne, S. (1992). Age differences and correlates of worrying in young and elderly adults. *Gerontologist*, *32*(1), 82-88. doi:10.1093/geront/32.1.82

- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H. M., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., ... Brassard, J. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie*, *55*(7), 449-457. Repéré à <http://web.ebscohost.com>
- Reid, K. J., Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Medicine*, *11*(9), 934-940. doi:10.1016/j.sleep.2010.04.014
- Robins, L. N., Heizer, J. E., Croughan, J., & Rathcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, *38*(4), 381-389. Repéré à <http://mres.gmu.edu/pmwiki/uploads/Main/C3T2.pdf>
- Rocha, F. L., Uchoa, E., Guerra, H. L., Firmo, J. O. A., Vidigal, P. G., & Lima-Costa, M. F. (2002). Prevalence of sleep complaints and associated factors in community-dwelling older people in Brazil : The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Sleep Medicine*, *3*(3), 231-238. doi:10.1016/S1389-9457(01)00156-3
- Roepke, S. K., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research*, *131*(2), 302-310. Repéré à http://www.livingdementia.com/downloads/newsletters/2011/mar_apr/sleep_disorders_in_elderly.pdf
- Royant-Parola, S. (2008). *Le rôle des synchroniseurs veille-sommeil : ou comment améliorer les troubles du sommeil du sujet âgé*. Repéré à <http://www.has-sante.fr>
- Rumble, M. E., Keefe, F. J., Edinger, J. D., Affleck, G., Marcom, K., & Shaw, H. S. (2010). Contribution of cancer symptoms, dysfunctional sleep related thoughts, and sleep inhibitory behaviors to the insomnia process in breast cancer survivors : A daily process analysis. *Sleep*, *33*(11), 1501-1509. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27960>
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, *103*(3), 403-428. doi:10.1037/0033-295X.103.3.403.
- Satre, D., Knight, B. G., & David, S. (2006). Cognitive behavioral interventions with older adults : Integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology : Research and Practice*, *37*, 489-498. Repéré à <http://escholarship.org>
- Scheidt, R. J. (1986). Daily hassles and profiles of well-being among older residents of small rural towns. *Psychological Reports*, *58*(2), 587-590. doi:10.2466/pr0.1986.58.2.587
- Seegerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., Craske, M. G. (2000). Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(6), 671-688. doi:10.1023/A:1005587311498

- Steunenberg, B., Braam, A. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(12), 1470-1477. doi:10.1002/gps.2291
- Watkins, E., Mould, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy, 43*(12), 1577-1585. doi:10.1016/j.brat.2004.11.008
- Wetherell, J. L., Le Roux, H., & Gatz, M. (2003). DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults : Distinguishing the worried from the well. *Psychology and Aging, 18*(3), 622-627. doi:10.1037/0882-7974.18.3.622
- Wicklow, A., & Espie, A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep : Towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 38*(7), 679-693. doi:10.1016/S0005-7967(99)00136-9
- Wilkes, C. M., Wilson, H. W., Woodard, J. L., & Calamari, J. E. (2013). Do negative affect characteristics and subjective memory concerns increase risk for late life anxiety? *Journal of Anxiety Disorders (sous presse)*. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.008
- Willis, T. A., Yearall, S. M., & Gregory, A. M. (2011). Self-reported sleep quality and cognitive style in older adults. *Cognitive Therapy and Research, 35*(1), 1-10. doi:10.1007/s10608-009-9270-x
- Wisocki, P. A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy, 19*(3), 369-379. doi:10.1016/S0005-7894(88)80009-1
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67* (6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zilli, I., Ficca, G., & Salzarulo, P. (2009). Factors involved in sleep satisfaction in the elderly. *Sleep Medicine, 10*(2), 233-239. doi:10.1016/j.sleep.2008.01.004
- Zwi, R., Shawe-Taylor, M., & Murray, J. (2005). Cognitive processes in the maintenance of insomnia and co-morbid anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(3), 333-342. doi:10.1017/S1352465805002109

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain							
Pas du tout ou un peu d'accord	1113	44,6	60	37,3	43	42,2	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1381	55,4	101	62,7	59	57,8	
Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir							
Pas du tout ou un peu d'accord	1994	80,0	124	77,0	78	75,7	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	499	20,0	37	23,0	25	24,3	
Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer à faire des efforts							**
Pas du tout ou un peu d'accord	1779	72,1	119	73,9	57	55,3	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	689	27,9	42	26,1	46	44,7	
Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil							
Pas du tout ou un peu d'accord	1572	63,3	93	58,1	68	66,7	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	911	36,7	67	41,9	34	33,3	

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer							*
Pas du tout ou un peu d'accord	2141	86,0	129	80,1	82	80,4	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	349	14,0	32	19,9	20	19,6	
Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracés en tête							**
Pas du tout ou un peu	1867	71,8	75	46,6	35	75,0	
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	621	28,2	86	54,3	68	25,0	
Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête							**
Pas du tout ou un peu	1288	51,7	43	26,7	29	28,2	
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	1204	48,3	118	73,3	74	71,8	
Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir							**
Pas du tout ou un peu	2224	89,2	133	82,6	75	72,8	
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	268	10,8	28	17,4	28	27,2	

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Âge							*
Moins de 75 ans	1430	57,3	107	66,5	65	63,7	
75 ans et plus	1064	42,7	54	33,5	37	36,3	
Sexe							**
Masculin	1057	42,4	46	28,6	29	28,4	
Féminin	1438	57,6	115	71,4	73	71,6	
Statut civil							
Marié ou en union libre	1150	46,3	70	44,0	50	49,5	
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	1336	53,7	83	56,0	51	50,5	
Scolarité							
Aucune à secondaire	1618	64,9	108	67,1	58	56,3	
Postsecondaire	876	35,1	53	32,9	45	43,7	
Revenu annuel du ménage							
Moins de 25 000 \$	1229	49,3	77	47,5	51	49,5	
25 000 \$ et plus	1264	50,7	85	52,5	52	50,5	
Efficacité du sommeil							*
80 % et plus	1624	72,5	94	65,3	56	61,5	
Moins de 80 %	617	27,5	50	34,7	35	38,5	

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

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des cognitions liées au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain						0,47 – 1,52
Pas du tout ou un peu d'accord	0,79	0,54 – 1,15	0,93	0,58 – 1,50	0,84	
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1,00		1,00		1,00	
Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir						
Pas du tout ou un peu d'accord	0,81	0,53 – 1,25	1,14	0,66 – 1,97	0,72	0,37 – 1,39
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1,00		1,00		1,00	
Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer à faire des efforts						
Pas du tout ou un peu d'accord	1,33	0,88 – 2,00	0,43**	0,27 – 0,68	3,07**	1,69 – 5,58
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1,00		1,00		1,00	
Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil						
Pas du tout ou un peu d'accord	0,89	0,61 – 1,28	1,76*	1,08 – 2,86	0,50*	0,28 – 0,91
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1,00		1,00		1,00	
Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer						
Pas du tout ou un peu d'accord	0,74	0,47 – 1,17	0,81	0,45 – 1,46	0,91	0,45 – 1,86
Moyennement, très ou tout à fait d'accord	1,00		1,00		1,00	

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des cognitions liées au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracas en tête						
Pas du tout ou un peu	0,49**	0,33 – 0,73	0,21**	0,12 – 0,36	2,34*	1,22 – 4,51
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	1,00		1,00		1,00	
Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête						
Pas du tout ou un peu	0,52**	0,34 – 0,80	1,08	0,62 – 1,89	0,48*	0,24 – 0,96
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	1,00		1,00		1,00	
Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir						
Pas du tout ou un peu	0,83	0,51 – 1,35	0,43**	0,25 – 0,74	1,94	0,96 – 3,92
Moyennement, beaucoup ou extrêmement	1,00		1,00		1,00	
Âge						
Moins de 75 ans	1,61*	1,10 – 2,36	1,13	0,71 – 1,79	1,43	0,80 – 2,55
75 ans et plus	1,00		1,00		1,00	
Sexe						
Masculin	0,54**	0,36 – 0,82	0,65	0,39 – 1,07	0,83	0,45 – 1,57
Féminin	1,00		1,00		1,00	

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des cognitions liées au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Statut civil						
Marié ou en union libre	0,79	0,53 – 1,14	1,20	0,74 – 1,93	0,65	0,36 – 1,18
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	1,00		1,00		1,00	
Scolarité						
Aucune à secondaire	1,26	0,85 – 1,88	0,63	0,39 – 1,01	2,01*	1,11 – 3,64
Postsecondaire	1,00		1,00		1,00	
Revenu annuel du ménage						
Moins de 25 000 \$	0,73	0,49 – 1,08	0,96	0,58 – 1,57	0,76	0,41 – 1,40
25 000 \$ et plus	1,00		1,00		1,00	
Efficacité du sommeil						
80 % et plus	0,97	0,64 – 1,45	1,05	0,62 – 1,77	0,92	0,49 – 1,73
Moins de 80 %	1,00		1,00		1,00	

^a Groupe de référence

Note: R^2 0,066 (Cox & Snell), 0,125 (Nagelkerke). Modèle $\chi^2(28)$ 166,27, $p < 0,001$. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Chapitre III

Les relations entre les comportements liés au sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont nombreuses à rapporter de mauvaises nuits; au moins la moitié des personnes âgées interrogées rapportent des difficultés de sommeil aux États-Unis (Foley et al., 1995; McCall, 2004) et c'est aussi le cas au Québec (Béland et al., 2011). Des proportions moindres sont relevées au Brésil (Blay, Andreoli, & Gastal, 2008). On observe aussi des taux importants de troubles anxieux et de l'humeur chez ce même groupe d'âge. Au Canada, la prévalence à vie chez les personnes âgées est de 10,3 % (Statistique Canada, 2003). En France, autour d'une personne âgée sur dix rapporte l'une de ces deux catégories de troubles au cours du dernier mois (Bellamy, Roelandt, & Caria, 2004).

Comme facteurs de maintien des difficultés de sommeil, on retrouve les comportements liés au sommeil, qui ont également démontré quelques associations avec l'état mental des personnes âgées (Ohayon et al., 2001). Parmi les comportements ayant une incidence sur le sommeil, on compte la sieste, l'habitude de lire et d'écouter la télévision au coucher, la relaxation, la consommation de café et l'exercice physique en soirée.

Ainsi, la sieste peut avoir un impact sur le sommeil. Il s'agit d'une pratique populaire avec l'âge qui avance (Cohen-Mansfield & Jensen, 2005; Ohayon, Zulley,

Guilleminault, Smirne, & Priest, 2001; Park, Matsumoto, Jin Seo, Jeung Kang, & Nagashima, 2002a, 2002b; Stessman, Hammerman-Rozenberg, Maaravi, Azoulai, & Cohen, 2005; Zilli, Ficca, & Salzarulo, 2009). Entre l'âge de 65 ans et 89 ans, le taux de pratique de la sieste passe de 15 % à 50 % et ces taux sont significativement différents chez ceux de moins de 65 ans (Ohayon et al., 2001; Park et al., 2002a). Le nombre de siestes augmente également avec l'âge, passant d'une sieste par jour à plus de quatre en moyenne (Huang et al., 2002; Park et al., 2002b; Zilli et al., 2009). La durée de la sieste devient jusqu'à 2,5 fois plus longue également (Park et al., 2002a, 2002b). Les hommes âgés en font plus que les femmes âgées (Alapin, 2000), qui sont seulement 10,8 % à en faire une quotidiennement (Stone et al., 2009). Les personnes âgées qui se plaignent de leur sommeil ont une fréquence de siestes plus élevée (Gauriau, Raffray, Choudat, Corman, & Léger, 2007; Goldman et al., 2008; Gooneratne et al., 2011; McCrae et al., 2006; Stone et al., 2009). En effet, la sieste, surtout si elle est trop longue et survient en fin d'après-midi, affecte le sommeil qui devient de plus courte durée et de piètre qualité, augmente la latence d'endormissement et favorise les réveils (Beaulieu, 2006; Bloom et al., 2009; Goldman et al., 2008; McCrae et al., 2006; Stone et al., 2009). En fait, la pratique de la sieste ne permet pas systématiquement de différencier les bons des mauvais dormeurs (Alapin, 2000; Dautovich et al., 2008). Chez les aînés, la pratique de siestes de courte durée ou avec des exercices physiques d'intensité modérée faits tôt en soirée s'accompagnent d'une bonne qualité de sommeil (Tanaka et al., 2001, 2002; Uezu et al., 2000). D'autres ont aussi relevé cet aspect inoffensif de la sieste sur le sommeil (Alapin, 2000; Dautovich et al., 2008). Étonnamment, *ne pas* faire la sieste est apparu

comme un facteur de protection sur la survie sur une période de sept années (Stessman et al., 2005). D'aucuns ont trouvé que la sieste est associée aux troubles mentaux (Ohayon et al., 2001), plus particulièrement au trouble obsessionnel-compulsif (Frisoni, de Leo, Rozzini, & Trabucchi, 1996) et à la dépression (Almeida et al., 1999; Ohayon, 2004; Stone et al., 2009) chez les personnes âgées.

Le second comportement, également fréquent chez cette population, est l'habitude de lire ou d'écouter la télévision avant le coucher. Il s'agit d'une pratique courante chez les plus âgés (Clark et al., 2010; Furihata et al., 2011; Gibbons, 2003; Mares & Woodard IV, 2006) et le temps d'écoute de la télévision augmente avec l'âge, la durée va jusqu'à doubler (Gibbons, 2003). Les nouvelles télévisées et le sport constituent le choix préféré des spectateurs âgés, suivis des documentaires (Gibbons, 2003). Les croyances des personnes âgées ont été trouvées comme variables médiatrices permettant d'associer la dépression et l'écoute de la télévision (Nguyen, Wittink, Murray, & Barg, 2008) et, plus précisément, le nombre élevé d'heures devant la télévision et la dépression chez les hommes âgés (Murren, 2010). De plus, le temps passé devant la télévision est négativement corrélé avec la satisfaction de la vie, ceux qui regardent beaucoup la télévision ont un degré de satisfaction significativement plus bas que ceux qui l'écoutent moins (Murren, 2010).

Le troisième comportement pouvant affecter le sommeil est moins populaire chez les personnes âgées; il s'agit de l'exercice physique au coucher. Le taux de pratique en

général va en diminuant avec l'âge. Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, jusqu'aux deux tiers sont inactives physiquement, mais les hommes sont plus actifs que les femmes (Lampinen, Heikkinen, & Ruoppila, 2000; Statistiques Canada, 1999). Les personnes âgées actives se réveillent moins souvent la nuit que les plus sédentaires et rapportent un plus long sommeil de meilleure qualité (Guimaraes, Carvalho, Yanaguibashi, & do Prado, 2008). En fait, l'exercice physique diurne tend à provoquer des modifications neurochimiques qui influencent positivement les cycles veille-sommeil, la qualité, la quantité et l'efficacité du sommeil tout en réduisant la durée du temps éveillé la nuit et la somnolence diurne (Beaulieu, 2006; Epstein, 1994; Gruau, Pottier, Davenne, & Denise, 2003; MacLeod, 2000; Ohayon, 2004; Singh, Clements, & Fiatarone, 1997; Tanaka et al., 2001, 2002). Les personnes âgées qui sont physiquement actives font aussi moins la sieste (Guimaraes et al., 2008) et le fait de pratiquer une activité physique apparaît comme un facteur *de protection* sur la durée de vie après une mesure effectuée après une période de sept ans (Stessman et al., 2005). De plus, s'abstenir d'exercices physiques est associé à des difficultés de sommeil (Almeida et al., 1999; Foley, Ancoli-Israel, Britz, & Walsh, 2004; MacLeod, 2000; Ohayon, 2004; Tanaka et al., 2001, 2002; Tjepkema, 2005; Turcotte & Schellenberg, 2006; Uezu et al., 2000). L'abandon des activités physiques est parfois en lien avec la crainte de compromettre un sommeil que les personnes âgées peuvent considérer comme étant précaire, elles s'engagent alors dans des comportements d'évitement qui peuvent apparaître comme étant conformes à leur âge et qui peuvent maintenir voire augmenter l'insomnie, tels que l'annulation des obligations sociales, familiales ou occupationnelles,

surtout le lendemain d'une mauvaise nuit, et demeurer à l'intérieur toute la journée (MacLeod, 2000). L'habitude de faire de l'exercice avant le coucher, que l'on retrouve chez moins du tiers des personnes âgées (Furihata et al., 2011; Gooneratne et al., 2011), peut être perçue comme nuisible au sommeil, surtout lorsque ces activités physiques sont trop intenses (Beaulieu, 2006; Epstein, 1994; Gauriau et al., 2007; Tanaka et al., 2002). Ces activités occasionnent une latence d'endormissement accrue et un état d'excitation peu compatible avec le sommeil (Beaulieu, 2006; Epstein, 1994; Espie, 2002; Tanaka et al., 2002). L'exercice physique *diurne* permet de diminuer les symptômes psychiatriques (MacLeod, 2000; Reid et al., 2010; Singh et al., 1997), plus précisément la symptomatologie dépressive (Herman et al., 2002; Johansson, Hassmén, & Jouper, 2011; Ku, Fox, Chen, & Chou, 2012; Lee, Shahar, & Chin, 2012; Singh et al., 1997) et anxieuse (Johansson et al., 2011). Un faible taux de pratique de l'exercice physique *diurne* a été associé à des symptômes anxieux (MacLeod, 2000) et dépressifs (Lampinen et al., 2000). L'exercice physique *avant le coucher* s'est révélé lié à une probabilité plus grande de dépression sur des données brutes (non ajustées) (Furihata et al., 2011).

Les activités relaxantes au coucher sont aussi un comportement lié au sommeil. Elles sont pratiquées fréquemment par plus de la moitié des personnes âgées (MacLeod, 2000) qui l'utilisent lorsque le sommeil tarde (Gauriau et al., 2007; Gooneratne et al., 2011). Ces activités incluent de prendre un bain relaxant ou d'écouter de la musique de détente, de pratiquer la relaxation musculaire progressive, de faire de la méditation, du yoga, de pratiquer l'imagerie guidée ou la respiration contrôlée (Furihata et al., 2011; Singh et al.,

1997). La relaxation améliore la qualité et la satisfaction du sommeil, diminue la latence d'endormissement, les réveils nocturnes et la somnolence diurne (Beaulieu, 2006; Chen, 2008; Gauriau et al., 2007; Johnson, 1991; MacLeod, 2000). La relaxation avant le coucher (prendre un bain chaud) s'est révélée liée à une probabilité plus grande de dépression (Furihata et al., 2011). Pourtant, des activités relaxantes avant le coucher sont fréquemment associées à une diminution de la dépression et de l'anxiété (Chen et al., 2009; DeBerry, 1982; Johansson et al., 2011).

