

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Psy.)

PAR
CLAUDIE BAX-D'AUTEUIL

FACTEURS EXPLICATIFS DES INQUIÉTUDES ET DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LA
POPULATION ÂGÉE QUÉBÉCOISE

MAI 2021

Composition du jury

Facteurs explicatifs des inquiétudes et de l'anxiété chez la population âgée québécoise

Claudie Bax-D'Auteuil

Ce mémoire doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, Ph. D., directeur de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Lise Gagnon, Ph. D., membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Thérèse Audet, Ph. D., membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Sommaire

Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) présente une forte prévalence chez les personnes âgées et il a d'importantes répercussions sur la santé mentale et physique de cette population (Porensky et al., 2008). Malgré cela, peu d'études se sont intéressées aux facteurs psychologiques explicatifs de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes quant au vieillissement et de l'anxiété des aînés (Alwahhabi, 2003). Quelques travaux s'inscrivant dans l'approche cognitive-comportementale montrent des liens significatifs entre les symptômes du TAG et des facteurs psychologiques, comme l'intolérance à l'incertitude (Guzman, Lacao, & Larracas, 2015) et les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter (Montorio, Wetherell, & Nuevo, 2006) chez les aînés. Toutefois, il n'est pas possible de généraliser l'ensemble de ces résultats, car ces études ne considèrent pas ou peu les facteurs pertinents propres à la période de vie des aînés (p. ex., santé, attitude quant au vieillissement) dans leurs analyses. Aucune étude ne semble également considérer les variables centrales de différents modèles explicatifs du TAG afin de développer une meilleure compréhension des inquiétudes et de l'anxiété des aînés de 60 à 80 ans. La présente étude vérifie l'apport de facteurs psychologiques de différents modèles explicatifs du TAG dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes quant au vieillissement et des symptômes du TAG chez les aînés. Elle tient compte de facteurs sociodémographiques, situationnels et cliniques liés à leur contexte de vie (p. ex., maladie, solitude). Pour ce faire, 176 personnes âgées de 60 à 80 ans vivant au Québec ont rempli, sur une base volontaire, des questionnaires mesurant les variables à l'étude. Des analyses de corrélation de Pearson, des analyses de régression hiérarchique et des analyses d'effets

indirects (méthode par rééchantillonnage « Bootstrap ») ont été réalisées. L'intolérance à l'incertitude (II) s'est montré un prédicteur de la tendance à s'inquiéter générale, des inquiétudes spécifiques au vieillissement et des symptômes du TAG. Les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter se sont montrées des prédicteurs significatifs de la tendance à s'inquiéter et des symptômes du TAG. L'évitement expérientiel s'est montré un prédicteur significatif de la tendance à s'inquiéter. Finalement, les stratégies de régulation émotionnelle se sont montrées des prédicteurs significatifs des symptômes du TAG. Les analyses d'effets indirects ont, pour leur part, permis d'observer l'apport indirect significatif des croyances erronées dans le rôle unissant l'intolérance à l'incertitude (II) et la tendance à s'inquiéter générale. Ces résultats offrent des pistes explicatives permettant de mieux comprendre les rôles spécifiques de l'II et d'autres facteurs psychologiques tels les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter, l'évitement expérientiel ainsi que les stratégies de régulation émotionnelle dans la prédiction du TAG des aînés âgés de 60 à 80 ans vivant au Québec. Malgré certaines limites, ces modèles apportent un éclairage sur de possibles différences entre les processus étudiés et traités chez les aînés et chez les jeunes adultes. L'étude indique aussi l'utilité d'adresser l'II, les croyances erronées, l'évitement expérientiel et les stratégies de régulation émotionnelle dans les traitements cognitifs-comportementaux.

Mots-clés : aîné, tendance à s'inquiéter générale, inquiétudes quant au vieillissement, symptômes du TAG, intolérance à l'incertitude, facteurs psychologiques

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, Patrick Gosselin, pour son appui, son investissement et son encadrement constants durant l'ensemble de mes études universitaires. Grâce à lui, j'ai pu découvrir, dès mon baccalauréat, le monde de la recherche en psychologie. Merci sincèrement Patrick pour les nombreuses opportunités offertes, pour tes conseils, pour ta bienveillance. Merci de m'avoir soutenu dans mon choix de m'orienter vers le doctorat clinique. Merci d'avoir été un modèle de savoir-être et de savoir-faire.

J'aimerais également remercier mes amies et ma cohorte qui ont été d'un énorme soutien durant ce grand défi qu'a été le doctorat. Merci à Coralie, Kristel, Malya et Marlène pour leur qualité d'écoute et leurs encouragements.

Je tiens à souligner ma reconnaissance envers ma famille qui m'a offert un environnement optimal à la réussite de mes études. Un merci spécial à ma tante et mon oncle pour leur grande générosité. Merci à ma sœur pour sa présence inestimable.

Merci aux professeurs Philippe Landreville et Lise Gagnon pour leur contribution et leur intérêt envers mon projet de recherche. Merci à Félix-Antoine, Josiane, Marielle et Yvan pour leur précieuse aide lors de l'étape du recrutement. Merci à Vincent et Peter, pour leur aide à la mise en page.

Merci aux Fonds de Recherche du Québec Société et Culture (FRQSC) de m'avoir octroyé une bourse me permettant de me consacrer pleinement à mes études doctorales.

Finalement, merci aux membres de mon jury, professeure Lise Gagnon et professeure Thérèse Audet, pour leur intérêt et leur contribution.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements.....	v
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Introduction.....	1
Contexte théorique	7
Définition et modèles explicatifs des inquiétudes pathologiques du TAG.....	8
Modèles centrés sur l'inquiétude.....	8
Modèle centré sur le rôle de l'intolérance à l'incertitude.....	11
Modèle centré sur l'évitement expérientiel.....	15
Modèles explicatifs de liens entre variables psychologiques, inquiétude et TAG	18
Autres facteurs spécifiques au vieillissement pertinents à considérer	21
Évènements de vie, problèmes de santé et déclin cognitif.....	21
Les connaissances et l'attitude quant au vieillissement	22
La solitude.....	23
Objectifs et hypothèses de l'étude	24
Méthode	26
Participants et déroulement	27
Instruments	29
Mesures des symptômes du TAG.....	29
Mesures des variables psychologiques.....	30
Mesures des variables cliniques et situationnelles	33
Analyses et résultats.....	35
Analyses préliminaires	36
Statistiques descriptives et vérification des postulats de base des analyses	36
Effets des variables sociodémographiques, cliniques et situationnelles	37

Analyses principales	39
Prédiction de la tendance à s'inquiéter générale	41
Prédiction des inquiétudes spécifiques au vieillissement	42
Prédiction des symptômes du TAG	42
Analyses des effets indirects entre l'II et la tendance à s'inquiéter	43
Discussion	47
Contribution de variables sociodémographiques, situationnelles et psychologiques dans la prédiction des inquiétudes et des symptômes du TAG	48
L'intolérance à l'incertitude en tant que principal prédicteur	53
La contribution des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter	57
La contribution de l'évitement expérientiel	60
La contribution des stratégies de régulation émotionnelle (RÉ)	61
Les effets indirects des croyances erronées et de l'évitement expérientiel	63
Forces et limites de l'étude	65
Pertinence et retombées possibles de la recherche	66
Conclusion	71
Références	76
Appendice A. Tableau 1 : Distribution des participants	92
Appendice B. Lettre d'approbation éthique du projet de recherche 2018-1621	95
Appendice C. Questionnaire d'informations générales	97
Appendice D. Questionnaire sur l'inquiétude de Penn State	101
Appendice E. Aging Opinion Survey	103
Appendice F. Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété	105
Appendice G. Inventaire d'intolérance à l'incertitude partie A	108
Appendice H. Questionnaire d'attitude face aux problèmes	112
Appendice I. Questionnaire d'évitement cognitif	114
Appendice J. Pourquoi s'inquiéter version 2	117

Appendice K. Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée.....	121
Appendice L. Questionnaire d'acceptation et d'action II	124
Appendice M. Échelle de dépression gériatrique abrégée	126
Appendice N. Louisville Older Person Events Scale.....	128
Appendice O. Attitudes to Ageing Questionnaire	132
Appendice P. de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.....	135
Appendice Q. Tableau 2 : Statistiques descriptives des instruments de mesure.....	137
Appendice R. Tableau 4 : Prédiction du résultat au QIPS par les VI	140
Appendice S. Tableau 5 : Prédiction du résultat au AOS oar les VI	143
Appendice T. Tableau 6 : Prédiction du résultat au QIA par les VI.....	146

Liste des tableaux

Tableau

3. Corrélations entre les variables à l'étude.....	40
7. Effets indirects de l'II sur la tendance à s'inquiéter générale par l'intermédiaire des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter et de l'évitement expérientiel.....	46

Liste des figures

Figure

1. Médiation multiple illustrant le rôle des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter et de l'évitement expérientiel dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter générale en contrôlant pour le sexe et la présence de maladie physique du participant.....45

Introduction

Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) s'exprime par de l'anxiété et des inquiétudes excessives et incontrôlables concernant différentes sphères de vie (sociale, personnelle, professionnelle; DSM 5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Le diagnostic requiert qu'elles soient présentes depuis au moins six mois et liées à au moins trois de ces six symptômes : agitation ou sensation d'être à bout, difficulté de concentration ou trous de mémoire, fatigabilité, irritabilité, tension musculaire et sommeil perturbé. Les symptômes doivent créer une souffrance et altérer le fonctionnement (APA, 2013).

Le TAG apparaît tôt dans la vie et présente un faible taux de rémission spontanée (Leroux, Gatz, & Wetherell, 2005; Kessler & Wittchen, 2002). Sa prévalence annuelle varierait entre 1,2 % et 7,3 % chez les aînés (Gum, King-Kallimanis, & Kohn, 2009; Prévaille et al., 2008). Certaines études indiquent que le TAG est le trouble anxieux le plus fréquent chez les aînés (Stanley & Novy, 2000), et d'autres, le second après les phobies spécifiques (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Au Québec, la prévalence annuelle du TAG atteindrait 1,2 % chez les aînés (Prévaille et al.), ce qui est plus faible que le taux relevé dans les études épidémiologiques états-uniennes.

Les variations dans la prévalence du TAG chez les aînés s'expliqueraient notamment par leur difficulté à reconnaître le caractère excessif de leurs inquiétudes et l'impact sur leur fonctionnement (Grenier, Potvin, Prévaille, Boyer, & Hudon, 2011). Stanley et Beck

(2000) notent aussi que de nombreux patients âgés, présentant des symptômes du TAG, préfèrent décrire leur expérience en utilisant les mots tracas ou préoccupation plutôt qu'inquiétude ou anxiété. Parallèlement, confondre l'anxiété avec la maladie physique (Beaudreau & O'Hara, 2008) accroîtrait le risque d'erreur diagnostique. En effet, les aînés expérimentent plus de problèmes physiques que les autres groupes d'âge, c'est pourquoi il peut être difficile de réaliser un diagnostic différentiel entre des symptômes physiques, des troubles somatoformes et l'anxiété chez cette clientèle (Wijeratne & Hickie, 2001). Alwahhabi (2003) indique pour sa part que l'un des enjeux majeurs du professionnel de la santé est de déterminer la cause de l'anxiété chez la personne âgée : réaction normale à la suite d'une situation stressante, condition médicale, prise de médication, trouble anxieux spécifique ou non spécifique.

Concernant l'évolution et les manifestations du TAG chez les aînés, il semble y avoir une absence de consensus dans les études. Alors que certains auteurs suggèrent que les aînés présentent davantage de symptômes somatiques et peu d'inquiétudes excessives (Flint, 2005), d'autres mentionnent n'observer aucune différence dans les niveaux d'intensité et dans la fréquence des inquiétudes si l'on compare les aînés aux adultes (Alwahhabi, 2003). Fuentes et Cox (2000) observent, pour leur part, que les instruments utilisés auprès d'adultes pour mesurer l'anxiété montrent de bons indices de fidélité auprès d'aînés, les amenant à conclure que l'anxiété chez les aînés ne se distingue pas particulièrement de l'anxiété présentée par les moins de 65 ans. D'un autre côté, Wisocki,

Hunt et Souza (cité dans Wisocki, 1994) ont noté que la majorité des participants de leur étude ont développé des inquiétudes plus ancrées et plus pathologiques en vieillissant.

Powers, Wisocki et Whitbourne (1992) ont suggéré que les inquiétudes des aînés portent sur des risques et éventualités découlant davantage de problèmes présents ou passés comparativement aux adultes plus jeunes. Cela est en partie corroboré par les résultats de Bax-D'Auteuil, Duhamel, Dupuis et Roussy (2013) suggérant que les aînés ont l'impression de s'inquiéter plus de problèmes actuels et moins d'aspects passés ou futurs. Le contenu des inquiétudes des aînés semble également différé de celui des plus jeunes en lien avec les changements développementaux dus au vieillissement. Cette variation dans le contenu des inquiétudes, associée aux circonstances de vie changeant en fonction de l'âge, semble appuyée par d'autres auteurs croyant que ces différents sujets d'inquiétude sont importants à considérer dans le diagnostic et le traitement du TAG chez l'aîné (Stanley & Beck, 2000). Plus précisément, les aînés rapportent plus d'inquiétudes quant à la santé et moins d'inquiétudes quant au travail que les adultes (Powers et al.). Les inquiétudes des aînés seraient aussi plus diversifiées que celles des adultes (Salaz, 2014).

Plusieurs études suggèrent que le TAG a d'importantes répercussions sur la santé mentale et physique des aînés. Il est associé à un niveau marqué d'invalidité, à une plus faible qualité de vie, à une détérioration du sentiment de vitalité ainsi qu'à la perception de limitations dans la capacité à socialiser avec les proches et à réaliser leurs activités (Porensky et al., 2008). Il est aussi lié à la prise de psychotropes et de médication pour

maux somatiques ainsi qu'à la présence de dépression et de phobies (Beck, Stanley, & Zebb, 1996; Zhang et al., 2015).

Sans avoir vérifié la présence du TAG, des études ont aussi montré des liens entre l'anxiété, les inquiétudes et certains problèmes psychologiques et physiques chez les aînés. Bryant, Jackson et Ames (2008) ainsi qu'Alwahhabi (2003) recensent des liens entre l'anxiété et la détresse psychique, un faible bien-être, l'invalidité, un sommeil perturbé, l'hypertension, l'hyperthyroïdie, le diabète, des problèmes digestifs et le Parkinson. L'anxiété serait aussi liée à un plus grand risque suicidaire (Allgulander & Lavori, 1993) et à un risque de diagnostic médical possiblement létal (van Hout et al., 2004). Wetherell et al. (2004) ajoutent que l'anxiété sous-clinique aurait des effets comparables à ceux de la dépression ou d'une maladie grave chez l'aîné.

Sur le plan économique, le TAG est lié à des dépenses élevées dans le secteur de la santé (Montorio, Wetherell, & Nuevo, 2006). Toutefois, l'anxiété serait liée à une faible consultation des professionnels offrant les soins appropriés en santé mentale par les aînés (de Beurs et al., 1999). Prévillle et al. (2008) remarquent, à cet effet, que seulement 5 % des répondants de leur étude, documentant l'utilisation des services de santé par les aînés, mentionnent avoir consulté un psychologue pour des symptômes de détresse psychologique alors que 79 % ont consulté un omnipraticien.

Malgré les répercussions personnelles et sociales du TAG, l'étude des facteurs psychologiques explicatifs chez les aînés se fait rare (Alwahhabi, 2003). En plus de raisons évoquées plus tôt, pour expliquer les variations de prévalence chez les aînés, ce retard dans les travaux sur le TAG serait aussi attribuable au faible taux de demande d'aide des aînés pour ce trouble (Flint, 2004; Préville et al., 2008) et au fait que l'anxiété est souvent reléguée au second plan vu sa forte comorbidité avec la dépression (Flint, 2005). Enfin, d'autres auteurs expliquent le manque d'études sur le TAG chez les aînés par la récurrence des modèles théoriques sur le TAG et des instruments validés pour mesurer leur anxiété (Gerolimatos et al., 2015; Babcock, MaloneBeach, Hou, & Smith, 2012; Dugas, 2000). Par conséquent, ceci a une incidence sur le développement et la validation de traitement efficace.

Contexte théorique

Définition et modèles explicatifs des inquiétudes pathologiques du TAG

L'inquiétude, caractéristique centrale du TAG, réfère à un processus cognitif dans lequel se succèdent des pensées et des images difficiles à contrôler et chargées d'affects négatifs (Borkovec, Robinson, Pruzinski, & DePree, 1983). Elle serait activée pour résoudre un problème dont le résultat est incertain et potentiellement négatif. L'attention, même si l'inquiétude peut découler de situations présentes, est donc portée sur le futur et les possibles conséquences pouvant s'y produire (Ladouceur & Dugas, 1999). Elle devient pathologique lorsqu'elle est incontrôlable, envahissante, excessive et démesurée en comparaison au problème actuel (APA, 2013).

Modèles centrés sur l'inquiétude

Des théories et modèles conceptuels ont été proposés pour expliquer le développement et le maintien des inquiétudes. Borkovec, Lyonfields, Wisner et Deihl (1993) suggèrent que le contenu verbal des inquiétudes est une forme d'évitement des images menaçantes et qu'elles sont négativement renforcées par cet évitement qui inhibe les réactions physiologiques aversives. Borkovec (1994) a aussi postulé que l'inquiétude vise à prévenir et éviter de possibles situations négatives, après avoir noté que les inquiets ont tendance à croire que l'inquiétude empêche d'éventuelles catastrophes ou permet de s'y préparer. Elle permettrait aussi d'éviter des pensées anxiogènes émotionnellement intenses, en

donnant accès au matériel superficiel de la peur (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Les inquiets voient ainsi des bienfaits à l'inquiétude, élément repris dans d'autres modèles (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998; Wells, 1995; Wells & Carter, 1999), sous forme de croyances positives quant à l'utilité de s'inquiéter.

Borkovec et Inz (1990) ont notamment observé, en comparant des patients avec un TAG à des non anxieux, que leur contenu cognitif était plus sémantique en s'inquiétant. Freeston, Dugas et Ladouceur (1996) ont répliqué ces résultats auprès d'une population non clinique. Ils ont conclu que l'inquiétude était majoritairement composée de pensées et non d'images, car les inquiets excessifs rapportaient significativement plus de pensées (75,6 %) que les inquiets non excessifs (69,6 %) et qu'il n'y avait pas de différence entre les groupes sur le plan des images durant l'inquiétude. Borkovec et Hu (1990) ont aussi noté que les gens ayant des pensées inquiétantes (versus neutres ou relaxantes), avant l'exposition à une scène phobogène, avaient un rythme cardiaque plus faible durant l'exposition. Ils ont conclu que l'inquiétude empêchait l'assimilation d'images anxieuses et prévenait les réactions physiologiques. Borkovec et al. (1993) ont aussi noté que le contenu verbal des inquiétudes (versus affectif ou en image) prévient davantage l'éveil physiologique durant l'exposition au stimulus anxiogène; la quantité de pensées verbales durant l'inquiétude prédisant le degré d'extinction de l'anxiété devant une image anxiogène. Enfin, Borkovec, Ray et Stöber (1998) ont confirmé à l'aide d'électroencéphalogrammes que les patients, ayant un TAG, s'engagent moins dans un processus imagé de pensées et ont un biais préattentionnel, soit une hypervigilance aux potentiels

dangers. Ce biais expliquerait l'émotion excessive et les processus de pensées du TAG. Chez l'aîné, aucune étude n'a testé la prédominance verbale de l'inquiétude ni le lien entre le degré d'abstraction, le trait pathologique et l'activité somatique.

Tallis et Eysenck (1994) ont aussi développé un modèle du TAG centré sur l'inquiétude. Celle-ci se déploierait à la suite du traitement d'un stimulus menaçant (p. ex., probabilité qu'il survienne, conséquences potentielles, risque qu'il se produise bientôt, contrôle perçu). Les inquiets excessifs feraient alors un balayage perpétuel des stimuli menaçants, étant donné un biais cognitif vers ces stimuli et une sensibilité aux stimuli émotionnels. Ceci les amènerait à percevoir constamment de nouvelles menaces, suscitant d'autres inquiétudes les empêchant de se mobiliser pour affronter la menace initiale. L'excitation, causée par les inquiétudes, provoquerait en retour une diminution plus grande des capacités attentionnelles faisant en sorte que l'information négative prendrait toujours plus d'importance. Il y aurait donc enchaînement entre perception accrue des informations négatives, excitation physiologique et inquiétudes. Les auteurs concluent que les inquiets auraient aussi une difficulté sur le plan de la résolution de problèmes; ceux-ci ayant besoin de plus d'informations avant de l'entamer. L'étude d'Azaïs, Granger et Debray (1994) soutient ce modèle en montrant que les anxieux prennent plus de temps à nommer la couleur d'un mot à valence menaçante. Chez les aînés, seul Basevitz (2003) semble avoir vérifié des éléments de cette théorie. Elle a noté qu'une tendance à fixer l'attention sur une potentielle menace et à percevoir l'ambiguïté comme menaçante est liée au niveau d'inquiétudes.

