



# **Documentation des connaissances qu'ont les aînés sur les troubles anxieux par rapport à celles de jeunes adultes**

**Mémoire**

**Élisabeth Beaunoyer**

**Maîtrise en psychologie**  
Maître ès arts (M.A.)

Québec, Canada

© Élisabeth Beaunoyer, 2017

**Documentation des connaissances qu'ont les aînés sur les  
troubles anxieux par rapport à celles de jeunes adultes**

**Mémoire**

**Élisabeth Beaunoyer**

Sous la direction de :

Philippe Landreville, directeur de recherche

## Résumé

Les troubles anxieux sont parmi les troubles de santé mentale les plus fréquemment diagnostiqués chez les aînés. Malgré la présence de traitements efficaces, une sous-utilisation des services de soins en santé mentale pour les troubles anxieux, particulièrement marquée chez les aînés, est observée dans plusieurs études et pourrait s'expliquer en partie par le manque de connaissance de cette population à ce sujet. La présente étude a pour objectif de documenter les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux. Des jeunes adultes (n=64) et des aînés (n=78) ont répondu à un questionnaire servant à mesurer leurs connaissances des troubles anxieux comprenant des questions sur les symptômes principaux, les facteurs de risque, les traitements, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique et la phobie spécifique. Les résultats montrent que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les jeunes adultes. Cette tendance semble concerner tous les domaines de connaissances étudiés étant donné que la forte majorité des questions sont échouées dans une plus grande mesure par les aînés. Le dernier niveau de scolarité complété, l'occupation principale et le revenu annuel sont associés avec le score total obtenu au questionnaire. Ces résultats montrent l'importance et la diversité des besoins d'informations au sujet des troubles anxieux chez les aînés. Une stratégie efficace d'augmentation des connaissances chez les aînés devrait viser tous les aspects des troubles anxieux.

## Table des matières

Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Remerciements.....	viii
Avant-propos.....	ix
Chapitre 1 : Introduction générale.....	1
Les troubles anxieux .....	2
Sous-utilisation des services en santé mentale pour l’anxiété.....	5
La littératie en santé mentale.....	9
Objectifs et retombées attendues.....	14
Chapitre 2 : Connaissances des troubles anxieux chez les aînés.....	16
Résumé.....	18
Introduction.....	19
Méthode .....	21
Participants.....	21
Matériel .....	22
Procédure .....	23
Analyse des données .....	24
Résultats.....	24
Analyses descriptives.....	24
Comparaison entre les jeunes adultes et les aînés sur les connaissances par rapport aux troubles anxieux .....	25
Caractéristiques associées aux connaissances sur l’anxiété.....	25
Discussion .....	26
Conclusion .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Remerciements.....	30
Références .....	31
Chapitre 3 : Conclusion générale .....	40
Rappel du contexte, des objectifs et des résultats principaux .....	41
Limites de l’étude.....	42
Implications pour la recherche et la clinique .....	43

Bibliographie.....	52
Annexe A .....	59
Annexe B.....	61

## **Liste des tableaux**

Tableau 1. Exemples de question du Questionnaire des connaissances des troubles anxieux selon les dimensions.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des jeunes adultes et des aînés.

Tableau 3. Connaissances des jeunes adultes et des aînés au sujet des troubles anxieux.

Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques significativement associées avec le score total au Questionnaire des connaissances des troubles anxieux.

## Liste des figures

Figure 1. Taux d'échec au Questionnaire des connaissances des troubles anxieux en fonction des questions, des dimensions et de l'âge.

## Remerciements

J'aimerais d'abord remercier le Fonds de recherche québécois en santé et la Fondation du CHU de Québec qui m'ont chacun offert une bourse de formation à la maîtrise. Celles-ci ont grandement contribué à la réussite de mes travaux de recherche. Je remercie également l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de m'avoir offert une bourse de soutien à la diffusion des résultats de recherche. Je remercie également le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement dont le soutien financier m'a aidé à présenter les résultats préliminaires de ce projet de recherche dans un congrès international.

J'aimerais également remercier toutes les personnes qui m'ont été d'une aide remarquable lors de la réalisation de mon mémoire de maîtrise. Mes remerciements s'adressent particulièrement à Monsieur Philippe Landreville, Ph.D, qui a agi à titre de directeur de recherche pour la durée de mes études de deuxième cycle. Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien constant, votre dévouement, votre écoute et vos précieux conseils qui m'ont permis d'approfondir ma pensée et ont contribué à développer mon esprit critique. Je tiens également à remercier Monsieur Pierre-Hugues Carmichael pour son importante contribution dans la réalisation des analyses statistiques. Mes remerciements s'adressent également à Madame Geneviève Belleville pour ses suggestions concernant le Questionnaire de connaissances des troubles anxieux, Noémie Heider pour sa contribution au recrutement des participants, Caroline Camateros pour la traduction de l'article en anglais et Véronique Alvo pour les différentes tâches réalisées. Finalement, je tiens à adresser de sincères remerciements à mes parents, ma sœur et ma famille qui n'ont cessé de me soutenir et de m'encourager à l'atteinte de chaque étape au cours des deux dernières années. J'adresse un merci particulier à mes amis, notamment Joanie et Élisabeth, pour leur présence et leurs conseils précieux.

À tous, votre soutien et votre compréhension ont contribué à la réalisation de ce mémoire qui constitue une étape importante dans mon parcours académique.

## **Avant-propos**

Le mémoire de recherche porte sur les connaissances qu'ont les aînés des troubles anxieux. Le mémoire est divisé en trois sections majeures : l'introduction (chapitre 1), l'article de mémoire (chapitre 2) et la conclusion générale (chapitre 3), lesquelles ont toutes été rédigées par Élisabeth Beaunoyer. L'auteure principale a rédigé l'article présenté dans ce mémoire, pour lequel elle avait préalablement effectué la demande d'approbation éthique, le recrutement, la collecte de données et l'interprétation des données sous la supervision de Philippe Landreville, Ph.D, professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval. Monsieur Pierre-Hugues Carmichael, Ms., biostatisticien au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) a collaboré à l'élaboration d'un plan d'analyses des données et la réalisation de celles-ci.

L'article présenté au chapitre 2, intitulé « Connaissances des troubles anxieux chez les aînés », constitue le corps du mémoire. L'article a été traduit en anglais et a été soumis à la revue *the Journal of Gerontology: Psychological Sciences* le 26 juin 2017. Par conséquent, la présentation de l'article respecte les normes de cette revue.

## **Chapitre 1 : Introduction générale**

Le grand public éprouve des difficultés à reconnaître certains problèmes de santé mentale (Jorm, 2000). C'est notamment le cas pour les troubles anxieux tel que documenté par plusieurs études (Coles, Schubert, Heimberg, & Weiss, 2014; Reavley, Morgan, & Jorm, 2014). Ces difficultés seraient associées à la sous-utilisation des services offerts en santé mentale (Coles & Coleman, 2010), un problème bien documenté chez les aînés souffrant d'anxiété (Scott, Mackenzie, Chipperfield, & Sareen, 2010). Identifier les aspects que les aînés connaissent moins bien au sujet de l'anxiété semble pertinent afin d'augmenter l'utilisation des services offerts. Toutefois, très peu d'études documentent les connaissances qu'ont les adultes par rapport aux troubles anxieux et parmi celles-ci, quelques-unes seulement précisent ce qui en est des aînés en particulier. Dans ce chapitre, nous tracerons un bilan de la situation et présenterons une étude réalisée dans le cadre de ce mémoire et ayant pour objectif général de documenter les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux.

## **Les troubles anxieux**

Selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5 ; American Psychiatric Association, 2013), les troubles anxieux sont caractérisés par la présence de peur excessive (une réponse émotionnelle à une menace perçue) et d'anxiété (l'anticipation d'une menace à venir). Ces deux états s'entrecoupent, mais leurs manifestations diffèrent. La peur implique plus souvent une excitation autonome, des pensées associées à un danger imminent et des comportements d'évitement, tandis que l'anxiété implique plutôt de la tension musculaire et de la vigilance face au danger éventuel ainsi que des comportements d'évitement et de prudence.

Les différents troubles anxieux, tels que définis dans le DSM 5, se distinguent par rapport à l'objet de la peur ou de l'anxiété. Selon la classification actuelle, les principaux troubles anxieux sont le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble d'anxiété sociale (TAS), le trouble panique (TP) et la phobie spécifique (PS). Le TAG est caractérisé par la présence d'inquiétudes et d'appréhension excessive à propos d'un certain nombre d'événements ou d'activités de la vie quotidienne. La fréquence, la durée ou l'intensité de ces symptômes est démesurée par rapport à l'impact de l'événement anticipé ou la probabilité réelle qu'il ne survienne. Les personnes ayant un TAG peuvent s'inquiéter à propos

d'éléments de la vie de tous les jours comme la santé et les finances ou les responsabilités liées au travail. Le TAS, ou phobie sociale, implique une peur ou de l'anxiété par rapport aux situations sociales dans lesquelles l'individu pourrait être observé par les autres. Le TP correspond à l'expérience d'attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une brusque augmentation de peur ou d'inconfort intense qui s'accompagne de multiples symptômes physiques. Enfin, dans la PS, la peur ou l'anxiété est provoquée par la présence d'un objet ou d'une situation en particulier (par exemple, la vue du sang, les hauteurs, etc.). La personne peut craindre plus d'un objet ou situation pour autant que la réponse diffère des craintes transitoires normales qui se produisent fréquemment dans la population.

**Anxiété chez les aînés.** Les troubles anxieux comptent parmi les troubles de santé mentale les plus répandus chez les aînés avec une prévalence variant entre 1,2% et 15% chez les personnes vivant dans la communauté (Bryant, Jackson, & Ames, 2008) et une prévalence à vie de 30% (Ritchie et al., 2004). Les taux de prévalence de tous troubles anxieux, spécifiquement la PS, sont d'ailleurs plus élevés que pour la dépression (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce, 2010). Les diagnostics les plus fréquemment rapportés chez cette population sont la PS et le TAG (Ritchie et al., 2004). Les symptômes sont souvent chroniques et apparaissent rarement à un âge avancé (Bruno & Lepetit, 2015). Les troubles anxieux sont associés à plusieurs conditions physiques (El-Gabalawy, Mackenzie, Shoostari, & Sareen, 2011) et psychologiques comorbides, notamment la dépression (King-Kallimanis, Gum, & Kohn, 2009; Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker, & van Tilburg, 2003). Ils sont moins fréquents chez les aînés que chez les personnes plus jeunes (Lesage, Bernèche, & Bordeleau, 2010).

L'anxiété chez les aînés se distingue de celle chez les jeunes adultes de quelques façons. En premier lieu, il y a certaines différences par rapport à l'objet de la peur et le type d'inquiétudes (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). La peur de chuter est plus fréquente chez les aînés (Blay & Marinho, 2012) alors que la peur des animaux est plus fréquente chez les jeunes adultes (Jeste, 2005). Les inquiétudes sont moins fréquentes chez les aînés et celles qui sont rapportées par ces derniers touchent davantage la santé (Hunt, Wisocki, & Yanko, 2003) alors que chez les jeunes adultes, les inquiétudes concernent plutôt le travail et les finances (Diefenbach, Stanley, & Beck, 2001). En second lieu, l'expression

des symptômes anxieux chez les aînés diffère de celle chez les personnes plus jeunes. Les aînés sont moins portés à rapporter des symptômes d'anxiété et ont plus de facilité à éviter les situations qui les rendent anxieux étant donné qu'ils le font depuis plus de temps (Bryant, 2010).

Les facteurs de risque des symptômes et des troubles anxieux chez les personnes de 50 ans et plus vivant dans la communauté ont été identifiés par Vink et al. (2008). Au plan biologique, la détérioration du fonctionnement cognitif et une haute pression sanguine sont des facteurs de risques des symptômes anxieux. Ceux dont le nombre de conditions de santé chroniques est élevé, qui perçoivent leur état de santé comme étant mauvais et qui souffrent de limitations fonctionnelles sont à risque d'être atteint de trouble anxieux. Au plan psychologique, le fait d'être atteint de psychopathologie, d'utiliser de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et de présenter certains traits de personnalités tels que le névrosisme constituent des facteurs de risques des symptômes et des troubles anxieux. Au plan social, le fait d'avoir un réseau social de mauvaise qualité, de vivre des événements stressants et d'être une femme sont des facteurs de risques de l'anxiété.

Les conséquences délétères de l'anxiété chez les aînés sont bien connues. Le TAG est notamment associé à la détérioration du fonctionnement cognitif sans démence chez les hommes âgés vivant dans la communauté (Potvin, Hudon, Dion, Grenier, & Preville, 2011), au développement de problèmes cardio-vasculaires, tels que l'hypertension (Tully, Cosh, & Baune, 2013), et à une altération substantielle de la qualité de vie et ce, peu importe les comorbidités psychiatriques (Wetherell et al., 2004). Qui plus est, le niveau de handicap fonctionnel serait plus grand chez l'aîné que chez le jeune adulte qui souffre du même trouble (Brenes et al., 2008). Enfin, la qualité de vie serait inférieure chez les aînés souffrant d'anxiété par rapport à des aînés sans symptômes anxieux (Wetherell et al., 2004).

L'efficacité des traitements pour les troubles anxieux, en particulier le TAG, chez la population âgée a été démontrée dans plusieurs études (Andreescu & Varon, 2015; Goncalves & Byrne, 2012). Selon Andreescu et Varon (2015), la thérapie cognitivo-comportementale est la forme de psychothérapie la plus utilisée dans les études de traitement. Son efficacité n'est cependant pas aussi marquée que lorsqu'administrée à des personnes plus jeunes (Ayers, Sorrell, Thorp, & Wetherell, 2007). Les auteurs mentionnent également que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la

sérotonine/norépinephrine constituent le traitement pharmacologique de première ligne pour le traitement à court et à long terme. Néanmoins, la plupart des individus âgés utiliseraient des benzodiazépines (Benitez et al., 2008). Enfin, les études sur l'acceptabilité et les préférences pour le traitement de l'anxiété montrent que les aînés préfèrent la psychothérapie à la médication (Gaudreau, Landreville, Carmichael, Champagne, & Camateros, 2015; Mohlman, 2012).

### **Sous-utilisation des services en santé mentale pour l'anxiété**

Malgré l'existence de traitements efficaces, il y a sous-utilisation des services en santé mentale pour les troubles anxieux, un problème documenté par plusieurs études. Spécifiquement, les aînés souffrant d'anxiété auraient difficilement accès à un traitement de psychothérapie. Dans l'étude de Cully et al. (2008) menée sur un large échantillon de vétérans âgés en moyenne de 59 ans, 78 % de ceux ayant un nouveau diagnostic d'anxiété, de dépression ou d'état de stress post-traumatique n'ont eu accès à aucune forme de psychothérapie dans la première année. Des résultats similaires ont été obtenus par Roberge, Fournier, Menear et Duhoux (2014) : moins de la moitié de l'échantillon souffrant soit de TP, de TAG, ou de TAS avait bénéficié d'au moins 15 minutes de counseling ou de psychothérapie depuis les 12 derniers mois. Par ailleurs, selon leurs résultats, les individus âgés de plus de 60 ans auraient moins accès à un traitement de psychothérapie que ceux âgés de 25 à 44 ans. Indépendamment de l'âge, le TP était celui pour lequel le taux de consultation était le plus élevé alors que le taux pour la PS était le plus faible (8%) (Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner, & Sareen, 2012). L'ensemble de ces études montre qu'une proportion considérable de personnes âgées ne reçoivent pas de traitement psychothérapeutique de l'anxiété, et ce, même lorsqu'un diagnostic de trouble anxieux est posé.