Le dernier comportement lié au sommeil est la consommation de caféine en soirée. Cette habitude diminue avec l'âge (Almeida et al., 1999; Hogervorst, Riedel, Schmitt, & Jolles, 1998; McCrae et al., 2006; van Boxtel, Schmitt, Bosma, & Jolles, 2003). Les personnes de plus de 65 ans consomment de la caféine sous forme de café, de thé et de boissons gazeuses (Frary, Johnson, & Wang, 2005). La réponse physiologique à la caféine est plus importante chez les personnes âgées (Arciero, Gardner, Benowitz, & Poehlman, 1998), surtout lorsque les doses sont élevées (Massey, 1998; Swift & Tiplady, 1988). La consommation de caféine peut nuire à l'efficacité et à la durée de leur sommeil (Almeida et al., 1999; Carrier et al., 2009; Gauriau et al., 2007; MacLeod, 2000; Ohayon, 2004).

Les comportements les plus fréquents en cas d'insomnie chez les personnes âgées sont l'écoute de la télévision, la lecture, faire une sieste le lendemain d'une mauvaise nuit ou boire de l'alcool. Ces actions peuvent nuire davantage au sommeil (Gooneratne

et al., 2011). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à lire pour favoriser le sommeil et le nombre de moyens utilisés est proportionnel au nombre de difficultés de sommeil (Gooneratne et al., 2011; Zilli et al., 2009). Ainsi, plusieurs comportements liés au sommeil ont été étudiés chez la clientèle âgée. Cependant, pour plusieurs de ces études, la taille de l'échantillon est plus restreinte et aucune n'a impliqué *tous* les comportements abordés en introduction, ce qui empêche de mesurer le lien spécifique réel des prédicteurs avec les troubles mentaux. De même, certaines relations trouvées entre les comportements liés au sommeil et l'un ou les deux types de troubles mentaux l'ont été à une seule reprise. Cela s'avère intéressant, mais la reproduction de résultats, surtout si elle est effectuée à l'aide d'un échantillon de grande taille, s'avère pertinente. Enfin, certains comportements n'ont tout simplement pas fait l'objet de vérification quant à leur relation directe avec ces deux catégories de troubles mentaux (l'écoute de la télévision ou la lecture au coucher, par exemple).

L'objectif visé par la présente étude est de déterminer quels sont les comportements liés au sommeil pratiqués le plus fréquemment par les personnes âgées, et ce, en fonction de la présence ou de l'absence de troubles anxieux et de l'humeur. Surtout, il s'agit de déterminer si ces comportements sont associés à la probabilité de souffrir d'un trouble mental. Les comportements à l'étude dans la recherche actuelle sont donc la sieste, l'écoute de la télévision ou la lecture au coucher, l'exercice physique au coucher, les activités relaxantes au coucher et la consommation de caféine en soirée.

Méthode

Participants

L'échantillon de la présente étude compte 2759 participants âgés de 65 ans et plus, dont l'âge moyen est de 73,8 ans et qui résident dans diverses régions administratives du Québec. Ils ont été recrutés à partir d'une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone selon une stratégie d'échantillonnage basée sur la situation géographique. Après avoir reçu des explications sur le but de l'étude, ils ont accepté de recevoir à domicile des professionnels de la santé et de répondre à leurs questions lors d'une entrevue structurée d'une heure et demie (après avoir signé un formulaire de consentement). Les professionnels de la santé ont été formés au questionnaire informatisé durant deux jours. Les questions posées aux participants concernant les critères du DSM-IV-TR ressemblent à celles du Diagnostic Interview Schedule, qui possède une validité et une fiabilité adéquates (Robins, Heizer, Croughan, & Rathcliff, 1981). Le questionnaire utilisé a aussi été adapté pour les personnes âgées (Adam, 2013; Préville et al., 2010). Le sommeil a été investigué par des questions inspirées du Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989) qui a été adapté en français. Enfin, les questions sur les cognitions proviennent de l'étude de Morin, Vallières et Ivers (2007), à qui l'on doit l'Échelle de croyances et d'attitudes dysfonctionnelles envers le sommeil. Les comportements reliés au sommeil ont fait aussi l'objet d'une investigation. Les participants ont reçu une compensation financière de 30 \$. Certains participants ont été exclus, il s'agit des personnes âgées ayant obtenu un score inférieur à 22 au test « Mini-Mental State Examination » (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Près de 54 %

ont rapporté être sans conjoint et près de 65 % sont de niveau secondaire (ou moins). Les revenus rapportés, selon près de la moitié des participants, sont plus faibles que 25 000 \$. Enfin, l'efficacité du sommeil est supérieure à 80 % (le calcul du temps passé endormi sur le temps total couché que l'on multiplie par 100) chez près du trois quarts des personnes âgées retenues pour la présente l'étude. Cette dernière a été mesurée selon, entre autres, le nombre et la durée des réveils, le temps pris avant de s'endormir, l'heure du coucher, etc.

Variables

Les variables à l'étude se rapportent aux comportements liés au sommeil incluant la sieste pendant la journée, la relaxation, l'écoute de la télévision ou la lecture, l'exercice physique, tous avant le coucher et l'usage de caféine après 18 heures. Les participants ont répondu aux questions suivantes : « Durant le dernier mois, vous est-il arrivé de faire la sieste pendant la journée ? », avant le coucher, vous arrive-t-il de « vous adonner régulièrement à des activités de relaxation (bains chauds, etc.)? », « regarder la télévision ou de faire de la lecture dans votre chambre? », « faire de l'exercice physique dans les deux heures précédant le moment de vous coucher? », « consommer des breuvages contenant de la caféine, après 18 heures? ». Les réponses possibles étaient *jamais, rarement, quelquefois, souvent et très souvent*. Ces réponses ont été divisées en deux catégories, soit *jamais-rarement* et *quelquefois à très souvent*. Les covariables à l'étude sont le sexe, l'âge (âgé de 75 ans et plus ou de 65 à 75 ans), la situation maritale (la personne rapporte être seul(e) ou en couple), le salaire (revenu annuel plus ou moins

élevé que 25 000 \$), la scolarité (de niveau postsecondaire ou moins). L'efficacité du sommeil est également une covariable à l'étude : le ratio du temps passé endormi sur le temps passé au lit évalué à plus de 80 %. Concernant les troubles anxieux et de l'humeur, les participants ont été divisés en trois groupes selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR des troubles étudiés. Les participants répondant aux critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif, du trouble d'anxiété généralisée, du trouble panique ou des phobies spécifique et sociale font partie du groupe des anxieux (n = 103), les participants présentant une dépression majeure, une dépression mineure ou une manie font partie du groupe des dépressifs (n = 161) et le groupe des asymptomatiques (n = 2495) concerne les participants sans trouble de l'humeur ou anxieux.

Analyses statistiques

Afin d'évaluer la présence de différences entre les trois groupes formés selon le diagnostic d'un trouble anxieux, de l'humeur ou d'aucun trouble mental, des analyses de chi-carrés ont été menées. Ces analyses ont été faites sous PASW Statistics 18.0 avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$ et elles incluaient la totalité des variables et des covariables afin d'obtenir un portrait global des groupes à l'étude. L'ensemble des variables et des covariables ont été utilisées dans une analyse de régression multinomiale et un modèle entièrement ajusté a été utilisé. Cette analyse a servi à évaluer le risque de présenter un trouble anxieux ou de l'humeur selon la présence de l'un ou l'autre des

comportements liés au sommeil car elle vérifie la relation spécifique de ces variables prédictrices et les associations significatives de chacune avec les troubles mentaux à l'étude.

Résultats

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur. La relaxation avant le coucher affiche des taux de pratique plus importants chez les personnes aux prises avec la dépression ou l'anxiété que chez celles qui ne souffrent d'aucun trouble. Les personnes anxieuses sont celles qui affichent les taux de pratique de la relaxation les plus importants. Seulement le quart des personnes âgées asymptomatiques pratiquent cette activité alors que plus du tiers des aînés anxieux et dépressifs ont cette habitude. Comparativement aux personnes âgées asymptomatiques, celles qui sont dépressives ou anxieuses n'affichent pas de différence significative en ce qui concerne l'écoute de la télévision, la lecture et l'exercice physique avant le coucher. On remarque aussi que la sieste est une activité pratiquée par au moins la moitié des participants, tous groupes confondus, ce qui est aussi le cas de l'écoute de la télévision et la lecture au coucher. La sieste est populaire chez les anxieux, qui sont deux sur trois à la pratiquer. L'exercice physique avant le coucher est loin d'être aussi populaire que la sieste chez les personnes âgées (entre 10,4 % et 15,5 %). On constate que les femmes et les personnes âgées plus jeunes (moins de 75 ans) sont surreprésentées chez les dépressifs et les anxieux comparativement à ceux

qui ne souffrent d'aucun trouble mental. L'efficacité du sommeil est plus fréquemment inférieure à 80 % chez les dépressifs et les anxieux que chez les aînés asymptotiques.

Les résultats de l'analyse de régression (Tableau 2) révèlent que les probabilités de souffrir d'anxiété sont accrues si on ne consomme jamais ou rarement de la caféine après 18 heures, si on pratique la sieste dans la journée ou la relaxation avant le coucher. Comparativement aux personnes asymptotiques, l'écoute de la télévision, la lecture et l'exercice physique avant le coucher sont des activités qui ne sont pas associées à la probabilité de souffrir de troubles mentaux. Une fois que seul l'effet propre de chacune des variables est pris en compte, malgré que les troubles anxieux et de l'humeur affichent tous deux des taux plus élevés de pratique de la relaxation, seul le risque d'anxiété y est associé. Ainsi, la pratique de la relaxation partage certainement une variance commune avec d'autres variables et une fois cet effet contrôlé, le lien direct avec les troubles de l'humeur n'est plus visible. Pour terminer, au niveau de la classification, on obtient un pourcentage d'exactitude de 90,6 %. De plus, aucune multicolinéarité n'a été décelée selon les valeurs de tolérance obtenues, c'est-à-dire au-delà de 0,20.

Discussion

La première portion de l'objectif visé par la présente recherche était de déterminer les comportements liés au sommeil que les personnes âgées font selon la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur. À l'examen de chacun de ces

comportements, on observe que la sieste est celui qui est le plus pratiqué. La sieste est en effet populaire chez les personnes âgées du présent échantillon, en concordance avec la littérature sur le sujet (Cohen-Mansfield & Jensen, 2005; Ohayon et al., 2001; Park et al., 2002a, 2002b; Stessman et al., 2005; Zilli et al., 2009). Écouter la télévision et lire au coucher sont aussi des pratiques fréquentes chez les plus âgés. Ces comportements sont les plus communs parmi les cinq examinés, le tout en accord avec ce qui a été trouvé dans la littérature (Clark et al., 2010; Furihata et al., 2011; Gibbons, 2003; Gooneratne et al., 2011; Mares & Woodard IV, 2006; Zilli et al., 2009). La relaxation au coucher affiche des taux de pratique plus faibles que ceux retrouvés dans la littérature (MacLeod, 2000). La consommation de caféine diminue avec l'âge (Almeida et al., 1999; Hogervorst et al., 1998; McCrae et al., 2006; van Boxtel et al., 2003) et de ce fait, un taux faible de personnes âgées (tous groupes confondus) en consomme en soirée. Enfin, les personnes âgées affichent un faible taux de pratique d'exercices physiques en soirée, plus bas que ce qui est rapporté par la littérature (Lampinen et al., 2000; Statistiques Canada, 1999).

La seconde portion de l'objectif était de déterminer si ces comportements sont associés à la probabilité de souffrir d'un trouble mental. On sait que plusieurs comportements liés au sommeil possèdent une association avec l'état mental des personnes âgées, mais que ce ne sont pas tous les comportements liés au sommeil qui affichent des différences significatives entre les trois groupes, une fois les autres variables contrôlées. Ainsi, une fois qu'on a contrôlé les autres comportements liés au

sommeil et les variables sociodémographiques à l'étude, trois comportements affichent des résultats significatifs et peuvent être considérés comme des facteurs de prédiction quant à la présence d'un trouble mental. Il s'agit, comme on l'a mentionné, de la relaxation, de la sieste et de l'abstention de caféine comme facteurs pouvant prédire l'appartenance au groupe des anxieux.

Comme le montrent nos présents résultats, les personnes âgées des trois groupes sont enclines à pratiquer la sieste; en effet, plus de la moitié des participants rapportent en faire une. Ce qu'on sait aussi de la sieste, c'est que les changements développementaux liés au sommeil qui surviennent chez les personnes âgées asymptomatiques peuvent favoriser la popularité de cette pratique : le besoin de sommeil survient plus tôt, le sommeil est plus léger, par exemple (Beck-Little, 2000). Ces facteurs peuvent justifier un désir de rattraper le sommeil le jour. Les personnes anxieuses tentent également d'agir sur la menace potentielle perçue associée au sommeil affecté par ce trouble mental et ainsi compenser les heures de sommeil perdues. Cette attitude axée sur la prévention et le contrôle semble congruente à l'état d'esprit de maints anxieux. La sieste est fréquente chez les personnes âgées anxieuses et il s'agit d'une pratique qui est associée à l'appartenance au groupe aux prises avec un trouble anxieux. Ces personnes tendent à éviter inconsciemment les images mentales et le ressenti des émotions et des sensations négatives associées au danger perçu (Barlow & Durand, 2004). La pratique de la sieste peut être une pause, une façon de mettre en veilleuse leurs inquiétudes, appréhensions et tracas (American Psychiatric Association, 2000). La pratique de la

sieste n'est pas associée à la probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur, un lien qu'on peut cependant retrouver dans la littérature (Almeida et al., 1999; Ohayon, 2004; Stone et al., 2009). Les personnes âgées qui sont aux prises avec un trouble de l'humeur dorment souvent davantage étant donné les changements du sommeil qui surviennent chez elles, particulièrement l'hypersomnie et la perte d'intérêt face aux activités de la vie quotidienne. La fuite dans le sommeil peut donc s'avérer une conduite probable chez les dépressifs. Certains auteurs (Maglione et al., 2012) ont exploré les probabilités de faire davantage la sieste lorsqu'on est dépressif en mesurant le nombre et la durée des siestes. On peut ainsi imaginer que l'association entre la sieste et la dépression passe par les changements concernant le sommeil comme l'hypersomnie diurne ou l'insomnie, des manifestations fréquentes chez les dépressifs qui les porteraient à dormir le jour. Ainsi, une courte et unique sieste quotidienne pourrait ne pas être associée à la probabilité d'avoir un trouble de l'humeur puisque l'impact de la sieste est minime si elle est de courte durée. Enfin, le fait de ne pas mesurer la durée de la sieste peut avoir un impact sur les résultats obtenus. Ainsi, la formulation des questions de la présente expérimentation ne permet pas de distinguer les personnes qui font de nombreuses siestes de longue durée de celles qui en pratiquent une seule de courte durée.

En ce qui concerne l'exercice physique avant le coucher chez les aînés, les taux de pratique sont faibles. Un taux de pratique minime pourrait être associé aux symptômes dépressifs (Lampinen et al., 2000) puisque la symptomatologie comporte une perte d'intérêt et une grande fatigue, ainsi, la personne âgée fatiguée ne ressent possiblement

pas le besoin de se fatiguer davantage. En fait, la pratique d'exercices avant le coucher n'a pas été trouvée différente chez les personnes âgées aux prises avec un trouble anxieux ou de l'humeur. Ainsi, le lien entre l'exercice au coucher et les troubles mentaux pourrait uniquement être dû aux difficultés de sommeil. En effet, des exercices trop intenses sont associés à une latence d'endormissement accrue, ce qui peut intervenir dans le cercle vicieux des difficultés de sommeil fréquent chez les anxieux comme chez les dépressifs. Dans la présente étude, le type d'exercices physiques, la durée et l'intensité n'ont pas été mesurés et l'association entre cette pratique et les troubles mentaux repose peut-être sur ces éléments. De plus, les études ont plus fréquemment mesuré la pratique d'exercices physiques *diurnes*, contrairement à la présente étude qui précise que cet exercice a lieu au coucher, modifiant ainsi les conditions méthodologiques des études qui ont trouvé des associations avec la dépression (Herman et al., 2002; Johansson et al., 2011; Ku et al., 2012; Lee et al., 2012; Reid et al., 2010; Singh et al., 1997) ou l'anxiété (Johansson et al., 2011; MacLeod, 2000).

Plusieurs études relatent les différents bienfaits de la pratique de la relaxation sur la santé mentale (Chen et al., 2009; DeBerry, 1982; Johansson et al., 2011; MacLeod, 2000) et, d'une façon plus précise, à une diminution de la dépression et de l'anxiété (Chen et al., 2009; DeBerry, 1982; Johansson et al., 2011). La relaxation a permis de distinguer les groupes formés selon la présence ou non d'un trouble mental et ce sont les participants âgés souffrant d'un trouble mental qui affichent les taux de pratique les plus élevés, surtout les anxieux. On connaît les processus cognitifs présents lors de troubles

anxieux, l'hypervigilance, l'hyperactivité neurovégétative et un état de tension (American Psychiatric Association, 2000). Ces éléments constituent une motivation importante à la pratique de la relaxation qui tend à les diminuer. On peut penser que les personnes anxieuses tendent naturellement à mettre de l'avant cette méthode naturelle qui vise principalement le stress et l'anxiété (Lupien, 2011). Les personnes âgées aux prises avec ce trouble mental peuvent aussi utiliser cette activité de manière inefficace (Hofmann, Schulz, Heering, Muench & Bufka, 2010), leurs cognitions étant souvent nuisibles (American Psychiatric Association, 2000). De fait, les visées thérapeutiques de la relaxation ont avantage à être soutenues par une pratique encadrée par des intervenants bien formés. La relaxation demande un certain entraînement et une certaine maîtrise. Des personnes tentant de pratiquer des activités relaxantes au coucher sans un tel accompagnement peuvent se stresser davantage et nourrir leur anxiété. Enfin, les personnes âgées anxieuses qui constatent une altération progressive de leur état de santé et de leur contexte de vie peuvent vouloir augmenter ainsi leur sentiment de pouvoir et de contrôle (Barlow & Durand 2004). Quant à elle, la disposition mentale des dépressifs tend vers l'apathie, la perte d'intérêt et l'hypersomnie et moins vers la mise de l'avant de moyens proactifs visant l'amélioration de l'humeur ou du sommeil comme la relaxation. On peut aussi présumer qu'ils n'éprouvent pas la même nécessité de se relaxer et de se préparer au sommeil que les anxieux. Les résultats obtenus vont dans ce sens, à savoir que le fait de se relaxer au coucher n'est pas associé à la probabilité d'être aux prises avec un trouble de l'humeur.