Bien que pertinents et supportés, ces modèles intègrent peu de variables pour expliquer les inquiétudes du TAG. Des modèles plus étayés ont été proposés pour illustrer l'interaction entre divers facteurs psychologiques impliqués dans leur évolution et leur maintien.

Modèle centré sur le rôle de l'intolérance à l'incertitude

Dugas et al. (1998) ont développé un modèle illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude (II), de l'orientation négative aux problèmes (ONP), des croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter et de l'évitement cognitif (EC). L'II est une tendance à considérer inacceptable la moindre possibilité qu'une situation négative incertaine arrive. Elle générerait diverses réactions (p. ex., émotionnelles, cognitives) en situation incertaine (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). L'II mènerait à l'inquiétude excessive en amenant l'individu à focaliser son attention sur les possibles résultats négatifs, à surestimer la chance que ces résultats arrivent et à exagérer leurs effets possibles. Même après avoir réévalué la chance et les effets craints, la personne continue à vivre des inquiétudes, qui s'intensifieront, vu l'absence de garantie qu'il n'y aura pas de conséquence (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004).

L'ONP réfère, par ailleurs, à un ensemble d'attitudes pessimistes menant l'individu à douter de ses habiletés à résoudre un problème et à trouver une solution (Maydeu-Olivares & D'Zurila, 1996). Elle inclut des biais sur les plans de la perception, de l'attribution, de

l'évaluation du problème ainsi qu'en ce qui a trait à la réponse émotionnelle et aux croyances, par rapport à son niveau de contrôle, lorsque confronté à un problème (Nezu, Maguth Nezu, & D'Zurilla, 2013). Cette disposition cognitive amènerait l'individu à percevoir les situations nécessitant une démarche de résolution de problèmes ou un choix de façon plus menaçante, engendrant plus d'inquiétudes.

Cinq principales croyances positives, concernant l'inquiétude, ont été identifiées chez les personnes souffrant du TAG (Dugas et al., 2004) : (1) elle aide à trouver de meilleures solutions, (2) elle motive à être proactif, (3) elle protège des émotions négatives, (4) elle permet de prévenir les conséquences négatives, (5) c'est un bon trait de personnalité. Elles sont liées à l'évitement et renforcées négativement par ce dernier, empêchant l'exposition et la réinterprétation de situations anxiogènes (Dugas et al., 1998). Les croyances sont aussi renforcées quand les malheurs appréhendés n'arrivent pas ou sont gérés avec succès, renforçant de surcroît l'inquiétude (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples, 2009).

L'EC réfère à des stratégies, visant à chasser des pensées à valence négative, utilisées par la personne souffrant du TAG de façon volontaire ou involontaire. Elles incluent la transformation d'images en pensées (Borkovec et al., 1993) et toute activité permettant de se distraire de ses cognitions (p. ex., regarder la télévision, stopper les pensées par un effort mental conscient ou les substituer à d'autres, moins anxiogènes; Gosselin, 2006). L'EC empêche de confronter les peurs véhiculées par les images mentales et de les traiter au plan émotionnel, maintenant l'inquiétude par renforcement négatif (Dugas et al., 2004).

Ce modèle a de nombreux appuis empiriques, et ce, auprès de diverses populations (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008). Dugas et al. (1998) ont vérifié si l'II, l'ONP, les croyances erronées et l'EC permettaient de distinguer des gens ayant un TAG d'un groupe non clinique. Chaque variable était liée à la fonction discriminante, soit la capacité à distinguer les groupes.

Plusieurs chercheurs ont aussi observé des liens forts entre l'II, les inquiétudes et les symptômes du TAG chez les adultes (Dugas et al., 2001; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Ladouceur, Gosselin et Dugas (2000) ont manipulé, de manière expérimentale, l'II pour voir ses effets sur l'inquiétude. Celle-ci se révélait significativement plus élevée chez les participants pour qui l'II avait été manipulée à la hausse. Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston et Ladouceur (1995) ont, eux, noté que les inquiets sont moins rapides que les non inquiets, lors de tâches de catégorisation avec stimuli et réponses ambigus, suggérant qu'ils tolèrent moins la possibilité d'erreurs et de conséquences lors de tâches comportementales. Notons que, même si l'ambiguïté d'une tâche distinguait les groupes, ce ne fut pas le cas pour le niveau de difficulté de la tâche (Ladouceur, Talbot, & Dugas, 1997). Enfin, Dugas et Ladouceur (1998) ont noté, lors d'un traitement ciblant l'II, qu'une baisse de cette dernière précédait celle de l'inquiétude excessive, suggérant un lien temporel entre les construits. Des études montrent aussi un lien entre les croyances erronées et le niveau d'inquiétude chez les adultes (Freeston et al.). Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas (1998) ont noté que les patients ayant un TAG

croient que l'inquiétude est plus utile pour trouver des solutions et prévenir des résultats négatifs comparés à des inquiets modérés. Des études ont aussi noté des liens entre l'ONP, les inquiétudes et les symptômes du TAG chez les adultes (Dugas et al., 1995; Ladouceur et al., 1998). Gosselin, Dugas et Ladouceur (2002) ont noté un lien fort entre la tendance à s'inquiéter et l'ONP en voyant que des inquiets sévères avaient un plus haut niveau d'ONP que des inquiets modérés. Pour l'évitement cognitif, outre les résultats de Borkovec et al. (1990, 1993, 1998), Langlois et al. (1996, 1997) ont noté que l'emploi de stratégies d'évitement cognitif augmentait en fonction d'une hausse des inquiétudes.

Les appuis empiriques du modèle chez l'aîné sont plus limités. Deux études par questionnaires ont montré un lien fort entre l'II et la tendance à s'inquiéter chez un groupe non clinique de jeunes aînés (55 ou 60 ans et plus; de Guzman, Lacao, & Larracas, 2015; Nuevo, Wetherell, Montorio, Ruiz, & Cabrera, 2009). Elles n'ont pas évalué les autres symptômes du TAG, limitant la généralisation des résultats pour les aînés présentant un TAG ou une interférence due aux inquiétudes excessives. Il n'y a pas eu non plus de contrôle pour des facteurs propres aux aînés (p. ex., veuvage, problèmes de santé). L'effet d'autres variables est donc possible. Une étude de Bax-D'Auteuil et al. (2013) a aussi montré que l'II et l'ONP étaient des prédicteurs significatifs de la tendance à s'inquiéter et des symptômes du TAG chez 207 aînés de 65 ans et plus. Pour sa part, Basevitz (2003) a observé, chez 111 aînés de 65 ans et plus, un lien entre l'II, les croyances erronées et le trait d'inquiétude. Montorio et al. (2006) ont aussi observé un lien entre les croyances positives quant au fait de s'inquiéter et la sévérité du TAG, mais ce lien se révélait non-

significatif après contrôle du trait d'inquiétude. Aucune étude n'aurait vérifié le lien entre l'EC et le TAG des aînés.

Modèle centré sur l'évitement expérientiel

Se basant notamment sur les travaux de Roemer et Orsillo (2002), appuyant la pertinence de l'évitement expérientiel dans le TAG, Mennin, Heimberg, Turk et Fresco (2002) présentent un modèle plus élaboré de ce trouble. Ce modèle met l'accent sur les facteurs émotionnels qui conduisent à cet évitement. L'évitement expérientiel réfère à divers moyens mentaux et comportementaux stratégiques et automatiques permettant d'échapper aux expériences internes (sensations physiques, émotions, souvenirs, dispositions comportementales) créant de la détresse (Roemer & Orsillo). Mennin et al. abordent ainsi le TAG comme un trouble comprenant des déficits significatifs sur le plan de a) la régulation émotionnelle et b) des tentatives de contrôle et de suppression des émotions. Ces déficits se divisent en quatre phénomènes : (1) l'expérience émotionnelle de forte intensité où l'individu vit difficilement des émotions négatives intenses et rapides; (2) la faible compréhension de ses émotions où l'individu identifie difficilement ses émotions; (3) les réactions négatives devant ses émotions, où l'individu vit un fort malaise en vivant son émotion et la perçoit comme menaçante et envahissante; (4) l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions où a) l'individu identifie durement le moment ou la manière d'ajuster son émotion dans une situation, b) où il tente par divers moyens d'éviter ses émotions et c) où il les exprime inadéquatement. Concrètement, pour fuir les émotions vécues comme intenses, une personne ayant un TAG utilise l'inquiétude,

comme le stipulent les travaux de Borkovec et al. (1993), car celle-ci réduit l'attention dirigée vers l'expérience émotionnelle et donc permet, à court terme, de réguler l'émotion. Dès lors, l'attention est portée sur les sujets craints au lieu des émotions. L'individu développe ainsi des stratégies de résolution de problème rigides et une tendance à la persévérance en présence d'un problème. En effet, la personne ne peut accéder aux stratégies permettant d'agir de manière efficace devant un problème, car l'évitement expérientiel vient bloquer le contenu émotionnel, qui a pour fonction de lui transmettre l'information lui permettant de s'adapter aux situations. Cet évitement aura alors l'effet d'augmenter l'intensité des émotions lorsque vécues et l'individu les percevra encore plus aversives, augmentant l'utilisation de stratégies de contrôle. Mennin et al. expliquent aussi que l'expression émotionnelle inadaptée, typique des gens ayant un TAG, mènerait à des réactions négatives de la part d'autrui, suscitant alors d'autres émotions mettant à l'épreuve les capacités de gestion émotionnelle des gens ayant un TAG.

Mennin, Turk, Fresco et Heimberg (2000) ont noté que les individus, répondant aux critères du TAG par questionnaire, ont des niveaux d'intensité émotionnelle plus élevés que leur groupe contrôle. Ils présentent aussi des difficultés marquées sur le plan de leur habileté à identifier, décrire et accepter leur vécu émotionnel (p. ex., tristesse, colère et émotions positives). Ils auraient aussi des déficits dans leur capacité à s'apaiser en présence d'émotions négatives en comparaison à un groupe contrôle non anxieux. Ces auteurs ont également montré qu'un score composite, incluant des mesures variées de régulation émotionnelle, prédisait significativement la classification du TAG après

contrôle des inquiétudes, de l'anxiété et de la dépression. Ces résultats ont été répliqués et validés dans un groupe présentant un TAG et des groupes contrôles non anxieux et présentant un trouble d'anxiété sociale (Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2001).

L'expérience affective négative diminuerait avec l'âge et une capacité accrue à réduire l'état émotionnel négatif se forgerait (Turk-Charles, Reynolds, & Gatz, 2001). En ce sens, Basevitz (2003) note chez les aînés un lien entre l'inquiétude et une stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion plutôt que sur le problème. Aucune étude ne semble traiter des liens spécifiques entre les variables de Mennin et al. (2002), les inquiétudes et le TAG des aînés.

Malgré la pertinence de modèles pour expliquer l'apparition et le maintien des inquiétudes excessives et du TAG chez les adultes, les appuis empiriques de ces modèles restent limités chez les aînés, plusieurs auteurs indiquant un manque d'études afin de mieux comprendre le TAG chez cette population (Basevitz, 2003; Bax-D'Auteuil et al., 2013; Nuevo et al., 2009). En bref, des études préliminaires montrent des liens corrélacionnels et prédictifs entre quelques variables des modèles présentés (p. ex., II, ONP), les inquiétudes et les symptômes du TAG. Elles constituent une amorce de l'étude des liens entre, d'une part, certaines variables cognitives, comportementales et émotionnelles et, d'autre part, les symptômes du TAG des aînés, sans postuler d'hypothèses quant au rôle d'une variable par rapport à une autre. Plusieurs variables de ces modèles restent non étudiées chez les aînés et des modèles plus complexes, permettant

l'étude du rôle d'une variable par rapport à l'autre, seraient à considérer pour mieux cibler leurs fonctions respectives et communes dans le TAG des aînés.

Modèles explicatifs de liens entre variables psychologiques, inquiétude et TAG

Des études récentes, réalisées auprès d'adultes, ont tenté d'expliquer les liens entre différentes vulnérabilités psychologiques corrélées aux inquiétudes et aux symptômes du TAG (Gosselin & Magnan, 2010; Ouellet, 2014). Tout d'abord, elles ont tenté de comprendre les liens indirects entre l'II et l'inquiétude, qui s'opèreraient par un ensemble de processus incluant l'ONP, les croyances erronées quant aux inquiétudes et l'évitement cognitif.

L'II mènerait à l'ONP en biaisant l'évaluation qu'un individu fait d'un problème et en affectant son habileté à le résoudre. L'individu présentant une II serait alors plus susceptible de focaliser sur les aspects incertains d'un problème et de les interpréter comme étant menaçants (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997), ce qui interfèrerait avec le processus de résolution de problème. Puisque l'II peut mener à l'anxiété, au stress et à la frustration dans une situation problématique, l'II pourrait réduire les ressources cognitives et émotionnelles nécessaires à sa résolution selon Dugas et ses collègues.

Gosselin et Magnan (2010) expliquent le lien entre l'II et l'EC comme suit : « l'incertitude, liée aux images concernant des menaces potentielles, permet d'expliquer pourquoi l'II influence l'EC. L'intolérance à ces images génèrerait davantage de pensées,

sous forme verbale, se manifestant par des inquiétudes ». L'II contribuerait à l'évitement cognitif d'images menaçantes en ce sens où les images de situations négatives potentielles seraient difficiles à tolérer. De ce fait, l'individu aurait de la difficulté à ne pas penser aux possibles effets négatifs liés à ces situations et tenterait d'éviter les images négatives. Au lieu d'expérimenter pleinement les images menaçantes, la personne tente de les éviter, leur conférant d'autant plus un caractère menaçant. De là, la personne ayant une II utilisera l'inquiétude pour anticiper les conséquences négatives et éviter les images anxiogènes, ces stratégies pouvant renforcer l'utilisation de l'inquiétude (Dugas et al., 2004).

L'II influencerait aussi indirectement l'inquiétude en contribuant à la formation de croyances positives. Par exemple, un individu ayant une II pourrait développer la croyance que s'inquiéter le protège de vivre des émotions négatives, car en pensant tous les scénarios négatifs éventuels, il peut échapper aux éléments incertains liés à ces scénarios. Cet évitement de l'incertitude, par les croyances positives, renforcerait alors les inquiétudes et l'II (Dugas et al., 2004). Pour conclure avec le modèle de Dugas et ses collègues (1998), les auteurs ajoutent que le biais attentionnel caractéristique des personnes aux prises avec un TAG, davantage décrit par Tallis et Eysenck (1994), serait la conséquence des trois vulnérabilités cognitives du modèle : II, ONP et croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter.

Gosselin et Magnan (2010) ont tenté de préciser les relations indirectes entre l'II et les inquiétudes chez des adultes de 18 à 65 ans présentant un TAG. Ils ont observé que les

croyanances irrationnelles influencent indirectement, de manière significative, la relation entre l'II et la tendance à s'inquiéter. Ils ont aussi observé que l'EC a des effets indirects significatifs sur la relation entre l'II et la tendance à s'inquiéter. Chez les aînés, Nuevo et al. (2009) ont observé que la relation, entre les connaissances sur le vieillissement et les inquiétudes, est influencée de manière indirecte par l'II.

Ouellet (2014) a vérifié les liens et l'apport relatif du modèle centré sur l'II de Dugas et al. (M-II; 1998) et du modèle de régulation émotionnelle de Mennin et al. (M-RED; 2002) dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter chez des adultes. Le M-II expliquerait un pourcentage de variance unique supérieure à celui du M-RED. Ouellet note aussi des liens significatifs entre les variables des deux modèles, l'amenant à tester un modèle intégrant les variables du M-II et du M-RED pour expliquer la tendance à s'inquiéter du TAG. Elle observe alors une forte relation entre l'II et l'ONP du M-II et l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle du M-RED. Elle postule alors que ce dernier construit et le construit d'ONP formeraient une seule et même variable, l'orientation négative, ayant des effets indirects sur le lien unissant l'II et la tendance à s'inquiéter. Ouellet explique ce résultat du fait que l'II déclencherait à la fois une orientation négative devant un problème et devant l'émotion, deux construits formant le facteur d'orientation négative déclenchant l'inquiétude. Ce dernier serait le médiateur central du modèle, étant la variable la plus fortement liée à l'II et à la tendance à s'inquiéter. En d'autres mots, Ouellet confirme les liens entre des variables du M-II et du M-RED. L'II pourrait mener à la tendance à s'inquiéter par l'intermédiaire d'une orientation négative vis-à-vis des

problèmes, mais aussi vis-à-vis des émotions. Cette orientation aurait une répercussion sur la résolution de problèmes et sur la capacité à gérer ses émotions. L'auteure évoque que les croyances erronées quant à l'inquiétude ne joueraient probablement pas un rôle majeur dans le modèle, car elles ne seraient pas liées à la tendance à s'inquiéter lorsque les autres variables, ayant des effets indirects, sont contrôlées. Toutefois, l'étude de Ouellet a été faite auprès d'une population non clinique universitaire, limitant les conclusions quant au rôle de cette variable dans le TAG des aînés.

Autres facteurs spécifiques au vieillissement pertinents à considérer

Les recherches sur le TAG ont graduellement amené des modèles plus détaillés et nuancés pour expliquer les inquiétudes excessives, dont certains offrent des appuis chez les aînés. Des variables spécifiques à leur période de vie semblent aussi à considérer pour comprendre les inquiétudes (p. ex., liées à la santé, au vieillissement) et le TAG des aînés. De ces études, certaines ciblent spécifiquement les inquiétudes quant au fait de vieillir. Levy (2003) et Neikrug (2003) les décrivent comme des craintes que le vieillissement signifie une menace à leur bien-être, une perte de pouvoir et éventuellement une perte de contrôle sur leur vie.

Évènements de vie, problèmes de santé et déclin cognitif

Des études montrent un lien entre le fait d'avoir vécu un évènement de vie stressant récemment et les symptômes du TAG chez les aînés. Zhang et al. (2015) observent que des évènements de vie négatifs (maladie, deuil, séparation, problèmes relationnels,

problèmes financiers, pertes) sont directement liés au TAG chez cette population. Basevitz (2003) observe, pour sa part, que quelques aînés de son échantillon, ayant l'impression que leur famille n'était pas établie (p. ex., instabilité financière et sociale constante des enfants), semblaient à risque de vivre une augmentation du niveau d'inquiétude en vieillissant. Wisocki (1994) ajoute que les aînés relocalisés seraient plus anxieux et que ceux ayant une maladie chronique vivraient plus d'anxiété et d'inquiétudes spécifiques à la santé. Salaz (2014) souligne, pour sa part, que des changements importants sur le plan de la condition médicale ainsi que des limitations fonctionnelles, dues à des problèmes physiques, seraient des facteurs de risque du TAG chez les aînés. Concernant le déclin cognitif, Sinoff et Werner (2003) observent une interrelation entre l'anxiété et la perte de mémoire chez des aînés présentant des plaintes cognitives; l'anxiété pouvant être exacerbée par la présence subjective d'un déclin cognitif tout en étant un prédicteur de ce déclin. Plus spécifiquement, l'anxiété et le TAG seraient liés à de plus faibles performances aux tâches de mémoires verbale et visuelle (Delphin-Combe et al., 2016; Zhang et al.). L'avènement d'évènements de vie négatifs récents et les changements ou problèmes de santé (physiques et cognitifs) semblent donc des éléments pertinents à considérer dans l'étude des facteurs explicatifs du TAG chez les aînés.

Les connaissances et l'attitude quant au vieillissement

Les connaissances sur le vieillissement (CoV) réfèrent au savoir concernant les processus de changement normaux et les faits réels et précis liés à l'étape du vieillissement (Neikrug, 1998). Des auteurs ont observé un lien entre les CoV et les inquiétudes chez des

cohortes d'aînés (âge minimal de 55 ou 60 ans). Nuevo et al. (2009) ainsi que de Guzman et al. (2015) ont étudié les facteurs pouvant expliquer les liens entre l'II et les inquiétudes des aînés. Leurs résultats ont montré que l'II a des effets indirects dans la relation entre les CoV et l'inquiétude. Nuevo et al. expliquent ce lien en partant du principe que l'attitude entretenue quant au fait de vieillir pourrait être à la base des inquiétudes des aînés, et que ces dernières pourraient diminuer grâce aux CoV, puisque celles-ci augmenteraient la tolérance à l'incertitude. Les CoV pourraient donc modérer les réactions anxieuses en présence d'événements liés à l'âge avancé. En parallèle, l'attitude négative au vieillissement, incluant les attitudes sociales quant à la vieillesse, internalisées tôt dans la vie et se développant en une perception négative du vieillissement (Levy, 2003), serait un prédicteur de l'inquiétude générale et le meilleur prédicteur des inquiétudes liées au fait de vieillir comparé à l'II et l'ONP chez des aînés non-TAG (Bax-D'Auteuil et al., 2013).