Quant à la pharmacothérapie, la littérature suggère deux constats contradictoires. D'une part, le taux de traitement des troubles anxieux est faible par rapport à leur prévalence (Hollingworth, Philip M. Burgess, & Whiteford, 2010). D'autre part, des taux globalement élevés de consommation de psychotropes sont observés, et ce particulièrement chez les aînés. En effet, une augmentation générale de l'utilisation de benzodiazépines (Wu, Wang, Katz, & Farley, 2013) et d'antidépresseurs (Hollingworth et al., 2010) a été observée dans plusieurs études dans les années 2000. De plus, alors que la prévalence des troubles anxieux diminue

avec l'âge, la consommation d'antidépresseurs (Hollingworth et al., 2010) et de benzodiazépines (Wu et al., 2013) demeure élevée chez les aînés. La consommation à long terme de benzodiazépines chez les aînés est expliquée par plusieurs facteurs incluant les caractéristiques individuelles (par exemple, la solitude et l'isolement), les interactions avec la famille et les professionnels de la santé et les croyances véhiculées par et au sujet des consommateurs âgés (Pérodeau, Grenon, Grenier & O'Connor, 2016). Selon Patten, Esposito et Carter (2007), une explication de ce phénomène est que certains antidépresseurs, tels que les tricycliques, sont souvent recommandés par les médecins pour des conditions non-psychiatriques (par exemple, le traitement de condition musculosquelettiques et troubles du sommeil). De même, les benzodiazépines ne sont pas que prescrits aux personnes souffrant de troubles anxieux, ils sont également prescrits aux gens souffrant d'insomnie par exemple (Bertisch, Herzig, Winkelman, & Buettner, 2014). Par ailleurs, Benitez et al. (2008) ont trouvé que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine/norépinephrine sont moins utilisés que les benzodiazépines par les aînés ayant un trouble anxieux bien que leur utilisation ait doublée (de 18% à 35%) sur une période de neuf ans alors que celle des benzodiazépines ait légèrement diminuée (de 53% à 41%) durant la même période. Donc malgré une consommation d'agents psychotropes plutôt élevée chez les aînés, des doutes persistent quant à leur utilisation en tant que traitement des troubles anxieux.

**Facilitateurs et obstacles à l'utilisation des services en santé mentale.** Plusieurs auteurs se sont intéressés aux facilitateurs de l'utilisation des services en santé mentale chez les adultes. Le lien entre certaines variables sociodémographiques et l'utilisation des services en santé mentale a été étudié à plusieurs reprises. Alors que Johnson et Coles (2013) ont obtenu des résultats non significatifs quant au lien entre le genre, l'origine ethnique et la recherche de traitement chez les individus atteints de troubles anxieux, d'autres chercheurs ont trouvé des liens significatifs avec le genre. Certains ont rapporté que les femmes ont plus tendance à chercher de l'aide, indépendamment de l'âge (Mackenzie et al., 2012), ainsi qu'à recevoir des traitements (Roberge et al., 2014). La prescription d'antidépresseurs est d'ailleurs plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Hollingworth et al., 2010). D'autres auteurs ont plutôt observé que la psychothérapie est plus utilisée chez les vétérans de sexe masculin (Cully et al., 2008). De plus, l'accès à un traitement psychothérapeutique

est plus fréquent chez les personnes ayant une scolarité de niveau universitaire que pour celles ayant une scolarité de niveau secondaire ou moins (Roberge et al., 2014). Un plus jeune âge est associé à la recherche d'aide auprès d'un professionnel de la santé dans quelques études (Issakidis & Andrews, 2002; Mackenzie et al., 2012).

En deuxième lieu, le nombre de comorbidités, de nature psychologique ou physique, augmente la probabilité d'utiliser les services de santé. Spécifiquement, les individus atteints de trouble anxieux sont 1,21 fois plus enclins à chercher un traitement avec chaque diagnostic supplémentaire (Johnson & Coles, 2013). Être atteint d'une maladie cardiovasculaire ou arthritique avec un trouble anxieux comorbide est aussi associé à une plus forte probabilité d'utilisation des services de santé (El-Gabalawy, Mackenzie, & Sareen, 2015). Parmi les personnes souffrant à la fois d'un trouble anxieux et d'un trouble de l'humeur, 71 % ont consulté un professionnel (Lesage et al., 2010). Toutefois, alors que la présence de comorbidités augmente la tendance à consulter, de plus grands délais avant de recevoir un traitement efficace y sont associés (Johnson & Coles, 2013).

En troisième lieu, selon Thompson, Hunt et Issakidis (2004), la sévérité du trouble anxieux ou de la dépression favorise la reconnaissance du problème et augmente les comportements de recherche d'aide. À l'opposé, la sévérité des symptômes anxieux pourrait également agir à titre d'obstacle à la recherche d'aide professionnelle. Comme les symptômes sévères sont souvent chroniques, la personne atteinte a eu l'occasion d'éviter de consulter depuis longtemps (Meltzer et al., 2000). Ainsi, plus le temps avance, moins il est probable que la personne consulte un professionnel. De plus, les raisons évoquées pour ne pas utiliser les services en santé mentale varient selon la sévérité des symptômes, les individus avec des symptômes légers à modéré évoquant un faible besoin perçu et ceux avec des symptômes plus sévères évoquant des obstacles d'ordre structurel (par exemple, des obstacles financiers) (Andrade et al., 2014). La relation entre la sévérité des symptômes et les comportements de recherche d'aide est donc complexe.

Les obstacles à l'utilisation des services en santé mentale pour les troubles anxieux chez les adultes sont multiples. Plusieurs auteurs soutiennent que les principaux obstacles sont surtout reliés aux coûts (Dezetter et al., 2015; Johnson & Coles, 2013), incluant le fait que les assurances ne suffisent pas pour couvrir les coûts liés aux services requis (Chartier-Otis, Perreault, & Belanger, 2010). À l'opposé, Thompson et al. (2004) mentionnent que les

raisons d'ordre structurel, telles que le coût ou l'inaccessibilité aux soins sont plutôt rares. Parmi les autres raisons figurent le fait de ne pas savoir où chercher de l'aide (Chartier-Otis et al., 2010; Dezzetter et al., 2015), le fait de ne pas savoir comment chercher de l'aide (Dezzetter et al., 2015), la difficulté à reconnaître le besoin de consulter (Wuthrich & Frei, 2015), le fait de ne pas penser que consulter sera aidant et le délai trop long avant d'avoir un rendez-vous (Chartier-Otis et al., 2010). Cela dit, dans l'étude de Thompson et al. (2004), la raison évoquée le plus fréquemment par les participants pour expliquer le délai dans la recherche d'aide est un manque de connaissance sur les problèmes de santé mentale et les traitements disponibles. L'information générale sur la santé mentale et les services figure d'ailleurs parmi les besoins de soins en santé mentale non comblés les plus fréquemment rapportés (Dezzetter et al., 2015). Dans l'étude de Perreault et al. (2012), presque la moitié des participants avec trouble anxieux n'ayant pas reçu les services voulus mentionnaient que l'information reçue était insuffisante quant aux services disponibles, aux troubles anxieux, aux traitements psychothérapeutiques offerts et à la médication.

Peu de chercheurs ont examiné les raisons pouvant expliquer la sous-utilisation des services en santé mentale pour les troubles anxieux chez les aînés. Les résultats de l'étude de Mackenzie et al. (2008) montrent que deux à trois fois plus d'attitudes positives au sujet de l'efficacité des traitements pour les problèmes de santé mentale sont rapportées par les adultes de 55 à 74 ans que par les adultes plus jeunes. Par conséquent, les attitudes négatives ne semblent pas constituer une piste d'explication de ce phénomène. Une autre possibilité est la difficulté à reconnaître avoir besoin d'aide. Dans l'étude de Wuthrich et Frei (2015), la moitié des participants âgés entre 60 et 79 ans ont mentionné que l'obstacle majeur à la recherche de traitement était la croyance que leurs symptômes étaient normaux. De même, les résultats d'Andrade et al. (2014) montrent que la perception d'un faible besoin de traitement est plus fréquente chez les aînés que chez les personnes plus jeunes. Ainsi, les aînés ne semblent pas savoir qu'un traitement pourrait les aider à traiter les symptômes d'anxiété. Le manque de connaissances des aînés par rapport aux troubles anxieux pourrait donc expliquer en partie la sous-utilisation des services, hypothèse soulevée maintes fois dans la littérature (Coles & Coleman, 2010; Jorm, 2000; Schubert, Coles, Heimberg, & Weiss, 2014).

## **La littératie en santé mentale**

Les connaissances du grand public par rapport à la santé mentale sont de plus en plus étudiées car elles peuvent exercer une influence sur les comportements par rapport aux problèmes de santé mentale. Elles sont une composante du concept de littératie en santé mentale (LSM) défini initialement comme étant les connaissances et croyances à propos des troubles mentaux permettant de les reconnaître, de les gérer ou de les prévenir (Jorm et al., 1997). Ce concept inclut plusieurs éléments tels que de savoir comment prévenir les troubles mentaux (ce qui comprend les connaissances sur les facteurs de risque), la capacité à reconnaître le développement d'un trouble de la santé mentale, les connaissances des traitements et des services disponibles, les connaissances des stratégies d'autogestion aidantes pour des problèmes de moindre intensité ainsi que les compétences de base afin de pouvoir aider les autres en cas de besoin (Jorm, 2012). Plus récemment, la LSM a été définie comme la compréhension de comment obtenir et maintenir une bonne santé mentale, la compréhension des troubles mentaux et leurs traitements, la diminution du stigma associé aux troubles mentaux et l'augmentation de l'efficacité lors de la recherche de services (savoir où et quand chercher de l'aide et développer ses compétences afin d'améliorer ses capacités d'autogestion) (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016). La LSM influencerait les stratégies d'adaptation utilisées lorsque la personne ou un membre de son entourage présente des symptômes de détresse psychologique. Dans ces conditions, la personne affectée est la mieux placée pour diminuer ses symptômes en employant la stratégie la mieux adaptée pour elle. Il importe donc d'augmenter les connaissances du public général au sujet de la santé mentale (Jorm, 2000).

**Littératie en santé mentale par rapport aux troubles anxieux.** Seulement quelques études ont évalué la LSM par rapport aux troubles anxieux (LSM-A) et celles-ci portent essentiellement sur la capacité à reconnaître les différents troubles anxieux. D'entrée de jeu, il importe de souligner que les différentes études s'appuient principalement sur une méthodologie commune, soit la présentation de vignettes. On présente aux participants des vignettes décrivant des personnages fictifs ayant des symptômes anxieux et les participants doivent soit identifier le problème que la personne semble avoir à partir d'une liste préétablie ou générer le type de problème par eux-mêmes. Les prochains paragraphes détaillent les

résultats obtenus dans les études utilisant cette méthodologie pour les troubles anxieux mentionnés en début de chapitre, soit le TAG, le TAS, le TP et la PS.

Dans l'étude réalisée par Coles et Coleman (2010), la LSM-A de 284 étudiants de premier cycle universitaire, dont la majorité sont inscrits à un programme de psychologie, a été évaluée à l'aide du Mental Health Literacy Questionnaire for Anxiety Disorders (MHLQ-AD). Les vignettes contenues dans cet instrument, développé spécifiquement pour cette étude, portent sur le TAS, le TAG, le TP, le trouble obsessionnel compulsif et la dépression. Le participant devait identifier le trouble que l'individu semblait avoir parmi une liste de choix qui lui était présentée incluant les différents troubles décrits dans les vignettes. Le TAS a été correctement identifié par une forte majorité, soit 80 % des répondants, tandis que moins de la moitié a identifié correctement le TAG (41,4 %) et le TP (47,7%). Spécifiquement, le TAG était souvent identifié comme un stress général de la vie et le TP comme un problème médical. Malgré l'identification adéquate du TAS dans la vignette par une majorité de participants, environ 10% d'entre eux ont identifié ces symptômes comme une maladie mentale alors que 35% l'ont identifié comme une faiblesse personnelle. Environ 7% des participants ont identifié le TP et le TAG, tel que présenté dans la vignette, comme étant une maladie mentale. Sans surprise, ces mêmes participants recommandaient le plus de l'aide professionnelle pour l'individu présenté dans la vignette. La reconnaissance du TAS et du TAG était plus élevée chez les femmes et les personnes ayant l'expérience de la maladie mentale d'un ami. Considérant la composition de l'échantillon, ces résultats sont difficilement généralisables à la population générale.

Une étude similaire, menée par Coles et al. (2014) auprès de 577 participants âgés de 18 ans et plus issus de la population générale, a évalué la LSM-A à l'aide de l'Anxiety Knowledge Survey (AKS). Cet outil contient des vignettes sur les mêmes troubles de la santé mentale que le MHLQ-AD en plus d'une vignette sur le stress de la vie. Les résultats montrent que la dépression était identifiée correctement et reconnue comme un problème de santé mentale plus souvent que les troubles anxieux. Quant à ceux-ci, moins de 20 % des participants les ont correctement identifiés : 16,6 % pour le TP, 15,9 % pour le TAG et 8,8 % pour le TAS. Ces taux de reconnaissance sont nettement plus faibles que ceux obtenus précédemment par Coles et Coleman (2010), notamment quant au TAS. Par ailleurs, les participants considéraient les troubles anxieux présentés dans les vignettes comme étant un

trouble de santé mentale dans une moins grande mesure (TP: 52,4%; TAG: 52,1%, TAS: 37,7%) que pour la dépression (62,2%). Plus du trois quarts des participants ont reconnu que les symptômes présentés dans les vignettes étaient préoccupants, spécifiquement en ce qui concerne le trouble panique. Le fait d'avoir déjà reçu un traitement pour un problème de santé mentale était associé à une meilleure reconnaissance du TP et un niveau d'éducation élevé était associé à une meilleure reconnaissance du TAS et du TP.

Furnham et Lousley (2013) ont réalisé une étude avec les mêmes vignettes que celles utilisées par Coles et Coleman (2010). Les auteurs y ont ajouté une vignette sur l'état de stress post-traumatique tiré de Munro et al. (2004) et des vignettes inspirées de livres portant sur l'agoraphobie, le trouble d'anxiété de séparation, et la PS. L'échantillon était composé de 317 adultes âgés entre 18 et 80 ans, dont 103 étaient des étudiants de premier cycle en psychologie en début de parcours et les autres participants provenaient de la population générale. Les taux de reconnaissance des troubles anxieux étaient globalement faibles: 1,26% pour le TP, 2,84% pour le TAG, 10,73% pour le TAS et 34,07% pour la PS. Les participants ont rapporté un moins grand besoin de traitement pour la PS et le TAG que pour les autres troubles anxieux étudiés, ce qui suggère que ces troubles sont vus comme étant moins sévères ou normaux. Les femmes identifiaient correctement les troubles anxieux, sauf le TP, dans une plus grande mesure que les hommes.

Hadjimina et Furnham (2017) ont réalisé une étude avec six vignettes portant sur le TAG, le TAS, le TP, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique et l'agoraphobie. Les vignettes pour le TAG, le TAS et le TP étaient les mêmes que celles utilisées par Coles et Coleman (2010). Des 162 participants âgés entre 18 et 71 ans, 7,4% ont correctement identifié le TAS dans la vignette correspondante alors que les taux étaient de 5,6% pour le TAG et de 3,1% pour le TP. Les femmes étaient plus nombreuses à correctement reconnaître chacun des troubles sauf le TAS. De plus, les hommes avaient davantage tendance à suggérer de chercher de l'aide pour le TP alors que les femmes le suggéraient davantage pour le TAS et le TAG.

Une étude nationale australienne de grande envergure visant à évaluer la reconnaissance et les croyances à propos des traitements sur la dépression, les troubles anxieux et la schizophrénie a donné lieu à plusieurs articles présentant les résultats sous différents angles. Les vignettes de différents troubles de santé mentale utilisées

(schizophrénie, dépression, état de stress post-traumatique, etc.) différent de celles des études présentées précédemment. Parmi les quatre troubles anxieux d'intérêt, les auteurs documentent le taux de reconnaissance du TAS seulement. Les résultats obtenus par Reavley et Jorm (2011b) montrent que des 6019 participants âgés de 15 ans et plus, seulement 9,2% ont correctement identifié le TAS alors que presque 75% ont correctement identifié la dépression. Chez un sous-échantillon de jeunes adultes de 15 à 25 ans, le taux était encore plus faible (3%) (Reavley & Jorm, 2011c). Par ailleurs, conformément aux résultats de Coles et Coleman (2010), le fait de connaître quelqu'un ayant déjà eu le problème était un facteur aidant dans l'identification du TAS. Selon les participants, le plus aidant pour quelqu'un qui présente des symptômes d'anxiété sociale serait d'obtenir des conseils et parler aux amis et membres de la famille (Reavley et al., 2014).