L'écoute de la télévision et la lecture avant le coucher sont populaires, et ce, autant chez les personnes âgées asymptotiques que celles aux prises avec un trouble mental. Ces comportements ne présentent pas de lien avec la présence d'un trouble mental, bien que les hommes âgés aux prises avec un trouble mental affichent souvent un nombre d'heures devant la télévision plus élevé que ceux sans trouble mental (Murren, 2010). On sait toutefois que certaines cognitions inadaptées associées aux deux types de troubles mentaux peuvent influencer la disponibilité mentale nécessaire à ces activités : les inquiétudes, les attentes avec appréhension, les tracasseries excessives pour l'anxiété ou une asthénie psychique générale et de l'amotivation pour la dépression (American Psychiatric Association, 2000; Barlow & Durand 2004; Lalonde, Aubut, Grunberg, & coll., 1999). Ainsi, bien que les personnes âgées asymptotiques sont plus en mesure et disposées à pratiquer ces deux types d'activités en théorie, nos données ne vont pas dans ce sens. Les différences reposent peut-être sur le type de lecture ou d'émission télévisée regardée : les nouvelles télévisées, souvent à l'affiche à l'heure du coucher, peuvent exacerber une humeur négative ou l'anxiété, par exemple. Les caractéristiques de ces pratiques n'ayant pas été explorées, on ne peut présumer de l'influence de ces pratiques proportionnellement à la durée effective de l'écoute de la télévision ou de la lecture ainsi que du type d'émissions ou de lecture choisis. En fait, la vérification de la relation possible entre ces deux pratiques et la présence d'un trouble anxieux ou de l'humeur apparaît utile autant au niveau préventif et que de l'intervention. En effet, une étude transversale ne peut établir de lien de causalité, c'est pourquoi ces deux comportements

pouvaient être présagés soit comme une cause possible, soit comme une conséquence de la présence de ces deux catégories de troubles.

Le lien entre la caféine, ce populaire stimulant, et les troubles mentaux, diffère selon le trouble mental. La faible consommation peut amener à penser que les personnes âgées craignent que le café nuise à leur sommeil et évitent purement et simplement d'en consommer, ce qui va dans le sens de l'accommodation face aux changements développementaux de leur métabolisme. Effectivement, on constate que seulement une personne âgée sur cinq en consomme dans la soirée. On peut aussi penser que les personnes âgées en rapportent peu car elles sous-estiment fortement leur consommation; la présence de caféine dans la médication et/ou l'alimentation passe souvent inaperçue (Almeida et al., 1999; MacLeod, 2000). Elle se retrouve dans plusieurs aliments, breuvages et médicaments tels que boissons gazeuses, chocolat, analgésiques, stéroïdes, broncho-dilatateurs, antihypertenseurs, décongestionnants et coupe-faim (Beaulieu, 2006; Bloom et al., 2009; Epstein, 1994). Les faibles taux de consommation peuvent aussi être reliés au fait que les personnes âgées se savent sensibles à ce stimulant (Arciero et al., 1998; Massey, 1998; Swift & Tiplady, 1988). On pourrait penser que les personnes âgées aux prises avec un trouble de l'humeur tendent à plus utiliser cette substance stimulante pour contrer la diminution de leur énergie et leur fatigue. On remarque que la consommation de caféine après 18 heures est effectivement plus associée à la probabilité de souffrir de dépression que d'anxiété. Les personnes âgées anxieuses semblent éviter la caféine, qui peut effectivement aggraver l'anxiété (Smith,

2002). À ce propos, on remarque effectivement que l'abstention de la caféine est associée à la probabilité d'être aux prises avec un trouble anxieux. Aucune recherche n'a été trouvée concernant la consommation de caféine après 18 heures chez les personnes âgées, aux prises ou non avec un trouble mental. En fait, la tendance des anxieux à éviter la caféine a été confirmée chez l'adulte de moins de 65 ans seulement (Rogers, Heatherley, Mullings, Wu, & Leonards, 2006; Santos et al., 1995). D'aucuns l'avaient effectivement associée à l'anxiété et une consommation parcimonieuse de caféine est effectivement reliée à une plus grande probabilité de souffrir d'anxiété chez l'adulte (Nardi et al., 2007, 2009). Ainsi, des vérifications impliquant une clientèle âgée ajoutent des précisions intéressantes à ce sujet

Les différents comportements liés au sommeil ont été peu étudiés en lien avec les troubles mentaux chez les personnes âgées et cette étude vise à ajouter aux connaissances détenues à ce propos. Elle a ceci d'intéressant qu'elle comporte un échantillon de grande taille; celui-ci est constitué de plus de deux mille participants, en plus d'avoir été composé à partir du hasard. Les données proviennent d'entrevues structurées, ce qui favorise la validité des données recueillies. Les caractéristiques de cet échantillon sont limitées à la population âgée, mais comparables à celles de la population générale du Québec. Aussi, les hommes ou les personnes âgées de plus de 75 ans ne sont pas sous-représentés et les personnes âgées jeunes ont été différenciées des aînés plus âgés, suivant ainsi les recommandations de la littérature à ce sujet (McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007). Dans la présente étude, 41 % des

participants sont des hommes, ce qui diffère avantageusement de la plus faible moyenne de 32,8 % relevée dans une méta-analyse sur le sujet (Heo, Papademetriou, & Meyers, 2009). En fait de recommandations, la mesure et la vérification plus exacte de la consommation réelle de caféine apparaît pertinente car elle peut avoir des impacts importants et être fortement sous-estimée. Il peut aussi s'avérer judicieux de préciser le type d'émissions de télévision visionnées avant le coucher, comme de séparer les pratiques de la lecture au coucher de la pratique de regarder la télévision. Il peut s'avérer judicieux de vérifier la pratique d'exercices physiques le jour également, en plus de mesurer en nombre de minutes le temps dormi durant la sieste. Enfin, des détails sur la pratique des activités relaxantes au coucher sont de mise, que ce soit sur l'encadrement ou sur le type d'activités pratiquées. Cette étude transversale ne permet pas d'inférer de lien de causalité aux variables.

La présente étude possède plusieurs implications cliniques. À notre connaissance, aucune autre recherche n'a eu comme objet d'étude la vérification systématique des relations entre les comportements liés au sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées. Les présents résultats contribueront ainsi aux connaissances à ce sujet. Aussi, le lien trouvé entre certains comportements liés au sommeil et les troubles mentaux rappellent l'importance de traiter ces troubles dès qu'ils sont décelés et ainsi éviter que les personnes âgées s'engagent dans un cercle vicieux impliquant des comportements affectant le sommeil et les troubles mentaux et ainsi de suite. Il serait avantageux que des recherches soient conduites afin d'appuyer les résultats sur les

différences comportementales entre les personnes âgées dépressives et anxieuses et qu'ainsi, ces comportements deviennent d'autres indices de la présence de troubles mentaux. Plusieurs études vont dans le sens de répercussions importantes de l'hygiène du sommeil sur l'insomnie (Alapin, 2000; Beaulieu, 2006; Bélanger, LeBlanc, & Morin, 2012; Fiorentino & Martin, 2010; MacLeod, 2000) et l'humeur (Chen, 2008) et, à ce propos, l'effet propre de la sieste, de la caféine et de la relaxation est lié au risque de souffrir d'anxiété. Il est intéressant de constater que la sieste n'a pas été mise en relation avec les troubles de l'humeur. On sait que l'hypersomnie diurne est un symptôme associé aux troubles de l'humeur dans le DSM-IV-TR. Ainsi, la sieste n'est pas, selon les présents résultats, une manifestation de cette hypersomnie chez le groupe aux prises avec un trouble de l'humeur. Cette distinction permet d'ajouter une spécification quant à l'expression des troubles de l'humeur. Malgré qu'il soit souvent conseillé de réserver le temps passé au lit aux activités sexuelles ou au sommeil afin d'éviter la stimulation intellectuelle qui peut nuire au sommeil (Almeida, Tamai, & Garrido, 1999; Beaulieu, 2006; Bloom et al., 2009), la présente recherche n'appuie aucune relation entre une action stimulante et les troubles anxieux. Au contraire, *l'abstention* de consommer du café en soirée et la pratique d'une action relaxante ont toutes deux été trouvées reliées aux troubles anxieux. Cette donnée n'appuie pas l'action positive habituellement associée à la thérapie cognitivo-comportementale visant les habitudes de sommeil pour l'insomnie chronique (Tremblay, 2008).

Références

- Adam, A.-M. (2013). Difficultés subjectives de sommeil chez les personnes âgées présentant ou non un trouble cognitif sans démence. Thèse de doctorat inédite, Université Laval. Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2013/29698/29698.pdf>
- Alapin, I. (2000). The role of nocturnal cognitive arousal in the complaint of insomnia among older adults. Thèse de doctorat inédite, Université Concordia. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304625208/fulltextPDF/14118B7ECBB29453201/1?accountid=14725>
- Almeida, O. P., Tamai, S., & Garrido, R. (1999). Sleep complaints among the elderly : Results from a survey in a psychogeriatric outpatient clinic in Brazil. *International Psychogeriatrics*, 11(1), 47-56. doi:10.1017/S1041610299005578
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique des troubles mentaux* (4^e éd. Texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris, France : Masson.
- Arciero, P. J., Gardner, A. W., Benowitz, N. L., & Poehlman, E. T. (1998). Relationship of blood pressure, heart rate and behavioral mood state to norepinephrine kinetics in younger and older men following caffeine ingestion. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52(11), 805-812. doi:10.1038/sj.ejcn.1600651
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2004). *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle* (2^e éd.). Paris, France : De Boeck Université.
- Beck-Little, R. (2000). Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults. Thèse de doctorat inédite, University of South Carolina. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304621638/fulltextPDF/141187BF5774700F0B4/1?accountid=14725>
- Beaulieu, P. (2006). Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chronique. Thèse de doctorat inédite, Université Val-de-Marne. Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0243099.pdf>
- Béland, S.-G., Préville, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Voyer, P., Bossé, C., ... Moride, Y. (2011). The association between length of benzodiazepine use and sleep quality in older population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 908-915. doi:10.1002/gps.2623
- Bélangier, L., LeBlanc, M., & Morin, C. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 101-115. doi:10.1016/j.cbpra.2010.10.003

- Bellamy, V., Roelandt, J.-L., & Caria, A. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*, 347(octobre), 1-12. Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
- Blay, S. L., Andreoli, S. B., & Gastal, F. L. (2008). Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 582-595. doi:10.1017/S1041610207006308
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., & Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 761-789. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Carrier, J., Paquet, J., Fernandez-Bolanos, M., Girouard, L., Roy, J., Selmaoui, B., & Filipini, D. (2009). Effects of caffeine on daytime recovery sleep : A double challenge to the sleep-wake cycle in aging. *Sleep Medicine*, 10(9), 1016-1024. doi:10.1016/j.sleep.2009.01.001
- Chen, P.-J. (2008). The influence of participant-selected versus experimenter-chosen music on subjective sleep quality of people over 60 years of age. Thèse de doctorat inédite, Michigan State University. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304577788/fulltextPDF/14118BA6D5B5D539B96/1?accountid=14725>
- Chen, K. M., Chen, M. H., Chao, H. C., Hung, H. M., Lin, H. S., & Li, C. H. (2009). Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises : Cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 154-163. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.09.005
- Clark, B. K., Sugiyama, T., Healy, G. N., Salmon, J., Dunstan, D. W., Shaw, J. E., ... Owen, N. (2010). Socio-demographic correlates of prolonged television viewing time in Australian men and women : The AusDiab study. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(5), 595-601. Repéré à <http://web.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca>
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2005). Sleep-related habits and preferences in older adults : A pilot study of their range and self-rated importance. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(4), 209-226. doi:10.1207/s15402010bsm0304_3
- Dautovich, N. D., McCrae, C. S., & Rowe, M. A. (2008). Subjective and objective napping and sleep in older adults : Are evening naps "bad" for nighttime sleep? *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1681-1686. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01822.x

- DeBerry, S. (1982). The effects of meditation-relaxation on anxiety and depression in a geriatric population. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19(4), 512-521. doi:10.1037/h0088465
- Epstein, D. R. (1994). A behavioral intervention to enhance the sleep-wake patterns of older adults with insomnia. Thèse de doctorat inédite, University of Arizona. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304085578/fulltextPDF/14118BEE794C994E81/1?accountid=14725>
- Espie, C. A. (2002). Insomnia : Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 215-243. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135243
- Fiorentino, L., & Martin, J. L. (2010). Awake at 4 a.m. : Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1161-1174. doi:10.1002/jclp.20734
- Foley, D. J., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults : Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497-502. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.02.010
- 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: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 18(6), Jul 1995, 425-432
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). « Mini-mental state » : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Frary, C. D., Johnson, R. K., & Wang, M. Q. (2005). Food sources and intakes of caffeine in the diets of persons in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(1), 110-113. doi:10.1016/j.jada.2004.10.027
- Frisoni, G. B., de Leo, D., Rozzini, R., & Trabucchi, M. (1996). Napping in the elderly and its association with night sleep and psychological status. *Psychogeriatrics*, 8(3), 477-487. doi:10.1017/S1041610296002839
- Furhata, R., Uchiyama, M., Takahashi, S., Konno, C., Suzuki, M., Osaki, K., ... Ohida, T. (2011). Self-help behaviors for sleep and depression : A japanese nationwide general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 130(1), 75-82. doi:10.1016/j.jad.2010.09.019
- Gauriau, C., Raffray, T., Choudat, D., Corman, B., & Léger, D. (2007). Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. *La presse médicale*, 36(12), 1721-1731. doi:10.1016/j.lpm.2007.07.002

- Gibbons, R. (2003). *Reflections in the glass : Television and the elderly*. Thèse de doctorat inédite, Université de Toronto. Repéré à <http://search.proquest.com.biblio.proxy.uqtr.ca/docview/305256013/fulltextPDF/14118C93B8A3B377580/1?accountid=14725>
- Goldman, S. E., Hall, M., Boudreau, R., Matthews, K. A., Cauley, J. A., Ancoli-Israel, S. ... Newman, A. B. (2008). Association between nighttime sleep and napping in older adults. *Sleep*, 31(5), 733-740. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2398743/>
- Gooneratne, N. S., Tavaría, A., Patel, N., Madhusudan, L., Nadaraja, D., Onen, F., & Richards, K. C. (2011). Perceived effectiveness of diverse sleep treatments in older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 59(2), 297-303. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03247.x
- Gruau, S., Pottier, A., Davenne, D., & Denise, P. (2003). Les facteurs d'accidents de la route par somnolence chez les conducteurs âgés : prévention par l'activité physique. *Recherche-Transports-Sécurité*, 79-80(avril), 134-144. doi:10.1016/S0761-8980(03)00011-6
- Guimaraes, L. H. C. T., Carvalho, L. B. C., Yanaguibashi, G., & do Prado, G. F. (2008). Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. *Sleep Medicine*, 9(5), 488-493. doi:10.1016/j.sleep.2007.06.009
- Heo, M., Papademetriou, E., & Meyers, B. S. (2009). Design characteristics that influence attrition in geriatric antidepressant trials : Meta-analysis. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 24(9), 990-1001. doi:10.1002/gps.2211
- Herman, S., Blumenthal, J. A., Babyak, M., Khatri, P. W., Craighead, W. E., Krishnan, K. R., & Doraiswamy, P. (2002). Exercise therapy for depression in middle-aged and older adults : Predictors of early drop out and treatment failure. *Health Psychology*, 21(6), 553-563. doi:10.1037//0278-6133.21.6.553
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Heering, S., Muench, F., & Bufka, L. F. (2010). Psychophysiological correlates of generalized anxiety disorder with or without comorbid depression. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 35-41. doi:10.1016/j.ijpsycho.2009.12.016
- Hogervorst, E., Riedel, W. J., Schmitt, J. A. J., & Jolles, J. (1998). Caffeine improves memory performance during distraction in middle-aged, but not in young or old subjects. *Human Psychopharmacology : Clinical & Experimental*, 13(4), 277-284. doi:10.1002/(SICI)1099-1077(199806)13:4<277::AID-HUP996>3.0.CO;2-W
- Huang, Y.-L., Liu, R.-Y., Wang, Q.-S., Van Someren, E. J. W., Xu, H., & Zhou, J.-N. (2002). Age-associated difference in circadian sleep-wake and rest-activity rhythms. *Physiology & Behavior*, 76(4-5), 597-603. doi:10.1016/S0031-9384(02)00733-3

- Johansson, M., Hassmén, P., & Jouper, J. (2011). Acute effects of qigong exercise on mood and anxiety. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 1*(S), 60-65 doi:10.1037/2157-3905.1.S.60
- Johnson, J. E. (1991). Progressive relaxation and the sleep of older noninstitutionalized women. *Applied Nursing Research, 4*(4), 165-170. doi:10.1016/S0897-1897(05)80091-6
- Ku, P.-W., Fox, K. R., Chen, L.-J., & Chou, P. (2012). Physical activity and depressive symptoms in older adults : 11-year follow-up. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(4), 355-362. doi:10.1016/j.amepre.2011.11.010
- Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. et coll. (1999). *Psychiatrie clinique, Une approche bio-psycho-sociale* (Tome I), Québec, Canada : Gaétan Morin Éditeur ltée.
- Lampinen, P., Heikkinen, R.-L., & Ruoppila, I. (2000). Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults : An eight-year follow-up. *Preventive Medicine, 30*(5), 371-380. doi:10.1006/pmed.2000.0641
- Lee, L. K., Shahar, S., & Chin, A.-V. (2012). Predicting comorbidities, nutritional status, and neuropsychological performance of depressed and nondepressed geriatric communities : A comparative study. *International Journal of Gerontology, 6* (4), 278-284. doi:10.1016/j.ijge.2012.01.032
- Lupien, S. (2011). Le stress sans détresse. Repéré à <http://www.sonialupien.com>.
- MacLeod, M. A. K. (2000). Attitudes and beliefs about insomnia treatment among older adults with chronic insomnia. Thèse de doctorat inédite, Université de Calgary. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304589448/fulltextPDF/141188B00C33D75DE18/1?accountid=14725>
- Magee, J. C., & Carmin, C. N. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports, 12*(1), 13-19. doi:10.1007/s11920-009-0087-9
- Maglione, J. E., Ancoli-Israel, S., Peters, K. W., Paudel, M. L., Yaffe, K., Ensrud, K. E., & Stone, K. L. (2012). Depressive symptoms and subjective and objective sleep in community-dwelling older women. *Journal of American Geriatric Society, 60*(4), 635-643. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03908.x.
- Mares, M.-L., & Woodard IV, E. H. (2006). In search of the older audience : Adult age differences in television viewing. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 50*(4), 595-614. doi:10.1207/s15506878jobem5004_2
- Massey, L. K. (1998). Caffeine and the elderly. *Drugs & Aging, 13*(1), 43-50. Repéré à <http://web.ebscohost.com>