La solitude

La solitude est une expérience de détresse due à un manque subjectif de relations, manque pouvant concerner le nombre et la qualité de ces relations (profondeur, intimité; de Jong Gierveld, 1987; Peplau, Micelli, & Morasch, 1982). La solitude serait formée d'une dimension sociale et d'une dimension émotionnelle (Dykstra & Fokkema, 2007; Weiss, 1973). L'isolement social réfère à l'absence subjective d'un réseau social adéquat, soit un cercle d'amis et de connaissances offrant un sentiment d'appartenance, de camaraderie. L'isolement émotionnel réfère à l'absence subjective d'une figure d'attachement dans sa vie. Cet isolement serait accompagné des sentiments de désolation

et d'insécurité (Weiss). La solitude toucherait jusqu'à 16 % des aînés (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000) et serait liée à l'anxiété des aînés (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Heikkinen et Kauppinen (2011) notent notamment auprès de femmes de 65 ans et plus, vivant de la solitude au moins à l'occasion, que l'anxiété est 2 fois plus fréquente que chez celles disant ne pas se sentir seules.

En bref, plusieurs facteurs psychologiques semblent pertinents à considérer dans la compréhension du TAG. D'autres facteurs, davantage contextuels et situationnels à la période de vie des aînés, seraient aussi pertinents à examiner pour comprendre les inquiétudes, notamment celles spécifiques au vieillissement, et les symptômes du TAG des aînés. D'ailleurs, ils semblent tous des cibles de traitements pertinentes du TAG et des inquiétudes excessives chez cette population.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Ce mémoire vise une meilleure compréhension des inquiétudes et de l'anxiété des aînés de 60 à 80 ans. Plus spécifiquement, il vérifie l'apport de facteurs psychologiques dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes quant au vieillissement et des symptômes du TAG chez les aînés en tenant compte de facteurs sociodémographiques, situationnels et cliniques liés à leur contexte de vie (p. ex., maladie, solitude). L'II, l'ONP, les croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter, des déficits liés à l'identification et à l'expression des émotions ainsi que l'évitement (cognitif, comportemental et expérientiel) sont mis en lien avec la tendance à s'inquiéter, les inquiétudes quant au vieillissement et les symptômes du TAG. Sur la base de travaux ciblant d'autres

populations, il est postulé que chaque variable sera un prédicteur significatif des symptômes du TAG des aînés, après considération de la variance prédite par les facteurs sociodémographiques, situationnels et cliniques. Enfin, ce mémoire explore les effets indirects des croyances erronées, de l'ONP, des mécanismes de régulation et des types d'évitement sur le lien unissant l'II à la tendance à s'inquiéter.

Méthode

Participants et déroulement

Au total, 176 retraités francophones de la communauté, âgés de 60 à 80 ans, ont répondu à des questionnaires autorapportés. La taille d'échantillon requise a été estimée selon la formule de Green ($N \geq 50 + 8 \times \text{nombre de VI}$), la formule de Field ($15 \times \text{nombre de VI}$) et les tailles d'effets des analyses de l'étude de Bax-D'Auteuil et al. (2013). Aux tailles estimées ont été ajoutés 9 % de participants, correspondant au pourcentage de questionnaires incomplets dans l'étude de Bax-D'Auteuil et al. Les tailles requises variaient entre 106 et 217 participants. La taille d'échantillon de l'étude actuelle est donc jugée adéquate. Pour être inclus, les participants devaient a) être âgés de 60 à 80 ans, et b) savoir lire et écrire afin de remplir les questionnaires de manière autonome. L'âge limite a été fixé en fonction d'études notant des différences notables entre les aînés âgés de 60 à 79 ans et ceux âgés de 80 ans et plus sur le plan des événements de vie stressants (p. ex., deuil, veuvage), des maladies physiques et du déclin cognitif, augmentant drastiquement après 80 ans (Brodaty & Pachana, 2014; Barnes et al., 2014).

L'échantillon comprend 65,9 % de femmes et 34,1 % d'hommes. L'âge moyen est 67,2 ans ($ÉT = 5,6$; Min = 60 ans; Max = 80 ans). La majorité de l'échantillon est retraitée (85,2 %) et d'origine québécoise (94,3 %). Près de 62 % des aînés sont mariés ou en

couple alors que 38,1 % sont célibataires, veufs, séparés ou divorcés. La plupart vit en maison privée (74,4 %), 21,0 % vivent en appartement et 0,6 % en résidence pour aînés. Presque la moitié a un diplôme universitaire (48,3 %) alors que 51,7 % ont un diplôme collégial ou une éducation primaire, secondaire ou autre (p. ex. DEP). Au plan financier, 40,9 % indiquent un revenu de 50 000 \$ et plus par an et 9,7 % un revenu inférieur à 20 000 \$. La majorité a un revenu annuel d'au moins 40 000 \$. Au niveau de la santé, 54,5 % déclarent avoir au moins un problème de santé alors que 44,3 % n'en ont pas. Seuls 8 % des aînés perçoivent leur santé passable ou mauvaise alors que 60 % la perçoivent excellente ou très bonne. Le Tableau 1 (voir Appendice A) résume la distribution des données relatives aux variables sociodémographiques.

Le protocole de recrutement et les outils psychométriques de l'étude ont été approuvés par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke (projet 2018-1621; voir Appendice B). Le recrutement a été réalisé partout au Québec par l'intermédiaire des réseaux sociaux (Facebook, site Internet de Vélovie), par affichage et par contact direct de milieux à Montréal et en Estrie (centres de loisirs, associations pour aînés, bibliothèque municipale). Les responsables des milieux ont été contactés par courriel, afin d'expliquer les modalités et l'éthique de l'étude. Lors de la présentation de l'étude aux participants potentiels, les buts généraux leur ont été exposés. Il a été dit que les données recueillies resteraient confidentielles. Les volontaires ont rempli les questionnaires sur le site *LimeSurvey* ou en format papier (durée de 90 minutes). Pour ceux ayant choisi le format papier, des enveloppes préaffranchies ont été offertes et le formulaire de consentement expliqué. Pour

ceux ayant utilisé *LimeSurvey*, la signature du formulaire de consentement était requise pour accéder aux questionnaires. Le dernier document décrivait une étude de traitement des inquiétudes pour les aînés; ceux souhaitant recevoir de l'information étaient invités à inscrire leurs coordonnées sur ce formulaire, remis séparément, par souci de confidentialité. Une compensation (tirage d'une carte de crédit prépayée de 100 \$) a été offerte pour la participation.

Instruments

En plus d'un questionnaire sociodémographique, comprenant des questions sur la santé physique générale et la prise de médication pour l'anxiété (voir Appendice C), les participants de l'étude ont répondu aux questionnaires présentés ci-dessous.

Mesures des symptômes du TAG

Trois instruments ont été utilisés afin de mesurer les inquiétudes et les symptômes du TAG. Le *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (QIPS; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001; voir Appendice D) est la validation française du *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Il a 16 items mesurant la tendance à s'inquiéter sur une échelle en cinq points. Les résultats obtenus auprès d'aînés ayant un TAG appuient sa validité unifactorielle (Hopko et al., 2003). La version française abrégée utilisée a huit items. Sa cohérence interne est forte ($\alpha = 0,93$; Bax-D'Auteuil et al., 2013). Le score total varie entre huit et 40. Un score élevé indique une plus grande tendance à s'inquiéter.

Le *Aging Opinion Survey* (AOS; Kafer, Rakowski, Lachman, & Hickey, 1980; voir Appendice E) a 45 items évaluant sur une échelle en cinq points : (1) les stéréotypes liés aux pertes lors du vieillissement, (2) la valeur sociale des aînés et (3) les inquiétudes quant au fait de vieillir. Seule la troisième sous-échelle a été utilisée (14 items). Le score varie entre 14 et 70. Plus le score est élevé, plus il y a d'inquiétudes quant au vieillissement. La fidélité de l'échelle traduite, ayant une structure unifactorielle, est satisfaisante ($\alpha = 0,76$; Bax-D'Auteuil et al., 2013).

Le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001; voir Appendice F) a six items mesurant les critères du TAG selon le DSM-IV (échelle en neuf points). Le premier item permet de noter les principales inquiétudes du répondant. Les autres items ciblent chacun un critère diagnostique (inquiétudes excessives, symptômes somatiques). Le score varie de zéro à 56. Plus le score est élevé, plus la personne présente des symptômes du TAG élevés. Les résultats obtenus au QIA montrent une sensibilité et une spécificité adéquates et ils soutiennent sa validité prédictive et sa fidélité interjuge (Dugas et al.).

Mesures des variables psychologiques

Six instruments ont servi à mesurer les variables psychologiques. L'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude partie A* (III-A; Gosselin et al., 2008; voir Appendice G) a 15 items évaluant, sur une échelle en cinq points, la tendance d'un individu à considérer comme inacceptables les incertitudes de la vie. Plus le score est élevé (entre 15 et 75),

plus l'individu tend à être intolérant à l'incertitude. L'III-A a une bonne structure factorielle et une forte cohérence interne ($\alpha = 0,93$; Gosselin et al.). Sa stabilité temporelle est adéquate ($r = 0,76$; test-retest à cinq semaines d'intervalle; Gosselin et al.). Les données de l'étude ont permis de vérifier la cohérence interne de l'III-A auprès des aînés ($\alpha = 0,94$).

Le *Questionnaire d'attitude face aux problèmes* (QAP; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005; voir Appendice H) a 12 items évaluant, sur une échelle en cinq points, la perception qu'une personne a de son attitude envers ses problèmes quotidiens. Plus le score est élevé (entre 12 et 60), plus la personne a une orientation négative envers ses problèmes. Le QAP est fidèle ($\alpha = 0,90$). Il a une très bonne structure factorielle et une excellente stabilité temporelle (intervalle de quatre semaines; $r = 0,86$; Gosselin, Pelletier, & Ladouceur, 2001).

Le *Questionnaire d'évitement cognitif* (QEC; Roy, Langlois, Gosselin, Rhéaume, & Dugas, n.d.; voir Appendice I) a 15 items divisés en cinq sous-échelles mesurant, en cinq points, chacune une stratégie d'évitement cognitif : (1) évitement de déclencheurs, (2) distraction, (3) suppression, (4) substitution, (5) transformation des images. Plus le score est élevé (entre 15 et 75), plus l'évitement cognitif est grand. Sa cohérence interne est excellente ($\alpha = 0,95$). Sa validité factorielle est adéquate (structure en cinq facteurs) et sa validité convergente est très bonne (Roy et al.).

Le *Pourquoi s'inquiéter, version 2* (PSI-II; Gosselin et al., 2003; voir Appendice J) a 25 items mesurant, sur une échelle en cinq points, cinq croyances erronées envers les inquiétudes. Un score élevé (entre 25 et 125) indique plus de croyances erronées. Le PSI-II a une très bonne stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,81$), une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,93$) ainsi qu'une excellente validité (Gosselin et al.).

L'*Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée* (EDRE-18; Côté, Carrier, & Dagenais, 2009; voir Appendice K) est la traduction francophone et une version abrégée de la version originale à 36 items, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, de Gratz et Roemer (2004). Elle comprend 18 items distribués en six sous-échelles. Elle mesure les difficultés de RÉ sur une échelle en cinq points. Le score varie entre 36 et 180. Un score bas indique une meilleure capacité à réguler l'émotion. Sa structure en six facteurs est démontrée. Sa cohérence interne ($\alpha = 0,74$ à $0,90$) et sa stabilité temporelle sont bonnes (quatre à huit semaines; $r = 0,67$ à $0,81$; Côté, Gosselin, & Dagenais, 2013).

Le *Questionnaire d'acceptation et d'action II* (AAQ-II; Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond, 2009; voir Appendice L) est la validation française du *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Hayes et al., 2004). Il a 10 items mesurant l'évitement expérientiel (ou flexibilité psychologique) sur une échelle en sept points. Les items 2 à 5 et 7 à 9 sont inversés. Les scores vont de 10 à 70. Plus le score est élevé, plus la personne présente une flexibilité psychologique. La version française est fidèle ($\alpha = 0,82$). Sa

structure est unifactorielle comme la version originale. Sa stabilité temporelle est satisfaisante (un mois; $r = 0,80$; Monestès et al.).

Mesures des variables cliniques et situationnelles

L'*Échelle de dépression gériatrique abrégée* (Mini-GDS; Clément, Preux, Fontanier, & Léger, 2001; voir Appendice M) est une version courte et française de la *Geriatric Depression Scale* (GDS; 30 items; Brink et al., 1982). Elle a quatre items mesurant les symptômes dépressifs (échelle dichotomique : oui, non). Si le score est supérieur ou égal à un, il y a une forte probabilité de dépression. Les données de l'étude ont permis de vérifier la cohérence interne de la Mini-GDS auprès des aînés ($\alpha = 0,69$).

Trois instruments ont servi à mesurer les variables situationnelles, afin d'assurer le contrôle de celles se révélant pertinentes, dans la présente étude. Le *Louisville Older Person Events Scale* (LOPES; Murrell, Himmerfalb, Schulte, & Norris, 1981, cité dans Murrell, Norris, & Hutchins, 1984) a 54 items évaluant la présence d'évènements stressants durant les 12 derniers mois. La version utilisée a 34 items (LOPES; Baumgarten, n.d.; voir Appendice N). La cotation se fait selon une échelle dichotomique (oui, non) pour indiquer la présence d'un évènement stressant. Une échelle, en quatre points, permet ensuite d'indiquer à quel point l'évènement a eu un effet stressant. Le score total varie de zéro à 136. Un score élevé signifie que la personne a vécu plusieurs évènements stressants, dont l'effet fut important, durant les 12 derniers mois. Aucun indice de fidélité et de validité n'est présent dans la littérature.

Le *Attitudes to Ageing Questionnaire* (AAQ; Laidlaw, Power, & Schmidt, 2007) a 24 items mesurant l'attitude par rapport au vieillissement sur une échelle en cinq points. Il a trois sous-échelles : les pertes psychosociales, le fonctionnement physique et la croissance psychologique en lien avec la sagesse. Un score élevé indique une attitude plus négative envers le vieillissement. Sa structure converge en trois facteurs. La cohérence interne des échelles est satisfaisante ($\alpha = 0,74$ à $0,81$). Les items sur les changements physiques ont été retirés afin d'évaluer l'attitude quant au vieillissement sans biaiser les résultats avec des items mesurant les atteintes de fonctionnement objectivement. La version française utilisée a 16 items (QAV; voir Appendice O). Le score varie entre 16 et 80. La cohérence interne, des échelles traduites utilisées, est satisfaisante (échelle pertes psychosociales, $\alpha = 0,77$; échelle croissance psychologique, $\alpha = 0,79$; Bax-D'Auteuil et al., 2013).

Le *de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte* (JGLS; de Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006; voir Appendice P) a six items mesurant la manière dont l'individu perçoit, expérimente et évalue son propre isolement et son manque de communication avec autrui à l'aide d'une échelle en trois points (score variant de zéro à six). Un score élevé indique une plus grande solitude. Les sous-échelles mesurent respectivement la dimension sociale (items 2, 3, 5 inversés) et la dimension émotionnelle (items 1, 4, 6) de la solitude. La structure bifactorielle est supportée. La fidélité est acceptable ($\alpha = 0,70$ à $0,76$). La validité convergente de la version courte avec l'originale est excellente ($r = 0,93$ et $0,95$; de Jong Gierveld & Van Tilburg).

Analyses et résultats

Analyses préliminaires

Statistiques descriptives et vérification des postulats de base des analyses

Les données brutes ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 25. Les données manquantes étaient calculées à l'aide de la moyenne obtenue aux autres items complétés de l'instrument. Avec plus d'un tiers de données manquantes, le score total était considéré comme manquant. Les postulats de normalité sont respectés pour la majorité des variables de l'étude à la suite de l'examen visuel et de la vérification des indices d'asymétrie et d'aplatissement qui se situent entre -1,00 et 1,00 pour la plupart (voir Field, 2018). Le Tableau 2 (voir Appendice Q) présente ces indices ainsi que la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum pour chacune des variables. Les coefficients alpha de Cronbach (α), supportant la fidélité des instruments de l'étude auprès des participants, s'y trouvent aussi. Après transformations de certaines variables, les résultats restent semblables. Les variables originales ont donc été conservées. Des tests t ont également été réalisés, afin de vérifier la présence de différences entre les participants, aux différentes variables de l'étude, et ce, en fonction de la modalité de réponse aux instruments de mesure (questionnaire papier ou en ligne sur *LimeSurvey*). Aucune différence n'a été relevée (tous les $p < 0,05$). La modalité de réponse n'a donc pas été contrôlée dans les analyses. Il est à noter que 12,70 % de l'échantillon présentent un TAG par questionnaire, au QIA, ce qui est plus bas comparé aux chiffres de l'étude de validation du QIA (Dugas et al., 2001).

Effets des variables sociodémographiques, cliniques et situationnelles

Des corrélations de Pearson et des ANOVAs ont été réalisées afin d'identifier des variables indépendantes sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, état civil, occupation principale, lieu de résidence, revenu annuel, lieu de naissance) et cliniques (présence de maladie, prise de médication pour l'anxiété, présence de dépression par questionnaire, présence de solitude par questionnaire, attitude quant au vieillissement et niveau de souffrance moyen lié aux événements négatifs vécus dans les 12 derniers mois) liées aux variables dépendantes de l'étude (tendance à s'inquiéter générale au QIPS, inquiétudes quant au vieillissement à l'AOS, symptômes du TAG au QIA).

Les résultats montrent des liens significatifs entre, d'une part, la variable de souffrance liée aux événements de vie [respectivement, $r = 0,37$ ($p < 0,001$), $r = 0,33$ ($p < 0,001$) et $r = 0,47$ ($p < 0,001$)], l'humeur dépressive [respectivement, $r = 0,41$ ($p < 0,001$), $r = 0,47$ ($p < 0,001$) et $r = 0,42$ ($p < 0,001$)], l'attitude quant au vieillissement [respectivement, $r = -0,31$ ($p < 0,001$), $r = -0,52$ ($p < 0,001$) et $r = -0,35$ ($p < 0,001$)] et la solitude [respectivement, $r = 0,27$ ($p = 0,001$), $r = 0,43$ ($p < 0,001$) et $r = 0,31$ ($p < 0,001$)] et, d'autre part, la tendance à s'inquiéter au QIPS, les inquiétudes quant au vieillissement au AOS et les symptômes du TAG au QIA. Plus les scores de souffrance liée aux événements de vie, d'humeur dépressive et de solitude sont élevés, plus la tendance à s'inquiéter générale, les inquiétudes quant au vieillissement et les symptômes du TAG sont élevés. À l'inverse, plus l'attitude quant au vieillissement est positive, plus la tendance à s'inquiéter, les inquiétudes quant au vieillissement et les symptômes du TAG diminuent.

Les résultats des analyses ANOVA montrent que les femmes ($M = 17,75$, $ET = 7,09$) présentent un niveau plus élevé d'inquiétude générale au QIPS que les hommes ($M = 13,52$, $ET = 5,18$; $F(1, 172) = 16,31$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,09$). Les femmes ($M = 33,10$, $ET = 7,60$) présentent un niveau plus élevé d'inquiétude quant au vieillissement au AOS que les hommes ($M = 29,62$, $ET = 6,12$; $F(1, 167) = 8,85$, $p = 0,003$, $\eta^2 = 0,05$). Les femmes ($M = 21,86$, $ET = 12,93$) présentent un niveau plus élevé de symptômes du TAG au QIA que les hommes ($M = 11,99$, $ET = 8,93$; $F(1, 164) = 26,24$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,14$). Pour leur part, les participants aux prises avec au moins une maladie ($M = 17,79$, $ET = 7,20$) présentent des niveaux plus élevés de tendance à s'inquiéter générale au QIPS que ceux n'ayant pas de maladie ($M = 14,59$, $ET = 5,90$; $F(1, 171) = 9,92$, $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,06$). Les participants aux prises avec au moins une maladie ($M = 20,48$, $ET = 13,21$) présentent aussi plus de symptômes du TAG au QIA que ceux n'ayant pas de maladie ($M = 16,14$, $ET = 11,56$; $F(1, 163) = 4,91$, $p = 0,028$, $\eta^2 = 0,03$). Les participants prenant une médication pour l'anxiété ($M = 18,91$, $ET = 6,58$) présentent des niveaux plus élevés de tendance à s'inquiéter générale au QIPS que ceux ne prenant pas de médication pour l'anxiété ($M = 15,45$, $ET = 6,70$; $F(1, 171) = 8,83$, $p = 0,003$, $\eta^2 = 0,05$). Les participants prenant une médication pour l'anxiété ($M = 24,71$, $ET = 12,80$) présentent des niveaux plus élevés de symptômes du TAG au QIA que les participants ne prenant pas de médication ($M = 16,31$, $ET = 11,88$; $F(1, 163) = 15,28$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,09$).