Dans un autre ordre d'idée, des études ont employé la méthode des vignettes pour tenter d'évaluer d'autres facettes des connaissances des troubles anxieux et, par le fait même, de la LSM-A. Paulus, Wadsworth & Hayes-Skelton (2015), croyant que la reconnaissance et la catégorisation des troubles n'est pas suffisante pour évaluer le concept de LSM, ont étudié la perception des participants de la sévérité des symptômes anxieux. Pour ce faire, neuf vignettes illustrant des cas légers/sous-clinique, modérés ou sévères du TAS, du TAG et du trouble dépressif majeur ont été présentées aux participants. Ceux-ci devaient ensuite évaluer la sévérité sur une échelle continue. Le niveau de sévérité accordé était classifié en trois catégories : léger/sous-clinique, modéré et sévère. Des 270 participants recrutés dans un milieu universitaire, dont l'âge moyen était de 26,8 ans, 21,5% étudiaient ou avaient étudié en psychologie. Les participants identifiaient correctement la sévérité du TAS lorsque la vignette présentait un cas sévère alors que la sévérité était sous-estimée pour les autres vignettes (léger/sous-clinique et modéré). Les participants sous-estimaient la sévérité du TAG dans les trois vignettes (léger, modéré et sévère). Les participants surestimaient la sévérité du trouble dépressif majeur dans les trois vignettes (léger, modéré et sévère). Ces résultats suggèrent l'importance d'éduquer le public général à reconnaître la détresse psychologique, particulièrement en ce qui concerne les symptômes anxieux, à un stade plus précoce, avant que les symptômes ne deviennent trop sévères.

Schofield, Moore, Hall et Coles (2016) ont investigué les perceptions à propos des symptômes anxieux, des traitements et de la disponibilité des ressources chez 628 personnes

dont l'âge moyen était de 34,4 ans. Les vignettes utilisées dans cette étude (dépression, TAS, TAG, TP) étaient les mêmes que celles utilisée par Coles et al. (2014). Le participant devait indiquer dans quelle mesure, sur une échelle de Likert, il croit que la personne décrite dans la vignette devrait obtenir l'aide d'un professionnel en santé mentale. Pour tous les troubles de santé mentale examinés, la majorité des participants ont recommandé une aide professionnelle (88,7%). Spécifiquement, 79,4% des participants ont recommandé une aide professionnelle pour le personnage décrit dans la vignette sur le TAS alors que 93,1% l'ont recommandé pour la dépression et 96,2% pour le TP. Pour le TAG, 85,9% des participants ont recommandé une aide professionnelle, ce qui est élevé comparativement aux résultats obtenus dans les études précédentes (Coles & Coleman, 2010; Furnham & Lousley, 2013). Par ailleurs, les participants ayant déjà suivi un traitement en santé mentale avaient plus tendance à recommander une aide professionnelle. Les symptômes du TAS étaient le plus souvent identifiés comme étant causés par une faiblesse personnelle que ceux des autres troubles. Quant aux ressources disponibles, les connaissances des participants sont plutôt limitées. Certains participants ont affirmé ne pas en connaître, ont suggéré d'obtenir de l'aide sans préciser où, ou ont suggéré des ressources sur Internet sans spécifier lesquelles.

Très peu de chercheurs ont mesuré la LSM-A auprès des aînés. D'une part, quelques études présentées précédemment ont exploré les différences entre les aînés et les jeunes adultes en termes de reconnaissance des troubles anxieux dans les vignettes. Les scores de reconnaissance des troubles anxieux sont plus faibles pour les personnes âgées de plus de 60 ans lorsque comparés à des personnes de moins de 30 ans (Reavley et al., 2014). De même, les jeunes seraient meilleurs pour identifier le TAS et le TAG (Coles et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017). D'autre part, Wetherell et al. (2009) ont examiné les différences d'âge quant à la discrimination entre les symptômes anxieux et dépressifs auprès de 374 adultes de la communauté âgés entre 18 et 93 ans. Les résultats montrent que le prédicteur principal de la classification adéquate des symptômes dépressifs et anxieux est l'âge, les aînés commettant plus d'erreurs que les jeunes adultes.

Dans l'ensemble, la LSM-A dans la population générale est faible. Spécifiquement, les résultats appuient l'idée que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux, malgré que le portait des connaissances qu'ont les aînés des troubles anxieux reste fort limité. Un aperçu plus large des connaissances des aînés aiderait à identifier les aspects à améliorer.

L'utilisation de vignettes comme mesure des connaissances des troubles anxieux présente plusieurs limites. En premier lieu, il peut être plus facile pour les participants de reconnaître les différents troubles anxieux lorsque présents chez une autre personne que lorsqu'ils sont vécus par eux-mêmes (Coles & Coleman, 2010). Cette méthode ne permet donc pas d'évaluer avec certitude la reconnaissance du trouble par la personne si elle-même en manifeste les symptômes. En deuxième lieu, ce type de mesure permet d'évaluer la reconnaissance, les perceptions et les croyances à propos des comportements de recherche d'aide, mais ne permet pas de mesurer tous les aspects du concept de LSM (Reavley et al., 2014). Les connaissances par rapport aux traitements et aux stratégies d'autogestion, par exemple, peuvent difficilement être étudiés à l'aide de cette méthode. En dernier lieu, dans les études réalisées avec cette méthodologie, les taux de reconnaissance ne sont pas constants d'une étude à l'autre. Cela peut être dû à certaines limites inhérentes à cette méthode, soit la représentativité et la sévérité des symptômes décrits ou le fait qu'une seule vignette est utilisée pour représenter chaque trouble (Furnham & Lousley, 2013). D'autres instruments de mesure de la LSM sont disponibles mais ceux-ci n'ont pas tous des qualités psychométriques optimales (O'Connor, Casey, & Clough, 2014; Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2016). Par exemple, bien que le Mental Health Knowledge Schedule (MAKS; Evans-Lacko et al., 2010) possède une excellente validité de contenu et une bonne fidélité, la consistance interne est faible (Wei et al., 2016). Une exception notable est le Mental Health Literacy Scale (MHLS; O'Connor & Casey, 2015), mais cette mesure n'est pas spécifique aux troubles anxieux. Sachant que les symptômes dépressifs sont plus facilement identifiés que les symptômes anxieux (Wetherell et al., 2009), une mesure générale permet difficilement d'obtenir une évaluation détaillée de ce que l'individu connaît des troubles anxieux.

### **Objectifs et retombées attendues**

L'objectif général de cette étude est de documenter les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux. Spécifiquement, il s'agit (a) de comparer les connaissances d'adultes âgés à celles de jeunes adultes en utilisant une méthode novatrice et (b) d'identifier les aspects particuliers des troubles anxieux que les aînés connaissent moins bien. Un objectif secondaire est d'identifier les caractéristiques sociodémographiques (par exemple, niveau de scolarité, sexe, état civil) et cliniques (par exemple, antécédent d'épisode d'anxiété, intention

de consulter) associées aux connaissances. Considérant les résultats des études présentées précédemment, il était attendu que les aînés présentent un niveau de connaissance plus faible que les jeunes adultes.

La présente étude introduit une méthode novatrice d'évaluation des connaissances au sujet des troubles anxieux. Un questionnaire a été construit à partir d'informations accessibles au grand public en ligne et comprend des questions à choix multiples portant sur différents aspects des troubles anxieux (par exemple, symptômes principaux, facteurs de risque et traitements). Contrairement aux études antérieures, les connaissances par rapport à différentes dimensions des troubles anxieux ont été évaluées. La mesure des connaissances sur la santé mentale à l'aide de questions à choix multiples est une méthode prometteuse (Compton, Hankerson-Dyson, & Broussard, 2011) et documente les connaissances des aînés sur les troubles anxieux à l'aide d'une perspective différente.

## **Chapitre 2 : Connaissances des troubles anxieux chez les aînés**

## **Connaissances des troubles anxieux chez les aînés.**

Elisabeth Beaunoyer, B.A., candidate à la maîtrise en psychologie <sup>1</sup>

Philippe Landreville, Ph.D. <sup>1,2</sup>,

Pierre-Hugues Carmichael, M.Sc. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

<sup>2</sup> Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Québec, Canada

Toute correspondance doit être adressée à Philippe Landreville, Ph.D, École de psychologie, Université Laval, Pavillon Félix-Antoine Savard, 2325 rue des bibliothèques, Québec (Qc), G1V 0A6, Canada. Numéro de téléphone : 1-418-656-2131, poste 3024. Télécopieur : 1-418-656-3646. Adresse courriel : [philippe.landreville@psy.ulaval.ca](mailto:philippe.landreville@psy.ulaval.ca)

## Résumé

La sous-utilisation des services de soins en santé mentale pour les troubles anxieux est particulièrement marquée chez les aînés et pourrait s'expliquer en partie par le manque de connaissance de cette population à ce sujet. La présente étude avait pour objectif de documenter les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux. Des jeunes adultes ( $n=64$ ) et des aînés ( $n=78$ ) ont répondu à un questionnaire servant à mesurer leurs connaissances de différentes dimensions des troubles anxieux comprenant les symptômes principaux, les facteurs de risque et les traitements. Les résultats montrent que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les jeunes adultes et que cette différence est observable pour toutes les dimensions évaluées. Le dernier niveau de scolarité complété, l'occupation et le revenu annuel sont associés aux connaissances. Les résultats montrent l'importance et la diversité des besoins d'information au sujet des troubles anxieux chez les aînés.

Mots clés : littératie en santé mentale, anxiété, connaissances, barrières au traitement, troubles anxieux

## Introduction

Les troubles anxieux sont parmi les troubles de la santé mentale les plus fréquemment observés chez les aînés avec une prévalence variant entre 1,2% et 15% chez les personnes vivant dans la communauté (Bryant, Jackson & Ames, 2008). Les conséquences délétères des troubles anxieux chez les aînés sont bien connues et incluent la détérioration des fonctions cognitives (Rozzini et al., 2009), la présence de problèmes cardiovasculaires (Tully, Cosh & Beaune, 2013) et l'augmentation du risque suicidaire (Oude Voshaar, van der Veen, Hunt, & Kapur, 2016). Il existe des traitements efficaces des troubles anxieux chez les aînés, notamment pour le trouble d'anxiété généralisée (Andreescu & Varon, 2015). Pourtant, les aînés ayant un trouble anxieux utilisent moins les services de soins en santé mentale que les personnes plus jeunes et que les aînés ayant un trouble de l'humeur (Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner & Sareen, 2012; Scott, Mackenzie, Chipperfield & Sareen, 2010). Selon les résultats de Thompson, Hunt et Issakidis (2004), le délai dans la recherche d'aide pour un problème de santé mentale est le plus souvent expliqué par les participants par un manque de connaissance sur les problèmes de santé mentale et sur les traitements disponibles. En effet, Perreault et al. (2012) ont rapporté que parmi les participants à leur étude ayant un trouble anxieux et ayant déclaré ne pas avoir reçu les services espérés, près de la moitié ont jugé insuffisante l'information reçue quant aux services disponibles, aux troubles anxieux, aux traitements psychothérapeutiques offerts et à la médication. Un manque de connaissances des aînés par rapport aux troubles anxieux pourrait donc contribuer à la sous-utilisation des services, hypothèse soulevée par différents auteurs (Coles & Coleman, 2010; Johnson & Coles, 2013; Jorm, 2000; Schubert, Coles, Heimberg & Weiss, 2014).

Les connaissances du grand public par rapport à la santé mentale sont une composante du concept de littératie en santé mentale (LSM) défini initialement par Jorm (Jorm et al., 1997) comme étant les connaissances et croyances à propos des troubles mentaux permettant de les reconnaître, de les gérer ou de les prévenir. Ce concept inclut plusieurs éléments tels que de savoir comment prévenir les troubles mentaux (ce qui comprend les connaissances sur les facteurs de risque), la capacité à reconnaître le développement d'un trouble de la santé mentale, les connaissances des traitements et des services disponibles, la connaissance des stratégies d'autogestion aidantes pour des problèmes de moindre intensité ainsi que les

compétences de base afin de pouvoir aider les autres en cas de besoin (Jorm, 2012). Plus récemment, la LSM a été définie comme la compréhension de comment obtenir et maintenir une bonne santé mentale, la compréhension des troubles mentaux et leurs traitements, la diminution du stigma associé aux troubles mentaux et l'augmentation de l'efficacité lors de la recherche de services (savoir où et quand chercher de l'aide et développer les compétences afin d'améliorer ses capacités d'autogestion) (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016).

Les études qui ont porté sur l'évaluation de la LSM pour les troubles anxieux (LSM-A) ont employé la même méthodologie. On présente aux participants des vignettes décrivant des personnages fictifs ayant des symptômes anxieux et les participants doivent identifier quel problème la personne semble avoir à partir d'une liste ou générer le type de problème par eux-mêmes. Bien que les études diffèrent par rapport à la composition des échantillons et des vignettes utilisées, elles obtiennent toutes des taux de reconnaissance relativement faibles. Coles et Coleman (2010) ont trouvé des taux de reconnaissance de 80% pour le trouble d'anxiété sociale mais des taux inférieurs à 50% pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique avec un échantillon d'étudiants de premier cycle en psychologie. Coles, Schubert, Heimberg & Weiss (2014) ont trouvé des taux inférieurs à 20% (16,6% pour le trouble panique, 15,9% pour le trouble d'anxiété généralisée et 8,8% pour le trouble d'anxiété sociale) avec un échantillon composé d'adultes provenant de la population générale. Des faibles taux ont aussi été obtenus par Furnham et Lousley (2013), soit 1,26% pour le trouble panique, 2,84% pour le trouble d'anxiété généralisée, 10,73% pour le trouble d'anxiété sociale et 34,07% pour la phobie spécifique. Quelques variables ont été identifiées comme étant associées à la reconnaissance des troubles anxieux. Les femmes (Coles & Coleman, 2010; Furnham & Lousley, 2013) et les gens qui connaissent quelqu'un ayant un problème d'anxiété (Coles & Coleman, 2010; Reavley, Morgan & Jorm, 2014) ont de meilleurs taux de reconnaissances des troubles anxieux. Un niveau de scolarité élevé est également associé à une meilleure reconnaissance du trouble d'anxiété sociale et du trouble panique (Coles et al., 2014).

Très peu de chercheurs ont examiné la LSM-A en fonction de l'âge des participants. Wetherell et al. (2009) ont trouvé que le prédicteur principal à la classification adéquate des symptômes dépressifs et anxieux était l'âge, les aînés ayant plus d'erreurs que les jeunes adultes. Reavley et al. (2014) ont trouvé que la reconnaissance de différents troubles de la

santé mentale incluant la phobie sociale et la dépression avec ou sans pensées suicidaires est plus faible pour les personnes âgées de plus de 60 ans comparativement à celles de moins de 30 ans. De même, Coles et al. (2014) et Hadjimina et Furnham (2017) ont trouvé que les jeunes adultes sont meilleurs que les personnes plus âgées pour identifier le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée. Ces résultats appuient l'idée que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux mais les chercheurs n'ont examiné que la reconnaissance de ces troubles et la capacité à identifier les symptômes comme étant problématiques. Par conséquent, les résultats offrent un portrait limité des connaissances qu'ont les aînés des troubles anxieux. Un aperçu plus large des connaissances des aînés aiderait à identifier les aspects à améliorer.

L'objectif général de cette étude était d'explorer les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux. Il s'agissait plus spécifiquement (a) de comparer les connaissances d'aînés à celles de jeunes adultes à l'aide d'une méthode novatrice et (b) d'identifier les aspects particuliers des troubles anxieux que les aînés connaissent moins bien. Un objectif secondaire était d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées aux connaissances. Cette étude se distingue des travaux antérieurs du fait que les connaissances par rapport à différentes dimensions de l'anxiété ont été évaluées. Il était attendu que les aînés présentent un niveau de connaissance plus faible que les jeunes adultes.