- McCall, W. V. (2004). Diagnosis and management of insomnia in older people. *The Primare Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 9-20. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- McCrae, C. S., Rowe, M. A., Dautovich, N. D., Kenneth, L., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., ... Bush, A. J. (2006). Sleep hygiene practices in two community dwelling samples of older adults. *Sleep*, 29(12), 1551-1560. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=26698>
- McCurry, S. A. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27. doi:10.1037/0882-7974.22.1.18
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS) : Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547-1554. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Murren, M. A. (2010). Television viewing and older adults : The effects of active viewing, passive viewing, and viewing type. Thèse de doctorat inédite, Université de La Verne. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/849307993/fulltextPDF/14118CF4AE2A4FC019/1?accountid=14725>
- Nardi, A. E., Lopes, F. L., Valença, A. M., Freire, R. C., Veras, A. B., de-Melo-Netoa, V. L., ... Zin, W. A. (2007). Caffeine challenge test in panic disorder and depression with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 257-263. doi:10.1016/j.comppsych.2006.12.001
- Nardi, A. E., Lopes, F. L., Freire, R. C., Veras, A. B., Nascimento, I., Valença, A. M., ... Zin, W. A. (2009). Panic disorder and social anxiety disorder subtypes in a caffeine challenge test. *Psychiatry Research*, 169(2), 149-153. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.023
- Nguyen, G. T., Wittink, M. N., Murray, G. F., & Barg, F. K. (2008). More than just a communication medium : What older adults say about television and depression. *The Gerontologist*, 48(3), 300-310. doi:10.1093/geront/48.3.300
- Ohayon, M. M. (2004). Interactions between sleep normative data and sociocultural characteristics in the elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 479-486. doi:10.1016/j.psychores.2004.04.365
- Ohayon, M. M., Zully, J., Guilleminault, C., Smirne, S., & Priest, R. G. (2001). How age and daytime activities are related to insomnia in the general population : Consequences for older people. *Journal of American Geriatric Society*, 49(4), 360-366. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49077.x
- Park, Y. M., Matsumoto, K., Jin Seo, Y., Jeung Kang, M., & Nagashima, H. (2002a). Change of sleep or waking habits by age and sex in Japanese. *Perceptual and Motor Skills*, 94(3c), 1199-1213. doi:10.2466/pms.2002.94.3c.1199

- Park, Y. M., Matsumoto, K., Jin Seo, Y., Jeung Kang, M., & Nagashima, H. (2002b). Effects of age and gender on sleep habits and sleep trouble for aged people. *Biological Rhythm Research*, 33(1), 39-51. doi:10.1076/brhm.33.1.39.1327
- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H. M., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., ... Brassard, J. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie*, 55(7), 449-457. Repéré à <http://web.ebscohost.com>
- Reid, K. J., Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Medicine*, 11(9), 934-940. doi:10.1016/j.sleep.2010.04.014
- Robins, L. N., Heizer, J. E., Croughan, J., & Rathcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389. Repéré à <http://mres.gmu.edu/pmwiki/uploads/Main/C3T2.pdf>
- Rogers, P. J., Heatherley, S. V., Mullings, E. L., Wu, Y., & Leonards, U. (2006). Caffeine and anxiety. *Appetite*, 47(2), 274. doi:10.1016/j.appet.2006.07.057
- Singh, N. A., Clements, K. M., & Fiatarone, M. A. (1997). A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*, 20(2), 95-101. Repéré à <http://www.journal-sleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=24338>
- Smith, A. (2002). Effects of caffeine on human behavior. *Food and Chemical Toxicology*, 40(9), 1243-1255. doi:10.1016/0165-1781(83)90101-4
- Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Santé mentale et bien-être. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-fra.htm>
- Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R., Maaravi, Y., Azoulay, D., & Cohen, A. (2005). Strategies to enhance longevity and independent function : The Jerusalem longitudinal study. *Mechanisms of Ageing and Development*, 126(2), 327-331. doi:10.1016/j.mad.2004.08.024
- Stone, K. L., Ewing, S. K., Ancoli-Israel, S., Ensrud, K. E., Redline, S., Bauer, D. C., ... Cummings, S. R. (2009). Self-reported sleep and nap habits and risk of mortality in a large cohort of older women. *Journal of American Geriatric Society*, 57(4), 604-611. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02171.x
- Swift, C. G., & Tiplady, B. (1988). The effects of age on the response to caffeine. *Psychopharmacology*, 94(1), 29-31. doi:10.1007/BF00735876
- Tanaka, H., Taira, K., Arakawa, M., Toguti, H., Urasaki, C., Yamamoto, Y., ... Shirakawa, S. (2001). Effects of short nap and exercise on elderly people having difficulty in sleeping. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 55(3), 173-174. doi:10.1046/j.1440-1819.2001.00813.x

- Tanaka, H., Taira, K., Arakawa, M., Urasaki, C., Yamamoto, Y., Okuma, H., Uezu, E. ... Shirakawa, S. (2002). Short naps and exercise improve sleep quality and mental health in the elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(3), 233-234. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.00995.x
- Tjepkema, M. (2005). Insomnie. *Rapports sur la santé/ Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé*, 17(1), 9-25. Repéré à <http://web.ebscohost.com>.
- Tremblay, V. (2008). Facteurs spécifiques et non spécifiques prédisant l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique comorbide au cancer du sein. Mémoire de doctorat inédit, Université Laval. Repéré à www.theses.ulaval.ca/2008/25628/25628.pdf
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone. Ministère de l'Industrie. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- Uezu, E., Taira, K., Tanaka, H., Arakawa, M., Urasaki, C., Toguchi, H., Yamamoto, Y. ... Shirakawa, S. (2000). Survey of sleep-health and lifestyle of the elderly in Okinawa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(3), 311-313. doi:10.1046/j.1440-1819.2000.00692.x
- van Boxtel, M. P. J., Schmitt, J. A. J., Bosma, H., & Jolles, J. (2003). The effects of habitual caffeine use on cognitive change : A longitudinal perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 75(4), 921-927. doi:10.1016/S0091-3057(03)00171-0
- Zilli, I., Ficca, G., & Salzarulo, P. (2009). Factors involved in sleep satisfaction in the elderly. *Sleep Medicine*, 10(2), 233-239. doi:10.1016/j.sleep.2008.01.004

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Sieste pendant la journée							
Jamais ou rarement	1087	43,6	67	41,6	34	33,0	
Quelquefois à très souvent	1406	56,4	94	58,4	69	67,0	
Relaxation avant le coucher							
Jamais ou rarement	1865	75,0	106	65,8	62	60,8	**
Quelquefois à très souvent	623	25,0	55	34,2	40	39,2	
TV ou lecture avant le coucher							
Jamais ou rarement	1160	46,6	79	48,8	53	52,0	
Quelquefois à très souvent	1327	53,4	83	51,2	49	48,0	
Exercice avant le coucher							
Jamais ou rarement	2227	89,6	136	84,5	92	89,3	
Quelquefois à très souvent	258	10,4	25	15,5	11	10,7	
Caféine après 18 h							
Jamais ou rarement	1974	79,4	128	79,5	90	87,4	
Quelquefois à très souvent	511	20,6	33	20,5	13	12,6	
Âge							
Moins de 75 ans	1430	57,3	107	66,5	65	63,7	*
75 ans et plus	1064	42,7	54	33,5	37	36,3	
Sexe							
Masculin	1057	42,4	46	28,6	29	28,4	**
Féminin	1438	57,6	115	71,4	73	71,6	

Tableau 1

Statistiques descriptives des variables sociodémographiques en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Asymptomatiques		Dépressifs		Anxieux		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Statut civil							
Marié ou en union libre	1150	46,3	70	44,0	50	49,5	
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	1336	53,7	83	56,0	51	50,5	
Scolarité							
Aucune à secondaire	1618	64,9	108	67,1	58	56,3	
Postsecondaire	876	35,1	53	32,9	45	43,7	
Revenu annuel du ménage							
Moins de 25 000 \$	1229	49,3	77	47,5	51	49,5	
25 000 \$ et plus	1264	50,7	85	52,5	52	50,5	
Efficacité du sommeil							
80 % et plus	1624	72,5	94	65,3	56	61,5	*
Moins de 80 %	617	27,5	50	34,7	35	38,5	

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

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des comportements liés au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Sieste pendant la journée						
Jamais ou rarement	0,88	0,62 – 1,24	0,48**	0,30 – 0,77	1,82	1,03 – 3,23
Quelquefois à très souvent	1,00		1,00		1,00	
Relaxation avant le coucher						
Jamais ou rarement	0,73	0,50 – 1,06	0,51**	0,33 – 0,81	1,42	0,80 – 2,50
Quelquefois à très souvent	1,00		1,00		1,00	
TV ou lecture avant le coucher						
Jamais ou rarement	1,27	0,90 – 1,79	1,50	0,97 – 2,32	0,84	0,49 – 1,45
Quelquefois à très souvent	1,00		1,00		1,00	
Exercice avant le coucher						
Jamais ou rarement	0,68	0,42 – 1,14	1,39	0,65 – 2,95	0,49	0,20 – 1,18
Quelquefois à très souvent	1,00		1,00		1,00	
Caféine après 18 h						
Jamais ou rarement	0,96	0,63 – 1,47	2,24*	1,11 – 4,52	0,43*	0,19 – 0,96
Quelquefois à très souvent	1,00		1,00		1,00	
Âge						
Moins de 75 ans	1,74**	1,19 – 2,53	1,26	0,80 – 1,98	1,38	0,78 – 2,46
75 ans et plus	1,00		1,00		1,00	

Tableau 2

Rapports de cotes (RC) et intervalles de confiance (IC) des comportements liés au sommeil prédisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux ou de l'humeur (suite)

	Dépressifs vs Asymptomatiques ^a		Anxieux vs Asymptomatiques ^a		Dépressifs vs Anxieux ^a	
	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %	RC	IC 95 %
Sexe						
Masculin	0,48**	0,32 – 0,73	0,60*	0,36 – 0,98	0,81	0,43 – 1,53
Féminin	1,00		1,00		1,00	
Statut civil						
Marié ou en union libre	0,76	0,52 – 1,12	1,31	0,82 – 2,10	0,58	0,32 – 1,05
Célibataire, séparé, divorcé, veuf	1,00		1,00		1,00	
Scolarité						
Aucune à secondaire	1,18	0,80 – 1,75	0,59*	0,37 – 0,94	2,00*	1,11 – 3,61
Postsecondaire	1,00		1,00		1,00	
Revenu annuel du ménage						
Moins de 25 000 \$	0,70	0,47 – 1,03	1,04	0,64 – 1,70	0,67	0,36 – 1,23
25 000 \$ et plus	1,00		1,00		1,00	
Efficacité du sommeil						
80 % et plus	0,75	0,52 – 1,07	0,67	0,42 – 1,04	1,12	0,64 – 1,97
Moins de 80 %	1,00		1,00		1,00	

^a Groupe de référence

Note: R^2 0,031 (Cox & Snell), 0,059 (Nagelkerke). Modèle $\chi^2(22)$ 78,20, $p < 0,001$. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Discussion générale

La présente thèse avait comme objet d'étude plusieurs problèmes qui affectent les personnes âgées. Ce sont les difficultés de sommeil et les troubles anxieux et de l'humeur, qui sont dans des relations d'interactions et de comorbidités impliquant aussi les changements développementaux, les sphères cognitives et comportementales. Ainsi, cette étude est motivée par la prévalence de ces troubles mentaux et de sommeil. Les taux de difficultés de sommeil sont de 20,3 % pour tous les participants de l'étude, de 5,8 % de personnes âgées dépressives et de 3,6 % de personnes âgées anxieuses. De plus, les risques inhérents à ces problématiques et à cette cohorte ont aussi été une motivation à explorer ces éléments. Ces risques impliquent, rappelons-le, les suicides programmés et complétés (un ratio de 4:1 en comparaison à 200:1 chez les adolescents, selon Huntington (2011)) et le désir de mourir (Lapierre et al., 2011). Des chercheurs au Québec ont effectivement pu constater que les idéations suicidaires étaient associées, entre autres, à la dépression, à l'isolement social et à des insatisfactions quant à leur santé ou à leur soutien social (Mireault & de Man, 1996). Enfin, la présente étude, visait parallèlement à alimenter le débat concernant la classification de la dépression et de l'anxiété en catégories distinctes ou non. Les éléments mentionnés plus haut sont donc souvent en comorbidité ou en interaction et plusieurs de ces éléments ne sont pas toujours identifiés comme ayant une association franche avec l'état mental des personnes âgées. Cette thèse a pour but d'objectiver la présence d'un lien plus direct

entre eux. Ainsi, des relations directes confirmées seront utiles autant en détection, en prévention qu'en intervention auprès de la clientèle âgée.

Les difficultés de sommeil

D'entrée de jeu, rappelons que près d'une personne âgée sur deux rapporte des difficultés de sommeil au Canada (MacLeod, 2000). Selon les présents résultats, tous les participants confondus, le pourcentage de personnes âgées aux prises avec au moins une difficulté de sommeil est seulement de 20,3 %. Ce pourcentage est grandement influencé, en fait, par la proportion des participants asymptotiques, beaucoup plus importante que celle des participants souffrant d'un trouble mental. De fait, la moyenne est de 18,9 % pour les participants âgés sans trouble mental qui ont au moins une difficulté de sommeil contre 34,1 % des personnes âgées dépressives ou anxieuses qui ont au moins une difficulté de sommeil. On peut alors penser que la présence ou non d'un trouble mental chez les répondants influence les taux trouvés quant aux difficultés de sommeil et il serait intéressant de songer à tenir compte du ratio de personnes âgées aux prises ou non avec un trouble mental.

Parmi les sujets d'étude liés au sommeil des personnes âgées, on retrouve la relation avec les troubles mentaux et les changements développementaux. Ces derniers sont en rapport avec les difficultés de sommeil des personnes âgées qui ont été reliées, selon la

littérature, à une diminution du sentiment de bien-être, à la fatigue, à des difficultés de concentration, à une baisse de la qualité de vie et à une intégration sociale plus difficile, en plus d'être associées à la dépression et à l'anxiété, chez les aînés.

Il reste encore à vérifier si l'avancement en âge prédispose effectivement à des nuits plus courtes, fragmentées, moins efficaces, devancées, à plus de médication contre l'insomnie et à la somnolence diurne chez les personnes âgées sans trouble mental. Plusieurs de ces difficultés sont souvent présentes lors de troubles mentaux et la présente étude vise aussi à départager les associations entre l'une et l'autre en vérifiant, entre autres, si ces difficultés surviennent chez les personnes âgées sans trouble mental. Ce qu'on remarque, ce sont les taux allant de 3,3 % pour la somnolence diurne à 28,1 % pour la latence d'endormissement et de 32,6 % pour les réveils nocturnes ou matinaux chez les participants sans trouble mental. La vérification selon une division en-deça ou au-delà de 75 ans aurait pu nourrir les observations quant aux changements développementaux. Alors, la détermination de la durée de cette latence aurait pu déterminer si l'avancée en âge est associée à une augmentation à cet effet, tout comme le nombre de réveils par nuits ou tôt le matin. Toutes difficultés confondues, c'est toutefois moins d'une personne âgée asymptomatique sur cinq qui rapporte des difficultés de sommeil. Aussi, une grande proportion de personnes âgées asymptomatiques jugent leur sommeil de bonne qualité.

Concernant la qualité du sommeil, une fois le poids des autres variables contrôlé, elle n'a pas été reliée au risque d'être dépressif ou anxieux, et ce, malgré les associations significatives obtenues à ce sujet dans les études antérieures avec la dépression (Jausent et al., 2011a; van den Berg et al., 2009) et l'anxiété (Créti, 1996; Koffel & Watson, 2009; van den Berg et al., 2009). La littérature actuelle ne compte aucune étude qui, sur un large échantillon, vérifie toutes les difficultés de sommeil simultanément. On sait que plusieurs études à échantillons plus restreints ont examiné une ou plusieurs difficultés de sommeil et ont trouvé des liens entre plusieurs d'entre elles et l'un ou l'autre des deux types de troubles mentaux. Rappelons que la latence d'endormissement, l'efficacité du sommeil, la qualité du sommeil, les réveils et la somnolence diurne ont tous été reliés à la dépression ou à l'anxiété. En fait, les différences entre les études examinées et la présente thèse se situent à plusieurs niveaux. Tout d'abord, le nombre de participants est souvent moins élevé (Créti, 1996; Koffel & Watson, 2009), l'âge minimal est plus bas (près de 55 ans) (Créti, 1996; van den Berg et al., 2009), ou bien les participants doivent être exempts de dépression franche (Créti, 1996; Jausent et al., 2011a) ou utiliser la médication pour dormir moins de quatre fois par semaine (Créti, 1996). Enfin, une étude utilise un questionnaire qui est autoadministré (Koffel & Watson, 2009) et une autre est de type longitudinal sur quatre ans (Jausent et al., 2011a). Ces différences quant à la méthodologie peuvent avoir eu un impact sur les relations trouvées, en plus de la vérification de la variance commune qui n'est pas possible lorsque toutes les variables possiblement impliquées ne sont pas toutes étudiées.

Les personnes âgées asymptomatiques jouissent également d'une bonne efficacité de sommeil. L'efficacité du sommeil n'a pas fait l'objet d'une élaboration dans les différents articles de la présente thèse. On sait que les participants âgés asymptomatiques sont moins du tiers à en être insatisfaits. Ainsi, la détérioration liée aux changements développementaux nommée par certains (Fiorentino & Martin, 2010; Huang et al., 2002) n'est pas appuyée par un taux aussi élevé d'efficacité. Malgré que plusieurs études à ce sujet aient relevé une association significative entre l'efficacité du sommeil amoindrie et un risque augmenté de présenter un trouble anxieux ou de l'humeur, nos résultats ne vont pas dans le même sens. Des différences concernant les groupes d'âge et le sexe des participants sont à noter avec la présente étude (Jacobs et al., 2006; Spira et al., 2009) en plus de l'examen de l'efficacité du sommeil qui est fait sous un angle différent (Jacobs et al., 2006).

Outre ces caractéristiques plus globales du sommeil, toutes les autres difficultés affichent une association avec un trouble anxieux ou de l'humeur chez au moins le tiers des personnes âgées aux prises avec un trouble mental et ce ratio s'élève jusqu'à une personne sur deux pour ce qui est de la difficulté à s'endormir et de se réveiller souvent la nuit ou trop tôt le matin.

