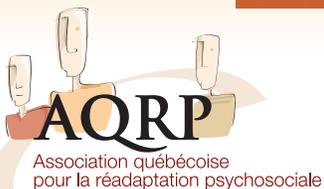


# le partenaire

volume 21 - numéro 2, hiver 2013



## *Vieillir ... en bonne santé mentale*



La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale

# La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : un traitement de choix pour les personnes âgées anxieuses

Sébastien Grenier<sup>1</sup>, M. Ps., Ph. D., psychologue clinicien, chercheur postdoctoral,  
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM),  
professeur associé, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM);  
Marie-Christine Payette, étudiante au baccalauréat en psychologie, UQAM,  
assistante de recherche, CRIUGM<sup>2</sup>

## Résumé

Plusieurs personnes âgées présentent des symptômes anxieux qui varient en intensité ou en sévérité. Si l'anxiété gériatrique n'est pas traitée rapidement et efficacement, des conséquences sérieuses peuvent en découler, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général, la dépression, la surutilisation des services de santé (surtout en première ligne) et l'augmentation du risque de mortalité. Cet article a comme premier objectif de dresser un tableau de la situation avec des données sur la prévalence, les troubles associés, les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique. Le second objectif est de fournir des données probantes sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter l'anxiété gériatrique.

L'anxiété se caractérise par l'anticipation de conséquences désastreuses (par exemple, « Si je sors à l'extérieur, je vais paniquer », etc.) provoquant des sensations physiques désagréables (palpitations cardiaques, transpiration abondante, souffle court, etc.) qui empêchent la personne de bien fonctionner. Il existe principalement deux formes d'anxiété : sous-clinique et clinique. L'anxiété devient « clinique » lorsque les symptômes rapportés par la personne remplissent tous les critères diagnostiques répertoriés dans le DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Ce manuel de référence largement employé en psychologie et en psychiatrie dénombre sept troubles anxieux : la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA ou TP), l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et l'état de stress posttraumatique (ESPT). Bien que l'anticipation de conséquences désastreuses caractérise tous les troubles anxieux, ces derniers se différencient par le contenu de l'anticipation catastrophique. Par exemple, une personne souffrant de phobie sociale peut craindre de se faire juger négativement lorsqu'elle interagit avec les autres, tandis qu'une personne vivant avec un TOC peut anticiper d'être contaminée lorsqu'elle touche à une poignée de porte. Le Tableau 1 offre une description sommaire des différents troubles anxieux selon le contenu de l'anticipation.

Un nombre croissant de résultats d'études cliniques laissent entendre que plusieurs personnes âgées souffriraient d'anxiété et que la TCC serait un choix judicieux pour les traiter (Gould et coll. 2012). En effet, cette approche thérapeutique de courte durée (habituellement moins de dix rencontres), structurée et axée sur le présent (« Que puis-je faire dans ' le ici et maintenant ' pour mieux gérer mon anxiété? »), serait une solution alternative aux médicaments antianxiété (comme les anxiolytiques et les antidépresseurs) chez les personnes âgées caractérisées déjà par des taux de consommation de psychotropes supérieurs aux 18-64 ans ayant des conditions de santé similaires (Preville et coll. 2001).

Dans la première partie de cet article, nous introduisons le sujet en présentant des données épidémiologiques<sup>3</sup> sur la prévalence, les troubles associés, les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique. Dans la deuxième partie, nous présenterons des données probantes sur l'efficacité de la TCC dans le traitement de l'anxiété gériatrique. Enfin, la conclusion met en relief les principaux résultats exposés dans cet article tout en proposant des thèmes pour des recherches futures.

## La prévalence de l'anxiété gériatrique

Les résultats d'études épidémiologiques indiquent que sur une période de 0 à 12 mois, entre 5,6 % et 14,5 % des personnes âgées vivant à domicile souffrent d'un trouble anxieux selon les critères diagnostiques du DSM-IV (Gum et coll. 2009; Preville et coll. 2008; Ritchie et coll. 2004). La prévalence à vie des troubles anxieux chez les personnes âgées de cette tranche d'âge vivant à domicile varie, quant à elle, de 15,3 % à 29,4 % (Kessler et coll. 2005; Ritchie et coll. 2004). Par ailleurs, ces taux de prévalence sont encore plus élevés lorsque l'anxiété sous-clinique (c'est-à-dire la présence de symptômes anxieux ne respectant pas tous les critères diagnostiques du DSM-IV) est considérée (Bryant et coll. 2008; Grenier et coll. 2011a; Heun et coll. 2000; Rivas-Vazquez et coll. 2004). Aussi, les troubles anxieux sont généralement plus fréquents dans les populations souffrant d'autres maladies. Par exemple, chez les aînés aux prises avec des migraines, on retrouve une prévalence de troubles anxieux de 20,7 %, alors