## **Méthode**

### *Participants*

Les critères d'admissibilité étaient d'être âgé entre 18 et 39 ans (cette tranche d'âge a été choisie afin que l'étendue d'âge – environ 20 ans - soit similaire entre les deux groupes) ou de 60 ans ou plus, de bien comprendre et parler le français ainsi que de ne pas présenter de déficit cognitif majeur. L'échantillon a principalement été recruté au sein de la communauté universitaire, notamment par l'envoi d'un message de recrutement aux employés et aux étudiants de l'Université Laval. La chercheuse principale (EB) a également présenté son projet au début de certains cours universitaires afin de solliciter la participation. Pour faciliter le recrutement de personnes de plus de 60 ans, les aînés membres de différents clubs sociaux de la ville de Québec ont également été invités à participer à l'étude

Deux-cent-treize personnes ont manifesté leur intérêt envers l'étude parmi lesquelles 142 personnes (66%) ont complété les instruments de mesure. L'échantillon de convenance était composé de 64 adultes âgés entre 19 et 39 ans et de 78 personnes âgées entre 60 et 83 ans recrutées entre mars et octobre 2016. Les principales raisons pour la non-participation étaient le manque de temps, l'incapacité à rejoindre une personne ayant accepté d'être recontactée et un lieu de résidence trop éloigné.

### *Matériel*

Informations sociodémographiques et cliniques. Un questionnaire (Annexe A) permettait de recueillir des informations de nature sociodémographique (âge, sexe, état civil, niveau d'éducation, revenu et occupation) et clinique (nombre de problèmes de santé actuels nécessitant un suivi médical, perception de l'état santé, épisode d'anxiété au cours de la vie, historique de contact avec des gens souffrant d'anxiété et intention de consulter un professionnel de la santé au besoin). La perception de l'état de santé était évaluée sur une échelle de cinq points allant d'excellent à mauvais. Les participants devaient indiquer s'ils avaient vécu un épisode d'anxiété pendant six mois ou plus au cours de leur vie et s'ils connaissaient quelqu'un ayant vécu un tel épisode. Finalement, la question « si vous pensiez présenter des symptômes anxieux, auriez-vous l'intention de consulter un professionnel de la santé ? » était posée aux participants et ils avaient le choix de répondre par pas du tout, peut-être ou sûrement.

Questionnaire des connaissances des troubles anxieux. Le Questionnaire des connaissances des troubles anxieux (QCTA; Annexe B) a été développé spécifiquement pour la présente étude. Considérant que la santé mentale présente plusieurs facettes différentes, le questionnaire mesure les connaissances par rapport à sept dimensions des troubles anxieux, soit les symptômes principaux, les facteurs de risque, les traitements, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique (TP), le trouble d'anxiété sociale (TAS) et la phobie spécifique (PS). Les questions sont basées sur les informations au sujet des troubles anxieux accessibles au grand public sur les sites internet du National Institute of Mental Health (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>) et de l'Association canadienne pour la santé mentale (<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/>). Le contenu a été vérifié par une psychologue clinicienne spécialiste des troubles anxieux. Le questionnaire comprend un total de vingt-

cinq questions à choix multiples présentant quatre réponses possibles par question. La dimension symptômes comprend cinq questions, les dimensions facteurs de risque, traitements et TAS en comprennent quatre et les dimensions TAG, TP et PS en comprennent trois. Des exemples de questions par dimension sont présentés au tableau 1. Une seule réponse par question est bonne, chaque bonne réponse vaut un point et un score total de même qu'un score pour chaque dimension est obtenu en additionnant les points pour les questions correspondantes.

La lisibilité du texte pour le niveau secondaire a été vérifiée avec Scolarius (<http://www.scolarius.com>) puisque selon Statistique Canada un peu moins de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans avaient un niveau de scolarité postsecondaire en 2014 (Statistique Canada, 2014). Les données préliminaires sur les qualités psychométriques du QCTA indiquent une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach de 0.78). De plus, pour toutes les questions, le score total des personnes ayant réussi la question est significativement plus élevé que celui des personnes l'ayant échoué ( $p < .05$ ). Cela suggère que toutes les questions sont adéquates pour discriminer les personnes selon leur niveau de connaissance de l'anxiété.

Inventaire d'anxiété de Beck. L'Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB; Beck et al., 1988), est un questionnaire auto-rapporté composé de 21 énoncés conçus pour mesurer la sévérité de l'anxiété. Les énoncés correspondent à des symptômes anxieux et le répondant indique, sur une échelle variant de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup) jusqu'à quel point chaque symptôme l'a affecté au cours de la dernière semaine. Les qualités psychométriques de cet instrument sont reconnues chez les adultes et les aînés (Creamer, Foran, & Bell, 1995; Morin et al., 1999).

### *Procédure*

Pour inciter la participation, le tirage d'un certificat cadeau d'une valeur de 30\$ dans un centre commercial a été effectué parmi chacun des deux groupes de participants. Les gens intéressés à participer contactaient la chercheuse principale et s'entendaient sur un lieu de rencontre, soit au domicile du participant, soit à l'Université Laval. Après avoir donné son consentement, le participant répondait, dans l'ordre, au questionnaire sociodémographique et clinique, au QCTA et à l'IAB.

## *Analyse des données*

Premièrement, une analyse descriptive des caractéristiques des deux groupes a été réalisée. Deuxièmement, le score total et les scores de chaque dimension du QCTA des jeunes adultes ont été comparés à ceux des aînés à l'aide de tests *t*. Afin d'identifier les dimensions les moins bien connues par les aînés, une analyse descriptive des taux d'échec par question pour chacun des groupes a été effectuée étant donné que le nombre de questions par dimension est variable. Troisièmement, des tests *t* et des analyses de variance ont été réalisés afin d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au score total au QCTA. Seule la perception de l'état de santé n'a pas été considérée étant donné le peu de variabilité dans les réponses obtenues (voir le tableau 2). Un modèle de régression simple a été ajusté pour les variables dont le résultat était significatif afin d'identifier les niveaux de chaque variable qui différaient. La corrélation entre l'IAB, dont le score total est une variable continue, et le score total au QCTA a été calculée. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 et les tests ont été faits au seuil de .05.

## **Résultats**

### *Analyses descriptives*

Les caractéristiques des jeunes adultes et des aînés sont présentées au tableau 2. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, des différences significatives entre les groupes sont observables sur l'occupation, le revenu et la scolarité. On remarque que les aînés étaient majoritairement retraités alors que les jeunes adultes étaient majoritairement aux études et que davantage d'aînés avaient un revenu dans les niveaux les plus élevés. Davantage de jeunes adultes avaient une formation collégiale ou un diplôme professionnel comme dernier niveau de scolarité complété alors que la proportion de personnes ayant complété une formation de niveau primaire ou secondaire ou de 2ème ou 3ème cycle universitaire était plus élevée chez les aînés. Les deux groupes diffèrent également quant à certaines caractéristiques cliniques: les aînés étaient plus nombreux à rapporter des problèmes de santé multiples et le score à l'IAB était plus élevé chez les jeunes adultes.

### *Comparaison entre les jeunes adultes et les aînés sur les connaissances par rapport aux troubles anxieux*

Le tableau 3 présente les scores moyens au QCTA par groupe et montre que le score total moyen des aînés était significativement inférieur à celui des jeunes adultes. En rapportant les moyennes sur 100, on observe un taux de succès moyen de 59,8% pour les aînés, comparativement à 78,12% pour les jeunes adultes. On remarque que les scores des jeunes adultes pour toutes les dimensions étaient significativement plus élevés que ceux des aînés. La figure 1 illustre les taux d'échec des jeunes adultes et des aînés à chacune des questions regroupées par dimension. Les aînés ont obtenu des taux d'échec supérieurs à toutes les questions, excepté la question 24 (dimension facteurs de risque) pour laquelle le taux d'échec était plus élevé chez les jeunes adultes. La même tendance est donc observable pour toutes les dimensions. De plus, il y a au moins une question par dimension dont le taux d'échec chez les aînés dépasse largement le seuil de 50%, sauf pour les dimensions TAG et TAS.

### *Caractéristiques associées aux connaissances sur l'anxiété*

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, le score total au QCTA variait selon le dernier niveau de scolarité complété, l'occupation et le revenu, tel qu'indiqué dans le tableau 4 qui présente également les moyennes et écarts-types pour ces variables. Les tests de comparaisons multiples sur le dernier niveau de scolarité complété indiquent que des résultats plus faibles ont été obtenus par ceux dont le dernier niveau de scolarité complété était primaire ou secondaire lorsque comparé au niveau collégial et diplôme professionnel ( $t(138) = 3,15, p < .01$ ), au premier cycle universitaire ( $t(138) = 4,24, p < .0001$ ) et aux deuxième et troisième cycles universitaires ( $t(138) = 3,65, p < .001$ ). Une différence marginalement significative est observée entre le niveau collégial et diplôme professionnel et premier cycle universitaire ( $t(138) = -1,89, p = .06$ ), indiquant de meilleurs résultats pour le dernier groupe. Les tests de comparaisons multiples sur l'occupation montrent que les retraités ont obtenu des résultats significativement inférieurs comparativement aux étudiants ( $t(138) = -6,71, p < .0001$ ) et aux personnes sur le marché du travail ( $t(138) = -3,55, p < .001$ ). Les tests de comparaisons multiples sur le revenu indiquent que ceux dont le revenu était inférieur à 10 000\$ ont obtenu de meilleurs scores que ceux dont le revenu se situe dans

les autres catégories (valeur p sont inférieures ou égales à 0.01 pour toutes les comparaisons deux par deux impliquant ce niveau de revenu) Le score total au QCTA ne variait pas selon les caractéristiques de nature clinique.

## **Discussion**

L'objectif général de cette étude était de documenter les connaissances des aînés à propos des troubles anxieux. Tel qu'attendu, les résultats montrent que les aînés présentent un niveau de connaissance des troubles anxieux plus faible que les jeunes adultes et ce, autant pour l'ensemble des connaissances que pour chacune des dimensions examinées. Les résultats de la comparaison des deux groupes vont dans le même sens que ceux obtenus par Reavley et al. (2014) montrant que les jeunes adultes sont meilleurs pour identifier les troubles de la santé mentale que les personnes de 60 ans et plus. De même, Coles et al. (2014) et Hadjimina et Furnham (2017) ont trouvé que les jeunes adultes sont meilleurs pour identifier le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée, ce que les résultats de la présente étude confirment. Les résultats concordent également avec ceux obtenus par Wetherell et al. (2009) montrant que les aînés éprouvent plus de difficulté à correctement identifier les symptômes anxieux.

La différence observée entre les deux groupes au niveau des connaissances sur l'anxiété peut être expliquée par l'exposition plus grande des jeunes aux connaissances actuelles par rapport aux troubles de la santé mentale. En effet, les jeunes adultes ont été davantage exposés à ces informations au cours de leur parcours scolaire à travers diverses activités de prévention de la santé mentale, ce qui n'était pas le cas lors du parcours scolaire des aînés (Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008). Une autre explication de ces résultats réside dans la composition des critères diagnostiques des troubles anxieux qui ne reflètent pas nécessairement la réalité clinique de la personne âgée (Flint, 2005). Certaines différences ont été relevées en ce qui concerne la présentation des symptômes anxieux entre les jeunes et les aînés (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010) notamment en ce qui concerne l'objet de la peur et des inquiétudes. En effet, les aînés ont davantage peur de chuter (Blay & Marinho, 2012) alors que les jeunes adultes ont davantage peur des animaux (Jeste, 2005). Les inquiétudes sont moins fréquentes chez les aînés, mais celles qui sont rapportées touchent davantage la santé (Hunt, Wisocki, & Yanko, 2003) alors

que les jeunes adultes s'inquiètent plus du travail et des finances (Diefenbach, Stanley & Beck, 2001). L'anxiété chez les aînés se manifeste plus souvent par des symptômes somatiques (comme des étourdissements, des tremblements ou des nausées) que par des inquiétudes fréquentes et incontrôlables (Flint, 2005). Il est donc possible que les aînés aient éprouvé davantage de difficulté à identifier les éléments associés à l'anxiété car ceux-ci, tels que présentés dans le questionnaire, ne correspondent pas tout à fait à l'expérience qu'ils en ont.

Les taux d'échec plus élevés des aînés à chacune des questions montrent que leurs plus faibles connaissances se manifestent à travers les différents domaines examinés. Par conséquent, les efforts visant à améliorer les connaissances sur l'anxiété chez les aînés devraient toucher différents domaines de connaissances. Une telle démarche ne devrait pas se concentrer seulement sur la reconnaissance des différents troubles mais intégrer également des connaissances sur les symptômes principaux, les facteurs de risque et les traitements. Une stratégie efficace d'augmentation des connaissances sur l'anxiété chez les aînés devrait employer plusieurs méthodes permettant de rejoindre les aînés issus de différents milieux de vie (par exemple, à domicile et en résidence privée) et considérer que cette population est susceptible de présenter des difficultés à se déplacer. Une stratégie combinant des présentations en milieu de loisir (par, exemple, au sein des clubs sociaux) et en milieu de vie (par exemple, dans les résidences privées) avec des programmes de sensibilisation offerts en ligne, lesquels sont déjà démontrés efficaces en termes d'augmentation des connaissances sur l'anxiété (Gulliver et al., 2012), pourrait être envisagée.

Les résultats quant aux caractéristiques associées à la LSM-A obtenus dans la présente étude sont en partie cohérents avec la littérature. Parmi les variables sociodémographiques, le dernier niveau de scolarité complété, l'occupation et le revenu annuel semblent être associés aux connaissances sur l'anxiété. De façon similaire aux résultats obtenus par Coles et al. (2014) voulant qu'un haut niveau de scolarité soit associé avec de meilleures connaissances des troubles anxieux, les résultats de la présente étude suggèrent plutôt qu'un faible niveau de scolarité est associé avec de moins bonnes connaissances des troubles anxieux. En effet, les scores totaux au QCTA ne différaient pas entre les niveaux de scolarité les plus élevés. Les résultats suggèrent que l'occupation et le revenu annuel, variables non examinées dans les études précédentes, sont associées avec le

score total du QCTA. Cependant, les deux groupes différaient significativement sur ces deux variables et les résultats des tests de comparaisons multiples suggèrent que les différences observées pourraient être issues de la différence d'âge. Ainsi, il est difficile de différencier les différences observées entre les aînés et les jeunes adultes des différences sur l'occupation (les retraités ayant de moins bons résultats que les étudiants) et sur le revenu annuel (les jeunes adultes ayant des revenus moins élevés). Contrairement à Cole et Coleman (2010), Furnham et Lousley (2013) et Reavley et al. (2014), le sexe féminin n'était pas associé avec les résultats au QCTA. Ces résultats peuvent toutefois avoir été influencés par la distribution des sexes dans l'échantillon (70% féminin).

Les résultats suggèrent qu'aucune des variables cliniques n'est associée aux connaissances sur les troubles anxieux. Contrairement aux résultats obtenus par Cole et Coleman (2010) et Reavley et al. (2014), le fait de connaître quelqu'un ayant vécu un trouble anxieux n'était pas associé aux connaissances dans notre échantillon. L'absence de relation peut être due à la distribution des réponses. En effet, l'échantillon présentait peu de variabilité sur les variables cliniques, notamment l'intention de consulter et le fait de connaître quelqu'un ayant vécu un trouble anxieux, ce qui a pu réduire la capacité de détecter des relations significatives. Aucune relation n'a été observée entre la sévérité des symptômes anxieux, tels que rapportés par les résultats de l'IAB, et les connaissances sur les troubles anxieux, et ce, malgré la différence observée entre les jeunes adultes et les aînés sur cette variable. La forte variabilité observée au sein du groupe des jeunes adultes pourrait avoir réduit la capacité de détecter une différence significative (voir Tableau 2). De plus, comme les connaissances sur l'anxiété ne constituent qu'un élément du concept de LSM, il est possible que la relation qui existe entre les variables cliniques et la LSM ne s'observe pas avec les connaissances de l'anxiété mais plutôt avec d'autres aspects du concept, comme la diminution de la stigmatisation associée aux troubles mentaux ou les compétences de base permettant d'aider les autres en cas de besoin.