À propos de la latence d'endormissement augmentée, il s'agit d'une difficulté classiquement reliée aux troubles anxieux ou de l'humeur (American Psychiatric Association, 2000; Mallon et al., 2000; van den Berg et al., 2009), mais nos résultats

mettent en lumière une association plus précise avec les troubles anxieux. Il est possible que ces différences soient liées aux méthodes d'évaluation du sommeil, c'est-à-dire la tenue d'un journal du sommeil ou plutôt des mesures actigraphiques. En fait, van den Berg et al. (2009) concluent que des différences significatives peuvent effectivement être relevées dans ce cas. Aussi, nous avons procédé à la vérification des relations avec la latence d'endormissement accrue en impliquant toutes les difficultés de sommeil et les troubles mentaux tout en veillant à respecter les critères du DSM-IV-TR et ce, sur un large échantillon de personnes âgées. Les résultats actuels ont permis de découvrir une association significative avec les seuls troubles anxieux et infirmé les liens avec les troubles de l'humeur. Nos résultats n'ont pas pu appuyer les données trouvées par Jaussent et al. (2011b), qui précisaient un lien entre la latence d'endormissement augmentée et la dépression chez les femmes uniquement.

Concernant les réveils, la littérature les a associés soit à la dépression lorsqu'ils sont matinaux et précoces (Perlis et al., 2006) ou à l'anxiété lorsqu'ils sont nocturnes (Spira et al., 2009). D'autres associaient les deux types de réveils uniquement à la dépression, détectée grâce au HADS sans toutefois de diagnostic confirmé selon les critères du DSM-IV-TR (Mallon et al., 2000). Nos évaluations ne différencient pas le moment des réveils et les associent aux deux genres de troubles mentaux étudiés de façon générale. Nos résultats n'ont pu appuyer la relation entre les réveils matinaux et la dépression uniquement (Yokoyama et al., 2010). Jaussent et al. (2011b) ont, quant à eux, précisé

que la relation entre les réveils matinaux et la dépression concernait les hommes uniquement, une relation spécifique que nos résultats ne sont pas en mesure d'appuyer non plus.

Les troubles de l'humeur sont fréquemment associés à une augmentation de *sommeil* diurne plutôt qu'à la *somnolence* diurne (American Psychiatric Association, 2000). Les présents résultats appuient que quoique la somnolence diurne soit la difficulté la moins fréquemment rapportée par les participants; les aînés dépressifs affichent les taux les plus élevés. Ainsi, la somnolence diurne peut compter comme un indice potentiel de dépression, possiblement liée à l'hypersomnie habituelle. On peut effectivement penser que le fait de dormir plus soit associé à une fatigue diurne augmentée. Cette relation a été relevée dans certaines études vérifiant la relation entre l'exercice et la somnolence diurne lors d'une dépression (Chasens, Sereika, Weaver, & Umlauf, 2007; Singh, Clements, & Fiatarone, 1997). Ainsi, les personnes âgées aux prises avec une dépression tendent possiblement à dormir davantage le jour mais aussi être plus somnolentes, ce que les praticiens ont avantage à vérifier au-delà de l'hypersomnie diurne ou nocturne plus usuelle.

Les pourcentages de personnes âgées asymptomatiques qui prennent de la médication pour dormir sont beaucoup moindres que chez celles qui sont dépressives. Certains auteurs ont identifié la prise de psychotropes comme un facteur de risque pour les deux types de troubles mentaux (Mallon et al., 2000), les présents résultats appuient le lien

avec la dépression. On peut souligner certaines différences entre cette recherche et la présente étude, telles que l'utilisation d'un questionnaire auto-administré ou l'âge minimal plus bas. L'article de van den Berg et al. (2009) met en évidence un risque plus élevé de troubles anxieux et de l'humeur en lien avec *l'abstention* de médication psychoactive (antidépresseurs, anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques). Nos résultats indiquaient, pour une prise de médication pour dormir, un risque *augmenté* de souffrir d'un trouble de l'humeur. Les présents résultats provenant d'une étude transversale, on ne peut inférer de lien de causalité ou trancher entre les explications de l'abstention d'une médication psychoactive et le développement subséquent d'un trouble mental, ou la prise d'une médication pour traiter un trouble mental déjà présent.

Notre étude ne visait pas à approfondir l'effet des changements développementaux sur le sommeil des aînés, nos résultats apportent plutôt des nuances quant à l'expression du sommeil dans la dépression et l'anxiété. Des taux plus démarqués entre les groupes avec ou sans trouble mental auraient permis une opinion plus tranchée cependant. En ce qui concerne les différences entre le sommeil des personnes âgées de l'étude, on sait que pour celles qui se réveillent souvent la nuit, prennent une médication pour dormir et sont somnolentes le jour, la probabilité est plus grande de souffrir de dépression que d'aucun trouble mental. Des auteurs avaient détecté une association entre la somnolence diurne et les deux formes de troubles mentaux (Koffel & Watson, 2009; van den Berg et al., 2009), des résultats qui diffèrent des données obtenues dans la présente étude, dont le seul lien avec les troubles de l'humeur a été relevé. Les différences méthodologiques

avec la présente thèse ont déjà été mentionnées. Enfin, les personnes âgées qui ont de la difficulté à s'endormir le soir ou qui se réveillent souvent la nuit ont une probabilité plus grande de souffrir d'anxiété que d'aucun trouble mental, ce qui va dans le sens de l'état d'activation et d'excitation souvent associé aux troubles anxieux. En résumé et formulé autrement, la probabilité est plus grande pour les dépressifs de se réveiller souvent la nuit, de prendre une médication pour dormir et de somnoler le jour, ce qui les différencie des dormeurs asymptotiques. Pour les dormeurs anxieux, la probabilité est plus grande qu'ils se réveillent souvent la nuit ou qu'ils prennent plus de temps à s'endormir le soir, ce qui les différencie également des dormeurs asymptotiques. Ces éléments permettent de constater certaines différences entre les troubles anxieux et de l'humeur, bien qu'elles ne soient pas très nombreuses, et appuient la différenciation en deux classifications de troubles distinctes.

Les cognitions

Ensuite, les éléments de la sphère cognitive qui peuvent affecter le sommeil ou la santé mentale des aînés comprennent les baisses du fonctionnement cognitif, le style cognitif et les croyances et attitudes dysfonctionnelles au sujet du sommeil. D'entrée de jeu, rappelons que les participants qui démontrent des difficultés au plan cognitif ont été écartés du présent échantillon. Ainsi, les baisses du fonctionnement cognitif, détectées par le Mini Mental State Examination, ont été associées aux difficultés de sommeil, la somnolence diurne plus particulièrement. En fait, il s'agit d'un symptôme identifié comme un marqueur précoce potentiel de déclin cognitif et de début de démence

(Jaussent et al., 2012). Ces baisses ont aussi été associées à la dépression des aînés (Beekman et al., 2002; Benoit et Dorey, 2011; Mosolov, 2012), à l'anxiété (Wilkes, Wilson, Woodard, & Calamari, 2013) ou à un faible sentiment d'autoefficacité (Higgins et al., 2012) et elles ne font pas partie des facteurs pouvant influencer les résultats obtenus. Au sujet du style cognitif associé aux troubles mentaux, certains éléments ont été reliés à l'anxiété chez les aînés (dont l'intolérance à l'incertitude, le refus des limites physiques et des traits d'affectivité négative). Parmi ceux qui ont été associés à la dépression, on compte le névrotisme, une perception de vulnérabilité, un faible sentiment de cohérence, une attitude négative et une difficulté à gérer le stress chronique.

En ce qui concerne la présente étude, les éléments de la sphère cognitive étudiés comprennent les cognitions inadaptées, plus particulièrement les croyances et attitudes dysfonctionnelles au sujet du sommeil. Il a été mentionné dans la littérature qu'elles étaient impliquées dans l'activation neurovégétative et émotionnelle nuisibles au sommeil, impliquées dans le cercle vicieux comprenant la détresse émotionnelle et l'insomnie, qu'elles favorisaient l'excitation intellectuelle et une réponse conditionnée d'éveil.

Parmi les recherches consultées, on peut rappeler qu'aucune n'a étudié toutes les cognitions reliées au sommeil dans une relation possible avec les troubles anxieux et de l'humeur sur un large échantillon de personnes âgées. Les cognitions sont

habituellement regroupées en domaines ou calculées en scores globaux, et ne sont pas nécessairement reliées au sommeil comme dans la présente étude. Ainsi, la vérification simultanée de toutes ces croyances et attitudes en lien avec les troubles anxieux et de l'humeur permet de déterminer plus franchement les relations significatives et distinctives avec une ou l'autre des deux catégories de troubles mentaux.

Les croyances dysfonctionnelles ont été identifiées par plusieurs auteurs comme le facteur central de l'émotivité négative des ruminations et de l'insomnie; elles ont été trouvées plus nombreuses chez les personnes souffrant d'insomnie et souvent associées à l'anxiété et à la dépression. Les présents résultats ne tendent pas vers une association globale négative entre les croyances et les troubles mentaux. Il existe des liens, certes, mais rien qui soit global ou généralisé. Aussi, il a été soulevé que la croyance qu'il faut huit heures de sommeil pour se sentir reposé le lendemain pourrait susciter l'anxiété de performance chez les adultes (Morin et al., 2002), un lien qui n'a pas été retrouvé dans nos résultats auprès de personnes plus âgées. Cependant, les croyances *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et continuer à faire des efforts* et *Avec l'âge, il est normal d'avoir un moins bon sommeil* affichent, quant à elles, une relation avec les troubles anxieux. Les croyances *J'ai besoin de huit heures de sommeil pour me sentir reposé et pour bien fonctionner le lendemain*, *Comme je vieillis, je dois me coucher plus tôt le soir* et *Lorsque je passe une mauvaise nuit, je devrais rester au lit longtemps le matin pour tenter de récupérer* ne sont associées à aucun des deux types de troubles mentaux.

Les ruminations et les tracas sont associés aux troubles anxieux et de l'humeur et affichent des taux plus importants que ceux trouvés chez les personnes âgées sans trouble mental. Ainsi, les tracas relevés par l'affirmation *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreux tracas en tête* sont associés aux troubles anxieux et de l'humeur. Aussi, les ruminations relevées par l'affirmation *Le soir, avant de se coucher, avoir de nombreuses pensées en tête* sont associées aux troubles de l'humeur. Enfin, le tracas particulier au sommeil *Le soir, au coucher, être tracassé par l'idée de dormir*, est associé aux troubles anxieux seulement. Les tracas ont aussi été reliés aux deux genres de troubles mentaux chez une population de jeunes adultes (Hong, 2007) ou de plus de 80 ans (Jeon et al., 2006) et les ruminations ont aussi été trouvées plus particulières aux troubles de l'humeur chez les jeunes adultes (Hong, 2007). Les tracas, qui ont été associés dans la littérature à un sentiment de perte de contrôle, aux difficultés de sommeil, à une baisse de la qualité de vie, à l'anxiété et la dépression et aggravées par l'écoute des nouvelles télévisées, sont un facteur commun aux deux catégories de troubles mentaux. Outre les ruminations, deux croyances tendent plutôt à permettre de différencier les troubles anxieux des troubles de l'humeur et de les voir comme des classifications distinctes.

Les comportements

Les comportements qui affectent l'état mental influencent également la sphère sociale et le sommeil. Ce sont les comportements nuisibles ou de sécurité dont la sieste, la

lecture, l'écoute de la télévision au coucher, les exercices physiques au coucher, les activités relaxantes au coucher et la consommation de caféine en soirée. La littérature actuelle ne compte aucune étude qui a impliqué tous les comportements liés au sommeil de la présente expérimentation. Parmi celles qui ont exploré ces comportements chez une clientèle de personnes âgées et trouvé certaines relations avec un trouble anxieux ou de l'humeur, les résultats n'ont pas, à notre connaissance, été reproduits sur un large comme sur un plus petit échantillon.

Ainsi, concernant la sieste, on constate qu'il s'agit d'une pratique courante pour les participants tel que présagé, avec un taux de 56,9 % chez l'ensemble des participants et de 67 % chez les personnes âgées anxieuses, qui affichent les taux les plus élevés. La seule étude trouvée a montré un lien entre la sieste et des symptômes anxieux chez les personnes âgées de plus de 75 ans et plus spécifiquement, des symptômes obsessionnel-compulsifs. La présente étude a, quant à elle, soutient le lien entre les troubles anxieux (en général) et la pratique de la sieste chez les personnes âgées de plus de 65 ans cette fois.

Aucune étude n'a été trouvée en ce qui concerne la caféine et les troubles mentaux chez les personnes âgées. Les présents résultats ont montré des relations entre l'abstention de caféine en soirée et les troubles anxieux. Une sensibilité aux effets de la caféine a été rapportée chez les personnes âgées et il s'agit peut-être d'une avenue pour

expliquer ce lien (Cuellar et al., 2007; van Boxtel & Schmitt, 2004). Malgré une volonté d'éviter cette substance lorsqu'on est aux prises avec l'anxiété, on peut rappeler qu'elle se trouve aussi dans quelques aliments, des breuvages et plusieurs types de médicaments (Epstein, 1994).

La relaxation avant le coucher qui est pratiquée fréquemment par plus d'une personne âgée sur deux selon MacLeod (2000) est un moyen utilisé par le quart seulement des personnes âgées dans la présente étude. Les participants qui ont affiché un taux plus élevé de relaxation au coucher étaient sélectionnés selon la présence de difficultés de sommeil, dans l'étude en question. La relaxation le soir a été associée à un amoindrissement des symptômes de dépression et d'anxiété (Chen et al., 2009; Johansson, Hassmén, & Jouper, 2011) ou, au contraire, au risque de souffrir d'une dépression (Furihata et al., 2011). Une autre étude sur la relaxation a exploré l'impact positif des activités relaxantes avant le coucher sur le sommeil ou les troubles mentaux (Beaulieu, 2006). Les présents résultats ont, quant à eux, mis de l'avant le lien entre la relaxation et le risque d'appartenir à l'un ou l'autre des deux groupes aux prises avec un trouble mental. Rappelons que nos résultats démontrent une association significative avec l'anxiété uniquement.

Aucune recherche, à notre connaissance, n'a démontré de relation entre l'exercice physique au coucher et ces deux types de troubles mentaux. Les résultats de la présente expérimentation ne montrent pas de lien à cet effet. Il peut s'avérer hasardeux de tirer des conclusions tranchées puisque le nombre de participants concernés est très bas, soit

35 personnes dépressives ou anxieuses qui sont actives physiquement le soir. Ces taux sont encore plus bas que ceux trouvés dans d'autres études à ce sujet, qui tournaient autour du tiers des personnes âgées (Furhata et al., 2011; Gooneratne et al., 2011).

Enfin, la relation directe entre l'écoute de la télévision ou la lecture au coucher n'a jamais été vérifiée avec les deux types de troubles mentaux chez les personnes âgées. En fait, une étude a trouvé un lien avec la dépression en examinant le nombre (important) d'heures passées devant la télévision et a trouvé un lien avec les hommes âgés uniquement (Gibbons, 2003; Murren, 2010) sur une période de sept jours chez un petit groupe de personnes âgées. La vérification du nombre d'heures devant la télévision n'a pas été faite dans la présente expérimentation. Cette façon de vérifier la variable, c'est-à-dire en nombre de minutes ou d'heures, auraient apporté des détails et une perspective différente. En fait, des corrélations auraient pu être calculées avec ce type de données obtenues.

Les comportements de sécurité peuvent également affecter le sommeil, la sphère sociale ou l'état mental. Ils comprennent l'abandon des activités telles que le sport ou les sorties extérieures, le fait de demeurer alité ou de trop faire la sieste. Les comportements nuisibles ou qui peuvent affecter le sommeil sont : se coucher trop tôt, demeurer couché trop longtemps, le tabagisme, la consommation d'alcool, dormir dans une pièce trop bruyante ou trop éclairée, en plus des comportements compris dans la présente étude. Celle-ci a permis de relativiser les liens entre les comportements et les troubles mentaux

et de vérifier les habitudes comportementales de la cohorte impliquée. En fait, les taux de pratique des comportements offrent peu de différences entre les personnes âgées asymptomatiques et celles aux prises avec un trouble mental. Les personnes âgées dépressives ou anxieuses n'adoptent pas outre mesure certains types d'action ou ne délaissent pas systématiquement certains comportements non plus. Aussi, les études mettant en évidence l'importance de la psychoéducation et de l'abstention de certains comportements possiblement stimulants ne sont pas intégralement appuyées par les présents résultats puisque l'écoute de la télévision, la lecture avant le coucher et l'exercice physique en soirée n'ont pas démontré de liens directs avec les deux types de troubles mentaux. L'impact sur le sommeil de ces comportements n'est pas mesuré dans la présente étude et aucun lien direct avec les troubles mentaux n'a été trouvé. Cependant, rappelons que les personnes âgées anxieuses se différencient de celles qui sont dépressives ou asymptomatiques en ayant davantage tendance à faire la sieste, à pratiquer la relaxation ou à éviter la caféine en soirée. Les études consultées prédisaient un impact de l'écoute de la télévision, de la relaxation et des exercices physiques sur la dépression, un lien qui n'a cependant pas été trouvé dans la présente étude. Ces particularités appuient les informations précédentes quant à la considération des troubles anxieux et de l'humeur en deux catégories de troubles distinctes plutôt que comme une seule classification.

Les vulnérabilités

Enfin, plusieurs vulnérabilités physiques, psychiques et émotionnelles sont censées être le lot de cette population, en lien avec les autres sphères mentionnées précédemment. Les résultats de la présente étude ont aussi permis de démystifier et d'objectiver ces vulnérabilités qui affectent les personnes âgées. L'enjeu du suicide chez les aînés motive à enrichir les connaissances au sujet de ces vulnérabilités qui peuvent pousser les aînés à commettre l'irréparable. Certains ont constaté une vulnérabilité des aînés face à l'anxiété, en lien avec les nombreuses pertes auxquels ils font face. Les épisodes passés de dépression constituent un facteur de risque important et favorisent la récurrence et un mauvais pronostic de la dépression (Cho et al., 2008; Luijendijk et al., 2008; Mitchell & Subramaniam, 2005; Reynolds III et al., 1998; Steunenbergh, Braam, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2009), tout comme les difficultés de sommeil (Cho et al., 2008). Certaines particularités propres aux personnes âgées dans l'expression de la dépression ont pu faire en sorte que les taux observés soient moindres que ceux relatés dans la littérature; elles peuvent parfois davantage exprimer la dépression sous forme de nervosité, de symptômes physiques (Hazif-Thomas & Thomas, 2008; Huntington, 2011) et de déficit cognitifs (Benoit & Dorey, 2011). Aussi, la cooccurrence des deux catégories de troubles qui a été constatée par maints auteurs (Schoevers et al., 2003) n'est pas appuyée par nos résultats puisque les participants aux prises à la fois avec un trouble anxieux et de l'humeur ont été très peu nombreux, trop peu pour être inclus dans la présente thèse, avec un taux de 1,0 %. Il serait intéressant de vérifier si les auteurs ayant trouvé des taux beaucoup plus importants se sont basés, comme dans la présente

étude, sur la présence combinée et avérée d'un trouble anxieux et d'un trouble de l'humeur, ou, par exemple, sur la présence du trouble mixte anxiété-dépression, suggéré en annexe du DSM-IV-TR. Ce dernier comporte effectivement moins de critères. De fait, Schoevers et al. (2003) ont trouvé que 1,8 % de participants avaient à la fois une dépression pure et un trouble d'anxiété généralisée.