Analyses principales

Afin de vérifier les liens entre les variables psychologiques (III-A; QAP; QEC; PSI-II; EDRE; AAQ-II) et les variables dépendantes de l'étude (QIPS; AOS; QIA), des corrélations de Pearson ont été réalisées suivi de régressions hiérarchiques. Une correction de Bonferroni (α de $0,05/36 = 0,001$) a été appliquée pour limiter les risques d'erreur de type 1, dû au nombre d'analyses réalisées à cette étape. Des liens significatifs, modérés et forts, sont observés entre les variables psychologiques et les variables dépendantes, à l'exception de la sous-échelle de conscience émotionnelle du EDRE (EDREcotot) qui ne présente aucun lien significatif avec les variables dépendantes. Ces résultats apparaissent au Tableau 3.

Des régressions hiérarchiques ont été réalisées afin de prédire la tendance à s'inquiéter, les inquiétudes par rapport au vieillissement et les symptômes du TAG (QIPS; AOS; QIA) à l'aide des six mesures de variables psychologiques (III-A; QAP; QEC; PSI-II; EDRE; AAQ-II). Pour chaque régression, les variables sociodémographiques, situationnelles et cliniques, liées significativement aux variables dépendantes, ont été introduites dans l'étape initiale des analyses afin de contrôler leur variance dans les prédictions. Les mesures de variables psychologiques ont été entrées dans la seconde étape de régression, afin d'observer leur contribution dans la prédiction supplémentaire de variance. Pour les analyses de régression hiérarchique et les analyses d'effets indirects (analyses principales), deux indices démontrent une absence de multicolinéarité (corrélations entre les variables indépendantes plus petites que 0,80; $VIF < 10$; voir Field, 2018). Le postulat

Tableau 3

Corrélations entre les variables à l'étude

Variabes	III-A	QAP	QEC	PSI-II	EDRE Conscience	EDRE Clarté	EDRE Non- acceptation	EDRE Stratégies	EDRE Buts	EDRE Impulsivité	AAQ- II
QIPS	0,69*	0,71*	0,47*	0,42*	-0,09	0,36*	0,53*	0,63*	0,53*	0,50*	-0,68*
QIA	0,70*	0,72*	0,51*	0,41*	-0,19	0,36*	0,57*	0,70*	0,58*	0,56*	-0,69*
AOS	0,63*	0,62*	0,39*	0,27*	-0,06	0,31*	0,49*	0,60*	0,50*	0,46*	-0,60*

Note. QIPS : Questionnaire sur l'Inquiétude de Penn State; AOS : Aging Opinion Survey; QIA : Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; III-A : Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude - Partie A; QAP : Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; EDRE : Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action; Humeur : mini-GDS; Événements : Louisville Older Person Events Scale; QAV : Attitudes to Ageing Questionnaire; JGLS : de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.

* $p < 0,001$.

d'homoscédasticité, de linéarité et d'indépendance des résiduels est respecté (p. ex., nuages de points des régressions standardisées répartis uniformément). Enfin, puisque les indices de distance de Cook sont inférieurs à 1,00, le postulat d'absence de valeurs extrêmes standardisées est aussi respecté. Le niveau alpha choisi pour les régressions est aussi de 0,001 pour maintenir l'approche conservatrice en présence d'analyses multiples.

Prédiction de la tendance à s'inquiéter générale

Les résultats du Tableau 4 (voir Appendice R) montrent que la première étape, visant à prédire la variance au score de tendance à s'inquiéter générale à l'aide des variables contrôles, est significative ($F(5, 134) = 15,79, p < 0,001; \Delta R^2 = 34,70 \%$). L'ajout des variables psychologiques, dans la deuxième étape, permet de prédire 29,30 % de variance supplémentaire ($\Delta F(10, 124) = 11,88, p < 0,001$). Sur le plan des variables contrôles, le sexe ($\beta = -0,15, p = 0,013$) des participants s'est avéré un prédicteur significatif. Les femmes présentent une tendance à s'inquiéter significativement plus grande que les hommes. La présence d'au moins une maladie prédit aussi un score plus élevé de la tendance à s'inquiéter ($\beta = -0,14, p = 0,014$). Du côté des variables psychologiques, l'II (III-A) est associée à un score plus élevé de la tendance à s'inquiéter ($\beta = 0,26, p = 0,002$). Les croyances erronées (PSI-II) prédisent aussi un score plus élevé de la tendance à s'inquiéter ($\beta = 0,19, p = 0,003$). Finalement, l'évitement expérientiel (AAQ-II) est associé à un score plus élevé de la tendance à s'inquiéter ($\beta = -0,25, p = 0,010$).

Prédiction des inquiétudes spécifiques au vieillissement

Les résultats du Tableau 5 (voir Appendice S) montrent que la première étape, visant à prédire la variance au score d'inquiétudes quant au vieillissement à l'aide des variables contrôles, est significative ($F(4, 133) = 19,05, p < 0,001; \Delta R^2 = 34,50 \%$). L'ajout des variables psychologiques, dans la deuxième étape, permet de prédire 21,40 % de variance supplémentaire ($\Delta F(9, 124) = 8,16, p < 0,001$). Sur le plan des variables contrôles, l'humeur ($\beta = 0,16, p = 0,029$) s'est avérée un prédicteur significatif : les aînés, ayant des symptômes dépressifs, présenteraient plus d'inquiétudes spécifiques au vieillissement. L'attitude négative quant au vieillissement prédit, de façon marginale, un score plus élevé d'inquiétudes spécifiques au vieillissement ($\beta = -0,15, p = 0,052$). Du côté des variables psychologiques, seule l'II (III-A) prédit significativement un score plus élevé d'inquiétudes spécifiques au vieillissement ($\beta = 0,39, p < 0,001$).

Prédiction des symptômes du TAG

Les résultats du Tableau 6 (voir Appendice T) montrent que la première étape, visant à prédire la variance au score de symptômes du TAG à l'aide des variables contrôles, est significative ($F(6, 133) = 14,69, p < 0,001; \Delta R^2 = 39,90 \%$). L'ajout des variables psychologiques, dans la deuxième étape, permet de prédire 31,50 % de variance supplémentaire ($\Delta F(10, 123) = 13,59, p < 0,001$). Sur le plan des variables contrôles, le sexe ($\beta = -0,13, p = 0,020$) des participants s'est avéré un prédicteur significatif. Les femmes présenteraient significativement plus de symptômes du TAG (QIA), sur le plan de la sévérité et de la quantité, que les hommes. La prise de médication pour l'anxiété

prédit également un score plus élevé à la mesure des symptômes du TAG ($\beta = -0,13, p = 0,015$). Du côté des variables psychologiques, l'II (III-A) prédit significativement les symptômes du TAG ($\beta = 0,30, p < 0,001$). Les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter (PSI-II) prédisent aussi un score plus élevé des symptômes du TAG ($\beta = 0,14, p = 0,023$). Finalement, les stratégies de régulation émotionnelle (EDRE stratégies) prédisent significativement les symptômes du TAG ($\beta = 0,24, p = 0,024$).

Analyses des effets indirects entre l'II et la tendance à s'inquiéter

Des tests d'effets indirects ont ensuite été réalisés, à l'aide du module *Process* de Hayes (2013), afin d'examiner si des variables psychologiques jouent un rôle de médiation dans la relation entre l'II et la tendance à s'inquiéter. À partir des régressions, il a été conclu qu'un modèle de médiation multiple serait testé entre l'II (III-A; VI) et la tendance à s'inquiéter générale (QIPS; VD). Pour ce faire, des analyses de régression sur des échantillons différents, formés à partir des données amassées (technique *Bootstrap*; Preacher & Hayes, 2004), ont été réalisées. Les 10 000 rééchantillonnages par *bootstrapping* opérés ont permis d'observer si les effets indirects étaient significatifs et importants. Le seuil de signification alpha choisi était de 0,05 et l'intervalle de confiance de 95 %. Lorsque le zéro n'était pas compris dans l'intervalle, l'effet était jugé significatif.

Le modèle de médiation entre l'II (III-A; VI) et la tendance à s'inquiéter générale (QIPS; VD) vérifiait les effets indirects des variables suivantes : croyances erronées quant au fait de s'inquiéter (PSI-II) et évitement expérientiel (AAQ-II). Les variables pertinentes

introduites dans les analyses, en tant que covariables, étaient le sexe des participants et la présence de maladie. La Figure 1 présente le modèle de médiation incluant l'effet direct (chemin c') et total (chemin c) de l'II sur la tendance à s'inquiéter générale. On y retrouve aussi les relations entre l'II et les médiateurs (chemins a) et les liens entre les médiateurs et la tendance à s'inquiéter générale (chemins b). Un modèle significatif a été obtenu ($F(5, 147) = 52,60, p < 0,001$) et ce dernier explique 64,15 % de la variance ($R^{2aj} = 0,64$). Comme rapportés dans le Tableau 7, il y a un effet indirect total significatif de l'II sur la tendance à s'inquiéter par l'intermédiaire des médiateurs et des effets indirects spécifiques significatifs en considérant les croyances erronées et l'évitement expérientiel. Plus un individu rapporte un niveau d'II élevé, plus les scores de croyances erronées et d'évitement expérientiel sont élevés, ceux-ci étant à leur tour liés à un plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 1).

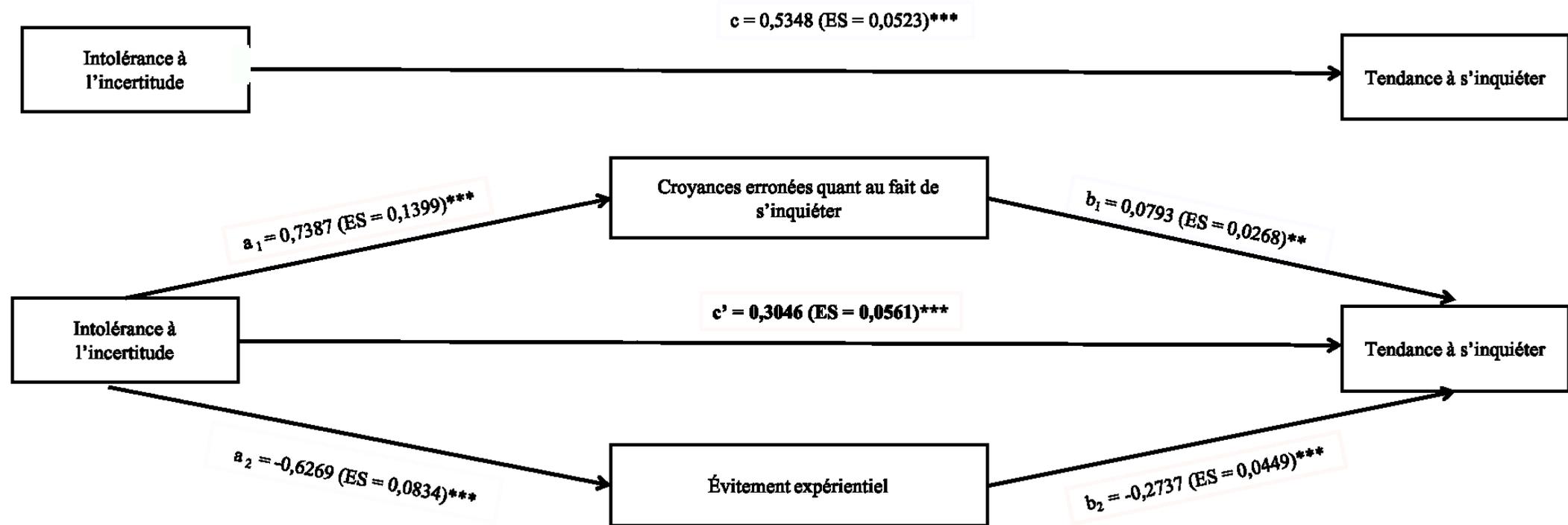


Figure 1. Médiation multiple illustrant le rôle des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter et de l'évitement expérientiel dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter générale en contrôlant pour le sexe et la présence de maladie physique du participant. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 7

Effets indirects de l'II sur la tendance à s'inquiéter générale par l'intermédiaire des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter et de l'évitement expérientiel

	Tendance à s'inquiéter générale (QIPS)			
	Effet indirect	ES	CI 95 %	
			bas	haut
Total	0,2302	0,0479	0,1367	0,3241
Croyances erronées quant au fait de s'inquiéter (PSI-II)	0,0586	0,0290	0,0000	0,1165
Évitement expérientiel (AAQ-II)	0,1716	0,0385	0,0989	0,2513

Note. Les analyses incluent le sexe et la présence de maladie physique comme variables contrôles. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 %. QIPS : Questionnaire sur l'inquiétude de Penn State; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action.

Discussion

Cette section vise un retour sur les objectifs et hypothèses de l'étude en expliquant et explorant plus en détail les modèles de prédiction et les modèles d'effets indirects obtenus. Plus précisément, le but est une compréhension plus globale des résultats, en faisant des liens entre les données ressortant des analyses de la présente étude, les résultats d'autres auteurs ainsi que les différents modèles théoriques développés concernant les facteurs psychologiques clés de l'étude, la tendance à s'inquiéter générale, les inquiétudes spécifiques au vieillissement et les symptômes du TAG chez les personnes de 60 à 80 ans. L'objectif premier de l'étude était de vérifier l'apport de facteurs psychologiques dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes liées au vieillissement et des symptômes du TAG chez les personnes de 60 à 80 ans, et ce, en tenant compte de facteurs sociodémographiques, situationnels et cliniques liés à leur contexte de vie.

Contribution de variables sociodémographiques, situationnelles et psychologiques dans la prédiction des inquiétudes et des symptômes du TAG

La première hypothèse, stipulant que les variables psychologiques (II, ONP, croyances erronées, déficits liés à l'identification et à l'expression des émotions et types d'évitement) sont des prédicteurs significatifs de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes quant au vieillissement et des symptômes du TAG, est en partie confirmée.

Premièrement, des variables sociodémographiques, situationnelles et cliniques se sont avérées pertinentes dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter, des inquiétudes quant au vieillissement et des symptômes du TAG des aînés, et ce, même après considération de l'apport de facteurs psychologiques importants. Le sexe des participants et la présence d'au moins une maladie jouent un rôle dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Les femmes de 60 à 80 ans auraient davantage tendance à rapporter des inquiétudes par rapport à diverses situations et à être submergées par leurs inquiétudes. Cela va dans le sens de plusieurs études montrant que les femmes, de différents âges, présentent des niveaux d'inquiétude plus élevés que les hommes (Skarborn & Nicki, 2000; Brock et al., 2011). Halleröd (2009) arrive à un résultat similaire concernant l'effet du genre dans son étude explorant les liens entre différents indicateurs de santé et le bien-être des aînés de 66 ans et plus en Suède. McCann, Stewin et Short (1991) observent, pour leur part, dans leur échantillon de jeunes adultes que les femmes tendent à plus s'inquiéter que les jeunes hommes, et que cela ne semble ni lié à la désirabilité sociale ni aux rôles en fonction du genre. Stavosky et Borkovec (1987) expliquent que les femmes s'inquiéteraient davantage que les hommes, du fait qu'elles soient désavantagées sur les plans économique, social et politique. Chez les aînés, ayant grandi à une époque où les inégalités et les stéréotypes de genre étaient plus marqués qu'à l'époque actuelle, cela semble une explication pertinente.

La présence d'au moins une maladie mènerait également à une plus grande tendance à s'inquiéter dans l'échantillon. Lorsqu'un aîné est atteint d'une maladie physique, cela peut amener des préoccupations variées en lien direct avec l'atteinte physique (Brock et al.,

2011), mais aussi par rapport à d'autres sphères de la vie, car les atteintes physiques semblent avoir un impact sur le bien-être général d'une personne âgée (Halleröd, 2009). Brock et al. notent plus spécifiquement que les conditions chroniques dégénératives (p. ex., arthrite) génèrent plus d'inquiétudes qu'un sérieux problème de santé ponctuel (p. ex., accident vasculaire cérébral).

La présence d'une humeur dépressive ainsi que l'attitude quant au vieillissement semblent, par ailleurs, jouer un rôle dans la prédiction de l'inquiétude quant au fait de vieillir. Le lien entre la dépression et le TAG, dont le construit central est l'inquiétude, a déjà été démontré chez les aînés (Beekman et al., 2000; Lenze et al., 2000). La présente étude indique, plus précisément, que l'humeur dépressive a un apport prédictif sur les inquiétudes quant au vieillissement. Lorsqu'un aîné est déprimé, il peut avoir tendance à voir de manière plus pessimiste les aspects de sa vie et filtrer l'information à partir de biais attentionnels négatifs. Réfléchir au fait de vieillir, aux implications dans les différentes sphères de sa vie, sera alors teinté par l'attitude, les cognitions et les réactions négatives propres aux personnes déprimées et pourrait alors créer des inquiétudes supplémentaires quant à cette étape de vie; l'inquiétude naissant notamment d'un biais attentionnel négatif, soit l'allocation d'une plus grande attention aux stimuli émotionnels négatifs (p. ex., un visage triste) qu'aux stimuli positifs ou neutres (Heeren, 2016). D'autres auteurs ont, par ailleurs, montré que la rumination dépressive et l'inquiétude peuvent toutes deux avoir comme fonction l'évitement d'aspects physiologiques désagréables, notamment en

diminuant les images associées aux pensées (Turk et al., 2001). Ceci pourrait aussi expliquer le lien entre humeur dépressive et inquiétudes spécifiques au vieillissement.

Cette dernière explication s'applique aussi au résultat observé entre l'attitude négative quant au vieillissement et l'inquiétude spécifique au fait de vieillir. Les gens qui présentent une attitude négative quant au fait de vieillir vivraient diverses émotions négatives au quotidien en percevant des changements et difficultés comme étant liés au vieillissement. L'inquiétude pourrait alors aussi agir comme mécanisme d'évitement de la réaction physiologique. Il semble aussi que les aînés, qui présentent des attitudes sociales négatives quant à la vieillesse ainsi qu'une perception négative du vieillissement, dues en grande partie à un manque de connaissances quant à la réalité du vieillissement, vont avoir des niveaux plus élevés d'inquiétudes par rapport au fait de vieillir (Levy, 2003). L'entretien de stéréotypes négatifs envers le vieillissement pourrait favoriser l'émergence des inquiétudes, notamment orientées vers le fait de vieillir (Levy). Il est aussi possible que les inquiétudes des aînés, suscitant des émotions désagréables, favorisent une vision négative du vieillissement. Par exemple, les aînés, se sentant un poids pour la société ou vivant de l'isolement, vont se préoccuper davantage de différents aspects de leur vieillissement (p. ex., autonomie, finances). Cela va dans le sens des résultats de Nuevo et al. (2009) observant, dans leur modèle de médiation, que le manque de connaissances sur le vieillissement mène à plus d'inquiétudes, et ce, directement et aussi indirectement par l'intermédiaire de l'incertitude quant au vieillissement. Un groupe d'aînés, identifiés comme des inquiets chroniques, présentaient également une attitude négative au

vieillessement et décrivait le vieillissement comme un temps d'isolement, de solitude, de contraintes physiques et de maladie (Wisocki, 1994).

En considérant les facteurs psychologiques, le sexe des participants et la prise de médication jouent aussi un rôle dans la prédiction des symptômes du TAG. Il semble qu'en plus de présenter des inquiétudes plus élevées que les hommes, les femmes de l'étude présentent davantage l'ensemble des symptômes du TAG et rapportent plus d'interférence de leurs inquiétudes et de leurs symptômes anxieux, tel que mesuré par l'outil utilisé. Ce résultat fait sens avec ce qui ressort de la littérature, pour tous les groupes d'âge, notamment des études épidémiologiques (Vesga-López et al., 2008). En plus de ce qui a été précédemment expliqué, quant aux différences entre sexe vis-à-vis de la tendance à s'inquiéter, il se peut que la femme ait tendance à mieux évaluer le caractère invalidant de ses inquiétudes et de son anxiété. Certains expliquent que les femmes sont deux fois plus susceptibles de présenter un TAG que les hommes, car ces derniers auraient un seuil plus élevé de tolérance sociale à la souffrance et donc se présenteraient en thérapie dans des conditions de souffrance plus élevées que les femmes (Allgulander, 2007). D'autres auteurs comprennent cette différence entre les sexes par des causes hormonales et des événements de vie distincts (Howell, Brawman-Mintzer, Monnier, & Yonkers, 2001).