La méthode utilisée dans cette étude est novatrice en ce qui concerne l'évaluation des connaissances au sujet des troubles anxieux et fournit de nouvelles connaissances plus précises quant à la LSM-A. Cet outil a été construit à partir des ressources en ligne disponibles pour le grand public. Il s'agit de questions pour lesquelles la population générale a accès à la réponse. Le QCTA permet de balancer certaines limites d'autres types de

mesures. Le Mental Health Literacy Questionnaire for Anxiety Disorders (MHLQ-AD; Coles & Coleman, 2010) contient des vignettes correspondant aux troubles d'anxiété généralisée, au trouble d'anxiété sociale, au trouble panique, au trouble obsessionnel compulsif et à la dépression majeure à titre comparatif. Ce type de méthode est possiblement biaisé par le fait qu'il peut être plus facile de reconnaître les symptômes chez autrui alors que le QCTA permet une plus grande objectivité dans la mesure. Le Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit; Gulliver et al., 2012) contient des questions qui se répondent par vrai ou faux, ce qui favorise la probabilité de réussite par la chance seulement. Le QCTA réduit ce risque en présentant quatre choix de réponse.

Les futures recherches sur la LSM-A pourraient focaliser moins sur la reconnaissance du trouble anxieux exact et se concentrer davantage sur la capacité à différencier les différents troubles de la santé mentale et à reconnaître leur développement. Selon Jorm (2000), le fait de ne pas reconnaître les différents troubles pourrait entraîner des difficultés lors de la communication avec les professionnels de la santé. Ceci est d'autant plus pertinent pour les aînés chez qui il y a une forte comorbidité des troubles anxieux avec la dépression (King-Kallimanis et al., 2009) et d'autres conditions de santé physique (El-Gabalawy et al., 2011). En outre, une meilleure reconnaissance des symptômes anxieux par les aînés et une meilleure connaissance des traitements efficaces par ceux-ci pourraient contribuer à mieux combler les besoins de traitement de cette population (Thompson et al., 2004).

Cette étude comporte quelques limites. Premièrement, la mesure utilisée a été créée spécifiquement pour cette étude et bien qu'elle possède une validité apparente, elle n'a pas fait l'objet d'une validation complète jusqu'à présent. Dès lors, comme la validité de l'instrument et ses dimensions proposées restent à être confirmée, les résultats concernant les différentes dimensions devraient être interprétés prudemment. Deuxièmement, avec quatre choix de réponse par question, la probabilité d'obtenir la bonne réponse reste assez élevée (25%) et les taux de réussite pourraient surestimer le niveau de connaissance réel. Troisièmement, l'échantillon était composé de gens bien éduqués dans chacun des groupes et les résultats peuvent ne pas se généraliser à la population générale. De plus, le niveau de connaissances documenté dans cette étude peut ne pas être représentatif de celui des personnes souffrant de troubles anxieux. En dépit de ces limites, notre étude montre que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les jeunes adultes et une association

entre les connaissances sur l'anxiété et le niveau de scolarité. Une stratégie d'augmentation des connaissances adaptée aux aînés devrait viser plusieurs aspects des troubles anxieux.

### **Remerciements**

Cette étude a été réalisée alors qu'Élisabeth Beaunoyer détenait une bourse du Fonds de recherche québécois en santé. Les auteurs souhaitent remercier Dre Geneviève Belleville pour ses suggestions de même que Noémie Heider qui a participé à la collecte de données.

## Références

- Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current Psychiatry Reports, 17*(7), 53. doi:10.1007/s11920-015-0595-8
- 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*(6), 893-897.
- Blay, S. L., & Marinho, V. (2012). Anxiety disorders in old age. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(6), 462-467. doi:10.1097/YCO.0b013e3283578cdd
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 109*(3), 233-250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety, 27*(1), 63-71. doi:10.1002/da.20620
- Coles, M. E., Schubert, J. R., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders: step 1: recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(8), 737-740. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.011
- Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy, 33*(4), 477-485. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00082-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00082-U)
- Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2001). Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health, 5*(3), 269-274. doi:10.1080/13607860120065069
- 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.genhosppsych.2011.07.005
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health, 8*, 125. doi:10.1186/1471-2458-8-125
- Flint, A. J. (2005). Anxiety and Its Disorders in Late Life: Moving the Field Forward. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(1), 3-6. doi:10.1097/00019442-200501000-00002
- Furnham, A., & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health, 05*(03), 521-531. doi:10.4236/health.2013.53A071
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., . . . Stanimirovic, R. (2012). Internet-based interventions to promote mental health

- help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e69. doi:10.2196/jmir.1864
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 251, 8-13. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.089
- Jeste, D. V., Blazer, D.G., First, M. (2005). Aging-Related Diagnostic Variations: Need for Diagnostic Criteria Appropriate for Elderly Psychiatric Patients. *Biological psychiatry*, 58, 265-271.
- Johnson, E. M., & Coles, M. E. (2013). Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 668-674. doi:10.1007/s10597-012-9543-9
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792. doi:http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4d17
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. doi:10.1177/0706743715616609
- Mackenzie, Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29(3), 234-242. doi:10.1002/da.20911
- Morin, C. M., Landreville, P., Colecchi, C., McDonald, K., Stone, J., & Ling, W. (1999). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties with Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(1), 19-29.
- Oude Voshaar, R. C., van der Veen, D. C., Hunt, I., & Kapur, N. (2016). Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 146-152. doi:10.1002/gps.4304
- Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., . . . Milton, D. (2012). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 300-305. doi: 10.1177/070674371305800508

- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(1), 61-69. doi:10.1177/0004867413491157
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.L., Mann, A., Dupuy, A. M., Malafosse, A., & Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 147-152. doi: 10.1192/bjp.184.2.147
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(3), 300-305. doi:10.1002/gps.2106
- Schubert, J. R., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders step 2: peer recommendations to seek help. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(7), 712-716. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.010
- Scott, T., Mackenzie, C. S., Chipperfield, J. G., & Sareen, J. (2010). Mental health service use among Canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms. *Aging and Mental Health*, *14*(7), 790-800. doi:10.1080/13607861003713273
- Statistique Canada. (2014). *Population âgée de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, selon le groupe d'âge, Recensement de 2006* Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/educ43a-fra.htm>.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 810-817. doi:10.1007/s00127-004-0816-7
- Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baune, B. T. (2013). A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health and Medicine*, *18*(6), 627-644. doi:10.1080/13548506.2012.749355
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, *27*(2), 190-211. doi:10.1002/da.20653

Tableau 1

Exemples de question du Questionnaire des connaissances des troubles anxieux selon les dimensions.

Dimension	Questions associées	Exemple de question
Symptômes	1, 8, 9, 20, 22.	<p>Lesquels parmi les suivants ne sont pas des symptômes principaux de l'anxiété ?</p> <p>a. Peur excessive et irrationnelle, inquiétude, difficultés à dormir, incapacité à se concentrer.</p> <p>b. Rythme cardiaque rapide, palpitations, essoufflement, halètement, bouche sèche, tension musculaire.</p> <p>c. Étourdissements, nausées ou vomissement, bouffées de chaleur et transpiration ou frissons, rougeurs, tremblements.</p> <p>d. Perte d'intérêt et humeur triste presque à tous les jours.</p>
Facteurs de risque	4, 10, 17, 24.	<p>Lequel de ces énoncés est vrai ?</p> <p>a. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes.</p> <p>b. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les hommes.</p> <p>c. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les aînés.</p> <p>d. Les troubles anxieux sont aussi présents chez les hommes que chez les femmes.</p>
Traitements	6, 13, 15.	<p>Laquelle de ces techniques est couramment utilisée en psychothérapie pour traiter les troubles anxieux ?</p> <p>a. Proposer à la personne d'adopter un animal de compagnie.</p> <p>b. Proposer à la personne de participer à des forums de discussion.</p> <p>c. Encourager la personne à écouter de la musique pour se détendre.</p> <p>d. Amener la personne à s'exposer à l'objet ou à la situation craint.</p>
TAG	5, 14, 18.	<p>Lequel de ces symptômes correspond au trouble d'anxiété généralisée ?</p> <p>a. Présence d'inquiétudes répétées et exagérées à propos d'événements et d'activités de routine.</p> <p>b. Craindre constamment le jugement des autres.</p>

		<p>c. Peur irrépressible et irrationnelle de quelque chose, soit un objet, une situation, un animal ou une activité.</p> <p>d. Humeur triste et persistante et perte du sentiment de plaisir.</p>
TP	7, 11, <b>19</b> .	<p>Lequel des énoncés suivants est vrai au sujet du trouble panique ?</p> <p>a. Les attaques de panique surviennent généralement sans menace évidente.</p> <p>b. La personne s'inquiète à propos d'événements et d'activités de la vie quotidienne.</p> <p>c. Une personne qui expérimente une attaque de panique a nécessairement un trouble panique.</p> <p>d. Le trouble panique comprend peu ou pas de symptômes physiques; l'inconfort ressenti est de nature psychologique.</p>
TAS	3, 12, <b>21</b> , 25.	<p>Quels types de situations une personne avec un trouble d'anxiété sociale cherchera-t-elle à éviter ?</p> <p>a. Les événements ou situations où il y a des gens.</p> <p>b. Rester seule chez soi.</p> <p>c. La proximité d'araignées, de serpents ou d'autres animaux craints.</p> <p>d. Aucune de ses réponses.</p>
PS	2, 16, <b>23</b> .	<p>Qu'est-ce qui différencie les phobies spécifiques des peurs dites « normales » ?</p> <p>a. Les phobies concernent des objets ou des situations qui ne sont pas réels.</p> <p>b. Les phobies perturbent significativement le fonctionnement et la qualité de vie.</p> <p>c. Les phobies sont beaucoup plus nombreuses.</p> <p>d. Les phobies sont toujours causées par des traumatismes passés.</p>

Notes. TAG : Trouble d'anxiété généralisée, TP : Trouble panique, TAS : Trouble d'anxiété sociale, PS : Phobie spécifique. Le numéro de la question en caractère gras correspond à l'exemple donné.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des jeunes adultes et des aînés.

	Jeunes adultes n = 64	Aînés n = 78	$\chi^2$	<i>t</i>
<u>Caractéristiques sociodémographiques</u>				
Sexe			.0001	
Femmes	46 (71.88)	56 (71.79)		
État civil			.8967	
Marié ou en couple	33 (51.56)	34 (43.59)		
Sans conjoint	31 (48.44)	44 (56.41)		
Occupation principale			115.08***	
Retraité	0 (0)	66 (84.62)		
Emploi	10 (15.63)	9 (11.54)		
Étudiant	54 (84.38)	2 (02.56)		
Autre	0 (0)	1 (01.28)		
Revenu			68.42***	
9 999\$ et moins	26 (40.63)	3 (03.85)		
10 000 – 19 999\$	26 (40.63)	7 (08.97)		
20 000 – 29 999\$	2 (03.13)	14 (17.95)		
30 000 – 39 999\$	3 (04.69)	13 (16.67)		
40 000 – 49 999\$	4 (06.25)	15 (19.23)		
50 000 \$ et plus	3 (04.69)	24 (30.77)		
Dernier niveau de scolarité complété			14.44**	
Primaire et secondaire	2 (03.13)	11 (14.10)		
Collégial et diplôme professionnel	36 (56.25)	22 (28.21)		
Premier cycle universitaire	16 (25.00)	22 (28.21)		
Deuxième et troisième cycle universitaire	10 (15.63)	23 (29.49)		
<u>Caractéristiques cliniques</u>				
Problèmes de santé			21.48***	
Aucun	49 (76.56)	30 (38.46)		
1 problème	11 (17.19)	28 (35.90)		
Au moins 2 problèmes	4 (06.25)	20 (25.64)		
Perception de l'état de santé			6.62	
Excellent	22 (34.38)	15 (19.23)		
Très bon	25 (39.06)	39 (50.00)		
Bon	13 (20.31)	21 (26.92)		
Passable	4 (06.25)	2 (02.56)		
Mauvais	0 (0)	1 (01.28)		
Intention de consulter au besoin	43 (67.19)	56 (71.79)	1.48	
A vécu un épisode d'anxiété	31 (48.44)	51 (65.38)	4.14	
Connaît quelqu'un qui a eu un épisode d'anxiété	47 (73.44)	63 (80.77)	1.08	
Symptômes anxieux, moyenne (écart-type)	7.84 (8.41)	3.49 (3.93)		3.81*

Note. Sauf indication contraire, la valeur correspond au nombre et le pourcentage est entre parenthèses.

\*\*p <.01   \*\*\*p <.0001

Tableau 3

Connaissances des jeunes adultes et des aînés au sujet des troubles anxieux.

	Jeunes adultes M (ET)	Aînés M (ET)	<i>t</i>
Score total	19.53 (3.47)	14.95 (3.99)	7.21***
Score sur chaque dimension			
Symptômes	4.07 (1.13)	3.06 (1.78)	5.20***
Facteurs de risque	2.93 (0.73)	2.03 (0.86)	6.63***
Traitements	2.23 (0.66)	1.74 (0.75)	4.10***
TAG	2.28 (0.77)	1.99 (1.00)	1.98*
TP	1.88 (0.95)	1.40 (0.98)	2.92**
TAS	3.6 (0.63)	2.97 (1.13)	4.23***
PS	2.52 (0.73)	1.74 (1.00)	5.30***

Note. TAG : Trouble d'anxiété généralisée, TP : Trouble panique, TAS : Trouble d'anxiété sociale, PS : Phobie spécifique

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

\*\*\*  $p < .0001$

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques significativement associées avec le score total au Questionnaire des connaissances des troubles anxieux.

Caractéristiques	Moyenne (ET)	F
<i>Occupation</i>		15.82***
Autres	19.00 (0)	
Retraité	14.67 (4.09)	
Emploi	18.21 (4.16)	
Études	19.34 (3.39)	
<i>Revenu</i>		4.65 **
Moins de 10 000\$	19.97 (3.45)	
Entre 10 000 et 20 000\$	17.21 (4.65)	
Entre 20 000 et 30 000\$	15.13 (4.51)	
Entre 30 000 et 40 000\$	15.25 (4.11)	
Entre 40 000 et 50 000\$	15.79 (4.47)	
Plus de 50 000\$	17.11 (3.38)	
<i>Scolarité</i>		6.37 **
Primaire et secondaire	12.69 (4.42)	
Collégial et diplôme professionnel	16.72 (4.70)	
1 <sup>er</sup> cycle universitaire	18.37 (3.91)	
2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> cycle universitaire	17.67 (3.25)	

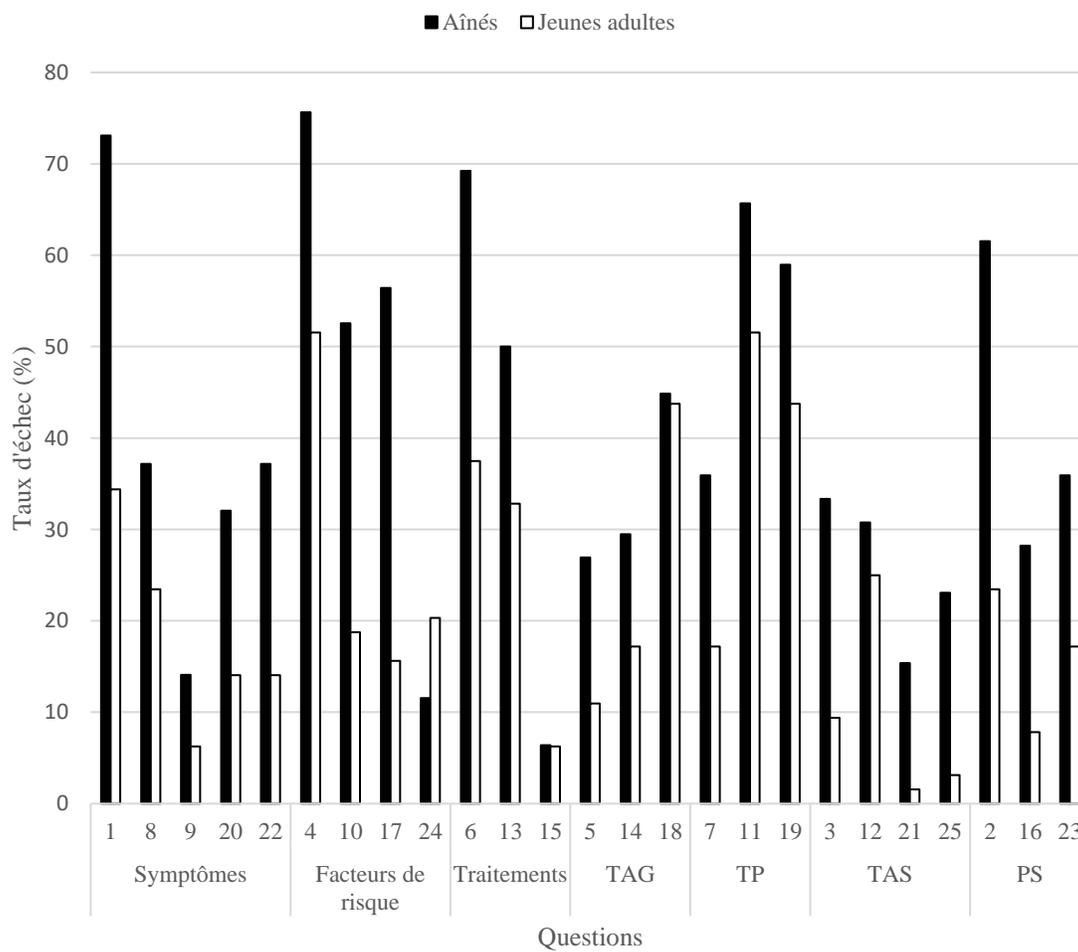
\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

\*\*\* $p < .0001$

Figure 1

Taux d'échec au Questionnaire des connaissances des troubles anxieux en fonction des questions, des dimensions et de l'âge.