Les détériorations au plan physique ont été reliées à la dépression (Myall et al., 2009) et à l'anxiété chez les aînés (El-Gabalawy, Mackenzie, Shooshtari, & Sareen, 2011). Nos résultats tendent pourtant à montrer une association entre l'avancée en âge et une certaine protection contre la dépression (mais pas l'anxiété). En effet, on constate qu'être âgé de moins de 75 ans, en comparaison à être âgé de plus de 75 ans, est un facteur de prédiction quant à l'appartenance au groupe aux prises avec un trouble de l'humeur. Le fait d'être une femme est un facteur de risque pour les deux catégories de troubles. Le fait d'être seul, avec de faibles revenus ou de scolarité de faible niveau ne sont pas ressortis comme des facteurs de prédiction quant au risque d'avoir un trouble mental.

Une seule ou deux catégories de troubles mentaux

D'entrée de jeu, rappelons les taux affichés par les participants du présent échantillon quant aux deux catégories de troubles mentaux. Les personnes âgées aux prises avec un trouble de l'humeur affichent un taux de 5,8 % et celles aux prises avec un trouble anxieux, un taux de 3,6 %. Ces taux diffèrent de ceux de 11,4 % pour les troubles

anxieux et de 3,4 % pour les troubles de l'humeur (Narrow, Rae, Robins, & Regier, 2004). À l'examen des syndromes vérifiés par les chercheurs, on constate que les phobies sont investiguées par deux items : le fait de présenter « au moins une phobie » ou une « phobie simple » et que le trouble d'anxiété généralisée ne figure pas parmi les troubles anxieux étudiés et validés via les critères du DSM-III. Aussi, l'âge minimal est de 55 ans et non pas de 65 ans comme dans la présente étude. Il s'agit des différences entre cette étude et la présente expérimentation qui peuvent faire en sorte que la prévalence des troubles anxieux soit moins importante. En effet, il y aurait une légère diminution des taux de troubles anxieux avec l'âge qui avance (Stanley & Beck, 1998). Les taux de personnes aux prises avec un trouble anxieux de 3,6 % sont conformes cependant aux taux relevés de 3,2 % par Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker et van Tilburg (2003). Nos taux de personnes dépressives de 5,8 % sont plus bas que ceux attendus de 12,9 % relevés par les mêmes chercheurs. On sait que leur étude s'est basée sur un instrument différent du DSM-IV-TR. Il s'agit du Geriatric Mental State-Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy, qui a démontré une tendance à trouver des taux plus élevés de dépression (Dewey, 1999).

Les présents résultats apportent des précisions quant à l'expression des troubles mentaux chez les personnes âgées. Ils peuvent enrichir les connaissances sur cette question en plus du débat quant à l'existence d'un seul ou de deux types de troubles mentaux pour la dépression et l'anxiété. Plusieurs arguments en regard de voir l'anxiété et la dépression comme un seul et même trouble ou plutôt comme deux catégories de

troubles distincts ont été invoqués à partir des résultats de la présente étude. Rappelons d'abord que, d'une part, les personnes âgées dépressives et anxieuses du présent échantillon affichent des taux de difficultés de sommeil qui sont similaires et le plus souvent assez élevés. Les chercheurs qui ont exploré la dépression chez les aînés ont avancé l'idée que l'anxiété souvent comorbide (Andreescu et al., 2007; Beekman et al., 2000; Lenze et al., 2000), soit impliquée plus directement dans la dynamique et l'expression de la dépression des personnes âgées (Benoit & Dorey, 2011; Fiske et al., 2009). Cette dernière suggestion dépasse l'idée de la comorbidité entre les deux catégories de troubles et va en faveur d'un seul trouble, dans une perspective de continuum plutôt que de catégories distinctes (Schoevers et al., 2003). D'autre part, quant à la question de voir plutôt l'anxiété et la dépression comme deux catégories distinctes, on sait que les personnes âgées du présent échantillon se différencient sur plusieurs difficultés de sommeil, les unes étant associées aux troubles de l'humeur, les autres aux troubles anxieux. Une seule difficulté de sommeil est commune aux deux catégories quant au risque augmenté, il s'agit des réveils. La vérification des raisons de ces réveils et de l'état émotionnel et mental lors de ces réveils pourrait attester la présence d'une différence entre les deux catégories de troubles. Les personnes âgées anxieuses sont différentes de celles qui sont dépressives au sujet de la sieste, de la relaxation et de la consommation de caféine. Aussi, les tracas semblent un peu plus particuliers aux personnes anxieuses, car même si les tracas sont en lien avec un risque d'être dépressif, ce risque est quand même moindre que celui d'être anxieux. Ainsi, quelques comportements et cognitions liés au sommeil permettent de les différencier,

bien que des différences plus franches auraient permis d'appuyer avec plus de force cette position et de trancher quant à la question de les conserver comme deux catégories de troubles distincts. De fait, les analyses statistiques qui ont contrôlé l'effet des covariables afin de vérifier les différences entre les personnes âgées dépressives, anxieuses ou asymptomatiques, ont permis de constater que les différences les plus marquées sont celles qui se rapportent à la sphère comportementale. En effet, trois comportements sur les cinq étudiés sont significativement associés à un trouble mental en particulier, les troubles anxieux dans le cas présent. Les difficultés de sommeil et les cognitions inadaptées ont également un ratio similaire d'associations significatives, mais elles sont partagées entre les troubles anxieux et de l'humeur et les différences apparaissent moins flagrantes que ce qu'on constate pour les comportements liés au sommeil. Les croyances dysfonctionnelles apparaissent comme des variables affichant des associations significatives moins nombreuses et moins distinctes au sujet des probabilités d'être aux prises avec un trouble mental.

Les forces et les limites

Les limites quant à la portée des résultats sont les suivantes. Les données obtenues dans la présente étude proviennent d'un devis transversal et elles ne permettent donc pas d'inférer ou de constater l'effet du temps sur les troubles mentaux ou de différencier les variables qui sont de l'ordre de l'étiologie ou du pronostic. Un tel devis ne permet pas de mesurer l'évolution et de vérifier le pronostic des troubles mentaux, des difficultés de sommeil, des cognitions et des comportements inadaptés. Cette étude, comme d'autres

études transversales, a peut-être tendance à surreprésenter les participants aux prises avec une vulnérabilité ou des désordres chroniques (Schoever et al., 2003). Toutefois, les données ont été obtenues via l'utilisation de critères bien définis et reconnus. De plus, tous les troubles anxieux ont été inclus dans la présente étude et pas simplement le trouble d'anxiété généralisée, ce que certains auteurs avaient soulevé comme une inclusion nécessaire (Schoever et al., 2003). Aussi, un tel type d'étude permet d'obtenir des résultats plus probants qu'une méta-analyse ou qu'une revue systématique de la littérature. Il a été mentionné qu'une des forces de la présente thèse est sa grande taille échantillonnale; en effet, le nombre de participants respecte les propositions de certains auteurs quant au ratio minimal à respecter (50 participants par variable prévisionnelle) pour garantir la validité des tests de signification concernant les coefficients de la régression logistique (Aldrich & Nelson, 1984). De plus, au sujet des analyses statistiques, rappelons que le test du chi-deux nécessite aussi un grand échantillon et qu'il est complété par les analyses des rapports de cotes qui permettent de vérifier la teneur des associations. Enfin, les transformations apportées via la réduction de données en variables dichotomiques ont pu altérer la teneur des associations et des résultats. Aussi, la vérification formelle quant à la présence ou l'absence de changements développementaux sur le sommeil n'a pas pu être effectuée puisque les résultats ne comprennent pas de comparaisons avec un groupe d'adultes plus jeunes. De plus, plusieurs interactions possibles, mentionnées précédemment, n'ont pas fait l'objet de vérifications. Les résultats de telles analyses auraient apporté des nuances intéressantes et utiles au plan clinique avec la clientèle âgée, qu'elle soit dépressive, anxieuse, ou

simplement aux prises avec des difficultés de sommeil. Ainsi, par exemple, les associations entre les comportements liés au sommeil et les difficultés de sommeil n'ont pas été vérifiées et la même abstention s'applique entre les cognitions inadaptées et le sommeil. Il s'agit toutefois d'études qui ont été faites auprès, le plus souvent, d'échantillons plus restreints. De même, d'autres variables n'ont pas été impliquées dans les analyses statistiques en tant que covariables prévisionnelles, comme la médication exacte utilisée, les maladies organiques, les quantités de caféine consommées, le tabagisme, la consommation d'alcool et elles peuvent avoir eu un impact sur les probabilités trouvées (Ohayon et al., 2004), sans oublier certains facteurs environnementaux tels que le bruit ou la lumière, qui ont été mentionnés dans l'introduction comme facteurs de maintien. Enfin, mentionnons qu'une compensation financière a été offerte aux participants. À la lecture des lignes directrices du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Ryerson, disponible en ligne (www.ryerson.ca), on constate que le montant alloué aux participants, c'est-à-dire 30 dollars, n'a pu interférer avec l'aspect fondamental qu'est le volontariat en recherche. Il s'agit, tout au plus, d'un montant permettant de compenser pour la période de temps allouée à la participation à l'étude. Ainsi, il ne s'agit pas d'une incitation excessive à se rendre disponible aux entrevues. Enfin, cette compensation a peu de risque d'être la seule motivation à se montrer volontaire à participer à l'étude, ce qui serait effectivement inapproprié.

Conclusion

Les cliniciens qui reçoivent des demandes d'aide ont tout intérêt à procéder à une analyse fonctionnelle, qui consiste à identifier les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, ces derniers impliquent les comportements et les cognitions liées au sommeil. Ils ont ensuite avantage à procéder à une certaine psychoéducation durant leur consultation afin d'informer la clientèle âgée et souffrante de cette composante psychiatrique tout autant que de normaliser certains changements possibles liés au sommeil (Fiorentino & Martin, 2010; Galea, 2008; Gauriau, Raffray, Choudat, Corman, & Léger, 2007; Johnson, 1991; Reid et al., 2010) et d'aider à la conscientisation des habitudes affectant négativement leur sommeil (Adachi et al., 2011; Bloom et al., 2009; Epstein, 1994; Hoch et al., 2001; Roszkowska & Geraci, 2010).

Ensuite, l'apprentissage des règles de l'hygiène du sommeil permet au patient d'identifier les facteurs environnementaux, comportementaux et reliés au mode de vie, qui nuisent à son sommeil. Les résultats de la présente étude valident l'impact de certains comportements sur la présence de troubles mentaux (la sieste, la relaxation, éviter le café en soirée). En effet, certains traitements impliquant le contrôle du stimulus recommandent de ne pas avoir recours à des activités stimulantes avant le coucher, ce que nos résultats appuient partiellement pour la caféine et les troubles anxieux, mais pas pour l'exercice physique en soirée ou la lecture ou l'écoute de la télévision. D'autres actions peuvent nuire au sommeil. On peut en nommer quelques-uns : l'absence

d'exercices physiques le jour, des horaires irréguliers de coucher et de lever, l'alcool, la cigarette, des repas trop copieux en fin de journée et un environnement bruyant ou trop lumineux, trop froid ou trop chaud. Il est aussi important de ne pas apporter ses problèmes au lit. Ainsi, prévoir un moment dans l'après-midi pour réfléchir aux problèmes et travailler à leur résolution est souvent efficace, en plus de prévoir les activités du lendemain et d'inclure certaines activités plaisantes si possible. De même, l'habitude d'attendre d'être somnolent avant d'aller se coucher est une pratique favorable au sommeil, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une activité mentale autre que celle de se tracasser ou de ruminer. Par exemple, l'exercice de fixer toute l'attention sur l'inspiration et l'expiration profonde et les sensations physiques qu'elles créent permet souvent de limiter l'attention disponible au processus de la pensée. L'objectif visé par les dernières recommandations est de diminuer la réponse conditionnée d'éveil et ainsi, modifier le climat émotionnel propice aux troubles anxieux, vu la prépondérance de la relation des variables à l'étude avec les troubles anxieux, qui sont en lien significatif avec neuf variables, en comparaison à cinq variables pour les troubles de l'humeur (Beaulieu, 2006).

Les techniques qui n'impliquent pas la médication incluent donc les interventions cognitivo-comportementales, dont les techniques de relaxation et l'hygiène du sommeil, mentionnées précédemment. La pratique d'activités relaxantes au coucher a été relevée dans la présente étude. Il ne s'agit pas de la relaxation proprement dite, si on s'en tient à la définition usuelle, c'est-à-dire une technique qui requiert plusieurs semaines à

maîtriser, la plupart du temps, avant de devenir un automatisme. Une des techniques de relaxation qui a démontré son efficacité avec les personnes âgées implique le corps au complet et requiert 15 à 20 minutes. Elle comprend un contrôle de la respiration (lente) et des exercices de contraction et de décontraction de chacun des groupes musculaires, en partant de la tête et en descendant jusqu'au pied (Johnson, 1993). Ainsi, grâce à cette technique, on peut voir diminuer le niveau d'activation élevée et l'état de tension physique et émotionnelle souvent présents lors de troubles anxieux ou de latence d'endormissement augmentée (Beaulieu, 2006). De même, la réduction des croyances et des attitudes concernant le sommeil a été associée à des diminutions de difficultés du sommeil et de l'anxiété de performance pour dormir en remettant en question certaines attentes, en évitant les comparaisons avec autrui et enfin, en dédramatisant les effets présumés de mauvaises nuits (Tremblay, 2008). Finalement, deux autres variables se sont illustrées dans l'amélioration des difficultés de sommeil, il s'agit des attentes initiales au sujet de la thérapie et de la crédibilité perçue (Tremblay, 2008). Outre la relation avec l'anxiété de performance, les associations trouvées avec les troubles mentaux peuvent motiver l'application de ces approches pour en favoriser la prévention ou le rétablissement.

Des recherches sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité à long terme des traitements existants en tenant compte du contexte de vie, des particularités inhérentes à cette clientèle et de ses préférences (Bain, 2006; Cohen-Mansfield & Jensen, 2005). Par exemple, on doit tenir compte que la restriction du temps de sommeil peut s'avérer

néfaste chez la population âgée et nuit à sa qualité de vie, sa santé physique et cardiovasculaire sans améliorer la continuité ou la profondeur du sommeil (Reynolds et al., 2010). Aussi, plusieurs détails et précisions soulignés tout au long de la présente étude concernant les variables ont intérêt à faire l'objet de recherches afin de vérifier si des variables plus définies et précises pourraient afficher des relations significatives avec les troubles mentaux. Par exemple, la différenciation entre l'exercice physique au coucher et de l'exercice physique diurne, le type d'émission télévisées écoutées, le type de lecture au coucher, le type d'activités relaxantes, le contenu de la médication autre que celle pour dormir, etc. Ce sont des précisions qu'il serait intéressant d'apporter dans des études futures. De même, le contenu des pensées et des tracas au coucher pourrait compléter les connaissances et permettre d'affiner la détection des troubles, advenant des différences quant au contenu des deux processus cognitifs. Enfin, d'autres techniques ou traitements que ceux impliquant différents psychotropes ont tout intérêt à être développés et étudiés, étant donné qu'ils peuvent provoquer des effets secondaires parfois dangereux (Bain, 2006; Chen et al., 2009). Ces arguments sont autant sanitaires que comptables (Beaulieu, 2006; McCall, 2004). De fait, on a vu que l'insomnie s'accompagne de répercussions chez les aînés, dont un plus grand risque d'accidents et un sentiment de bien-être diminué (Corman, 2006), des baisses de fonctions cognitives (Beck-Little, 2000; MacLeod, 2000), une exacerbation des maladies chroniques et un risque accru de mortalité (Bernegger, Meier-Rossi, & Schwander, 2003), une utilisation accrue des services de santé (Cuellar, Rogers, Hisghman, & Volpe, 2007), une

diminution de la qualité de vie (Beck-Little, 2000; Harvey, 2009) et une intégration sociale problématique (Ancoli-Israel & Cooke, 2005).

Rappelons, en dernier lieu, l'importance de la part des professionnels de la santé de favoriser les synthèses, les répétitions et l'emphase sur chacun des points importants donnés à la clientèle âgée lorsque des recommandations sont faites. Cela tient compte des changements parfois présents concernant la sphère cognitive (Satre et al., 2006). Aussi, il est souvent mentionné que les évaluations ne doivent pas être basées uniquement sur ce qui est rapporté par les personnes âgées, mais doivent aussi tenir compte de l'avis des proches pour compléter le tableau clinique, surtout en ce qui concerne les croyances et attitudes au sujet de la santé mentale et des traitements appropriés. Des obstacles au rétablissement peuvent résider dans des divergences de vue ou des préjugés, de part et d'autres (Stanley & Beck, 1998).

Cette thèse de doctorat a permis de vérifier les types de difficultés de sommeil (difficulté à s'endormir, réveils, somnolence diurne, mauvaise qualité du sommeil et prise de médication pour dormir), de comportements liés au sommeil (sieste, activités intellectuelles au coucher, usage de caféine, relaxation, exercices physiques au coucher) et de cognitions inadaptées liées au sommeil (croyances et attitudes dysfonctionnelles) en fonction de la présence ou de l'absence de troubles de l'humeur et anxieux. Les résultats ont permis de vérifier les associations avec ces troubles et de les différencier des changements développementaux pouvant apparaître dans ces âges. Les résultats

obtenus ajoutent une perspective complémentaire et peuvent s'inscrire dans un modèle plus large que la seule compréhension médicale de ces troubles, mais tenant également compte des composantes psychologiques et comportementales.