<sup>1</sup> Le docteur Grenier bénéficie d'une bourse de recherche postdoctorale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

<sup>2</sup> Les auteurs tiennent à remercier Olivier Potvin, Ph. D., Carol Hudon, Ph. D., et Michel Préville, Ph. D., pour leur contribution à la première partie du texte sur l'épidémiologie de l'anxiété gériatrique.

<sup>3</sup> L'épidémiologie permet d'étudier la fréquence (ou la prévalence) des maladies (ici, de l'anxiété) dans une population donnée (ici, les personnes âgées), d'en suivre l'évolution, de faire des hypothèses sur leur étiologie, afin d'améliorer leur prévention ou leur traitement. Les études épidémiologiques sont habituellement effectuées auprès de cohortes comprenant plusieurs milliers de participants rendant ainsi possible la généralisation des résultats à l'ensemble d'une population donnée.

## Description sommaire des différents troubles anxieux selon le contenu de l'anticipation

Nom du trouble anxieux	Contenu de l'anticipation et principaux symptômes selon le DSM-IV	Exemples
<b>Phobie spécifique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peur persistante et irrationnelle déclenchée par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation spécifique. L'exposition au stimulus anxiogène provoque une réaction anxieuse quasi instantanée poussant la personne à éviter ou à fuir la situation.</li> <li>■ Il existe cinq types de phobies spécifiques :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) animal (chien, chat...)</li> <li>2) environnement naturel (orage, eau...)</li> <li>3) sang / injection / accident (procédure médicale, piqûre...)</li> <li>4) situationnel (tunnel, pont...)</li> <li>5) autres (évanouissement, chute...)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une personne âgée qui a peur de se faire mordre par un chien évite tous les endroits où cet animal pourrait potentiellement se trouver (parc, foule, animalerie, etc.).</li> </ul>
<b>Phobie sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales pouvant mener à une évaluation ou à un jugement négatif par les pairs. L'exposition à la situation sociale provoque une réaction anxieuse quasi instantanée poussant la personne à éviter ou à fuir la situation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une personne âgée évite les situations sociales parce qu'elle craint de « ne pas savoir quoi dire » lorsqu'une autre personne lui adresse la parole.</li> </ul>
<b>Trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA ou TP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Attaques de panique récurrentes et inattendues (montée soudaine d'anxiété de moins de 10 minutes accompagnée de plusieurs des symptômes suivants : palpitations cardiaques, sensation d'étranglement, peur de mourir, tremblements, etc.) et crainte persistante d'en avoir d'autres (peur d'avoir peur), de devenir fou ou de perdre le contrôle.</li> <li>■ TPA si s'ajoute la peur de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper en cas de panique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TP : Une personne âgée qui fait des attaques de panique craint d'en refaire et de devenir folle.</li> <li>■ TPA : Une personne âgée évite des trajets d'autobus sur un pont par crainte d'y faire une attaque de panique.</li> </ul>
<b>Trouble d'anxiété généralisée (TAG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inquiétude excessive à propos de plusieurs événements ou activités de la vie quotidienne (santé, finances, conduite automobile, etc.).</li> <li>■ Agitation / sensation d'être à bout, fatigabilité, difficulté de concentration, trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une personne âgée s'inquiète au sujet de la santé de ses enfants (même si ses enfants n'ont aucune maladie grave), ce qui l'empêche de penser à autre chose (elle rumine constamment) et de bien dormir.</li> </ul>
<b>Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Occurrence d'obsessions (pensée dérangeante, difficile à chasser et récurrente) et/ou de compulsions (comportement ou acte mental effectué pour réduire l'anxiété ou prévenir une catastrophe).</li> <li>■ Compulsions les plus fréquentes :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lavage</li> <li>2) vérification</li> <li>3) ordre et rangement</li> </ol> </li> <li>■ Les obsessions et les compulsions peuvent aussi se manifester par des phobies d'impulsion (peur de frapper quelqu'un sans le vouloir), des scrupules ou de l'accumulation d'objets variés (factures, boîtes, bibelots, etc.).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Compulsion de lavage : une personne âgée qui craint d'être contaminée se lave les mains une cinquantaine de fois par jour.</li> <li>2) Compulsion de vérification : une personne âgée qui craint de se faire voler prend 30 minutes à vérifier si sa porte est bel et bien fermée à clé lorsqu'elle quitte son domicile.</li> <li>3) Compulsion d'ordre et de rangement : une personne âgée se sent obligée de constamment replacer les objets (cadres accrochés au mur, bibelots, etc.) lorsqu'ils ne sont pas correctement placés à ses yeux.</li> </ol>
<b>État de stress posttraumatique (ESPT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peur intense, sentiment d'impuissance et d'horreur face à un événement vécu à titre de participant ou de témoin, qui aurait pu tuer ou grièvement blesser les gens impliqués (enlèvement, vol à main armée, guerre, etc.).</li> <li>■ L'événement est sans cesse revécu (en rêve ou en <i>flashback</i>) et la personne fait des efforts pour éviter les stimuli et les pensées qui le lui rappellent.</li> <li>■ Observation minimale de deux des symptômes neurovégétatifs suivants : perturbation du sommeil, irritabilité ou excès de colère, difficulté de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un vétéran de la Seconde Guerre mondiale évite les feux d'artifice, car leur bruit lui rappelle la mort de son collègue tué au combat par une bombe.</li> </ul>