Note. TAG : Trouble d'anxiété généralisée, TP : Trouble panique, TAS : Trouble d'anxiété sociale, PS : Phobie spécifique

### **Chapitre 3 : Conclusion générale**

## **Rappel du contexte, des objectifs et des résultats principaux**

Les troubles anxieux sont parmi les troubles ayant les taux de prévalence les plus élevés chez les aînés. Malgré la présence de traitements efficaces, il y a sous-utilisation des services en santé mentale, particulièrement chez les aînés souffrant d'anxiété (Scott et al., 2010). Selon plusieurs auteurs, cela s'expliquerait en partie par la difficulté de la population à reconnaître certains problèmes de santé mentale, notamment les troubles anxieux (Coles & Coleman, 2010; Reavley et al., 2014). Peu d'études ont exploré la relation entre l'âge et les connaissances sur les troubles anxieux mais celles qui sont disponibles appuient l'idée que les aînés connaissent moins bien ces troubles. Cependant, comme seules la reconnaissance de ces troubles et la capacité à identifier les symptômes comme étant problématiques ont été examinés, les résultats offrent un portrait fort limité des connaissances qu'ont les aînés des troubles anxieux. Par conséquent, l'objectif général de cette étude était d'approfondir notre compréhension des connaissances des aînés au sujet des troubles anxieux. Il s'agissait plus spécifiquement de comparer les connaissances d'aînés à celles de jeunes adultes, et d'identifier et de comparer les aspects particuliers des troubles anxieux que les aînés et les jeunes adultes connaissent moins bien. Un objectif secondaire était d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées aux connaissances.

Les résultats montrent que les aînés ont un niveau de connaissance des troubles anxieux plus faible que les jeunes adultes et ce, autant sur l'ensemble des connaissances que pour chacune des dimensions examinées. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par d'autres auteurs (Coles et al., 2014; Reavley et al., 2014; Wetherell et al., 2009). Deux explications possibles de la différence observée entre les deux groupes ont été avancées, soit l'exposition plus grande des jeunes aux connaissances actuelles par rapport aux troubles de la santé mentale et la faible adéquation entre les critères diagnostiques des troubles anxieux et la réalité clinique de la personne âgée (Flint, 2005). Les résultats montrent aussi que les taux d'échec sont plus élevés pour les aînés à chacune des questions, ce qui signifie que leurs plus faibles connaissances se manifestent à travers les différents domaines examinés. Ainsi, les efforts visant à améliorer les connaissances sur l'anxiété chez les aînés ne devraient pas se concentrer seulement sur la reconnaissance des différents troubles mais toucher différents domaines de connaissances tels que les symptômes principaux, les facteurs de risque et les

traitements. Par ailleurs, les résultats indiquent que certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées aux connaissances, soit l'occupation, le revenu annuel et le niveau de scolarité. Cependant, les deux groupes différaient significativement sur l'occupation et le revenu annuel et les résultats des tests de comparaisons multiples suggèrent que les différences observées sur les connaissances entre les différentes catégories d'occupation et de revenu pourraient correspondre à des différences entre les groupes d'âge. Les résultats concernant le niveau de scolarité sont cohérents avec la littérature voulant que de meilleures connaissances soient associées avec un niveau d'éducation plus élevé (Coles et al., 2014). Enfin, les résultats suggèrent qu'aucune des variables cliniques n'est associée avec les connaissances, contrairement aux résultats obtenus par d'autres auteurs (Coles & Coleman, 2010; Furnham & Lousley, 2013; Reavley et al., 2014). L'absence de relation peut être due à la faible variabilité dans les réponses à la plupart des variables cliniques, à l'exception de l'IAB dont la variabilité était plus élevée chez les jeunes adultes, ce qui peut réduire la capacité de détecter des relations significatives.

### **Limites de l'étude**

La présente étude comporte quelques limites. Premièrement, la composition de l'échantillon limite la généralisation des résultats pour les deux groupes. Le fait que les jeunes adultes soient issus du milieu universitaire peut avoir influencé leurs résultats à la hausse. Le niveau d'éducation des aînés était plutôt élevé, ce qui est plus ou moins représentatif de la population (Statistique Canada, 2014). Étant donné l'association trouvée entre le dernier niveau de scolarité et les connaissances sur les troubles anxieux, il est possible que le niveau de connaissances soit encore plus faible dans la population générale que ce que suggèrent les résultats. Deuxièmement, le manque de variabilité sur plusieurs caractéristiques cliniques comme le nombre de problèmes de santé et l'intention de consulter peut avoir eu pour effet de réduire la probabilité de détecter des résultats significatifs avec ces variables. Troisièmement, l'utilisation de questions uniques et subjectives pour évaluer les caractéristiques cliniques a pu introduire un biais. Une seule question ne permet pas toujours de bien mesurer de telles variables. L'expérience antérieure d'épisode d'anxiété aurait pu, par exemple, être évaluée en demandant si la personne a déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux et en documentant l'utilisation antérieure de services en santé mentale.

Quatrièmement, la mesure utilisée a été créée spécifiquement pour cette étude et n'a pas fait l'objet d'une validation complète jusqu'à présent. D'autres limites de l'étude sont inhérentes à la mesure utilisée pour évaluer les connaissances sur l'anxiété et celles-ci seront approfondies dans la section suivante.

### **Implications pour la recherche et la clinique**

**Mesure des connaissances sur les troubles anxieux.** Alors que d'excellentes mesures générales existent déjà pour mesurer la littératie en santé mentale (LSM) (voir par exemple: O'Connor & Casey, 2015), les connaissances sont spécifiques aux différents troubles de santé mentale. Par conséquent, celles-ci seraient évaluées de façon plus exhaustive à l'aide de mesures indépendantes. En effet, il y a plusieurs disparités entre les différents troubles de santé mentale et les connaissances acquises à leur sujet peuvent varier selon les différentes expériences de vie des individus. Certaines études ont d'ailleurs montré d'importantes variations entre les taux de reconnaissances de différents troubles de santé mentale tels que la schizophrénie et la dépression (Reavley et al., 2014). De même, il est connu que les symptômes dépressifs sont généralement plus facilement identifiés autant par les jeunes adultes que les aînés (Wetherell et al., 2009). Une mesure globale de LSM, incluant les connaissances au sujet de différents troubles de santé mentale, pourrait être biaisée par les connaissances plus fortes au sujet de certains troubles spécifiques. Ainsi, on pourrait penser qu'une personne a globalement une bonne LSM, alors que des faiblesses pourraient s'observer quant aux connaissances sur un trouble spécifique. Des mesures distinctes des connaissances sur les différents troubles de santé mentale permettent de fournir des informations plus précises.

Le Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux (QCTA) a été développé à partir des informations sur les troubles anxieux disponibles sur les sites du National Institute of Mental Health (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>) et de l'Association canadienne pour la santé mentale (<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/>). Le processus de création du questionnaire a impliqué plusieurs étapes. L'information a d'abord été extraite des deux sites et mise en commun. Les informations redondantes n'ont été incluses qu'une fois. Ce processus a permis l'identification des sept dimensions retenues (symptômes principaux, facteurs de

risque, traitements, TAG, TAS, TP et PS). Le trouble obsessionnel-compulsif a été mis de côté étant donné qu'il ne fait plus partie de la catégorie des troubles anxieux dans le DSM-5. Les informations propres à chacune des dimensions ont ensuite été regroupées. Puis, pour chacune des dimensions, les informations ont été sélectionnées selon leur pertinence et simplifiées jusqu'à l'obtention d'énoncés. Ceux-ci, dont le nombre exact variait d'une dimension à l'autre, constituaient la base de l'élaboration des différentes questions. La version préliminaire du questionnaire comprenait 29 questions à choix multiples présentant quatre choix de réponse chacune. Aucune question sous forme de vrai ou faux n'a été incluse afin d'homogénéiser le questionnaire et réduire la probabilité de réussite par le hasard. La lisibilité du texte pour le niveau secondaire a été vérifiée avec Scolarius (<http://www.scolarius.com>) et le contenu a été vérifié par une psychologue clinicienne spécialiste des troubles anxieux. Suite à ces vérifications, presque toutes les questions ont été modifiées et certaines ont été supprimées. La version finale de l'outil comprend donc 25 questions à choix multiples.

Le QCTA possède plusieurs forces par rapport à d'autres outils similaires. En premier lieu, cet outil a été créé à partir des ressources d'informations disponibles pour le grand public. Par conséquent, comme les répondants ont en principe accès à ces informations, ils pourraient être en mesure de connaître les réponses aux questions. De plus, cela permet de s'assurer de la qualité des énoncés, ce qui n'est pas le cas pour tous les outils. Pour l'Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit; Gulliver et al., 2012), par exemple, l'origine des énoncés n'est pas clairement identifiée. En deuxième lieu, l'utilisation de questions à choix multiples présentant quatre choix de réponse diminue la probabilité de réussite par le hasard à 25% comparativement aux questions se répondant par vrai ou faux. En comparaison, l'A-Lit comprend des questions qui se répondent par vrai ou faux et pourrait donc surestimer les connaissances réelles des participants. Le Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test (MC-KOMIT; Compton et al., 2011) est un exemple d'outil d'évaluation des connaissances au sujet des problèmes de santé mentale (par exemple, dépression, schizophrénie, troubles anxieux) comportant des questions à choix multiples. Les analyses psychométriques effectuées par Compton et al. (2011) indiquent que ce type de mesure est prometteur pour l'évaluation des connaissances sur la santé mentale. En troisième lieu, le QCTA permet une mesure objective des connaissances sur l'anxiété étant donné que les

réponses des participants ne sont pas biaisées par des éléments inhérents à la mesure. En comparaison, les outils qui mesurent la reconnaissance des troubles anxieux par le biais de vignettes comme le MHLQ-AD (Coles & Coleman, 2010), peuvent être biaisés par le fait qu'il est plus facile de reconnaître les symptômes chez autrui ainsi que par le sexe ou l'origine ethnique du personnage fictif présenté.

Le QCTA présente aussi certaines limites. D'abord, comme certains participants ont demandé des spécifications par rapport à certaines questions, elles pourraient devoir être retravaillées afin de les clarifier. La question 6 concernant les traitements possibles pour les troubles anxieux en est un bon exemple. Comme plusieurs participants ne comprenaient pas la différence entre les énoncés c et d, l'ajout du mot « seulement » à la fin des énoncés a et b améliorerait leur clarté. Ensuite, l'absence de possibilité de répondre « je ne sais pas » pourrait avoir pour effet de surestimer les résultats chez les participants qui n'étaient pas certains de leur réponse. L'ajout de cette option parmi le choix de réponse permettrait de documenter ces cas (Pratt, Wilson, Benthin, & Schmall, 1992) malgré une augmentation possible du risque d'obtenir une plus grande fréquence de cette réponse que de réponses aux questions (Jang, Gum, & D.A., 2011). Le score pourrait également être surestimé en raison du nom de certains troubles, comme le TAG et le TAS, qui peut faciliter l'identification de la bonne réponse. Ceci est cohérent avec l'examen des taux d'échec aux questions issues des dimensions TAG et TAS, démontrant des taux d'échec généralement moins élevés et ce, dans les deux groupes. Puis, avec quatre choix de réponse par question, la probabilité d'obtenir la bonne réponse est assez élevée (25%) et les taux de réussite pourraient surestimer le niveau de connaissance réel.

Malgré ces limites, les données préliminaires sur les qualités psychométriques du QCTA indiquent une bonne cohérence interne et que toutes les questions sont adéquates pour discriminer les personnes selon leur niveau de connaissance de l'anxiété. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que le QCTA est un instrument prometteur pour la mesure des connaissances des troubles anxieux mais une étude plus approfondie des qualités psychométriques est nécessaire. Le QCTA pourrait également être utilisé à des fins cliniques en tant qu'outil de sensibilisation et en tant qu'outil psycho-éducatif. D'abord, par la simple administration du questionnaire, le répondant peut prendre conscience du peu de connaissances qu'il possède et ainsi éveiller sa curiosité sur le sujet ce qui peut le pousser à

se renseigner davantage. Puis, chez les gens atteints de troubles anxieux, l'administration du questionnaire peut permettre au thérapeute de mieux orienter ses interventions en fonction de ce qui est moins connu par le patient. L'outil pourrait également être utilisé auprès des proches afin de les aider à mieux comprendre ce que la personne vit.

Les recherches futures dans le domaine de la LSM, et particulièrement sur les connaissances sur les troubles de santé mentale, bénéficieraient grandement de l'utilisation de méthodes mixtes. L'inclusion de données qualitatives, obtenues par des questions ouvertes, par exemple, permettraient de compléter les informations et d'approfondir notre compréhension de la LSM de la population. Une telle méthode permettrait, par exemple, d'acquérir davantage d'informations quant aux fausses croyances que certaines personnes peuvent avoir. L'évaluation de la LSM bénéficierait particulièrement des méthodes qualitatives en ce qui concerne l'évaluation des stratégies d'autogestion des individus ainsi que les connaissances de base permettant d'aider quelqu'un aux prises avec un problème de santé mentale puisque ces éléments sont difficiles à documenter seulement à partir de méthodes quantitatives. Dans le contexte des troubles anxieux, cela permettrait aussi de mieux saisir la conception qu'a la population générale de ce qu'est l'anxiété « normale » par rapport à l'anxiété pathologique. L'accès à une telle profondeur de l'information serait particulièrement utile dans l'élaboration de stratégies d'augmentation des connaissances.

**Amélioration des connaissances.** Les résultats de l'étude présentée au Chapitre 2 montrent des lacunes au niveau des connaissances au sujet des troubles anxieux chez les aînés. Des efforts sont nécessaires afin d'améliorer ces connaissances. Plusieurs types d'intervention, incluant des campagnes publiques d'éducation (Dumesnil & Verger, 2009) et des interventions dans les milieux éducationnels (Merritt, Price, Mollison, & Geddes, 2007) ont montré des effets bénéfiques sur les connaissances au sujet de la dépression. Cependant, ces programmes d'intervention incluent rarement les connaissances sur l'anxiété et ne s'adressent pas spécifiquement aux aînés, lesquels en bénéficieraient particulièrement. Comme la présentation des symptômes anxieux chez les aînés diffère de celle chez les personnes plus jeunes, l'information présentée dans ce type d'intervention devrait être adaptée à la réalité clinique des troubles anxieux chez les aînés. Dès lors, avant d'entreprendre la création d'un programme visant l'augmentation des connaissances chez les aînés, il importe de bien documenter les particularités dans la présentation de l'anxiété chez

cette partie de la population afin d'offrir des informations précises et justes auxquelles ils pourront s'identifier.