Références

- Adachi, H., Matsushita, M., Mikami, A., Yamamura, S., Suganuma, N., Shigedo, Y., ... Moriyama, T. (2011). Disparity by the sex difference in the efficacy of self-help sleep education in community dwelling elderly people. *Journal of Men's Health*, 8(S1), 54-57. doi:10.1016/S1875-6867(11)60022-5
- Alapin, I. (2000). The role of nocturnal cognitive arousal in the complaint of insomnia among older adults. Thèse de doctorat inédite, Université Concordia. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304625208/fulltextPDF/14118B7ECBB29453201/1?accountid=14725>
- Aldrich, J. H., & Nelson, F. D. (1984). *Linear probability, logit, and probit models*. Beverly Hills, CA : Sage
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique des troubles mentaux* (4^e éd. Texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris, France : Masson.
- Ancoli-Israel, S. (2006). The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *American Journal of Managed Care*, 12(S8), S221-S229. Repéré à <http://www.ajmc.com>
- Ancoli-Israel, S., & Cooke, J. R. (2005). Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(S7), 264-271. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53392.x
- Andreescu, C., Lenze, E. J., Dew, M. A., Begley, A. E., Mulsant, B. H., Dombrowski, A. Y., ... Reynolds, C. F. (2007). Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression : Controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 344-349. doi:10.1192/bjp.bp.106.027169
- Avidan, A. Y. (2005). Sleep in the geriatric patient population. *Seminars in Neurology*, 25(1), 52-63. doi:10.1055/s-2005-867076
- Bain, K. T. (2006). Management of chronic insomnia in elderly persons. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(2), 168-192. doi:10.1016/j.amjopharm.2006.06.006
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2(1), 50-62. doi:10.1207/s15402010_bsm0201_5

- Beaulieu, P. (2006). Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chronique. Thèse de doctorat inédite, Université Val-de-Marne. Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0243099.pdf>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, NY : International Universities Press.
- Beck-Little, R. (2000). Sleep enhancement interventions and the sleep of institutionalized older adults. Thèse de doctorat inédite, University of South Carolina. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304621638/fulltextPDF/141187BF5774700F0B4/1?accountid=14725>
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life : Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/157/1/89>
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., Braam, ... van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression : A 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59(7), 605-611. doi:10.1001/archpsyc.59.7.605
- Belleville, G., Bélanger, L., & Morin, C. M. (2003). Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 87-101. Repéré à <http://id.erudit.org>
- Benca, R. M. (2005). Diagnosis and treatment of chronic insomnia : A review. *Psychiatric Services*, 56(3), 332-343. doi:10.1176/appi.ps.56.3.332
- Benca, R. M., Okawa, M., Uchiyama, M., Ozaki, S., Nakajima, T., Shibui, K., & Obermeyer, H. (1997). Sleep and mood disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 1(1), 45-56. doi:10.1016/S1087-0792(97)90005-8
- Benca, R. M., & Peterson, M. J. (2008). Insomnia and depression. *Sleep Medicine*, 9(S1), S3-S9. doi:10.1016/S1389-9457(08)70010-8
- Benoit, M., & Dorey, J.-M. (2011). Typologies de la dépression tardive : anxieuse, avec démotivation. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 3(3), 119-124. doi:10.1007/s12612-011-0193-2
- Bernegger, H., Meier-Rossi, H., & Schwander, J. (2003). Traitement non médicamenteux de l'insomnie. *Forum médical Suisse*, (43), 1034-1038. Repéré à http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2003/2003-43/2003-43-179.PDF
- Beuke, C. J., Fisher, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression : Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 831-848. doi:10.1016/S0272-7358(03)00074-6

- Blais, F. C., Morin, C. M., Boisclair, A., Grenier, V., & Guay, B. (2001). L'insomnie : prévalence et traitement chez les patients consultant en médecine générale. *Le Médecin de famille canadien*, 47(avril), 759-767. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018415/pdf/11340757.pdf>
- Blay, S. L., Andreoli, S. B., & Gastal, F. L. (2008). Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 582-595. doi:10.1017/S1041610207006308
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., & Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 761-789. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x
- Bonanni, E., Tognoni, G., Maestri, M., Salvati, N., Fabbrini, M., Borghetti, D., ... Murri, L. (2010). Sleep disturbances in elderly subjects : An epidemiological survey in an Italian district. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(6), 389-97. doi:10.1111/j.1600-0404.2010.01324.x
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192. doi:10.1037/0021-843X.107.2.179
- Buysse, D. J. (2004). Insomnia, depression, and aging-Assessing sleep and mood interactions in older adults. *Geriatrics*, 59(2), 47-51. Repéré à <http://geriatrics.modernmedicine.com/geriatrics/data/articlestandard/geriatrics/072004/84701/article.pdf>
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, 29(4), 444-453. Repéré à <http://www.journal sleep.org>
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2010). Sleep-related cognitive processes. Dans Springer (Éd.), *Insomnia and Anxiety* (pp. 99-108). New York, NY : Springer Science+Business Media.
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Manber, R., Garson, C., & Segal, Z. V. (2007). Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 179-188. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.08.006
- Celestin, L.-P., & Celestin-Westreich, S. (2006). Faire face au trouble bipolaire chez la personne âgée : défis cliniques. *NPG-Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 6(33), 22-28. doi:NPG-06-2006-6-33-1627-4830-101019-200605198
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1990). The minor events approach to stress : Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81(4), 469-481. doi:10.1111/j.2044-8295.1990.tb02373.x

- Chasens, E. R., Sereika, S. M., Weaver, T. E., & Umlauf, M. G. (2007). Daytime sleepiness, exercise, and physical function in older adults. *Journal of Sleep Research, 16*(1), 60-65. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00576.x
- Chen, K. M., Chen, M. H., Chao, H. C., Hung, H. M., Lin, H. S., & Li, C. H. (2009). Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises : Cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies, 46*(2), 154-163. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.09.005
- Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M. R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults : A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 165*(12), 1543-1550. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121882
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms : A structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine, 29*(2), 325-339. http://journals.cambridge.org/article_S0033291798008150
- Clark, D. A. (2001). The persistent problem of negative cognition in anxiety and depression : New perspectives and old controversies. *Behavior Therapy, 32*(1), 3-12. doi:10.1016/S0005-7894(01)80040-X
- Clark, D. A., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression : Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 645-654. doi:10.1037/0021-843X.103.4.645
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2005). Sleep-related habits and preferences in older adults : A pilot study of their range and self-rated importance. *Behavioral Sleep Medicine, 3*(4), 209-226. doi:10.1207/s15402010bsm0304_3
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects : A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1147-1156. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Corman, B. (2006). Le sommeil des seniors. *Gérontologie et société, (116)*, 45-61. Repéré à http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=GS_116_00_45
- Creti, L. (1996). An evaluation of a new cognitive-behavioral technique for the treatment of insomnia in older adults. Thèse de doctorat inédite, Université Concordia. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304377564/fulltextPDF/1411882E8522B8F4D34/1?accountid=14725>

- Crittendon, J., & Hopko, D. R. (2006). Assessing worry in older and younger adults : Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A). *Journal of Anxiety Disorders, 20*(8), 1036–1054. doi:10.1016/j.janxdis.2005.11.006
- Cuellar, N. G., Rogers, A. E., Hisghman, V., & Volpe, S. L. (2007). Assessment and treatment of sleep disorders in the older adult. *Geriatric Nursing, 28*(4), 254-264. doi:10.1016/j.gerinurse.2007.01.017
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J.-P., & Savard, J. (2007). The Economic Burden of Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers. *Sleep, 32*(1), 55-64. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625324/pdf/aasm.32.1.55.pdf>
- Dewey, M. E. (1999). AGECAT Bibliography. Repéré à <http://www.aghmed.fsnet.co.uk/agecat/agebib.pdf>
- Dijk, D. J., Duffy, J. F., & Czeisler, C. A. (2001). Age-related increase in awakenings: impaired consolidation of nonREM sleep at all circadian phases. *Sleep, 24*(5), 565-577.
- Dijk, D. J., Duffy, J. F., Riel, E., Shanahan, T. L., & Czeisler, C. A. (1999). Ageing and the circadian and homeostatic regulation of human sleep during forced desynchrony of rest, melatonin and temperature rhythms. *The Journal of Physiology, 516*(2), 611-627. doi:10.1111/j.1469-7793.1999.0611v.x
- Dobson, K. S. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 5*(4), 307-324. doi:10.1016/0272-7358(85)90010-8
- Duffy, J. F., Zeitzer, J. M., Rimmer, D. W., Klerman, E. B., Dijk, D. J., & Czeisler, C. A. (2002). Peak of circadian melatonin rhythm occurs later within the sleep of older subjects. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism, 282*(2), E297-303. Repéré à <http://ajpendo.physiology.org>
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep, 24*(5), 591-599. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=25596>
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Sareen, J. (2011). Comorbid physical health conditions and anxiety disorders : A population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *General Hospital Psychiatry, 33*(6), 556-564. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.07.005
- Ellis, J., Hampson, S. E., & Croyley, M. (2007). The role of dysfunctional beliefs and attitudes in late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(1), 81-84. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.06.007

- Epstein, D. R. (1994). A behavioral intervention to enhance the sleep-wake patterns of older adults with insomnia. Thèse de doctorat inédite, University of Arizona. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304085578/fulltextPDF/141E794C994E81/1?accountid=14725>
- Espie, C. A. (1991). *The psychological treatment of insomnia*. New York, NY : Wiley.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia : Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 215-243. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135243
- Feldman, L. A. (1993). Distinguishing depression and anxiety in self-report : Evidence from confirmatory factor on nonclinical and clinical samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 631-638. doi:10.1037/0022-006X.61.4.631
- Fetveit, A. (2009). Late-life insomnia : A review. *Geriatrics and Gerontology International*, 9(3), 220-234. doi:10.1111/j.1447-0594.2009.00537.x
- Fiorentino, L., & Martin, J. L. (2010). Awake at 4 a.m. : Treatment of insomnia with early morning awakenings among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 161-1174. doi:10.1002/jclp.20734
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1). 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
- Flannery-Schroeder, E. C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 136-142. doi:10.1016/j.amepre.2006.07.006
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 640-649. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/151/5/640>
- Floyd, J. A., Medler, S. M., Ager, J. W., & Janisse, J. J. (2000). Age-related changes in initiation and maintenance of sleep : A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 23(2), 106-117. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(200004)23:2<106::AID-NUR3>3.0.CO;2-A
- Fok, M., Stewart, R., Basset, A., Ritchie, K., & Prince, M. (2010). Incidence and persistence of sleep complaints in a community older population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 37-45. doi:10.1002/gps.2295
- Foley, D. J., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults : Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497-502. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.02.010

- 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: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 18(6), Jul 1995, 425-432
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (2010). Subtypes of sleep disturbance : Associations among symptoms, comorbidities, treatment, and medical costs. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104-113. doi:10.1080/15402001003622842
- Frisoni, G. B., de Leo, D., Rozzini, R., & Trabucchi M. (1996). Napping in the elderly and its association with night sleep and psychological status. *Psychogeriatrics*, 8(3), 477-487. doi:10.1017/S1041610296002839
- Furihata, R., Uchiyama, M., Takahashi, S., Konno, C., Suzuki, M., Osaki, K., ... Ohida, T. (2011). Self-help behaviors for sleep and depression : A japanese nationwide general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 130(1), 75-82. doi:10.1016/j.jad.2010.09.019
- Galea, M. (2008). Subjective sleep quality in the elderly : Relationship to anxiety, depressed mood, sleep beliefs, quality of life, and hypnotic use. Thèse de doctorat inédite. Repéré à <http://vuir.vu.edu.au/1520/>
- Gamaldo, A. A., Allaire, J. C., & Whitfield, K. E. (2010). Exploring the within-person coupling of sleep and cognition in older african americans. *Psychology and Aging*, 25(4), 851-857. doi:10.1037/a0021378
- Gana, K., & Mezred, D. (2009). Tracasseries quotidiennes, réminiscence et santé mentale chez l'adulte et la personne âgée : test d'un modèle structural des effets médiateurs de la réminiscence. *Psychologie française*, 54(3), 211-224. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033298409000442>
- Gauriau, C., Raffray, T., Choudat, D., Corman, B., & Léger, D. (2007). Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé d'éducation à la santé. *La presse médicale*, 36(12), 1721-1731. doi:10.1016/j.lpm.2007.07.002
- Gauthier, J. (2005). Les troubles anxieux chez les personnes âgées. Repéré à <http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/sites/ADRC/pdfs/professional/brochures/ElderlyFr.pdf>.
- Gendron, L., Blais, F. C., & Morin, C. M. (1998). Cognitive activity among insomnia patients. *Sleep*, 21(Supp), 130.
- Gibbons, R. (2003). *Reflections in the glass : Television and the elderly*. Thèse de doctorat inédite, Université de Toronto. Repéré à <http://search.proquest.com/biblio.proxy.uqtr.ca/docview/305256013/fulltextPDF/14118C93B8A3B377580/1?accountid=14725>

- Gillin, J. C., Roehrs, T., & Roth, T. (2010). Sleep aids and insomnia. *National Sleep Foundation*. Repéré à <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-related-problems/sleep-aids-and-insomnia>.
- Goldman, S. E., Hall, M., Boudreau, R., Matthews, K. A., Cauley, J. A., Ancoli-Israel, S., ... Newman, A. B. (2008). Association between nighttime sleep and napping in older adults. *Sleep*, *31*(5), 733-740. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2398743/>
- Gooneratne, N. S., Tavarira, A., Patel, N., Madhusudan, L., Nadaraja, D., Onen, F., & Richards, K. C. (2011). Perceived effectiveness of diverse sleep treatments in older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, *59*(2), 297-303. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03247.x
- Habte-Gabr, E., Wallace, R., Colsher, P., Hulbert, J., White, L., & Smith, I. (1991). Sleep patterns in rural elders : Demographic, health, and psycho-behavioral correlates. *Journal of Clinical Epidemiology*, *44*(1), 5-13. doi:10.1016/0895-4356(91)90195-F
- Harvey, A. G. (2001a). Insomnia : Symptom or diagnosis ? *Clinical Psychology Review*, *21*(7), 1037-1059. doi:10.1016/S0272-7358(00)00083-0
- Harvey, A. G. (2001b). I can't sleep my mind is racing! An investigation of strategies of thought control in insomnia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 3-11. doi:10.1017/S1352465801001023
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, *40*(8), 869-894. doi:10.1016/S0005-7967(01)00061-4
- Harvey, A. G. (2009). A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(1), 35-42. doi:10.1080/16506070903033825
- Harvey, A. G., & Greenall, E. (2003). Catastrophic worry in primary insomnia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 11-23. doi:10.1016/S0005-7916(03)00003-X
- Hawksley, J., & Davey, G. C. L. (2010). Mood-as-input and depressive rumination. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(2), 134-140. doi:10.1016/j.brat.2009.10.004
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2008). L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées. Repéré à http://www.esculape.com/geriatrie/depression_geriatrie_diag.html
- Higgins, T. J., Janelle, C. M., Naugle, K. M., Knaggs, J., Hoover, B. M., Marsiske, M., & Manini, T. M. (2012). Role of self-efficacy and anxiety among pre-clinically disabled older adults when using compensatory strategies to complete daily tasks. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(3), 611-624. doi:10.1016/j.archger.2012.06.007

- Hoch, C. C., Reynolds III, C. F., Buysse, D. J., Monk, T. H., Nowell, P., Begley, A. E., Hall, F., & Dew, M. A. (2001). Protecting sleep quality in later life : A pilot study of bed restriction and sleep hygiene. *The Journal of Gerontology*, *56*(1), 52-59. doi:10.1093/geronb/56.1.P52
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination : Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(2), 277-290. doi:10.1016/j.brat.2006.03.006
- Horne, J. A., & Staff, L. H. (1983). Exercise and sleep : Body-heating effect. *Sleep*, *6*(1), 36-46. Repéré à <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-32134-001>
- Huang, Y.-L., Liu, R.-Y., Wang, Q.-S., Van Someren, E. J. W., Xu, H., & Zhou, J.-N. (2002). Age-associated difference in circadian sleep-wake and rest-activity rhythms. *Physiology & Behavior*, *76*(4-5), 597-603. doi:10.1016/S0031-9384(02)00733-3
- Huntington, K. (2011). Troubles de l'humeur chez les personnes âgées. Repéré à <http://www.medecine.uottawa.ca>
- Ito, Y., Tamakoshi, A., Yamaki, K., Wakai, K., Kawamura, T., Takagi, K., ... Ohno, Y. (2000). Sleep disturbance and its correlates among elderly Japanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *30*(2), 85-100. doi:10.1016/S0167-4943(99)00054-0
- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., & Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people : The Jerusalem cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(2), 325-329. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x
- Jansson, M., & Linton, S. J. (2006). The development of insomnia within the first year : A focus on worry. *British Journal of Health Psychology*, *11*(3), 501-511. doi:10.1348/135910705X57412
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom, K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(4), 443-449. Repéré à <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399907004114>
- Jausse, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K., ... Dauvilliers, Y. (2011a). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, *34*(8), 1103-1110. doi:10.5665/SLEEP.1170
- Jausse I., Bouyer, J., Ancelin M. L., Berr, C., Foubert-Samier, A., Ritchie, K., Ohayon M. M., ...Dauvilliers, Y. (2012). Excessive sleepiness is predictive of cognitive decline in the elderly. *Sleep*, *35*(9), 1201-1207. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=28633>

- Jaussent, I., Dauvilliers, Y., Ancelin, M.-L., Dartigues, J.-F., Tavernier, B., Touchon, J., ... Besset, A. (2011b). Insomnia symptoms in older adults : Associated factors and gender differences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(1), 88-97. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e049b6
- Jeon, H.-S., Dunkle, R. E., & Roberts, B. L. (2006). Worries of the oldest-old. *Health Social Work*, *31*(4), 256-265. doi: 10.1093/hsw/31.4.256
- Johansson, M., Hassmén, P., & Jouper, J. (2011). Acute effects of qigong exercise on mood and anxiety. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *1*(S), 60-65. doi:10.1037/2157-3905.1.S.60
- Johnson, J. E. (1991). Progressive relaxation and the sleep of older noninstitutionalized women. *Applied Nursing Research*, *4*(4), 165-170. doi:10.1016/S0897-1897(05)80091-6
- Johnson, J. E. (1993). Progressive relaxation and the sleep of older men and women. *Journal of community health nursing*, *10*(1), 31-38. Repéré à <http://web.ebscohost.com/biblioproxy.uqtr.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2d9c039e-2d75-4c89-a4cc-0683f46594b6%40sessionmgr10&vid=2&hid=25>
- Joormann, J., & Stöber, J. (1999). Somatic symptoms of generalized anxiety disorder from the DSM-IV : Associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*(5), 491-503. doi:10.1016/S0887-6185(99)00017-1
- Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly : Cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine*, *119*(6), 463-469. doi:10.1016/j.amjmed.2005.10.051
- Kanner, A., Coyne, J., Shaefer, C., & Lazarus, R. (1981). Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine*, *4*(1), 1-39. doi:10.1007/BF00844845
- Käppler, C., & Hohagen, F. (2003). Psychosocial aspects of insomnia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *253*(1), 49-52. doi:10.1007/s00406-003-0406-9
- King, A. C., Oman, R. F., Brassington, G. S., Bliwise, D. L., & Haskell, W. L. (1997). Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults : A randomized controlled trial. *The Journal of the American medical Association*, *277*(1), 32-37. doi:10.1001/jama.1997.03540250040029
- Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A., & Wilson, J. (2006). Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities : Findings of a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(10), 1267-1275. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01385.x