Concernant la médication, plusieurs études en soulignent le recours sur une base chronique chez les aînés souffrants du TAG (voir Miller, 1995 pour une recension des écrits). Ceux-ci sont souvent prescrits pour les symptômes physiologiques de l'anxiété

généralisée (p. ex., tensions musculaires, insomnie). À première vue, on peut comprendre que les aînés, présentant des inquiétudes incontrôlables vis-à-vis diverses sphères et des symptômes d'anxiété atteignant leur fonctionnement, se voient prescrire davantage d'anxiolytiques. Toutefois, il est intéressant de constater que la médication ne ressort pas comme un prédicteur de la tendance à s'inquiéter générale, mais seulement des symptômes du TAG dans l'étude. D'autres auteurs ont observé que les aînés consultent surtout pour les symptômes physiologiques de l'anxiété et moins pour leur tendance à s'inquiéter, de laquelle ils sont moins conscients (Beaudreau & O'Hara, 2008). Ceci concorde avec le fait que les gens rapportent plus de symptômes somatiques, associés à leurs inquiétudes, en vieillissant (Beck & Averill, 2004) et moins d'inquiétudes en comparaison à de jeunes cohortes (Brenes, 2006).

L'intolérance à l'incertitude en tant que principal prédicteur

L'II est la seule variable dans cette étude qui prédit, à la fois, la tendance à s'inquiéter générale, les inquiétudes spécifiques au vieillissement et les symptômes du TAG. Elle semble aussi expliquer une portion plus grande, des inquiétudes et des symptômes du TAG, en comparaison aux autres facteurs psychologiques impliqués. Plus le niveau d'II des aînés est élevé, plus la tendance à s'inquiéter générale, les inquiétudes spécifiques au vieillissement et les symptômes du TAG semblent élevés.

Comme pour les cohortes plus jeunes (voir Dugas et al., 1998), l'II pourrait expliquer, en partie, le développement et le maintien de la tendance à s'inquiéter générale chez les

ânés âgés de 60 à 80 ans. Les personnes de cette tranche d'âge, qui ont de la difficulté à tolérer la possibilité que quelque chose d'incertain se produise dans leur vie, auraient alors tendance à craindre davantage les conséquences négatives potentielles dans leur vie. Dès que l'âné ne sent pas qu'il peut avoir un contrôle total sur une situation, il devient intolérable de devoir y faire face. Il se déclenche alors une stratégie cognitive, donnant l'impression de reprendre le dessus sur la non-contrôlabilité de ladite situation, où l'âné va se demander « et si? » (Dugas et al., 2004) dans le but de prévoir tous les scénarios possibles liés à la situation incertaine. Par exemple, si un âné doit se rendre à l'épicerie et perçoit une infime possibilité de tomber en s'y rendant, il peut s'en suivre pour lui un enchaînement de scénarios catastrophiques (p. ex., si je tombe et que je me fracture la hanche, je ne pourrai rien faire? Et si j'appelle à l'aide et que personne ne vient m'aider, cela pourrait être pire?). Nuevo et al. (2009) avait déjà observé que l'II était le meilleur prédicteur de la tendance à s'inquiéter chez les 18 à 64 ans. Un changement dans les niveaux d'intolérance à l'incertitude, précédant un changement de l'inquiétude, avait aussi été observé chez la majorité des participants d'une étude visant spécifiquement le traitement de l'II chez une cohorte d'adultes (Dugas & Ladouceur, 2000). Meeten, Dash, Scarlet et Davey (2012) ont aussi pu observer, lors d'une tâche expérimentale auprès de jeunes adultes, que l'II était un excellent prédicteur de la tendance à s'inquiéter. Chez l'âné, d'autres études par questionnaires ont montré un lien fort entre l'II et la tendance à s'inquiéter (de Guzman et al., 2015; Nuevo et al., 2009). Les auteurs n'avaient toutefois pas considéré les autres symptômes du TAG ainsi que des facteurs propres aux ânés dans leurs analyses. Afin d'approfondir ces liens et aider à la généralisation des résultats, ces

éléments ont été pris en compte dans l'étude actuelle et l'II s'est encore une fois révélée un bon prédicteur de la tendance à s'inquiéter chez les aînés.

Les gens entre 60 et 80 ans, qui ont davantage besoin de se sentir en contrôle vis-à-vis de l'avenir et de ses incertitudes, peuvent aussi s'inquiéter d'entrer dans une nouvelle étape de leur vie qui comporte des changements majeurs (p. ex., la retraite, les pertes physiques, cognitives et affectives; Rebok, Parisi, & Kueider, 2014; Nuevo et al., 2009). S'inquiéter par rapport au thème du vieillissement serait alors une manière pour eux d'essayer de prévoir les changements, et ce, afin de se sentir moins incertains devant leur avenir. Il serait intéressant de vérifier si l'exacerbation des inquiétudes spécifiques au vieillissement, durant cette nouvelle période de vie, vient jouer un rôle sur le niveau de tendance à s'inquiéter générale. On pourrait penser que l'II vient élever le niveau d'inquiétudes quant au vieillissement, qui elles, à leur tour, viennent renforcer l'intolérance à l'incertitude qui joue aussi sur la tendance à s'inquiéter générale. Cela ferait écho à la généralisation négative, concept plutôt élaboré en lien avec la dépression, mais qui serait aussi présent dans les troubles anxieux (Fulford, Rosen, Johnson, & Carver, 2012). Comme dans la généralisation négative, stratégie par laquelle une personne va voir l'entièreté de son être ou d'une situation négativement si, à la base, elle se vit ou vit une situation en partie négativement, il semble que les personnes présentant des inquiétudes excessives auraient aussi tendance à utiliser une stratégie de généralisation négative quand il s'agit de générer des craintes quant au futur (Fulford et al.). Par exemple, un aîné qui développe une crainte de tomber, car il se fait vieux, pourrait, en généralisant, penser que

toute activité (p. ex., faire une promenade) comporte un risque de chute et décider de s'isoler complètement pour éviter toute possibilité de conséquence négative liée à l'activation. De cette façon, il a le sentiment de contrôler l'incertitude liée au fait de quitter son domicile et, puisqu'aucune conséquence ne se produit, cela renforce crainte et évitement. En ce sens, Depaola, Griffin, Young et Neimeyer (2003) ont suggéré que la peur de l'inconnu pousserait l'aîné à craindre de vieillir et même à développer une attitude plus négative à ce sujet.

L'II s'est aussi montré un prédicteur significatif des symptômes du TAG des aînés dans cette étude. Les aînés, qui semblent filtrer négativement les éléments ambigus de leur environnement et les vivre comme inacceptables, tendent à présenter des inquiétudes pathologiques et des symptômes somatiques anxieux. Buhr et Dugas (2002) ont déjà souligné que l'II est liée à une tendance à croire que l'incertitude est stressante, injuste et frustrante, qu'elle mène à une incapacité d'agir ou à des événements négatifs et qu'elle devrait donc être évitée à tout prix. Les aînés, aux prises avec plus d'II, peuvent alors présenter fréquemment des inquiétudes difficiles à contrôler concernant différentes sphères de leur vie ainsi que des sensations physiques désagréables atteignant leur fonctionnement (p. ex., nerfs à vif, trou de mémoire, tensions musculaires), tel que mesuré par l'outil utilisé. Gentes et Ruscio (2011) ont identifié un lien modéré ($r = 0,57$) entre l'II et le TAG. Chez les aînés, seule l'étude de Bax-D'Auteuil et al. (2013) a vérifié l'apport prédictif de l'II sur les symptômes du TAG. La même conclusion était tirée, soit que l'II était un prédicteur significatif des symptômes du TAG des aînés. Des résultats et

explications introduits pour expliquer le lien entre l'II et les symptômes du TAG chez des adultes plus jeunes sont aussi pertinentes; l'II a été identifiée comme pouvant discriminer les adultes ayant un TAG plus sévère de ceux présentant un TAG moins sévère (Dugas et al., 2007). Elle mènerait à une identification excessive de problèmes potentiels et à une orientation négative aux problèmes, deux construits importants dans la compréhension du TAG (Dugas et al.; Ruscio & Seitchik, 2007). Ceci mènerait alors à davantage d'inquiétudes, mais aussi au maintien de problèmes de vie, ce qui pourrait expliquer de plus en plus d'interférence des inquiétudes dans la vie quotidienne.

La contribution des croyances erronées quant au fait de s'inquiéter

Les résultats montrent également que les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter contribuent à la prédiction de la tendance à s'inquiéter générale et à celle des symptômes du TAG. Cela concorde avec d'autres études indiquant que les croyances erronées sont impliquées dans le développement et le maintien des inquiétudes excessives et incontrôlables (Dugas & Koerner, 2005). Les croyances expliqueraient notamment une part significative, bien que marginale, de l'inquiétude au sujet de la maladie (Langlois, Gosselin, Brunelle, Drouin, & Ladouceur, 2007), une inquiétude importante chez l'aîné. Plus spécifiquement, chez l'aîné, Basevitz (2003) observe un lien entre les croyances positives quant au fait de s'inquiéter et le trait d'inquiétude. Il explique que l'inquiétude serait prédisposée par l'II et les croyances erronées; un changement développemental sur le plan de l'inquiétude serait alors potentiellement dû à une modification dans ces vulnérabilités cognitives au préalable. Cette conclusion, influencée par les constatations

de Dugas et son équipe (1998, 2000), nécessitait d'autres appuis empiriques avant d'être validée selon l'auteur. Les aînés auraient des pensées superstitieuses (p. ex., l'individu est plus vulnérable s'il ne s'inquiète pas) et celles-ci corréleraient avec l'inquiétude même après contrôle de l'affectivité négative général (Freeston et al., 1994). Les aînés croiraient que l'inquiétude permet un contrôle sur les contingences environnementales, donc qu'elle serait efficace pour affronter les possibles difficultés futures (Powers et al., 1992). En ce sens, Wisocki et al. (1993, cité dans Wisocki, 1994) ont observé, chez leur groupe d'aînés excessivement inquiets, une plus grande tendance à s'inquiéter en présence d'un événement potentiel négatif ne pouvant être résolu, suggérant que la perte de contrôle sur certains paramètres de leur vie pourrait les avoir rendus plus prompts à s'inquiéter.

Concrètement, un aîné convaincu que de s'inquiéter va l'aider à se protéger d'événements malheureux, va être porté à penser différents scénarios anxiogènes par rapport à cet événement pour se préparer aux éventualités. Un aîné, qui se perçoit comme quelqu'un de prévoyant, car il a tendance à imaginer tous les scénarios catastrophes avant d'aller à l'épicerie (p. ex., je vais considérer que c'est glacé dehors; je risque de me casser la hanche, donc je vais attendre qu'il fasse beau pour sortir) pourrait alors s'empêcher de réaliser des activités; les croyances erronées devenant handicapantes à son fonctionnement. Selon Dugas et al. (1998), la croyance erronée vient donner un caractère positif à l'inquiétude, qui elle, est une manière d'éviter des contenus en image chargés d'affects négatifs. Cela peut alors priver l'aîné de remettre en question l'utilité de s'inquiéter et de chercher des solutions adaptées à des problèmes réels plutôt que des

solutions à des problèmes fictifs. Si l'aîné a la conviction que son inquiétude est utile, il y a peu de remise en question, donc peu de capacité à prendre une distance pour réfléchir à l'impact de ces croyances et les confronter à sa réalité. Les aînés, en ne voyant pas le caractère souffrant de ces croyances, ne verront pas non plus l'utilité de demander de l'aide.

Les croyances erronées ressortent aussi comme prédicteur des symptômes du TAG chez l'aîné. Il semble que ceux, qui ont l'impression que l'inquiétude est utile pour trouver une solution ou pour empêcher les déceptions, sont susceptibles de présenter des inquiétudes et de l'anxiété. En se prenant dans ces conceptions positives de l'inquiétude, l'aîné est plus prompt à persévérer dans ses inquiétudes, car un potentiel salvateur lui est attribué. En parallèle, une hypothèse possible est que l'inquiétude, en coupant le contact avec le monde émotif, rend l'aîné plus susceptible de vivre des réactions physiologiques désagréables, puisqu'il n'y a pas possibilité de compréhension puis décharge émotionnelle et que l'inquiétude crée un biais attentionnel vers de potentielles menaces (Mathews & Klug, 1993). Il a été démontré que les croyances erronées sont plus fortes chez les adultes TAG versus non-TAG (Freeston et al., 1994; Ladouceur et al., 1998). Chez l'aîné, Basevitz (2003) a observé une moins grande tendance à croire aux bienfaits de l'inquiétude en comparaison à une cohorte plus jeune. Il n'y a pas eu de lien clair avec les symptômes du TAG toutefois.

La contribution de l'évitement expérientiel

Les résultats montrent ensuite que l'évitement expérientiel contribue à la prédiction de la tendance à s'inquiéter générale. Selon Roemer et Orsillo (2002), en présence de stratégies cognitives et comportementales spontanées coupant un accès aux expériences internes souffrantes, il semble s'enclencher chez la personne âgée un processus réflexif, principalement sous forme de mots, difficilement contrôlable, et dirigé vers l'appréhension de conséquences futures potentielles. L'inquiétude deviendrait le centre de l'attention à l'instar d'un vécu affectif perçu comme menaçant chez l'aîné lorsque ce dernier userait d'évitement expérientiel. Concrètement, un aîné, qui a de la difficulté à accueillir, contacter et accepter son monde émotif et ses réactions physiologiques en lien avec des contenus douloureux, aura tendance à se tourner vers la construction de scénarios inquiétants plutôt que de tenter de comprendre ses expériences physiologiques ou émotives. L'inquiétude devient une alternative à recevoir et vivre son expérience humaine; elle est vécue pour alléger une charge affective brute et l'évitement expérientiel semble en être un précurseur, selon les résultats de la présente étude.

Ceci concorde avec les résultats d'une étude qui s'est penchée spécifiquement sur le rôle de l'évitement expérientiel dans la compréhension des inquiétudes excessives et du TAG (Buhr, 2008). L'auteure observe que le construit offre une contribution unique et significative à la prédiction de l'inquiétude. Puisque l'évitement est associé à une diminution momentanée de l'inconfort lié aux symptômes anxieux et qu'il permet de chasser les images des situations appréhendées, il empêche le contact et l'habituation aux

émotions et aux images chargées négativement (Borkovec et al., 1998; Gosselin, 2006). De ce fait, l'évitement contribue indirectement au maintien des pensées répétitives inquiétantes, par renforcement négatif, plutôt qu'à l'adoption de stratégies plus efficaces pour réduire l'anxiété (p. ex., résolution de problème, exploration du contenu de l'inquiétude et exposition; Gosselin). L'évitement des contenus affectifs se traduit par un recours notamment à l'inquiétude, un faux mécanisme d'adaptation, qui a un effet apaisant à court terme, mais qui, à long terme, rend la personne de moins en moins apte à vivre son expérience. L'évitement renforce la perception que les émotions doivent être craintes. Basevitz (2003) observe des scores significativement plus élevés sur le plan de l'évitement expérientiel chez les aînés présentant un TAG et des inquiétudes excessives.

La contribution des stratégies de régulation émotionnelle (RÉ)

Des stratégies de RÉ seraient prédicteurs des symptômes du TAG des aînés. Il semble que les aînés, qui ont tendance à percevoir leurs affects négatifs comme étant submergeant, pouvant mener directement à la dépression ou bien incontrôlables et potentiellement sans fin, sont plus à risque de vivre des inquiétudes excessives et incontrôlables ainsi que des symptômes d'anxiété généralisée dans le présent échantillon. Comme souligné plus tôt, les inquiets et les anxieux se tournent souvent vers la stratégie de catastrophisation, soit imaginer majoritairement en mots une conséquence potentielle et la manière d'y réagir, en plus d'avoir le sentiment d'une incapacité à faire face aux catastrophes anticipées (Dugas et al., 2004). Ce processus serait associé à un état d'anxiété accru en raison d'une tendance à élaborer cognitivement des événements improbables

exagérant la perception de menace. Les séquences de pensées catastrophiques seraient même perçues, par les grands inquiets, comme plus susceptibles de se produire par rapport aux moins inquiets et le contenu, de la séquence de pensées inquiétantes des grands inquiets, serait plus épouvantable (Provencher, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 2000).

Concernant la population âgée, l'habileté à mieux différencier l'émotion et à intégrer l'émotion à la cognition diminuerait après 55 ans (Labouvie-Vief, 1997; Labouvie-Vief, DeFoe, & Bulka, 1998). Les aînés présenteraient également plus de buts orientés vers l'évitement des pertes (p. ex., maintien de leur santé, garder son appartement; Heckhausen, 1997). Considérant que l'aîné perçoit et, réalistement, a parfois moins de contrôle sur son environnement et les stressors (p. ex., lorsqu'aux prises avec une maladie dégénérative), il serait à son avantage de se tourner vers des stratégies de régulation émotionnelle plutôt que vers la planification d'objectifs comportementaux visant un changement externe (Zakowski, Hall, Klein, & Baum, 2001). Or, l'habileté à ajuster ses réponses, en fonction de l'évaluation faite d'un stressor, pourrait être difficile à mettre en pratique par ceux présentant des inquiétudes sévères vu leurs niveaux élevés d'anxiété (Basevitz, 2003). Plus précisément, Basevitz observe que les aînés ayant un TAG et les inquiets excessifs présentent des scores significativement plus élevés sur le plan de la rumination, du blâme et de la catastrophisation. Nos résultats viennent préciser le sens de la relation entre ces stratégies inadaptées de régulation émotionnelle et les symptômes du TAG chez la population âgée.

Il semble, en effet, selon Heckhausen et Schultz (1995), que les aînés se tournent vers des stratégies d'adaptation de type intrapsychique (p. ex., le degré d'investissement émotionnel attribué à une situation) plutôt que des stratégies visant l'environnement extérieur. Ce changement arriverait au moment où la personne vit des pertes et déclin sur le plan de ses ressources internes et physiques, ceux-ci rendant l'utilisation de stratégies, orientées par l'utilisation de comportements dirigés vers des buts externes ou l'atteinte de buts externes, plus difficile. Selon Basevitz (2003), l'inquiétude chez l'aîné pourrait refléter une meilleure habileté à réguler son émotion. Cela mènerait donc à des changements dans les stratégies d'adaptation; l'aîné donnant, dès lors, une plus grande importance à la minimisation de ses affects négatifs. Ce processus nécessiterait alors un besoin plus grand d'identifier les effets négatifs de l'inquiétude et de prendre des mesures concrètes pour réduire cette expérience. Sinon, l'excitation causée par les inquiétudes provoquera en retour une diminution plus grande des capacités attentionnelles (p. ex., difficultés de concentration caractéristiques des anxieux excessifs); cela faisant en sorte que l'information négative prenne de plus en plus d'importance. Il y aurait alors enchaînement entre perception accrue des informations négatives, excitation physiologique et inquiétudes (Tallis & Eysenck, 1994).

Les effets indirects des croyances erronées et de l'évitement expérientiel

Un deuxième objectif de l'étude était de tester les effets indirects des variables psychologiques pertinentes sur le lien unissant l'II et la tendance à s'inquiéter générale. Les résultats confirment que, chez les aînés, les croyances erronées auraient des effets

indirects sur le lien entre l'II et la tendance à s'inquiéter. Les croyances erronées semblent utilisées afin de favoriser l'évitement de l'incertitude par l'intermédiaire de l'inquiétude. L'aîné, qui a de la difficulté à tolérer la possibilité que quelque chose de négatif se produise, se tournerait notamment vers l'idée que l'inquiétude l'aidera à empêcher un malheur ou, du moins, diminuera son sentiment de culpabilité si un malheur se produit; cela le plongeant alors dans un discours interne, répétitif et difficilement contrôlable, à valence négative. Cela va dans le sens des résultats de Dugas et Robichaud (2007) qui ont remarqué, dans leur étude de traitement chez la population adulte, que la diminution de l'intolérance à l'incertitude précédait une baisse des croyances erronées puis des inquiétudes. Lachance, Ladouceur et Dugas (1999) avaient remarqué que l'II était un meilleur prédicteur des croyances erronées, même lorsqu'entrée en dernier dans des analyses de régression hiérarchique, ce qui, à la lumière des résultats actuels, pouvait déjà supposer un processus séquentiel dans le lien unissant ces deux variables et leur rôle complémentaire sur la tendance à s'inquiéter. Ruggiero et al. (2012) ont noté que l'effet de l'II sur l'inquiétude augmente en présence de croyances négatives quant au fait de s'inquiéter dans leur échantillon composé d'un groupe de 118 individus TAG et d'un groupe contrôle de 54 individus. Chez l'aîné, aucun modèle d'effets indirects similaire à celui de la présente étude ne semble avoir été testé. Rosmarin et al. (2011) ont noté que l'II vient jouer un rôle de médiation partielle dans la relation entre les croyances spirituelles (p. ex., je crois en Dieu) et l'inquiétude; la méfiance envers le divin augmentant l'II qui, alors, mène à plus d'inquiétudes.