Une telle stratégie pourrait inclure diverses modalités de diffusion, allant d'interventions en ligne à des activités thématiques dans les milieux de vie ou de loisirs, afin de maximiser les possibilités d'accéder à la population âgée. Les interventions en ligne présentent de nombreux avantages incluant la facilité d'accès et ce, même pour les aînés isolés, les faibles coûts associés et la mise à jour facile des informations. Alors que des interventions en ligne chez les aînés visant à promouvoir l'adoption d'habitudes de vie saines comme l'activité physique ont démontré des effets bénéfiques (Mouton & Cloes, 2015), les effets d'interventions en ligne visant des problèmes de santé mentale ne sont pas documentés. Toutefois, des résultats prometteurs quant à l'augmentation de la LSM en lien avec l'anxiété ont été obtenus chez de jeunes adultes (Gulliver et al., 2012; Taylor-Rodgers & Batterham, 2014). Un enjeu important à l'utilisation de ce type d'intervention est la qualité, c'est-à-dire la lisibilité et la compréhensibilité de l'information transmise. Alors que l'évaluation des sites Internet portant sur les troubles affectifs suggère une qualité généralement bonne, peu d'études ont porté sur l'évaluation des sites Internet sur les troubles anxieux (Reavley & Jorm, 2011a). Les résultats obtenus par Khazaal, Fernandez, Cochand, Reboh et Zullino (2008) suggèrent que la qualité de l'information concernant le TAS est généralement faible, ce qui signifie que même si l'information rédigée est exacte, elle peut être difficilement compréhensible par la population générale. Afin d'optimiser la qualité de l'information, celle-ci doit tenir compte des particularités de la population visée, tel que mentionné précédemment. De plus, l'évaluation du contenu, qui inclut l'utilisation de mesures quantitatives et qualitative de plusieurs caractéristiques des informations (la lisibilité, le contenu émotionnel, la compréhensibilité et de l'utilité) devrait être effectuée lors du processus de création de l'intervention en ligne (Beaunoyer, Arsenault, Lomanowska, & Guitton, 2017). Afin de compléter la stratégie d'augmentation des connaissances, l'inclusion d'activités thématiques dans les milieux de loisirs (par exemple, les clubs sociaux de la Fédération de l'Âge d'Or du Québec) et dans les milieux de vie (par exemple, les résidences privées) est à envisager. Les présentations à visée préventive et informative dans les milieux de loisirs sont idéales pour informer les aînés socialement actifs de façon personnalisée alors que les présentations dans les milieux de vie permettent de transmettre l'information aux

ânés moins actifs et moins autonomes. Dans tous les cas, la familiarité du milieu et le contact interpersonnel peuvent aider à augmenter la participation et ainsi avoir un plus grand impact sur l'information retenue. Un travail de sensibilisation auprès des personnes plus jeunes pourrait également être bénéfique aux ânés car les membres de la famille peuvent offrir leur soutien à leurs proches vieillissants pour la recherche de services de soins en santé mentale (White & Casey, 2016). La mise en place d'une telle stratégie d'augmentation des connaissances des troubles anxieux devrait être documentée de façon détaillée afin d'apprendre des obstacles rencontrés et ainsi pouvoir utiliser ce type de stratégie pour d'autres problématiques de santé mentale ou physique.

La mise en place d'une stratégie d'augmentation des connaissances pourrait être bénéfique pour la communauté en matière de prévention des troubles de santé mentale et quant à l'amélioration des services de soins. En effet, ces interventions peuvent avoir un impact positif sur la prévention par leurs effets bénéfiques potentiels sur l'augmentation de la LSM, tel que la déstigmatisation des troubles de santé mentale. Il est fort probable, par exemple, que les ânés de la communauté auront plus tendance à rechercher un traitement pour un trouble de santé mentale s'ils reconnaissent le développement des symptômes. Outre les bénéfices en matière de prévention, l'augmentation des connaissances est importante pour l'amélioration des services de soins en santé mentale. En effet, les services publics en santé mentale au Québec ont des ressources financières limitées, ce qui en affecte l'accès. Une hausse dans l'allocation des ressources financières a davantage tendance à survenir si les électeurs et les élus l'exigent, ce qui est plus probable si les citoyens comprennent l'impact sociétal des troubles mentaux et le potentiel des services de soins de réduire cet impact (Jorm, 2012).

Au même titre que la littératie médicale, la LSM devient un enjeu de santé publique considérable. Actuellement, la LSM est surtout étudiée dans une optique préventive, mais de meilleures connaissances permettraient au patient de considérer ses symptômes comme étant associés à un problème de nature psychologique et faciliterait ainsi le diagnostic de trouble de santé mentale (Jorm, 2000). Elles pourraient aussi être bénéfiques en termes de traitement. Quelques études ont d'ailleurs montré qu'une meilleure LSM peut contribuer à la diminution des symptômes dépressifs. Les résultats de Walker et al. (2010) portant sur l'évaluation d'une intervention de LSM, incluant de l'information sur les symptômes dépressifs, la

stigmatisation, la prévention, les traitements et les ressources de soutien, montrent une diminution significative des symptômes dépressifs chez les aînés après six semaines. La méta-analyse de Donker, Griffiths, Cuijpers et Christensen (2009) sur les interventions psychoéducatives passives (intervention où de l'éducation sous forme de pamphlets, de e-mail ou de sites web est offerte) a trouvé des effets similaires sur les symptômes dépressifs. Les auteurs suggèrent qu'elles pourraient constituer la première étape d'intervention chez ceux souffrant de dépression ou de détresse psychologique. Quant aux effets sur les symptômes anxieux, les informations sont très limitées et davantage de travaux de recherche sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact de programmes psychoéducatifs. Les données actuelles suggèrent cependant que l'organisation des soins en santé mentale bénéficierait à miser sur la LSM de façon à augmenter le pouvoir d'agir des communautés quant à leur santé mentale. Certes, de telles interventions ne seraient bénéfiques en termes de traitement des troubles de santé mentale que si les aînés les utilisent et y adhèrent.

**Connaissances sur les troubles anxieux et utilisation des services en santé mentale.** Nous n'avons pas trouvé d'association entre les connaissances sur les troubles anxieux et l'intention de consulter mais ce résultat doit être interprété prudemment. L'absence de relation pourrait être due aux caractéristiques des participants ou à la mesure de l'intention de consulter qui ne comportait qu'une seule question. La forte majorité des participants des deux groupes (70 %) ont mentionné avoir sûrement l'intention de consulter en cas de besoin. Un biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les participants à répondre favorablement. L'acceptation de participer à l'étude montre une certaine ouverture de la part des participants quant à la santé mentale, ce qui pourrait également expliquer le plus grand nombre de réponses favorables. Une mesure plus étoffée de l'intention de consulter, comme le Questionnaire général de demande d'aide (QGDA; Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005) aurait pu permettre d'observer une relation avec les connaissances sur les troubles anxieux.

Par ailleurs, il est aussi possible que l'intention de consulter pour les troubles anxieux soit plutôt reliée à d'autres aspects de la LSM tels que décrits par Kutcher et al. (2016). Le stigma associé aux troubles de la santé mentale peut faire en sorte qu'une personne s'empêche de chercher de l'aide par peur du jugement des autres ou parce qu'elle porte elle-même un jugement. Malheureusement, les stéréotypes sur la santé mentale sont alimentés

par la représentation télévisuelle des gens atteints de maladie mentale et des professionnels de la santé mentale qui est souvent négative (Pirkis, Blood, Francis, & McCallum, 2006). Les personnes qui y sont exposés peuvent développer de fausses croyances notamment quant à l'efficacité des traitements en santé mentale. Par ailleurs, les résultats de Vogel, Gentile et Kaplan (2008) ont montré une corrélation positive entre l'exposition à la télévision et les perceptions de stigma, qui prédisaient ensuite négativement les attitudes envers les services de soins en santé mentale et donc une plus faible propension à demander de l'aide. Ainsi, plus la personne est exposée à des modèles biaisés, plus des attitudes négatives se développent par rapport aux services en santé mentale, ce qui pourrait expliquer la sous-utilisation des services observée.

La sous-utilisation des services en santé mentale peut être expliquée par d'autres raisons. Premièrement, les coûts associés sont souvent évoqués comme étant un obstacle à l'utilisation de services en santé mentale (Johnson & Coles, 2013), incluant le fait que les assurances privées ne suffisent pas à couvrir les frais (Chartier-Otis, Perreault, & Belanger, 2010). Spécifiquement, Dezetter et al. (2015) mentionnent qu'au Québec, l'accès à la psychothérapie ou à des interventions psychosociales est plus difficile dans le secteur public. Bien que la psychothérapie soit accessible au privé, ces services ne sont pas remboursés par l'assurance de santé publique. Deuxièmement, la sous-utilisation des services en santé mentale chez les aînés souffrant d'anxiété pourrait être expliquée par la normalisation des symptômes anxieux. En raison de l'aspect chronique de l'anxiété, les gens qui en sont atteints peuvent avoir tendance à normaliser leurs symptômes et à considérer l'anxiété comme faisant partie de leur personnalité (Paulus, Wadsworth, & Hayes-Skelton, 2015). De plus, comme l'inquiétude par rapport à la santé est fréquente, elle peut être normalisée par la personne elle-même ou son entourage considérant que le vieillissement s'accompagne souvent de déficiences au niveau de la santé. Les gens peuvent donc penser qu'il ne vaut pas la peine de consulter. Troisièmement, des obstacles physiques, tels que les problèmes de mobilité qui sont très répandus chez les aînés (Statistique Canada, 2006), peuvent aussi nuire à la consultation. Quatrièmement, la nature somatique de plusieurs symptômes anxieux complexifie la détection, le diagnostic et donc la recherche d'aide pour les troubles anxieux chez les aînés.

En conclusion, plusieurs explications sont possibles à la sous-utilisation des services en santé mentale chez les aînés qui souffrent d'un trouble anxieux. Les résultats de la présente étude n'excluent pas la possibilité d'un lien entre les connaissances et l'utilisation des services de soins en santé mentale. Des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre la sous-utilisation des services en santé mentale par les aînés. Une évaluation de l'association possible entre les connaissances sur les troubles anxieux et l'intention de consulter avec une mesure comme le QGDA serait un point de départ. Par le fait même, il serait intéressant d'évaluer l'association entre la LSM et l'intention de consulter. Les résultats issus de ces projets guideront l'élaboration d'une stratégie d'augmentation des connaissances sur les troubles anxieux. Par ailleurs, celle-ci possède le potentiel d'agir non seulement en termes de prévention, en augmentant les connaissances sur les troubles anxieux et possiblement les comportements de recherche d'aide, mais également en terme de traitement, en diminuant la sévérité des symptômes anxieux.

## Bibliographie

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., . . . Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*, *44*(6), 1303-1317. doi:10.1017/S0033291713001943
- Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current Psychiatry Reports*, *17*(7), 53. doi:10.1007/s11920-015-0595-8
- American Psychiatric Association. (Ed.) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol Aging*, *22*(1), 8-17. doi:10.1037/0882-7974.22.1.8
- Beaunoyer, E., Arsenault, M., Lomanowska, A. M., & Guitton, M. J. (2017). Understanding online health information: Evaluation, tools, and strategies. *Patient Educ Couns*, *100*, 183-189. doi:10.1016/j.pec.2016.08.028
- Benitez, C. I. P., Smith, K., Vasile, R. G., Rende, R., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2008). Use of Benzodiazepines and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Middle-Aged and Older Adults With Anxiety Disorders: A Longitudinal and Prospective Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(1), 5-13. doi:10.1097/JGP.0b013e31815aff5c
- Bertisch, S. M., Herzig, S. J., Winkelman, J. W., & Buettner, C. (2014). National use of prescription medications for insomnia: NHANES 1999-2010. *Sleep*, *37*(2), 343-349. doi:10.5665/sleep.3410
- Blay, S. L., & Marinho, V. (2012). Anxiety disorders in old age. *Curr Opin Psychiatry*, *25*(6), 462-467. doi:10.1097/YCO.0b013e3283578cdd
- Brenes, G. A., Penninx, B. W., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Wetherell, J. L. (2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging and Mental Health*, *12*(1), 158-163. doi:10.1080/13607860601124115
- Bruno, M., & Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, *13*(2), 205-213. doi:10.1684/pnv.2015.0534
- Bryant, C. (2010). Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis. *International Psychogeriatrics*, *22*(4), 511-513. doi:10.1017/S1041610209991785
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord*, *109*(3), 233-250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High Occurrence of Mood and Anxiety Disorders Among Older Adults. *Archives of General Psychiatry*, *67*(5), 489-496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35

- Chartier-Otis, M., Perreault, M., & Belanger, C. (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatr Q*, *81*(2), 127-138. doi:10.1007/s11126-010-9123-5
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depress Anxiety*, *27*(1), 63-71. doi:10.1002/da.20620
- Coles, M. E., Schubert, J. R., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders: step 1: recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of Anxiety Disorder*, *28*(8), 737-740. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.011
- Compton, M. T., Hankerson-Dyson, D., & Broussard, B. (2011). Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry Research*, *189*(1), 141-148. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.041
- Cully, J. A., Tolpin, L., Henderson, L., Jimenez, D., Kunik, M. E., & Petersen, L. A. (2008). Psychotherapy in the Veterans Health Administration: Missed Opportunities? *Psychological Services*, *5*(4), 320-331. doi:10.1037/a0013719
- Dezetter, A., Duhoux, A., Roberge, P., Menear, M., Chartrand, E., & Fournier, L. (2015). Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. *La revue canadienne de psychiatrie*, *60*(6), 284-293. doi:10.1177/070674371506000607
- Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2001). Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, *5*(3), 269-274. doi:10.1080/13607860120065069
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med*, *7*, 79. doi:10.1186/1741-7015-7-79
- Dumesnil, H., & Verger, P. (2009). Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatric Services*, *60*(9), 1203-1213. doi:10.1176/ps.2009.60.9.1203
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen, J. (2015). Mental health service use among older Canadians with anxiety and comorbid physical conditions. *Aging and Mental Health*, 1-10. doi:10.1080/13607863.2015.1033678
- 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. *Gen Hosp Psychiatry*, *33*(6), 556-564. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.07.005
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2010). Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *La revue canadienne de psychiatrie*, *55*(7), 440-448.

- Flint, A. J. (2005). Anxiety and Its Disorders in Late Life: Moving the Field Forward. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 3-6. doi:10.1097/00019442-200501000-00002
- Furnham, A., & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*, 05(03), 521-531. doi:10.4236/health.2013.53A071
- Gaudreau, C., Landreville, P., Carmichael, P.-H., Champagne, A., & Camateros, C. (2015). Older Adults' Rating of the Acceptability of Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Gerontologist*, 38(1), 68-87. doi:10.1080/07317115.2014.970319
- Goncalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 26(1), 1-11. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.010
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., . . . Stanimirovic, R. (2012). Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 14(3), e69. doi:10.2196/jmir.1864
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 251, 8-13. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.089
- Hollingworth, S. A., Philip M. Burgess, P. M., & Whiteford, H. A. (2010). Affective and anxiety disorders: prevalence, treatment and antidepressant medication use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 513-519. doi:10.3109/00048670903555138
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 153-163. doi:10.1007/s001270200009
- Jeste, D. V., Blazer, D.G., First, M. (2005). Aging-Related Diagnostic Variations: Need for Diagnostic Criteria Appropriate for Elderly Psychiatric Patients. *Biological psychiatry*, 58, 265-271. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.004
- Johnson, E. M., & Coles, M. E. (2013). Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Ment Health J*, 49(6), 668-674. doi:10.1007/s10597-012-9543-9
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

- Khazaal, Y., Fernandez, S., Cochand, S., Reboh, I. & Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on social phobie: a cross-sectional study. *Depression Anxiety*, 25(5), 461-465. doi: 10.1002/da.20381
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M., & Kohn, R. (2009). Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792. doi:http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4d17
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. doi:10.1177/0706743715616609
- Lesage, A., Bernèche, F., & Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec.
- Mackenzie, Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety*, 29(3), 234-242. doi:10.1002/da.20911
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrel, M., Jenkins, R., & Lewis, G. (2000). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *Journal of Mental Health*, 9(3), 319-327. doi:10.1080/0954026021000046038
- Merritt, R. K., Price, J. R., Mollison, J., & Geddes, J. R. (2007). A cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of an intervention to educate students about depression. *Psychol Med*, 37(3), 363-372. doi:10.1017/S0033291706009056
- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychol Aging*, 27(4), 1182-1190. doi:10.1037/a0023126
- Mouton, A., & Cloes, M. (2015). Efficacy of a web-based, center-based or combined physical activity intervention among older adults. *Health Educ Res*, 30(3), 422-435. doi:10.1093/her/cyv012
- Munro, C. G., Freeman, C. P., & Law, R. (2004). General practitioners' knowledge of post-traumatic stress disorder: a controlled study. *British Journal of General Practice*, 54, 843-847.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511-516. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Patten, S. B., Esposito, E., & Carter, B. (2007). Reasons for antidepressant prescriptions in Canada. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 16(7), 746-752. doi:10.1002/pds.1385
- Pérodeau, G., Grenon, E., Grenier, S., & O'Connor, K. (2016). Systematic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. *Aging and Mental Health*, 20(4), 380-390. doi: 10.1080/13607863.2015.1015961

- Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., . . . Milton, D. (2012). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 300-305. doi:10.1177/070674371305800508
- Potvin, O., Hudon, C., Dion, M., Grenier, S., & Preville, M. (2011). Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26(10), 1080-1088. doi:10.1002/gps.2647
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011a). The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns*, 85(2), e16-25. doi:10.1016/j.pec.2010.10.015
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011b). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(11), 947-956. doi:10.3109/00048674.2011.621060
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011c). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(10), 890-898. doi:10.3109/00048674.2011.614215
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(1), 61-69. doi:10.1177/0004867413491157
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.L., Mann, A., Dupuy, A. M., Malafosse, A., & Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152. doi:10.1192/bjp.184.2.147
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M., & Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 60-67. doi:10.1037/a0036317
- 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. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(11), 994-1001. doi:10.1002/gps.1001
- Schofield, C. A., Moore, C. D., Hall, A., & Coles, M. E. (2016). Understanding perceptions of anxiety disorders and their treatment. *J Nerv Ment Dis*, 204(2), 116-122. doi:10.1097/NMD.0000000000000433
- Schubert, J. R., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders step 2: peer recommendations to seek help. *J Anxiety Disord*, 28(7), 712-716. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.010
- Scott, T., Mackenzie, C. S., Chipperfield, J. G., & Sareen, J. (2010). Mental health service use among Canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms. *Aging and Mental Health*, 14(7), 790-800. doi:10.1080/13607861003713273

- Statistique Canada. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Ottawa: Statistiques Canada.
- Statistique Canada. (2014). *Population âgée de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, selon le groupe d'âge, Recensement de 2006* Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/educ43a-fra.htm>.
- Taylor-Rodgers, E., & Batterham, P. J. (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*, *168*, 65-71. doi:10.1016/j.jad.2014.06.047
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 810-817. doi:10.1007/s00127-004-0816-7
- Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baune, B. T. (2013). A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health & Medicine*, *18*(6), 627-644. doi:10.1080/13548506.2012.749355
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord*, *106*(1-2), 29-44. doi:10.1016/j.jad.2007.06.005
- Walker, J. G., Mackinnon, A. J., Batterham, P., Jorm, A. F., Hickie, I., McCarthy, A., . . . Christensen, H. (2010). Mental health literacy, folic acid and vitamin B12, and physical activity for the prevention of depression in older adults: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(1), 45-54. doi:10.1192/bjp.bp.109.075291
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., . . . Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis*, *197*(8), 623-626. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b0c081
- Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *Journal of psychiatric research*, *38*(3), 305-312. doi:10.1016/j.jpsychires.2003.09.003
- White, M., & Casey, L. (2016). Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging and Mental Health*, 1-9. doi:10.1080/13607863.2016.1206513
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring Help-Seeking Intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, *39*(1), 15-28.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, *27*(2), 190-211. doi:10.1002/da.20653

- Wu, C. H., Wang, C. C., Katz, A. J., & Farley, J. (2013). National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders: results from medical expenditure panel survey 2004-2009. *Journal Anxiety of disorders*, 27(2), 163-170. doi:10.1016/j.janxdis.2012.11.004
- Wuthrich, V. M. F., J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227-1236. doi:10.1017/S104161021500024

## Annexe A

### Informations socio-démographiques

1. Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_
  
2. De quel sexe êtes-vous ?
  - Féminin
  - Masculin
  
3. Quel est votre état civil ?
  - Marié(e) ou en union civile
  - Conjoint de fait ou en couple
  - Séparé(e)
  - Divorcé(e)
  - Veuf(ve)
  - Célibataire
  
4. Quelle est votre occupation principale actuelle ?
  - Retraité(e)
  - Emploi à temps plein
  - Emploi à temps partiel
  - Étudiant
  - Autre. Précisez: \_\_\_\_\_
  - 4.1 Si vous êtes étudiant, quel est votre niveau de scolarité actuel ?
    - Études collégiales
    - 1<sup>er</sup> cycle universitaire
    - 2<sup>e</sup> cycle universitaire
    - 3<sup>e</sup> cycle universitaire
    - Autre : \_\_\_\_\_
  
  - 4.2 Dans quel domaine étudiez-vous ? \_\_\_\_\_
  
5. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?
  - Études primaires
  - Études secondaires
  - Études collégiales
  - 1<sup>er</sup> cycle universitaire
  - 2<sup>e</sup> cycle universitaire
  - 3<sup>e</sup> cycle universitaire
  - Autre : \_\_\_\_\_
  
6. Quel est votre revenu annuel brut ?
  - 9 999\$ et moins
  - 10 000 – 19 999\$
  - 20 000 – 29 999 \$

- 30 000 – 39 999\$
- 40 000 – 49 999 \$
- 50 000 \$ et plus

7. Avez-vous des problèmes de santé faisant actuellement l'objet d'une attention médicale?

- Non
- Oui. Précisez combien : \_\_\_\_\_

8. Comment percevez-vous votre état de santé ?

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Mauvais

9. Avez-vous déjà connu une période de 6 mois ou plus durant laquelle vous vous êtes senti(e) particulièrement nerveux(se) ou anxieux(se) qui a pu nuire à votre fonctionnement ou causer de la souffrance?

- Non
- Oui. Précisez:  
Combien d'épisodes avez-vous connus: \_\_\_\_\_  
Traversez-vous un de ces épisodes présentement:

- Non
- Oui

10. Si vous pensiez présenter des symptômes anxieux, auriez-vous l'intention de consulter un professionnel de la santé ?

- Pas du tout
- Peut-être
- Sûrement

11. Connaissez-vous quelqu'un qui a déjà connu une période de 6 mois ou plus durant laquelle il/elle s'est senti(e) particulièrement nerveux(se) ou anxieux(se) qui a pu nuire à son fonctionnement ou causer de la souffrance?

- Non
- Oui Précisez :

1. Quelle est la nature de votre relation avec cette personne ?

- a. Conjoint(e)
- b. Mère/Père
- c. Frère/Sœur
- d. Ami(e)
- e. Autre lien de parenté : \_\_\_\_\_
- f. Autre : \_\_\_\_\_

2. Combien d'épisode a-t-il/elle connu : \_\_\_\_\_

3. Traverse t'il/elle un de ces épisodes présentement :

- Non
- Oui

## Annexe B

### Questionnaire des connaissances des troubles anxieux

Lisez attentivement chacune des questions suivantes.

Pour chaque question, veuillez identifier la meilleure réponse parmi les choix présentés (une seule réponse par question).

1. Lesquels parmi les suivants ne sont pas des symptômes principaux de l'anxiété ?
  - a. Peur excessive et irrationnelle, inquiétude, difficultés à dormir, incapacité à se concentrer.
  - b. Rythme cardiaque rapide, palpitations, essoufflement, halètement, bouche sèche, tension musculaire.
  - c. Étourdissements, nausées ou vomissement, bouffées de chaleur et transpiration ou frissons, rougeurs, tremblements.
  - d. Perte d'intérêt et humeur triste presque à tous les jours.
2. Que cherche à éviter une personne avec une phobie spécifique ?
  - a. Les événements ou situations où il y a des gens.
  - b. Rester seule chez soi
  - c. Un objet, une situation, un animal ou une activité particulière.
  - d. Aucune de ses réponses
3. Lequel de ces symptômes correspond au trouble d'anxiété sociale ?
  - a. Présence d'inquiétudes répétées et exagérées à propos d'événements et d'activités de routine pour lesquels d'autres personnes s'inquiéteraient très peu.
  - b. Présence d'anxiété excessive en présence d'autres personnes et d'une peur intense d'être embarrassé ou jugé négativement par les autres.
  - c. Peur irrépressible et irrationnelle de quelque chose, soit un objet, une situation, un animal ou une activité.
  - d. Humeur triste et persistante et perte du sentiment de plaisir.
4. Lequel de ces énoncés est vrai ?
  - a. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes.
  - b. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les hommes.
  - c. Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les aînés.
  - d. Les troubles anxieux sont aussi présents chez les hommes que chez les femmes.
5. Lucie est constamment inquiète à propos de ses enfants et de ses performances au travail. Elle s'inquiète aussi de plusieurs problèmes mineurs comme le fait d'arriver en retard à un rendez-vous, de garder la maison rangée et de maintenir de bonnes relations avec la famille et les amis. Comme elle a de la difficulté à se concentrer, elle peine à prendre des décisions. Parmi les troubles anxieux suivants, lequel semble le plus correspondre à la situation de Lucie ?
  - a. Trouble panique
  - b. Trouble d'anxiété sociale
  - c. Trouble d'anxiété généralisée
  - d. Phobie spécifique

6. Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) possible(s) pour une personne qui souffre de trouble anxieux ?
  - a. La psychothérapie
  - b. La médication
  - c. Une combinaison des deux
  - d. Toutes ces réponses
  
7. Le trouble panique implique l'expérience d'attaques de panique soudaines et répétitives. Lequel de ces énoncés ne correspond pas à une attaque de panique ?
  - a. L'attaque de panique est un sentiment soudain de peur intense.
  - b. L'attaque de panique dure une courte période de temps.
  - c. L'attaque de panique est un stress qui persiste pour plusieurs semaines.
  - d. Durant une attaque de panique, la personne peut avoir le sentiment de perdre le contrôle.
  
8. En quoi la présence d'autres maladies mentales ou physiques peut-elle influencer les symptômes anxieux ?
  - a. Cela peut masquer certains symptômes anxieux qui sont perçus comme résultant d'une autre maladie (par exemple, les palpitations cardiaques).
  - b. Cela peut aggraver des symptômes anxieux.
  - c. Cela peut retarder le traitement des troubles anxieux, car les autres problèmes peuvent devoir être traités d'abord.
  - d. Toutes ces réponses.
  
9. Quel comportement parmi les suivants constitue une nervosité dite « normale » ?
  - a. Être effrayé de parler à quelqu'un.
  - b. Être anxieux avant un premier rendez-vous.
  - c. Changer de trottoir lorsqu'un chien s'approche.
  - d. Vérifier plusieurs fois toutes les serrures de la maison avant de quitter.
  
10. Les troubles anxieux débutent le plus souvent à quelle période de la vie ?
  - a. À l'enfance
  - b. À l'adolescence/début de l'âge adulte
  - c. Dans la quarantaine
  - d. À un âge avancé
  
11. De quoi un individu avec un trouble panique a-t-il généralement peur ?
  - a. De vivre une attaque de panique devant des gens.
  - b. De vivre d'autres attaques de panique et des conséquences qui peuvent en résulter.
  - c. Des situations sociales.
  - d. Que les gens soient au courant de son problème.
  
12. Lequel parmi les suivants est un symptôme caractéristique d'un trouble d'anxiété sociale ?
  - a. Vivre de la gêne ou de l'anxiété dans certaines situations sociales.
  - b. Avoir continuellement peur d'être évalué négativement par quelqu'un d'autre.
  - c. Avoir continuellement peur de se retrouver dans l'embarras.

- d. Toutes ces réponses.
13. Laquelle de ces techniques est couramment utilisée en psychothérapie pour traiter les troubles anxieux ?
- Proposer à la personne d'adopter un animal de compagnie.
  - Proposer à la personne de participer à des forums de discussion.
  - Encourager la personne à écouter de la musique pour se détendre.
  - Amener la personne à s'exposer à l'objet ou à la situation craint.
14. Lequel de ces symptômes correspond au trouble d'anxiété généralisée ?
- Présence d'inquiétudes répétées et exagérées à propos d'événements et d'activités de routine.
  - Craindre constamment le jugement des autres.
  - Peur irrépressible et irrationnelle de quelque chose, soit un objet, une situation, un animal ou une activité.
  - Humeur triste et persistante et perte du sentiment de plaisir.
15. Quel effet la prise de médicament peut-elle avoir chez un individu qui souffre d'un trouble anxieux ?
- La médication permet de guérir.
  - La médication ne guérit pas nécessairement, mais permet de contrôler les symptômes.
  - La médication ne diminue pas les symptômes, mais la personne en prend plus conscience.
  - La médication n'a aucun effet réel; elle est plus utilisée pour son effet placebo.
16. Lequel de ces symptômes correspond à la phobie spécifique ?
- Présence d'inquiétudes répétées et exagérées à propos d'événements et d'activités de routine pour lesquels d'autres personnes s'inquiéteraient très peu.
  - Anxiété excessive en présence d'autres personnes et d'une peur intense d'être embarrassé ou jugé négativement par les autres.
  - Peur irrépressible et irrationnelle de quelque chose, soit un objet, une situation, un animal ou une activité.
  - Humeur triste et persistante et perte du sentiment de plaisir.
17. Lequel de ces énoncés est faux ?
- Un trouble anxieux est une maladie mentale qui affecte peu de gens.
  - Un trouble anxieux est un problème de santé mentale très courant.
  - Les troubles anxieux peuvent toucher des personnes de tous âges.
  - L'anxiété peut être un sentiment utile.
18. Comment se développe un trouble d'anxiété généralisée ?
- Ce trouble se développe lentement et graduellement.
  - Ce trouble apparaît suite à un événement traumatique.
  - Ce trouble apparaît rapidement, mais s'estompe avec le temps.
  - Ce trouble est présent dès la naissance.
19. Lequel des énoncés suivants est vrai au sujet du trouble panique ?

- a. Les attaques de panique surviennent généralement sans menace évidente.
  - b. La personne s'inquiète à propos d'événements et d'activités de la vie quotidienne.
  - c. Une personne qui expérimente une attaque de panique a nécessairement un trouble panique.
  - d. Le trouble panique comprend peu ou pas de symptômes physiques; l'inconfort ressenti est de nature psychologique.
20. Dans laquelle de ces situations l'anxiété n'est pas « normale » ?
- a. Ressentir de l'anxiété ou de la peur occasionnellement lors d'une situation ou d'un événement particulier.
  - b. Se sentir stressé avant une importante présentation.
  - c. Ressentir de l'anxiété quelques fois par semaine.
  - d. Abandonner une activité importante parce que l'anxiété ressentie par rapport à celle-ci est trop grande
21. Quels types de situations une personne avec un trouble d'anxiété sociale cherchera-t-elle à éviter ?
- a. Les événements ou situations où il y a des gens.
  - b. Rester seule chez soi.
  - c. La proximité d'araignées, de serpents ou d'autres animaux craints.
  - d. Aucune de ses réponses.
22. À quel moment devrait-on soupçonner la présence d'un trouble anxieux ?
- a. Lorsque les symptômes sont prolongés, intenses et qu'ils perturbent le fonctionnement quotidien.
  - b. Dès la première apparition des symptômes.
  - c. Lorsque les proches en font la remarque.
  - d. Dès qu'un événement spécifique provoque un stress intense et inhabituel.
23. Qu'est-ce qui différencie les phobies spécifiques des peurs dites « normales » ?
- a. Les phobies concernent des objets ou des situations qui ne sont pas réels.
  - b. Les phobies perturbent significativement le fonctionnement et la qualité de vie.
  - c. Les phobies sont beaucoup plus nombreuses.
  - d. Les phobies sont toujours causées par des traumatismes passés.
24. Quelle est la cause du développement d'un trouble anxieux chez un individu ?
- a. Un événement spécifique dans l'enfance.
  - b. Une façon de penser qui mène à vouloir que tout soit parfait.
  - c. Utiliser des stratégies d'adaptation nuisibles (ex : éviter ce que l'on redoute).
  - d. Toutes ces réponses peuvent être vraies
25. Sur quelle sphère de la vie un trouble d'anxiété sociale a sûrement un impact ?
- a. Les relations interpersonnelles
  - b. La gestion d'un budget et les finances.
  - c. La santé physique.
  - d. Aucune de ces réponses.
  - e.