- Koffel, E., & Watson, D. (2009). The two-factor structure of sleep complaints and its relation to depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 183-194. doi:10.1037/a0013945
- Lamberton, A., & Oei, T. P. S. (2008). A test of the cognitive content specificity hypothesis in depression and anxiety. *Journal of Behavior Therapy, 39*(1), 23-31. doi:10.1016/j.jbtep.2006.11.001
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Prévillé M., & Brassard, J. (2011). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics, 24*(2), 243-254. doi:10.1017/S1041610211001591
- Léger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J. P., Delahaye, C., & Paillard, M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of Sleep Research, 9*(1), 35-42. doi:10.1046/j.1365-2869.2000.00178.x
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, III, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American Journal of Psychiatry, 157*(5), 722-728. doi:10.1176/appi.ajp.157.5.722
- Lichstein, K. L., Wilson, N. M., & Johnson, C. T. (2000). Psychological treatment of secondary insomnia. *Psychology and Aging, 15*(2), 232-240. doi:10.1037//0882-7974.15.2.232
- López-Torres Hidalgo, J., Navarro Bravo, B., Párraga Martínez, I., Pretel, F. A., Téllez Lapeira, J., & Boix Gras, C. (2012). Understanding insomnia in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(10), 1086-1093. doi:10.1002/gps.2834
- Luijendijk, H. J., van den Berg, J. F., Dekker, M. J. H. J., van Tuijl, H. R., Otte, W., Smit, F., Hofman, ... Tiemeier, H. (2008). Incidence and recurrence of late-life depression. *Archives of General Psychiatry, 65*(12), 1394-1401. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1394
- MacLeod, M. A. K. (2000). Attitudes and beliefs about insomnia treatment among older adults with chronic insomnia. Thèse de doctorat inédite, Université de Calgary. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/304589448/fulltextPDF/141188B00C33D75DE18/1?accountid=14725>
- Magee, J. C., & Carmin, C. N. (2010). The relationship between sleep and anxiety in older adults. *Current Psychiatry Reports, 12*(1), 13-19. doi:10.1007/s11920-009-0087-9
- Mallon, L., Broman, J. E., & Hetta, J. (2000). Relationship between insomnia, depression, and mortality : A 12-year follow-up of older adults in the community. *International Psychogeriatrics, 12*(3), 295-306. doi:10.1017/S1041610200006414

- Martin, J., Shochat, T., & Ancoli-Israel, S. (2000). Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clinical Psychology Review, 20*(6), 783-805. doi:10.1016/S0272-7358(99)00063-X
- McCall, W. V. (2004). Diagnosis and management of insomnia in older people. *The Primare Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 6*(1), 9-20. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- McCrae, C. S., & Lichstein, K. L. (2001). Secondary insomnia : A heuristic model and behavioral approaches to assessment, treatment, and prevention. *Applied and Preventive Psychology, 10*(2), 107-123. Repéré à <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0962184901800093>
- McCrae, C. S., Rowe, M. A., Dautovich, N. D., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W., ... Bush, A. J. (2006). Sleep hygiene practices in two community dwelling samples of older adults. *Sleep, 29*(12), 1551-1560. Repéré à <http://www.journalsleep.org/Articles/291205.pdf>
- McDowell, I. (2011). Anxiété et dépression. Dans : *La société, l'Individu et la Médecine*. Université d'Ottawa, ON. Repéré à http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Anxiety_f.htm
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 49*(3), 186-193. doi:10.1016/j.brat.2010.12.006
- Meeks, S., Woodruff-Borden, J., & Depp, C. A. (2003). Structural differentiation of self-reported depression and anxiety in later life. *Anxiety Disorders, 17*(6), 627-646. doi:10.1016/S0887-6185(02)00258-X
- Mireault, D., & de Man, A. F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality, 24*(4), 385-392. doi:10.2224/sbp.1996.24.4.385
- Mitchell, A. J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age : A systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry, 162*(9), 1588-1601. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1588
- Moller, H. J., Barbera, J., Kayumov, L., & Shapiro, C. M. (2004). Psychiatric aspects of late-life insomnia. *Sleep Medicine Reviews, 8*(1), 31-45. doi:10.1016/S1087-0792(03)00022-4
- Montgomery, P., & Shepard, L. D. (2010). Insomnia in older people. *Reviews in Clinical Gerontology, 20*(3), 205-218. doi:10.1017/S095925981000016X
- Morgan, K. (2001). Mental health factors in late-life insomnia. *Reviews in Clinical Gerontology, 11*(1), 71-81. doi:10.1017/S0959259801011169

- Morgan, K. (2003). Daytime activity and risk factors for late-life insomnia. *Journal of Sleep Research, 12*(3), 231-238. doi:10.1046/j.1365-2869.2003.00355.x
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia-Psychological assessment and management*. New York, NY : Guilford Press.
- 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. doi:10.1016/S0005-7967(01)00055-9
- Morin, C. M., & Gramling, S. E. (1989). Sleep patterns and aging : Comparison of older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging, 4*(3), 290-294. doi:10.1037/0882-7974.4.3.290
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Bélanger, L., Ivers, H., Mérette, C., & Savard, J. (2011). Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 56*(9), 540-548
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging, 8*(3), 463-467. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS) : Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep, 30*(11), 1547-1554. doi:10.1037/0882-7974.8.3.463
- Morphy, H., Dunn, K. M., Lewis, M., Boardman, H. F., & Croft, P. R. (2006). Epidemiology of insomnia : A longitudinal study in a UK population. *Sleep, 30*(3), 274-280. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425223>
- Mosolov, S. N. (2012). Current biological hypotheses of recurrent depression. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni s s Korsakova, 112*(1), S2, 29-40.
- Motivala, S. J., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M. R. (2006). Impairments in health functioning and sleep quality in older adults with a history of depression. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(8), 1184-1191. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00819.x
- Murren, M. A. (2010). Television viewing and older adults : The effects of active viewing, passive viewing, and viewing type. Thèse de doctorat inédite, Université de La Verne. Repéré à <http://search.proquest.com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/849307993/fulltextPDF/14118CF4AE2A4FC019/1?accountid=14725>
- Myall, B. R., Hine, D. W., Marks, A. D. G., Thorsteinsson, E. B., Brechman-Toussaint, M., & Samuels, C. A. (2009). Assessing individual differences in perceived vulnerability in older adults. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 8-13. doi:10.1016/j.paid.2008.08.015

- Neckelmann, D., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep, 30*(7). Repéré à <http://www.journal-sleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=26880>
- Neikrug, S. M. (1998). The value of gerontological knowledge for elders : A study of the relationship between knowledge on aging and worry about the future. *Educational Gerontology, 24*(3), 287-296. doi:10.1080/0360127980240308
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the older adult-A mini-review. *Gerontology, 56*(2), 181-189. doi:10.1159/000236900
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115
- Nuevo, R., Wetherell, J. L., Montorio, I., Ruiz, M. A., & Cabrera, I. (2009). Knowledge about aging and worry in older adults : Testing the mediating role of intolerance of uncertainty. *Aging & Mental Health, 13*(1), 135-141. doi:10.1080/13607860802591088
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia : What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*(2), 97-111. doi:10.1053/smr.2002.0186
- Ohayon, M. M. (2009). Difficulty in resuming or inability to resume sleep and the links to daytime impairment: definition, prevalence and comorbidity. *Journal of Psychiatric Research, 43*(10), 934-940. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.01.011
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep, 27*(7), 1255-1273. Repéré à <http://www.journalsleep.org/Articles/270702.pdf>
- Ohayon, M. M., & Lemoine, P. (2002). Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française. *L'Encéphale, 28*(5), 420-428. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/83139>
- Ohayon, M. M., & Lemoine, P. (2004). Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population. *L'Encéphale, 30*(3), 222-227. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/83261>
- Ohayon, M. M., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(6), 745-755. doi:10.1016/S0022-3999(01)00285-9
- Olivier, M. (2002). Faut-il traiter l'anxiété pour prévenir la dépression ? Repéré à <http://www.doctissimo.fr/>

- Ouellet, M. T. N. (1995). *Sleep satisfaction of older adults living in the community and related factors*. Thèse, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R., & Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(2), 104-113. doi:10.1207/s15402010bsm 0402_3
- Phillips, B. A., & Danner, F. J. (1995). Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives of Internal Medicine, 155*(7), 734-737. doi:10.1001/archinte.155.7.734
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M.-C., ... Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie, 53*(12), 822-832. Repéré à <http://24.87.143.65/Publications/Baril/ESA%20study-cjp-dec-08-OR.pdf>
- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H. M., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., Streiner, D. L., ... Brassard, J. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie, 55*(7), 449-457. Repéré à <http://web.ebscohost.com>
- Reid, K. J., Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Medicine, 11*(9), 934-940. doi:10.1016/j.sleep.2010.04.014
- Reynolds III, C. F., Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Mazumdar, S. ... Kupfer, D. J. (1998). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression : A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *The Journal of the American Medical Association, 281*(1), 39-45. doi:10.1001/jama.281.1.39.
- Reynolds III, C. F., Serody, L., Okun, M. L., Hall, M., Houck, P. R., Patrick, S., ... Nofzinger, A. (2010). Protecting sleep, promoting health in later life : A randomized clinical trial. *Psychosomatic Medicine, 72*(2), 178-186. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c870a5
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort : A prospective perspective. *American Journal of Psychiatry, 157*(1), 81-88. Repéré à <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/1/81.pdf>
- Roehrs, T., & Roth, T., (2008). Caffeine : Sleep and daytime sleepiness. *Sleep Medicine Reviews, 12*(2), 153-162. doi:10.1016/j.smrv.2007.07.004
- Roepke, S. K., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research, 131*(2), 302-310. Repéré à <http://www.icmr.nic.in/ijmr/2010/february/0220.pdf>

- Roszkowska, J., & Geraci, S. A. (2010). Management of insomnia in the geriatric patient. *The American Journal of Medicine*, 23(12), 1087-1090. doi:10.1016/j.amjmed.2010.04.006
- Roth, T., & Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States : Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep*, 22(S2), S354-S358.
- Royant-Parola, S. (2008). *Le rôle des synchroniseurs veille-sommeil : ou comment améliorer les troubles du sommeil du sujet âgé*. Repéré à <http://www.has-sante.fr>
- Royant-Parola, S., & Escourrau, P. (2010). *Le sommeil de A à Z*. Institut national du sommeil et de la vigilance. Repéré à <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/insv-pages/savoir-sommeil.php>
- Rumble, M. E., Keefe, F. J., Edinger, J. D., Affleck, G., Marcom, K., & Shaw, H. S. (2010). Contribution of cancer symptoms, dysfunctional sleep related thoughts, and sleep inhibitory behaviors to the insomnia process in breast cancer survivors : A daily process analysis. *Sleep*, 33(11), 1501-1509. Repéré à <http://www.journal-sleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27960>
- Salib, B. C. (2007). *Sleep and cognitive deficits in older adults*. Thèse de doctorat inédite, University of North Carolina. Repéré à https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent?id=uuid:fe3ce064-2767-4ab4-a6b5-d64b47f2a50a&ds=DATA_FILE
- Satre, D., Knight, B. G., & David, S. (2006). Cognitive behavioral interventions with older adults : Integrating clinical and gerontological research. *Professional Psychology : Research and Practice*, 37, 489-498. Repéré à <http://escholarship.org>
- Schechtman, K. B., Kutner, N. G., Wallace, R. B., Buchner, D. M., & Ory, M. G. (1997). Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(5), 513-527. doi:10.1016/S0022-3999(97)00117-7
- Schnelle, J. F., Cruise, P. A., Alessi, C. A., Ludlow, K., al-Samarrai, N. R., & Ouslander, J. G. (1998). Sleep hygiene in physically dependent nursing home residents : Behavioral and environmental intervention implications. *Sleep*, 21(5), 515-523. Repéré à <http://www.journalsleep.org>
- Shochat, T., Lored, J., & Ancoli-Israel, S. (2001). Sleep disorders in the elderly. *Current Treatment Options in Neurology*, 3(1), 19-36. doi:10.1007/s11940-001-0021-x
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life : Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001. doi:10.1002/gps.1001

- Singh, N. A., Clements, K. M., & Fiatarone, M. A. (1997). A randomized controlled trial of the effect of exercise on sleep. *Sleep*, *20*(2), 95-101. Repéré à <http://www.journal-sleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=24338>
- Sivertsen, B. (2006). *Insomnia in older adults : Consequences, assessment and treatment*. Thèse de doctorat inédite, University of Bergen. Repéré à <https://bora.uib.no/handle/1956/1941>
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Overland, S., & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia : Associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research*, *67*(2), 109-116. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.001
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 116-128
- Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (1991). The varied nature of insomnia. Dans P. J. Hauri (Éd.), *Case studies in insomnia*. New York, NY : Plenum Press.
- Spira, A. P., Stone, K., Beaudreau, S. A., Ancoli-Israel, S., & Yaffe, K. (2009). Anxiety symptoms and objectively measured sleep quality in older women. *The American Journal of Geriatric*, *17*(2), 136-143. doi:10.1097/JGP.0b013e3181871345
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (1998). Anxiety Disorders. *Comprehensive Clinical Psychology*, *7*, 171-191. doi:10.1016/B0080-4270(73)00026-2
- Stanley, M., & Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *20*(6), 731-754. doi:10.1016/S0272-7358(99)00064-1
- Statistique Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Santé mentale et bien-être. Repéré à <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/82-617-X/82-617-XIF.html>
- Statistique Canada (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. cycle 3.1. Données extraites du fichier de microdonnées à grande diffusion.
- Stepanski, E., Rybarczyk, B., Lopez, M., & Stevens, S. (2003). Assessment and treatment of sleep disorders in older adults : A review for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology*, *48*(1), 23-26. doi:10.1037//0090-5550.48.1.23
- Steunenbergh, B., Braam, A. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(12), 1470-1477. doi:10.1002/gps.2291
- Swift, C. G., & Shapiro, C. M. (1993). Sleep and sleep problems in elderly people. *British Medical Journal*, *306*(6890), 1468-1471. doi:10.1136/bmj.306.6890.1468

- Tanaka, H., Taira, K., Arakawa, M., Urasaki, C., Yamamoto, Y., Okuma, H., Uezu, E. ... Shirakawa, S. (2002). Short naps and exercise improve sleep quality and mental health in the elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(3), 233-234. doi:10.1046/j.1440-1819.2002.00995.x
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 3(126), 141-155. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-3-page-141.htm>
- Tjepkema, M. (2005). Insomnie. *Rapports sur la santé/ Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé*, 17(1), 9-25. Repéré à <http://web.ebscohost.com>
- Tremblay, V. (2008). Facteurs spécifiques et non spécifiques prédisant l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie chronique comorbide au cancer du sein. Mémoire de doctorat inédit, Université Laval. Repéré à www.theses.ulaval.ca/2008/25628/25628.pdf
- van Boxtel, M. P. J., & Schmitt, J. A. J. (2004). Age-related changes in the effects of coffee on memory and cognitive performance. Dans A. Nehlig (Éd.), *Coffee, tea, chocolate, and the brain*. Strasbourg, France : CRC Press.
- van den Berg, J. F., Luijendijk, H. J., Tulen, J. H., Hofman, A., Neven, A. K., & Tiemeier, H. (2009). Sleep in depression and anxiety disorders : A population-based study of elderly persons. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 1105-1113. doi:10.4088/JCP.08m04448
- Vecchierini, M.-F., & Touchon, J. (1997). *Le guide du sommeil*. Montrouge, France : Éditions John Libbey Eurotext.
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly : A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 29-44. doi:10.1016/j.jad.2007.06.005
- Vitiello, M. V. (2009). Recent advances in understanding sleep and sleep disturbances in older adults : Growing older does not mean sleeping poorly. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 316-320. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01659.x
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 679-694. doi:10.1016/j.paid.2003.10.002
- Watkins, E., Mould, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1577-1585. doi:10.1016/j.brat.2004.11.008
- Wetherell, J. L., Le Roux, H., & Gatz, M. (2003). DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults : Distinguishing the worried from the well. *Psychology and Aging*, 18(3), 622-627. doi:10.1037/0882-7974.18.3.622

- Wilkes, C. M., Wilson, H. W., Woodard, J. L., & Calamari, J. E. (2013). Do negative affect characteristics and subjective memory concerns increase risk for late life anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, (In Press, disponible le 3 avril 2013). doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.008
- Williams, J. R. (2004). Gerontologic nurse practitioner care guidelines : Sleep management in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 25(5), 310-312. doi:10.1016/j.gerinurse.2004.08.014
- Williams, L. L. (2009). Factors associated with sleep disruption among community-dwelling older adults in the health and retirement study. Thèse de doctorat inédite, University of Alabama. Repéré à <http://search.proquest.com/biblioproxy.uqtr.ca/docview/304840064/fulltextPDF/141188DBC3ED4C1CEE/1?accountid=14725>
- Willis, T. A., Yearall, S. M., & Gregory, A. M. (2011). Self-reported sleep quality and cognitive style in older adults. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 1-10. doi:10.1007/s10608-009-9270-x
- Woodley, J., & Smith, S. (2006). Safety behaviors and dysfunctional beliefs about sleep : Testing a cognitive model of the maintenance of insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 551-557. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.03.002
- Yokoyama, E., Kaneita, Y., Saito, Y., Uchiyama, M., Matsuzaki, Y., Tamaki, T., Munezawa, T., & Ohida, T. (2010). Association between depression and insomnia subtypes : A longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep*, 33(12), 1693-1702. Repéré à <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27981>
- Zepelin, H., McDonald, C. S., & Zammit, G. K. (1984). Effects of age on auditory awakening thresholds. *Journal of Gerontology*, 39(3), 294-300. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6715806>
- Zwi, R., Shawe-Taylor, M., & Murray, J. (2005). Cognitive processes in the maintenance of insomnia and co-morbid anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 333-342. doi:10.1017/S1352465805002109