Les résultats de l'étude confirment aussi que l'évitement expérientiel aurait des effets indirects sur le lien entre l'II et la tendance à s'inquiéter chez l'aîné. L'II pourrait amener à vivre des déficits marqués sur le plan de la régulation émotionnelle et des stratégies d'adaptation à l'émotion. Ces déficits déclencheraient alors l'inquiétude. Plus en détail, un aîné intolérant à l'ambiguïté aurait tendance, devant une situation à potentiel menaçant, à ressentir rapidement des émotions indésirées, et ce, de manière intense. Il pourrait alors comprendre difficilement cette émotivité et la trouver menaçante. Dès lors, il se tournerait vers des stratégies peu efficaces (p. ex., se créer des scénarios inquiétants) pour calmer l'inconfort dû à l'émotion. Buhr (2008) avait déjà suggéré que l'augmentation d'une peur de l'anxiété, ce qui sous-tend l'évitement expérientiel, combinée à une II, mènerait à des niveaux plus élevés d'inquiétude chez une population non clinique. Les présents résultats apportent pour la première fois un appui aux effets indirects de l'évitement expérientiel, et ce, chez les personnes âgées entre 60 et 80 ans.

Forces et limites de l'étude

Un avantage important de cette étude est d'avoir tenté de vérifier l'apport de facteurs psychologiques impliqués dans différents modèles théoriques expliquant le Trouble d'anxiété généralisée, en plus de considérer des facteurs situationnels propres aux aînés, pour comprendre de manière plus précise l'apport de chaque variable. Rappelons que les modèles développés reposent essentiellement sur des données issues de populations de jeunes adultes et que les travaux visant à confirmer ces liens chez les aînés et la pertinence des facteurs mis de l'avant sont peu nombreux.

Certaines limites de cette étude doivent être considérées. D'abord, il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes dans l'échantillon et 40 % des participants se trouvent dans la tranche d'âge de 60 à 65 ans. Il serait prudent de répliquer les résultats en se basant sur des échantillons incluant plus d'hommes et des aînés plus âgés. Une prudence est aussi de mise quant à la généralisation des résultats à la population clinique. Les répondants proviennent de la population générale, ont été recrutés dans la communauté et ont été sondés uniquement à l'aide de questionnaires autorapportés, et ce, à un seul moment. Bien qu'utile pour évaluer le lien entre variables, ce type de méthodologie se doit maintenant d'être bonifié pour poursuivre l'étude des liens et du rôle des facteurs psychologiques, les uns par rapport aux autres (Preacher & Hayes, 2004). Elle ne permet pas, par exemple, d'exclure d'autres explications aux résultats obtenus et demande de garder une ouverture quant aux divers modèles pouvant être envisagés afin d'interpréter les liens entre les variables à l'étude. En somme, les résultats actuels soutiennent les hypothèses de prédiction et d'effets indirects et le rôle de certains facteurs psychologiques dans la compréhension des inquiétudes et les symptômes du TAG chez les aînés de la population générale, ce qui justifie d'autres études contrôlées.

Pertinence et retombées possibles de la recherche

Sur le plan scientifique, cette étude souligne l'importance de s'intéresser aux mécanismes cognitifs, comportementaux et émotionnels spécifiques associés aux symptômes du TAG des aînés. Elle souligne les limites des approches transgénérationnelles dans lesquelles il est entendu que les construits et symptômes

impliqués dans le TAG se présentent similairement chez l'aîné et l'adulte, alors que plusieurs auteurs notent d'importantes différences (Stanley & Beck, 2000; Salaz, 2014).

Les modèles de régression et d'effets indirects offrent un support préliminaire aux relations entre certaines variables situationnelles, cliniques et psychologiques et le TAG chez les aînés en suggérant une manière dont le développement et le maintien de l'inquiétude chronique, de l'inquiétude spécifique au vieillissement et des symptômes du TAG peuvent se présenter spécifiquement chez la personne âgée. Ces modèles permettent, par le fait même, d'amener un éclairage sur ce qui peut différer des processus étudiés et traités chez les jeunes adultes. En ce sens, des études ont déjà observé que la thérapie cognitive-comportementale conventionnelle avait moins d'impacts bénéfiques chez l'aîné que chez l'adulte. En effet, Flint (2005) note que le taux de réponse aux traitements (entre 28 % et 45 %) et le taux d'atteinte d'un bon niveau de fonctionnement (entre 3 % et 22 %) chez l'aîné restent plus bas, que ceux trouvés auprès d'une population plus jeune, après évaluation d'études de traitement de type cognitivo-comportemental. Dans une démarche thérapeutique auprès d'aînés, il semble spécifiquement utile d'adresser l'II, les croyances entourant l'utilité de s'inquiéter, l'évitement expérientiel et les stratégies de régulation émotionnelle, puisque celles-ci se sont démarquées dans la compréhension du développement et du maintien des variables centrales du TAG des aînés de l'étude. L'exposition à l'incertitude, à des problèmes liés à des menaces incertaines et aux pensées catastrophiques est aussi considérée comme une composante essentielle du traitement du TAG chez les aînés par d'autres auteurs (Stanley et al., 2003).

Pistes futures

Sur le plan théorique, il serait intéressant d'aller explorer les particularités du construit de méta-inquiétude chez l'aîné, une des seules variables théoriques centrales du TAG qui n'a pas été évalué dans l'étude actuelle. Wells (1995, 1997) a proposé un modèle du TAG reposant notamment sur les croyances négatives à l'égard de l'inquiétude. Ces dernières amèneraient l'individu à dévaluer ses inquiétudes vu leur caractère envahissant (p. ex., l'inquiétude atteint mon fonctionnement social). L'individu s'inquiète alors des conséquences de ses inquiétudes sur sa vie (p. ex., danger des inquiétudes sur le plan physique et mental, impact sur l'efficacité cognitive ainsi que superstition, punition et responsabilités liées à certaines inquiétudes). Le maintien des méta-inquiétudes serait dû à l'emploi de mécanismes (p. ex., demande de réassurance, évitement, vérification) empêchant l'individu de s'exposer aux situations permettant de voir que l'inquiétude est inoffensive et contrôlable. Les résultats de Davis et Valentiner (2000) supportent la théorie de Wells, en montrant que les participants répondant à l'ensemble des critères du TAG à un questionnaire ont plus de méta-inquiétudes que ceux non anxieux. Leurs résultats apportent toutefois peu de support à l'hypothèse de Wells et Butler (1997) voulant que la méta-inquiétude contribue, indépendamment des niveaux d'inquiétudes, à l'anxiété; seule la sous-échelle de confiance cognitive contribuait à la prédiction de l'anxiété après contrôle des traits d'inquiétude et d'anxiété ainsi que de la variance partagée avec une mesure des métacognitions. Du côté des aînés, Diefenbach, Gilliam, Tolin et Meunier (2008) ont fait une étude auprès de personnes recevant des soins à domicile, en utilisant une entrevue diagnostique mesurant les symptômes du TAG (présence et sévérité; ADIS-

IV). Les croyances négatives prédisaient la sévérité du TAG après contrôle du trait d'inquiétude et influençaient de manière indirecte le lien entre l'inquiétude et la sévérité des symptômes du TAG.

Au plan échantillonnal, peu d'aînés ont répondu aux critères du TAG par questionnaire dans l'étude comparativement à d'autres études (Dugas et al., 2001). Bien sûr, la population investiguée était non clinique, mais il semble pertinent de se questionner sur les différentes raisons pouvant expliquer ce résultat. Par exemple, les termes employés dans les instruments de mesure sont peut-être une voie d'explication. En effet, des auteurs (Grenier et al., 2011; Stanley & Beck, 2000) ont expliqué que les aînés reconnaissent difficilement le caractère excessif de leurs inquiétudes et leur impact fonctionnel, en plus d'utiliser des termes moins spécifiques (ex. tracas au lieu d'inquiétude) pour en parler.

Il serait aussi intéressant d'utiliser une méthodologie différente que celle des questionnaires autorapportés, par exemple des entrevues structurées par voie téléphonique ou en présentiel, afin de documenter autrement les construits étudiés et s'assurer de la compréhension des participants. Cela permettrait de cibler des aînés qui n'ont pas les habiletés de répondre seuls à des questionnaires. Évidemment, un recrutement visant la population clinique ou permettant d'aller chercher des aînés présentant un TAG et des aînés non-TAG, afin de réaliser des analyses comparatives, pourrait permettre d'amener une plus grande profondeur aux modèles conceptuels et créer d'autres avenues pour les traitements du TAG chez l'aîné. L'âge maximum de l'étude était de 80 ans. Une entrevue

évaluant les troubles cognitifs, permettant de départir les aînés présentant ou non des troubles cognitifs, pourrait être utilisée afin de recruter des aînés plus âgés. Il serait alors pertinent de vérifier s'il y a des différences entre les cohortes d'aînés dans les liens entre facteurs psychologiques, inquiétudes et symptômes du TAG. Pour favoriser la validité écologique, une avenue serait d'utiliser la technologie pour évaluer dans l'actuel, au lieu d'en rétrospective, les inquiétudes et l'anxiété des aînés. Des technologies, permettant de solliciter les aînés, en temps réel, pour qu'ils évaluent leurs niveaux d'inquiétude, d'anxiété et les facteurs psychologiques associés seraient innovatrices.

Conclusion

La présente étude avait pour but d'offrir des résultats préliminaires concernant les facteurs psychologiques et cliniques liés à la présence et au maintien des symptômes du TAG chez les personnes âgées de 60 à 80 ans. Elle visait plus spécifiquement à explorer la façon dont ces facteurs pouvaient être associés entre eux afin de prédire la tendance à s'inquiéter générale, les inquiétudes spécifiques au vieillissement et les symptômes du TAG chez la population québécoise vieillissante. De plus, elle vérifiait un modèle d'effets indirects servant à mieux comprendre la manière dont certains facteurs psychologiques s'influencent dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter.

Les résultats ont permis de confirmer l'importance de plusieurs variables dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Le contrôle de plusieurs variables pertinentes et propres au vieillissement a permis de vérifier de manière minutieuse la contribution spécifique de différentes variables psychologiques qui ont été jugées importantes par divers auteurs au fil du temps. Ce souci permet de se distinguer d'autres études corrélationnelles. À la fois, une variable sociodémographique (sexe), une variable clinique (présence d'au moins une maladie) ainsi que des facteurs psychologiques (II, croyances erronées et évitement expérientiel) se sont révélés des prédicteurs significatifs de la tendance à s'inquiéter chez les 60 à 80 ans.

Les résultats ont aussi permis de confirmer l'importance de l'humeur dépressive, de l'attitude quant au vieillissement et de l'II dans la prédiction des inquiétudes spécifiques au vieillissement. Les résultats ont aussi confirmé l'importance de s'intéresser au sexe, à la prise de médication, à l'II, aux croyances erronées et aux stratégies de régulation émotionnelle quand il s'agit de prédire les symptômes du TAG des aînés. Encore une fois, le contrôle de plusieurs variables sociodémographiques et cliniques pertinentes a permis de vérifier la contribution spécifique de ces variables, ajoutant distinction et validité à l'étude.

Ensuite, des analyses d'effets indirects ont permis d'identifier des effets indirects significatifs de deux construits, les croyances erronées quant au fait de s'inquiéter et l'évitement expérientiel, dans le lien unissant l'II et la tendance à s'inquiéter. Cette étude s'avère la première à vérifier les effets indirects de facteurs psychologiques clés, de différents modèles explicatifs du TAG, dans le lien unissant l'II et la tendance à s'inquiéter chez les aînés du Québec. Les résultats pourraient servir dans l'amélioration de traitements cognitifs-comportementaux auprès de la clientèle spécifique que représentent les aînés aux prises avec un TAG.

Cette étude permet donc de préciser un modèle explicatif du TAG des aînés. Fort de cette compréhension, le travail des cliniciens, œuvrant auprès de cette clientèle, pourront mieux et plus aisément cerner leurs objectifs thérapeutiques. Ils pourront également poursuivre le développement de programmes psychologiques et psychoéducatifs afin

d'aider les aînés aux prises avec des inquiétudes et de l'anxiété. Il semble notamment pertinent de travailler à améliorer la tolérance à l'incertitude des aînés, car les résultats de l'étude ont mis en lumière que l'II vient influencer d'autres variables centrales impliquées dans le développement et le maintien de l'inquiétude excessive et incontrôlable des personnes âgées entre 60 et 80 ans.

Dans une société dans laquelle l'espérance de vie s'accroît, le pourcentage d'aînés tend à augmenter. Au Québec, société où les soins de santé sont majoritairement absorbés par l'État, il est important d'offrir des mesures préventives et curatives pour éviter l'engorgement du système de santé, mais également afin de favoriser la qualité de vie d'une partie importante de la population. En matière de prévention, il semble important d'offrir des programmes psychoéducatifs, par exemple lors de la préretraite, afin de sensibiliser les gens aux inquiétudes et à l'anxiété. Il serait aussi pertinent que les professionnels de la santé soient davantage conscientisés aux mécanismes psychologiques d'importance dans la compréhension et le maintien du TAG des aînés. Cela pourrait notamment mener à la prescription de psychothérapie plutôt qu'à la prescription de psychotropes.

Pour terminer, il est important de poursuivre les études visant à améliorer les traitements psychologiques adaptés aux aînés aux prises avec un TAG. Tel qu'expliqué dans la présente étude, on note un retard dans l'étude du TAG chez les aînés dû notamment aux variations dans la prévalence trouvée dans les études épidémiologiques, au faible taux

de demande d'aide par les aînés souffrant du TAG et à la récence des instruments et modèles théoriques explicatifs. De plus, plusieurs variables psychologiques considérées importantes dans l'évolution du TAG, ainsi que leurs fonctions respectives et communes, n'ont pas encore été étudiées chez les aînés.

En parallèle, certaines variables spécifiques au vieillissement seraient à considérer dans la compréhension du TAG des aînés et afin de développer des traitements psychologiques plus efficaces pour cette population. À cet effet, la thérapie cognitive-comportementale semble une avenue de soin efficace chez les aînés, notamment lorsque certains aspects sont adaptés à leur réalité. Devant ce portrait, il semble pertinent d'améliorer le traitement du TAG chez les aînés à travers une meilleure connaissance des variables qui y sont reliées et par le développement d'une thérapie cognitive-comportementale plus adaptée à leur réalité. Des chercheurs se sont déjà attelés à en développer (Mohlman et al., 2003; Landreville, Gosselin, Grenier, Hudon, & Lorrain, 2016) et il est espéré que la présente étude pourra être utile afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques encore plus satisfaisants auprès de cette clientèle particulière.

Références

- Allgulander, C. (2007). What our patients want and need to know about generalized anxiety disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 172–176.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1590/S1516-44462006005000023>
- Allgulander, C., & Lavori, P. (1993). Causes of death among 963 elderly patients with “pure” anxiety neurosis in Stockholm and in patients with depressive neurosis or both diagnoses. *Compr. Psychiatry*, 34, 299–302.
- Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harvard review of psychiatry*, 11, 180–193.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Azaïs, F., Granger, B., & Debray, Q. (1994). Interférence sémantique et pathologie anxieuse : approche expérimentale dans l’anxiété généralisée. *Social Medical Psychology*, 152, 458–61.
- Babcock, R., MaloneBeach, E., Hou, B., & Smith, M. (2012). The experience of worry among young and older adults in the united states and Germany: A cross-national comparison. *Aging & Mental Health*, 16(4), 413–422.
 doi:10.1080/13607863.2011.615736
- Barnes, D. E., Beiser, A. S., Lee, A., Langa, K. M., Koyama, A., Preis, S. R., & ... Weir, D. R. (2014). Development and validation of a brief dementia screening indicator for primary care. *Alzheimer's & Dementia: The Journal Of The Alzheimer's Association*, 10(6), 656–665. doi:10.1016/j.jalz.2013.11.006
- Basevitz, P. (2003). *Worry in late adulthood: Developmental perspectives on content, frequency and worry proneness*. Thèse de doctorat inédite, Université Concordia.
- Baumgarten, M. (n.d.). *Traduction du « Louisville Older Person Event Scale »*. Document inédit, Université de Montréal.
- Bax-D’Auteuil, C., Duhamel, C., Dupuis, A., & Roussy, C. (2013). *Vulnérabilités psychologiques liées aux inquiétudes et à l’anxiété des aînés québécois*. Thèse d’honneur inédite, Université de Sherbrooke.

- Beaudreau, S. A., & O'Hara, R., (2008). Late-life anxiety and cognitive impairment: A review. *American Association for Geriatric Psychiatry, 16*, 790–801.
- Beck, J. G., & Averill, P. M. (2004). Older adults. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 409–433). New York: Guilford.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: A descriptive study. *Behaviour Research And Therapy, 34*(3), 225–234. doi:10.1016/0005-7967(95)00064-X
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry, 157*(1), 89–95. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1176/ajp.157.1.89>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal Of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011–1023.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? *Archives Of Psychiatric Nursing, 26*(3), 214–224. doi:10.1016/j.apnu.2011.09.007
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5–33). England: John Wiley and Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy, 28*(1), 69–73. doi:10.1016/0005-7967(90)90056-O
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy, 28*(2), 153–158. doi:10.1016/0005-7967(90)90027-G
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wisner, S. L., & Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy, 31*(3), 321–324. doi:10.1016/0005-7967(93)90031-O

- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561–576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16.
- Brenes, G. A. (2006). Age differences in the presentation of anxiety. *Aging & Mental Health*, 10(3), 298–302.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/13607860500409898>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. B., Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37–44.
- Brock, K., Clemson, L., Cant, R., Ke, L., Cumming, R. G., Kendig, H., & Mathews, M. (2011). Worry in older community-residing adults. *The International Journal of Aging & Human Development*, 72(4), 289–301. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.2190/AG.72.4.a>
- Brodaty, H., & Pachana, N. A. (2014). Through a glass, only slightly less darkly: Advances in measuring the influences of late-life anxiety. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1379–1381. doi:10.1016/j.jagp.2014.09.005
- 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, 233–250.
- Buhr, K. (2008). Expanding our conceptualization of excessive worry and GAD: The role of fear and avoidance of emotional experiences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(9-B), 6292–6306.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931–945.
- Clément, J. P., Preux, P. M., Fontanier, D., & Léger, J. M. (2001). Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale*, 27(4), 329–337.
- Côté, G., Carrier, M.-H., & Dagenais, I. (2009). *Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée*. Traduction du *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Document inédit, Université de Sherbrooke.

- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(2), 63–72. doi:10.1016/j.jtcc.2013.01.005
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22(1), 108–116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality And Individual Differences*, 29(3), 513–526. doi:10.1016/S0191-8869(99)00211-1
- De Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29(3), 583–593.
- de Guzman, A. B., Lacao, R. A., & Larracas, C. (2015). A structural equation modelling on the factors affecting intolerance of uncertainty and worry among a select group of Filipino elderly. *Educational Gerontology*, 41(2), 106–119. doi:10.1080/03601277.2014.918837
- de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119–128.
- de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research On Aging*, 28(5), 582–598. doi:10.1177/0164027506289723
- Delphin-Combe, F., Bathsavanis, A., Rouch, I., Liles, T., Vannier-Nitenberg, C., Fantino, B., &... Krolak-Salmon, P. (2016). Relationship between anxiety and cognitive performance in an elderly population with a cognitive complaint. *European Journal Of Neurology*, 23(7), 1210–1217. doi:10.1111/ene.13004
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335–354. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/07481180302904>
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Gilliam, C. M., & Meunier, S. A. (2008). Extending cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety to home care: Program development and case examples. *Behavior Modification*, 32(5), 595–610.

- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*(1), 31–40.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance of the generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*(6), 593–606. doi:10.1023/A :1021890322153
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 11*, 31–36.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215–226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*(5), 551–558.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(1), 61–81. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1891/jcop.19.1.61.66326>
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1998). Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. Dans V. E. Caballo (Éd.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 197–225). Oxford, England: Pergamon/Elsevier Science Ltd. doi:10.1016/B978-008043433-9/50009-2
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting Intolerance of Uncertainty in Two Types of Worry. *Behavior Modification, 24*(5), 635–657. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M.J., Laugesen, N., & Bukowski, W. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863–870.

- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 109–120.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., . . . Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy, 38*, 169–178.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology, 29*(1), 1–12.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/0197353070133084>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5e éd.). Londre, Angleterre: SAGE Publications.
- Flint, A. (2004). Anxiety disorders. Dans J. Sadavoy, L. F. Jarvik, & G. T. Grossberg (Éds), *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry* (3e éd., pp 687–699). New York, NY: Norton.
- Flint, A. (2005). Anxiety and its disorders in late life: Moving the field forward. *American Journal for Geriatric Psychiatry, 17*, 117–123.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 20*(3), 265–273.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality And Individual Differences, 17*(6), 791–802.
doi:10.1016/01918869(94)90048-5
- Fuentes, K., & Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: A community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour Research and Therapy, 38*(3), 297–309.
- Fulford, D., Rosen, R. K., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2012). Negative generalization and symptoms of anxiety disorders. *Journal of Experimental Psychopathology, 3*(1), 62–68. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.5127/jep.019811>

- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 31*, 923–933. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.001
- Gerolimos, L. A., Ciliberti, C. M., Gregg, J. J., Nazem, S., Bamonti, P. M., Cavanagh, C. E., & Edelstein, B. A. (2015). Development and preliminary evaluation of the anxiety in cognitive impairment and dementia (ACID) scales. *International Psychogeriatrics, 27*(11), 1825–1838. doi:10.1017/S1041610215001027
- Gosselin, P. (2006). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine & P. Fontaine (Éds), *Guide pratique de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 302–344). Paris: Retz.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 12*, 49–58.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale, 27*, 475–484.
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique, 29*(4), 351–361.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1427–1439.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 53*, 199–211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 15*, 141–153.
- Gosselin, P., & Magnan, S. (2010, Mars). *Effets direct et indirects de l'intolérance à l'incertitude dans le Trouble d'anxiété généralisée : le rôle médiateur de variables cognitives spécifiques auprès d'un échantillon clinique*. Affiche présentée au congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Québec, QC.

- Gosselin, P., Pelletier, O., & Ladouceur, R. (2001). *Développement et validation d'un nouveau questionnaire évaluant l'attitude des gens à l'égard des problèmes*. Communication présentée au Réseau de Santé Mentale du FRSQ (RSMQ), Québec, QC.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41–54.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grenier, S., Potvin, O., Préville, M., Boyer, R., & Hudon, C. (2011, Mars). *Le diagnostic des troubles anxieux chez les personnes âgées : quelques considérations pour le DSM-V*. Communication présentée au congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Québec, QC.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*, 769–781.
- Halleröd, B. (2009). Ill, worried or worried sick? Inter-relationships among indicators of wellbeing among older people in Sweden. *Ageing & Society*, *29*(4), 563–584.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1017/S0144686X09008502>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553–578.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, *33*, 176–187.
- Heckhausen, J., & Schultz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, *102*, 284–304.
- Heeren, A. (2016). Biais attentionnels et psychopathologie : de la recherche fondamentale à la recherche-développement en technologies thérapeutiques. Dans J. L. Monestès, & C. Baeyens, C. (Éds), *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques* (pp. 147–166). Dunod: Paris.

- Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 52(1), 33–39. doi:10.1016/j.archger.2010.01.017
- Hopko, D. R., Stanley, M. A., Reas, D., Wetherell, J., Beck, J. G., Novy, D., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and Psychometric Properties of an Abbreviated Model. *Psychological Assessment*, 15, 173–183.
- Howell, H. B., Brawman-Mintzer, O., Monnier, J., & Yonkers, K. A. (2001). Generalized anxiety disorder in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 165–178.
- Kafer, R. A., Rakowski, W., Lachman, M., & Hickey, T. (1980). Aging opinion survey: A report on instrument development. *International journal of aging and human development*, 11(4), 319–331.
- Kessler, R. C., & Wittchen, H. U. (2002). Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), S4–S10.
- Labouvie-Vief (1997). Cognitive-emotional integration in adulthood. Dans K.W. Schaie & M.P. Lawton (Éds), *Annual review of gerontology and geriatrics: Vol. 17. Focus on emotion and adult development* (pp. 206-237). New York: Springer.
- Labouvie-Vief, G., DeFoe, M., & Bulka, D. (1998). Speaking about feelings: Connections of emotion across the life span. Dans M.P. Lawton & T. A. Salthouse (Éds), *Essential papers on the psychology of aging*. New York: University Press.
- Lachance, S., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Éléments d'explication de la tendance à s'inquiéter = Elements explaining the tendency towards uncertainty. *Applied Psychology: An International Review*, 48(2), 187–196.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/026999499377600>
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 12(2), 139–152. doi:10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J. M. Boisvert (Éds), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (pp. 31–58). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research And Therapy*, 38(9), 933–941. doi:10.1016/S0005-7967(99)00133-3

- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21(3), 355–371.
doi : 10.1177/01454455970213006
- Laidlaw, K., Power, M. J., & Schmidt, S. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International journal of geriatric psychiatry*, 22, 367–379.
- Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., Hudon, C., & Lorrain, D. (2016). Guided self-help for generalized anxiety disorder in older adults. *Aging & Mental Health*, 20(10), 1070–1083.
doi : 10.1080/13607863.2015.1060945
- Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., et al. (1997). *The Cognitive Avoidance Questionnaire: Factor structure and convergent validity in an adolescent sample*. Communication présentée au XXVIIe congrès annuel de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Venise, Italie.
- Langlois, F., Gosselin, P., Brunelle, C., Drouin, M.-C., & Ladouceur, R. (2007). Les variables cognitives impliquées dans l'inquiétude face à la maladie = Implied cognitive variables in the face of disease. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 39(3), 174–183.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1037/cjbs2007014>
- Langlois, F., Lachance, S., Provencher, M., et al. (1996). *Le Questionnaire d'évitement cognitive : analyses préliminaires*. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTECC), Annecy, France.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., Pollock, B. G., & Reynolds, C. F., III. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722–728.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1176/appi.ajp.157.5.722>
- Leroux, H., Gatz, M., & Wetherell, J. L. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13, 23–30.
- Levy, B. R., (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 203–211.
- Mathews, A., & Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color-naming in anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 57–62.

- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 115–133.
- McCann, S. J., Stewin, L. L., & Short, R. H. (1991). Sex differences, social desirability, masculinity, and the tendency to worry. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, 152*(3), 295–301.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/00221325.1991.9914687>
- Meeten, F., Dash, S. R., Scarlet, A. L. S., & Davey, G. C. L. (2012). Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 690–698.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science And Practice, 9*(1), 85–90. doi : 10.1093/clipsy/9.1.85
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2000, Novembre). *Deficits in the regulation of emotion: A new direction for understanding generalized anxiety disorder*. Affiche présentée à la rencontre annuelle de l'Association pour l'avancement de la thérapie comportementale, Nouvelle-Orléans, LA, États-Unis.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487–495.
- Miller, N. S. (1995). Liability and efficacy from long-term use of benzo-diazepines: Documentation and interpretation. *Psychiatric Annals, 25*, 166–173.
- Mohlman, J., Gorenstein, E. E., Kleber, M., de Jesus, M., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: Two pilot investigations. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry, 11*(1), 24–32. doi:10.1176/appi.ajgp.11.1.24
- Monestès, J., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 59*(4), 301–308. doi:10.1016/j.erap.2009.09.001
- Montorio, I., Wetherell, J. L., & Nuevo, R. (2006). Beliefs about worry in community-dwelling older adults. *Depression And Anxiety, 23*(8), 466–473. doi:10.1002/da.20199
- Murrell, S. A., Norris, F. H., & Hutchins, G. L. (1984). Distribution and Desirability of Life Events in Older Adults: Population and Policy Implications. *Journal of community psychology, 12*, 301–311.

- Neikrug, S. M. (1998). The value of gerontological knowledge for elders: A study of the relationship between knowledge on aging and worry about the future. *Educational Gerontology, 24*(3), 287–296. doi:10.1080/0360127980240308
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Nuevo, R., Montorio, I., & Borkovec, T. D. (2004). A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry, 35*(3), 209–218. doi:10.1016/j.jbtep.2004.03.002
- Nuevo, R., Wetherell, J. L., Montorio, I., Ruiz, M. A., & Cabrera, I. (2009). Knowledge about aging and worry in older adults: Testing the mediating role of intolerance of uncertainty. *Aging & Mental health, 13*, 135–141.
- Ouellet, C. (2014). *Étude des liens entre deux modèles du trouble d'anxiété généralisée : le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Peplau, L. A., Micelli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. Dans L. A. Peplau & D. Perlman (Éds), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 327–350). New York, NY: Wiley.
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., & Lenze, E. J. (2008). The burden of late-life generalized anxiety disorder: Effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *The American journal of geriatric psychiatry, 17*(6), 473–482.
- Powers, C. B., Wisocki, P. A., & Whitbourne, S. K. (1992). Age differences and correlates of Worry in Young and Elderly Adults. *The Gerontologist, 32*(1), 82–88.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 36*, 717–731.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., ... Brassard, J. (2008). The Epidemiology of Psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Revue canadienne de psychiatrie, 53*, 822–832.
- Provencher, M. D., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Catastrophizing assessment of worry and threat schemata among worriers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*(3), 211–224.
<https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1017/S1352465800003027>

- Rebok, G. W., Parisi, J. M., & Kueider, A. M. (2014). Stressors and vulnerabilities in middle and old age: opportunities for prevention. Dans Z. Sloboda & H. Petras (Éds), *Defining Prevention Science* (p. 113–133). New York, NY: Springer.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.
- Rosmarin, D. H., Pirutinsky, S., Auerbach, R. P., Björgevinnson, T., Bigda, P. J., Andersson, G., Pargament, K. I., & Krumrei, E. J. (2011). Incorporating spiritual beliefs into a cognitive model of worry. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 691–700. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/jclp.20798>
- Roy, A., Langlois, F., Gosselin, P., Rhéaume, J., & Dugas, M. J. (n.d.). *Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC)*. Document inédit, Université Laval.
- Ruggiero, G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., & Rapee, R. M. (2012). Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 224–230. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.paid.2012.03.016>
- Ruscio, A. M., & Seitchik, A. E. (2007, November). *Problem-solving abilities and appraisals associated with severe worry and GAD*. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphia, PA.
- Salaz, J. D. (2014). Age-specific features of generalized anxiety disorder in older adults [ProQuest Information & Learning]. Dans *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 75, Issue 1–B(E)).
- Sinoff, G., & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 951–959. doi:10.1002/gps.1004
- Skarborn, M., & Nicki, R. (2000). Worry in pre- and post-retirement persons. *The International Journal of Aging & Human Development*, 50(1), 61–71. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.2190/CFQ1-7HG3-9APX-1NMA>
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 731–754. [https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0272-7358\(99\)00064-1](https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0272-7358(99)00064-1)

- Stanley, M. A., Beck, J. G., Novy, D. M., Averill, P. M., Swann, A. C., Diefenbach, G. J., & Hopko, D. R. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 71*(2), 309–319. doi:10.1037/0022-006X.71.2.309
- Stanley, M. A., & Novy, D. M. (2000). Cognitive–behavior therapy for generalized anxiety in late life: An evaluative overview. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(2), 191–207. [https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0887-6185\(99\)00048-1](https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0887-6185(99)00048-1)
- Stavosky, J. M., & Borkovec, T. D. (1987). The phenomenon of worry: Theory, research, treatment and its implications for women. *Women & Therapy, 6*(3), 77–95. https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1300/J015V06N03_07
- Tallis, F., & Eysenck, M. W. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22*(1), 37–56.
- Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2001, Mars). *An examination of emotion regulation deficits among individuals with generalized anxiety disorder*. Affiche présentée à la réunion annuelle de l'Association of Anxiety Disorders of America, Atlanta, GA, États-Unis.
- Turk-Charles, S., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136–151.
- van Hout, H., Beekman, A., de Beurs, E., Comijs, H., van Marwijk, H., de Haan, M., van Tilburg, W., Deeg, D. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. *Br. J. Psychiatry, 185*, 399–404.
- Vesga-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S.-M., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(10), 1606–1616. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.4088/JCP.v69n1011>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews In Clinical Gerontology, 10*(4), 407–417. doi:10.1017/S0959259800104101
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301–320.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. Dans D. M. Clark & C. G. Fairburn (Éds), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 155–178). New York, NY: Oxford University Press.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 585–594.
- 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
- Wijeratne, C., & Hickie, I. (2001). Somatic distress syndromes in later life: The need for paradigm change. *Psychological Medicine*, *31*(4), 571–576.
- Wisocki, P. (1994). The experience of worry among the elderly. Dans G. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 247–261). New York, NY: Wiley.
- 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. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/da.20653>
- Zakowski, S. G., Hall, M. H., Klein, L. C., & Baum, A. (2001). Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, *23*, 158-165.
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. (2015). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, *172*, 24–29.

Appendice A

Tableau 1

Tableau 1

Distribution des participants en fonction des variables sociodémographiques

Variabes	<i>n</i>	%
Genre		
Homme	60	34,10
Femme	116	65,90
Âge		
60-64 ans	69	39,20
65-69 ans	55	31,30
70-74 ans	26	14,75
75-80 ans	26	14,75
Niveau de scolarité		
Primaire	2	1,10
Secondaire	39	22,20
Collégial	40	22,70
Universitaire	85	48,30
Autre	10	5,70
Statut conjugal		
Marié	71	40,30
Conjoint de fait ou en couple	38	21,60
Célibataire	26	14,80
Veuf	19	10,80
Séparé	4	2,30
Divorcé	18	10,20
Statut d'emploi		
Retraité	150	85,20
Emploi temps plein	11	6,30
Emploi temps partiel	5	2,80
Ni retraité ni en emploi	10	5,70
Lieu de résidence		
Résidence privée	131	74,40
Logement loué	37	21,00
Résidence pour aînés	1	0,60
Autre	7	4,00

Revenu annuel

19 999 \$ et moins	17	9,70
20 000 à 29 999 \$	22	12,50
30 000 à 39 999 \$	23	13,10
40 000 à 49 999 \$	25	14,20
50 000 et plus	72	40,90
Préfère ne pas répondre	15	8,50
Manquante	2	1,10

Problèmes de santé

Oui	96	54,50
Non	78	44,30
Manquante	2	1,10

Perception de la santé

Excellente	33	18,80
Très bonne	73	41,50
Bonne	54	30,70
Passable	13	7,40
Mauvaise	1	0,60
Manquante	2	1,10

Naissance au Québec

Oui	168	95,40
Non	8	4,60

Appendice B

Lettre d'approbation éthique du projet de recherche 2018-1621

Sherbrooke, le 20 décembre 2018

Mme Claudie Bax-D'Auteuil
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

N/Réf. 2018-1621/Bax-D'Auteuil

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a reçu les clarifications ou les modifications demandées concernant votre projet de recherche intitulé « **Facteurs explicatifs des inquiétudes et de l'anxiété chez la population âgée québécoise** ».

Les documents suivants ont été analysés :

- Formulaire de réponse aux conditions (F20-2661)
- Projet de recherche (Projet de recherche - Comité d'éthique_version finale.docx) [date : 01 novembre 2018]
- Formulaire d'information et de consentement (formulaire de consentement version papier - comité éthique_version modifiée suite commentCC.doc) [date : 01 novembre 2018]
- Formulaire d'information et de consentement (formulaire de consentement version virtuelle- comité éthique_version finale.doc)
- Recrutement (Affiche recrutement version papier_version finale.docx) [date : 13 décembre 2018, version : 4]
- Recrutement (Affiche recrutement version virtuelle_version finale.docx) [date : 13 décembre 2018, version : 4]

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été **approuvé**.

Cette approbation étant **valide jusqu'au 20 décembre 2019**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Madame, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.

M. Olivier Laverdière
Président du CÉR - Lettres et sciences humaines
Professeur au département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines

c. c. Vice-décanat à la recherche
Directeur ou directrice de recherche (le cas échéant)
Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création (le cas échéant)

Appendice C

Questionnaire d'informations générales

Questionnaire d'informations générales

1. Quel âge avez-vous : _____ ans
2. Êtes-vous : une femme
 un homme
3. Dernier niveau de scolarité complété :
 - Aucun
 - Primaire
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire
 - Autres, précisez : _____
4. Quel est votre statut civil actuel ?
 - Marié(e)
 - Conjoint(e) de fait ou en couple
 - Célibataire
 - Veuf(ve)
 - Séparé(e)
 - Divorcé(e)
5. Quelle est votre occupation principale actuelle?
 - Retraité(e)
 - Emploi rémunéré à temps plein
 - Emploi rémunéré à temps partiel
 - Ni retraité(e), ni en emploi, s.v.p., précisez : _____
6. Demeurez-vous :
 - En résidence privée (maison)
 - En logement loué (appartement)
 - En résidence pour aînés
 - Autres, s.v.p. précisez : _____

7. Quel est votre revenu annuel (considérer le revenu familial si applicable) ?

- 9 999\$ et moins
- 10 000\$ à 19 999\$
- 20 000\$ à 29 999\$
- 30 000\$ à 39 999\$
- 40 000\$ à 49 999\$
- 50 000\$ et plus
- Préfère ne pas répondre

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

- Oui
 - Non
- Si **oui**, combien? _____

9. Diriez-vous que votre santé :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

10. Êtes-vous né(e) au Québec ?

- Oui
 - Non
- Si **non**, où êtes-vous né(e) ? _____

11. Vos parents sont-ils né(s) au Québec ?

- Oui
 - Non
- Si **non**, où sont-ils né(s)? Mère : _____

Père : _____

Médication pour traiter l'anxiété

1. a) Prenez-vous des médicaments pour traiter l'anxiété?

- Oui
 Non

Voici des exemples de médicaments habituellement prescrits (liste non exhaustive en ordre alphabétique) :

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| ✓ AmbienMC (Zolpidem) | ✓ PristiqMC (Desvenlafaxine) |
| ✓ AtivanMC (Lorazepam) | ✓ ProzacMC (Fluoxétine) |
| ✓ AventylMC (Nortriptyline) | ✓ RemeronMC (Mirtazapine) |
| ✓ CelexaMC (Citalopram) | ✓ RestorilMC (Témazepam) |
| ✓ CymbaltaMC (Duloxétine) | ✓ RisperdalMC (Risperidone) |
| ✓ DalmaneMC (Flurazepam) | ✓ RivotrilMC (Clonazepam) |
| ✓ DesyrelMC (Trazodone) | ✓ SeraxMC (Oxazepam) |
| ✓ EffexorMC (Venlafaxine) | ✓ SeroquelMC (Quétiapine) |
| ✓ ElavilMC (Amitriptyline) | ✓ ValiumMC(Apo-Diazepam, Novo-Dipam) |
| ✓ ImovaneMC (Zopiclone) | ✓ WellbutrinMC (Bupropion) |
| ✓ LunestaMC (Eszopiclone) | ✓ XanaxMC (Alprazolam) |
| ✓ LuvoxMC (Fluvoxamine) | ✓ ZoloftMC (Sertraline) |
| ✓ LyricaMC (prégabaline) | ✓ ZyprexaMC (Olanzapine) |
| ✓ NeurontinMC (Gabapentin) | |
| ✓ PaxilMC (Paroxétine) | |

Non ⇒ Passez au prochain questionnaire

Oui ⇒ Répondez aux questions **b)** à **e)**

b) Que prenez-vous ?

c) Depuis quand le(s) prenez-vous ? (JJ/MM/AAAA)

d) Quelle est la dose (MG) prise en moyenne par jour ?

e) Quelle est la fréquence de consommation ?

Appendice D

Questionnaire sur l'inquiétude de Penn State (QIPS)

QIPS

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

1.	Mes inquiétudes me submergent.	1	2	3	4	5
2.	Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
3.	Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter, mais je n'y peux rien.	1	2	3	4	5
4.	Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.	1	2	3	4	5
5.	Je m'inquiète continuellement à propos de tout.	1	2	3	4	5
6.	Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai à faire.	1	2	3	4	5
7.	J'ai été inquiet tout au long de ma vie.	1	2	3	4	5
8.	Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.	1	2	3	4	5

Appendice E

Aging Opinion Survey (AOS)

AOS

Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés qui préoccupent plusieurs individus. Lisez attentivement chaque item. Lorsque ce sera fait, entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord par rapport à chaque problème.

1	2	3	4	5
Pas du tout Correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

1.	Il est préférable d'éviter de penser que nous vieillissons chaque jour.	1	2	3	4	5
2.	Plus je vieillis, plus je m'inquiète de mes finances.	1	2	3	4	5
3.	J'ai toujours redouté le jour où je me regarderais dans le miroir et verrais des cheveux gris.	1	2	3	4	5
4.	Je suis devenu(e) plus satisfait(e) avec les années.	1	2	3	4	5
5.	Je redoute le jour où je ne pourrai plus me déplacer par moi-même.	1	2	3	4	5
6.	Plus je vieillis, plus je m'inquiète à propos de ma santé.	1	2	3	4	5
7.	Je suis certain(e) que j'aurai toujours beaucoup d'ami(e)s à qui parler.	1	2	3	4	5
8.	La plupart des personnes âgées semblent avoir besoin de beaucoup plus de sommeil pour avoir assez d'énergie afin d'effectuer les tâches de la vie quotidienne.	1	2	3	4	5
9.	Je ne pense jamais au fait de mourir.	1	2	3	4	5
10.	J'ai peur que tous mes ami(e)s ne soient plus là lorsque je serai plus âgé(e).	1	2	3	4	5
11.	La pensée de vivre plus longtemps que mon/ma conjoint(e) m'effraie.	1	2	3	4	5
12.	Une de mes plus grandes peurs est de dépendre financièrement de mes enfants lorsque je serai plus âgé(e).	1	2	3	4	5
13.	Plus je vieillis, plus je suis anxieux(se) à propos du futur.	1	2	3	4	5
14.	Je préférerais être jeune plutôt que de vivre les joies du vieillissement (être grand-parent, la retraite, etc.).	1	2	3	4	5

Appendice F

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent? (si applicable)

a) _____ c) _____
b) _____ d) _____

2. Avez-vous l'impression de vous en faire trop ou de vous inquiéter trop par rapport à certains sujets? (Encerchez le chiffre de 0 à 8)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Je n'ai absolument pas l'impression de m'en faire trop			J'ai modérément l'impression de m'en faire trop					J'ai complètement l'impression de m'en faire trop

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes qui vous semblaient excessives ou exagérés?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais			1 jour sur 2					À tous les jours

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune difficulté				Difficulté modérée				Difficulté extrême

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se?

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

b) Facilement fatigué-e

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

c) Difficulté à vous concentrer ou blanc de mémoire

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

d) Irritabilité

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

e) Tensions musculaires

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

6. À quel point est-ce que votre anxiété ou vos inquiétudes viennent déranger votre vie (par exemple, viennent déranger votre fonctionnement dans vos activités sociales, dans vos relations avec votre famille, dans vos activités personnelles à la maison, dans vos activités extérieures) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

7. Avez-vous l'impression que vos inquiétudes ou votre anxiété ont pris de l'ampleur à un moment donné dans votre vie, c'est-à-dire, qu'elles sont devenues plus dérangeantes, plus nuisibles, plus fortes ou plus profondes pour vous ?

Oui

Non

Si **oui**, selon vous, **quel âge** aviez-vous environ : _____ ans

Appendice G

Inventaire d'intolérance à l'incertitude partie A (III-A)



III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il-vous-plaît, encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Tout à fait correspondant
--	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--

1. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
2. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
3. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
4. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
5. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
6. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
8. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5

III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il-vous-plaît, encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Tout à fait correspondant
1. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
2. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
3. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
4. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
5. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
6. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5
7. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
8. Les situations incertaines m'inquiètent.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.	1	2	3	4	5
10. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.	1	2	3	4	5
11. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.	1	2	3	4	5

12. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Appendice H

Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP)

QAP

Les gens réagissent de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manque de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Extrêmement
	Correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant

1.	Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être.	1	2	3	4	5
2.	Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.	1	2	3	4	5
3.	Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.	1	2	3	4	5
4.	Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.	1	2	3	4	5
5.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je mets souvent en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
6.	Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.	1	2	3	4	5
7.	Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.	1	2	3	4	5
8.	J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1	2	3	4	5
9.	Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
10.	Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1	2	3	4	5
11.	Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.	1	2	3	4	5
12.	Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.	1	2	3	4	5

Appendice I

Questionnaire d'évitement cognitif (QEC)

QEC

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (encerclez le chiffre qui vous représente le mieux).

	1	2	3	4	5
	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	Correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant
1.	Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.				1 2 3 4 5
2.	Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.				1 2 3 4 5
3.	Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.				1 2 3 4 5
4.	J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.				1 2 3 4 5
5.	J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.				1 2 3 4 5
6.	J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.				1 2 3 4 5
7.	Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.				1 2 3 4 5
8.	Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.				1 2 3 4 5
9.	Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.				1 2 3 4 5
10.	Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.				1 2 3 4 5
11.	Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.				1 2 3 4 5
12.	Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).				1 2 3 4 5
13.	Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.				1 2 3 4 5
14.	J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.				1 2 3 4 5

15. Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.

1 2 3 4 5

Appendice J

Pourquoi s'inquiéter, version 2 (PSI-II)

POURQUOI S'INQUIÉTER?

En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée pour chacun des items.

1. Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

2. Si je m'inquiète, je serai moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

3. Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

4. Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

5. Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

6. Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

7. Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

8. C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.

Pas du tout vrai Un peu Assez vrai Très vrai Tout à fait vrai

9. Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

10. Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

11. Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

12. Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

13. Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

14. En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

15. L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

16. Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

17. Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

18. En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

19. Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

20. Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

21. En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

22. Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

23. Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

24. En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

25. Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout vrai	Un peu	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

Appendice K

Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée (EDRE-18)

Échelle des difficultés de régulation des émotions

Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :

1	2	3	4	5
Presque jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

- _____ 1) Je prête attention à ce que je ressens.
- _____ 2) Je n'ai aucune idée de ce que je ressens.
- _____ 3) J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions.
- _____ 4) Je suis à l'écoute de mes émotions.
- _____ 5) Je ne sais pas trop ce que je ressens.
- _____ 6) Lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions.
- _____ 7) Lorsqu'une situation me bouleverse, je suis mal à l'aise de me sentir comme ça.
- _____ 8) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail.
- _____ 9) Lorsqu'une situation me bouleverse, je perds le contrôle.
- _____ 10) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps.
- _____ 11) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression.
- _____ 12) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose.
- _____ 13) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça.
- _____ 14) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens coupable de me sentir comme ça.

Échelle des difficultés de régulation des émotions (suite)

Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :

1	2	3	4	5
Presque jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

_____ 15) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer.

_____ 16) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements.

_____ 17) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux pas faire autrement que de patauger dans cet état.

_____ 18) Lorsqu'une situation me bouleverse, je ne maîtrise plus mes comportements.

Appendice L

Questionnaire d'acceptation et d'action II (AAQ-II)

AAQ-2 Version Française

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse.

1	2	3	4	5	6	7
jamais vrai	très rarement vrai	rarement vrai	parfois vrai	souvent vrai	presque toujours vrai	Toujours vrai

- | | |
|---|---------------|
| 1. Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. J'ai peur de mes émotions. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. J'ai peur ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. J'ai le contrôle de ma vie. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Mes soucis m'empêchent de réussir. '1' | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Appendice M

Échelle de dépression gériatrique abrégée (Mini-GDS)

Humeur

Consigne : Cochez la réponse (**oui** ou **non**) décrivant le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine ou au cours des 15 derniers jours jusqu'à aujourd'hui.

1. Vous sentez vous souvent abattu(e) et triste ?	oui	non
2. Avez vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
3. Etes vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?	oui	non
4. Pensez vous que votre situation est sans espoir ?	oui	non

Appendice N

Louisville Older Person Events Scale (LOPES)

Louisville Older Person Events Scale (LOPES)

Voici certains événements qui peuvent arriver aux gens. S'il-vous-plaît, indiquez si un ou plusieurs des événements suivants vous est arrivé au cours des **12 derniers mois**. Encerchez la réponse correspondante. Si cela ne s'applique pas à votre situation, encerchez « non ». **Si vous avez encerclé « oui »**, encerchez à quel point cet événement a un effet négatif sur votre vie **actuellement**.

Événement	Cela vous est-il arrivé?		À quel point est-ce que cet événement a un effet négatif sur votre vie?			
			Pas d'effet	Effet faible	Effet modéré	Effet important
Un membre de votre famille proche est décédé :						
1. Frère ou soeur	Oui	Non	0	1	2	3
2. Conjoint	Oui	Non	0	1	2	3
3. Enfant	Oui	Non	0	1	2	3
4. Parent	Oui	Non	0	1	2	3
5. Petit-enfant	Oui	Non	0	1	2	3
Un membre de votre famille proche a contracté une maladie ou a subi une blessure :						
6. Frère ou soeur	Oui	Non	0	1	2	3
7. Conjoint	Oui	Non	0	1	2	3
8. Enfant	Oui	Non	0	1	2	3
9. Parent	Oui	Non	0	1	2	3
10. Petit-enfant	Oui	Non	0	1	2	3
11. Vous ou un membre de votre famille proche avez dû être hospitalisé	Oui	Non	0	1	2	3
12. Un(e) bon(ne) ami(e) est décédé(e)	Oui	Non	0	1	2	3
13. Un(e) ami(e) a contracté une maladie ou a subi une blessure	Oui	Non	0	1	2	3
14. Vous avez contracté une maladie ou une blessure	Oui	Non	0	1	2	3
15. Votre maison a eu besoin de réparations majeures	Oui	Non	0	1	2	3

			Pas d'effet	Effet faible	Effet modéré	Effet important
16. Vous avez dû prendre plus de responsabilités pour un membre de votre famille	Oui	Non	0	1	2	3
17. Vous aviez moins d'argent pour vivre	Oui	Non	0	1	2	3
18. Votre enfant a eu de nouveaux problèmes d'argent	Oui	Non	0	1	2	3
19. Vous avez cessé d'assister aux activités paroissiales	Oui	Non	0	1	2	3
20. Un(e) ami(e) a déménagé	Oui	Non	0	1	2	3
21. Vous avez perdu un animal	Oui	Non	0	1	2	3
22. Il y a eu un crime contre vous ou quelqu'un que vous connaissez	Oui	Non	0	1	2	3
23. Vous avez cessé de participer aux activités de loisirs.	Oui	Non	0	1	2	3
24. Votre enfant est déménagé plus loin	Oui	Non	0	1	2	3
25. Vous avez connu quelqu'un qui s'est suicidé ou qui a fait une tentative de suicide	Oui	Non	0	1	2	3
26. Votre enfant s'est divorcé	Oui	Non	0	1	2	3
27. Votre enfant a connu un nouveau problème conjugal	Oui	Non	0	1	2	3
28. Vous avez emprunté une importante somme d'argent	Oui	Non	0	1	2	3
29. Il y a eu un nouveau conflit avec un membre de votre famille	Oui	Non	0	1	2	3
30. Vous avez perdu votre emploi ou votre commerce	Oui	Non	0	1	2	3
31. Vous avez dû quitter votre domicile	Oui	Non	0	1	2	3
32. Vous avez connu un nouveau problème conjugal	Oui	Non	0	1	2	3
33. Vous vous êtes divorcé(e)	Oui	Non	0	1	2	3

34. Vous vous êtes séparé(e) de votre conjoint à cause de conflits	Oui	Non	0	1	2	3
--	-----	-----	---	---	---	---

Appendice O

Attitudes to Ageing Questionnaire (QAV)

QAV – Partie A

INSTRUCTIONS : Ce questionnaire vous demande comment vous vous sentez par rapport au fait de vieillir. Répondez à toutes les questions. Si vous êtes incertains de la réponse à donner à une question, choisissez celle qui vous apparaît la plus appropriée. Cela correspond souvent à votre première réponse.

Veillez garder en tête vos valeurs, espoirs, plaisirs et préoccupations. Nous vous demandons de penser à votre vie en général.

Vous devez encrer le chiffre qui correspond le mieux à quel point vous êtes d'accord avec l'affirmation.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. À mesure que les gens vieillissent, ils sont davantage en mesure de faire face à la vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. C'est un privilège de vieillir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La vieillesse est une période de solitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La sagesse vient avec l'âge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Il y a plusieurs choses plaisantes en lien avec la vieillesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. La vieillesse est une période de vie déprimante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Il est important de faire de l'exercice à tout âge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
-

QAV – Partie B

Vous devez encercler le chiffre qui correspond le mieux à la véracité de cet item pour vous.

	1	2	3	4	5
	Totalement faux	Un peu vrai	Assez vrai	Vrai	Très vrai
8. Vieillir a été plus facile que ce que je pensais				1	2 3 4 5
9. Je trouve plus difficile de parler de mes sentiments en vieillissant.				1	2 3 4 5
10. Je m'accepte plus maintenant que j'ai vieilli.				1	2 3 4 5
11. Je ne me sens pas vieux/vieille.				1	2 3 4 5
12. Je vois principalement la vieillesse comme une perte de temps.				1	2 3 4 5
13. Mon identité n'est pas définie par mon âge.				1	2 3 4 5
14. J'ai plus d'énergie que ce que je pensais avoir à mon âge.				1	2 3 4 5
15. Je perds mon indépendance physique en vieillissant.				1	2 3 4 5
16. Mes problèmes de santé physique ne m'empêchent pas de faire ce que je veux.				1	2 3 4 5
17. En vieillissant, je trouve qu'il est plus difficile de me faire de nouveaux amis.				1	2 3 4 5
18. Il est important de transmettre mon expérience aux personnes plus jeunes.				1	2 3 4 5
19. Je crois que ma vie a fait une différence.				1	2 3 4 5
20. Je ne me sens pas impliqué socialement maintenant que je suis vieux/vieille.				1	2 3 4 5
21. Je veux donner un bon exemple aux personnes plus jeunes.				1	2 3 4 5
22. Je me sens exclu à cause de mon âge.				1	2 3 4 5
23. Ma santé est meilleure que ce à quoi je m'attendais pour mon âge.				1	2 3 4 5
24. Je me garde aussi en forme et actif(ive) que possible en faisant de l'exercice.				1	2 3 4 5

Appendice P

de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte (JGLS)

Questionnaire De Jong Gierveld

Veillez répondre à ces questions concernant la manière dont vous vous sentez en relation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous aimerions que vous soyez honnête. En répondant aux questions, le mieux est de penser à la **manière générale** dont se déroule votre vie actuellement (nous avons tous de bons et de mauvais jours). Encerclez la réponse qui vous convient le mieux.

-
- | | | | |
|---|-----|---------------|-----|
| 1. Je vis un sentiment de vide général | Oui | Plus ou moins | Non |
| 2. Il y a beaucoup de personnes sur lesquelles je peux m'appuyer quand j'ai un problème | Oui | Plus ou moins | Non |
| 3. Il y a beaucoup de personnes à qui je peux complètement faire confiance | Oui | Plus ou moins | Non |
| 4. Ça me manque d'avoir des gens autour de moi | Oui | Plus ou moins | Non |
| 5. Je me sens proche d'assez de personnes | Oui | Plus ou moins | Non |
| 6. Je me sens souvent rejeté | Oui | Plus ou moins | Non |
-

Appendice Q

Tableau 2

Tableau 2

Statistiques descriptives des instruments de mesure

Variables	α	M	\overline{ET}	Min	Max	Asymétrie	Aplatissement
Tendance à s'inquiéter générale (QIPS)	0,93	16,34	6,80	8	40	0,86	0,73
Inquiétudes quant au vieillissement (AOS)	0,72	31,95	7,31	18	53	0,68	-0,00
Symptômes du TAG (QIA)	0,95	26,42	17,96				
Intolérance à l'incertitude (IIIA)	0,94	18,11	7,58	8	40	0,64	-0,29
Orientation négative envers problèmes (QAP)	0,96	21,43	9,74	12	54	1,40	1,40
Évitement cognitif (QEC)	0,94	29,86	12,48	15	73	0,96	0,43
Croyances erronées quant à s'inquiéter (PSI)	0,94	38,91	13,34	25	86	1,19	0,90
Difficultés de régulation émotionnelle (EDRE)	0,89						
Conscience	0,78	6,93	2,61	3	15	0,68	0,35
Clarté	0,70	5,40	2,30	3	13	1,08	0,73
Non acceptation	0,82	5,51	2,79	3	15	1,51	2,04
Stratégies	0,84	4,89	2,46	3	15	1,91	3,92
Buts	0,88	7,82	2,87	3	15	0,60	-0,38
Impulsivité	0,88	5,45	2,70	3	15	1,43	2,05
Évitement expérientiel (AAQ-II)	0,79	52,74	9,13	21	68	-0,92	0,76
Symptômes dépressifs (Humeur)	0,69	0,28	0,49	0	4	1,01	-0,99
Événements de vie stressants (Événements)		1,71	0,70	0	3	-0,14	-0,45
Attitude envers vieillissement (QAV)	0,75	59,07	7,74	38	77	-0,22	-0,37

Solitude sociale et émotionnelle (Solitude)	0,65	1,74	1,59	0	6	0,79	-0,06
---	------	------	------	---	---	------	-------

Note. QIPS : Questionnaire sur l'Inquiétude de Penn State; AOS : Aging Opinion Survey; QIA : Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; III-A : Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude - Partie A; QAP : Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; EDRE : Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action; Humeur : mini-GDS; Événements : Louisville Older Person Events Scale; QAV : Attitudes to Ageing Questionnaire; JGLS : de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.

Appendice R

Tableau 4

Tableau 4

Prédiction du résultat au QIPS par les VI

Variables	QIPS			
	ΔR^2	β	sr^2	t
Étape 1	0,35***			
Sexe		-0,27	-0,30	-3,67***
Présence de maladie		-0,29	-0,33	-4,05***
Événements de vie stressants		0,17	0,19	2,18*
Humeur dépressive		0,29	0,30	3,66***
Attitude quant au vieillissement		-0,07	-0,08	-0,89
Étape 2	0,29***			
Sexe		-0,15	-0,22	-2,53*
Présence de maladie		-0,14	-0,22	-2,50*
Événements de vie stressants		0,01	0,013	0,14
Humeur dépressive		0,11	0,15	1,70
Attitude quant au vieillissement		0,05	0,07	0,78
III-A		0,26	0,28	3,24***
QAP		0,18	0,15	1,66
QEC		-0,05	-0,06	-0,61
PSI-II		0,19	0,26	3,02***

EDRE Clarté	0,02	0,03	0,38
EDRE Non acceptation	-0,08	-0,08	-0,90
EDRE Stratégies	0,13	0,11	1,22
EDRE Buts	0,06	-0,06	0,67
EDRE impulsivité	-0,13	-0,14	-1,54
AAQ-II	-0,25	-0,23	-2,62*

Note. QIPS : Questionnaire sur l'Inquiétude de Penn State; AOS : Aging Opinion Survey; QIA : Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; III-A : Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude - Partie A; QAP : Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; EDRE : Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action; Humeur : mini-GDS; Événements : Louisville Older Person Events Scale; QAV : Attitudes to Ageing Questionnaire; JGLS : de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Appendice S

Tableau 5

Tableau 5

Prédiction du résultat au AOS par les VI

Variables	AOS			
	ΔR^2	β	sr^2	t
Étape 1	0,35***			
Événements de vie stressants		0,15	0,17	2,03*
Humeur dépressive		0,24	0,25	2,94**
Solitude		0,16	0,16	1,88
Attitude quant au vieillissement		-0,26	-0,21	-3,04**
Étape 2	0,21***			
Événements de vie stressants		-0,00	-0,00	-0,01
Humeur dépressive		0,16	0,20	2,21*
Solitude		0,10	0,12	1,35
Attitude quant au vieillissement		-0,15	-0,17	-1,96*
III-A		0,39	0,35	4,21***
QAP		0,04	0,03	0,29
QEC		0,10	0,12	1,31
PSI-II		0,02	0,02	0,22
EDRE Clarté		0,01	0,02	0,18

EDRE Non acceptation	-0,03	-0,03	-0,34
EDRE Stratégies	0,14	0,11	1,22
EDRE Buts	-0,00	-0,00	-0,06
AAQ-II	-0,01	-0,01	-0,11

Note. QIPS : Questionnaire sur l'Inquiétude de Penn State; AOS : Aging Opinion Survey; QIA : Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; III-A : Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude - Partie A; QAP : Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; EDRE : Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action; Humeur : mini-GDS; Événements : Louisville Older Person Events Scale; QAV : Attitudes to Ageing Questionnaire; JGLS : de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Appendice T

Tableau 6

Tableau 6

Prédiction du résultat au QIA par les VI

Variables	QIA			
	ΔR^2	β	sr^2	t
Étape 1	0,37*			
Sexe		-0,24	-0,28	-3,39***
Événements de vie stressants		0,26	0,27	3,29***
Humeur dépressive		0,20	0,21	2,49*
Prise de médication pour l'anxiété		-0,14	-0,17	-1,94
Solitude		0,11	0,11	1,29
Attitude quant au vieillissement		-0,05	-0,05	-0,60
Étape 2	0,31*			
Sexe		-0,13	-0,21	-2,36*
Événements de vie stressants		0,08	0,12	1,37
Humeur dépressive		0,09	0,13	1,43
Prise de médication pour l'anxiété		-0,13	-0,22	-2,47*
Solitude		-0,00	-0,00	-0,04
Attitude quant au vieillissement		0,03	0,04	0,47
III-A		0,30	0,32	3,80***
QAP		0,10	0,09	0,94

QEC	0,03	0,04	0,48
PSI-II	0,14	0,20	2,31*
EDRE Clarté	-0,04	-0,06	-0,66
EDRE Non acceptation	-0,02	-0,02	-0,26
EDRE Stratégies	0,24	0,20	2,29*
EDRE Buts	0,01	0,00	0,08
EDRE impulsivité	-0,06	-0,07	-0,72
AAQ-II	-0,13	-0,13	-1,45

Note. QIPS : Questionnaire sur l'Inquiétude de Penn State; AOS : Aging Opinion Survey; QIA : Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; III-A : Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude - Partie A ; QAP : Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC : Questionnaire d'évitement cognitif; PSI-II : Pourquoi s'inquiéter version 2; EDRE : Échelle des difficultés de régulation des émotions version abrégée; AAQ-II : Questionnaire d'acceptation et d'action; Humeur : mini-GDS; Événements : Louisville Older Person Events Scale; QAV : Attitudes to Ageing Questionnaire; JGLS : de Jong-Gierveld Loneliness Scale version courte.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.