qu'elle est de 14,1 % chez ceux ayant des troubles gastro-intestinaux (El-Gabalawy et coll. 2011).

La phobie spécifique et le TAG sont les deux troubles anxieux les plus fréquents chez les aînés (Wolitzky-Taylor et coll. 2010). Tout dépendant des études, la prévalence (selon les critères du DSM-IV) de la phobie spécifique varie de 2,0 % (sur 12 mois) (Grenier et coll. 2011b) à 10,1 % (prévalence actuelle incluant l'agoraphobie) (Ritchie et coll. 2004), tandis que celle du TAG fluctue de 1,2 % (sur 12 mois) (Gum et coll. 2009; Preville et coll. 2008) à 3,6 % (prévalence à vie) (Kessler et coll. 2005). Pour ce qui est de la phobie sociale, du TP, de l'ESPT et du TOC, les plus hauts taux de prévalence sur 12 mois (selon le DSM-IV) observés dans les études populationnelles sont respectivement de 2,3 % (Gum et coll. 2009), de 0,8 % (Trollor et coll. 2007), de 0,4 % (Gum et coll. 2009) et de 1,5 % (Grenier et coll. 2009).

---

Plusieurs facteurs augmenteraient la probabilité de développer un trouble anxieux chez les personnes âgées, dont le fait d'être une femme (surtout caucasienne), d'être peu scolarisé, d'être une personne seule, séparée ou divorcée, de souffrir de maladies physiques chroniques et d'avoir vécu un événement marquant (par exemple, le décès d'un proche) (Beekman et coll. 1998; Gum et coll. 2009; Mehta et coll. 2003; Preville et coll. 2008).

---

#### **Les troubles associés à l'anxiété gériatrique**

Les résultats d'une étude épidémiologique effectuée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont permis de découvrir que 26,1 % des participants avec un trouble anxieux avaient aussi un trouble dépressif majeur et, à l'inverse, 47,5 % de ceux avec un trouble dépressif majeur avaient aussi un trouble anxieux (Beekman et coll. 2000). D'autres études populationnelles ont indiqué que 43,0 % des personnes âgées dépressives mentionnaient éprouver des symptômes anxieux (Mehta et coll. 2003) et que 0,9 % à 4,2 % vivaient à la fois un trouble anxieux et dépressif (Prina et coll. 2011). Enfin, dans une étude clinique effectuée auprès d'adultes de 60 ans et plus consultant en première ligne et en psychiatrie, près du quart des individus déprimés disaient avoir un trouble anxieux (principalement un TP ou des phobies) (Lenze et coll. 2000).

De plus, il semblerait que les gens avec un TAG expérimenteraient des symptômes dépressifs plus sévères et rapporteraient plus d'idées suicidaires comparativement à ceux touchés par un autre trouble anxieux (Lenze et coll. 2000). Par ailleurs, des enquêtes épidémiologiques ont suggéré que le

TAG était fortement corrélé à la dépression chez les personnes âgées (Mackenzie et coll. 2011; Schoevers et coll. 2005) et que l'anxiété était plus fréquemment liée à la dépression chez celles moins scolarisées, vivant seules, divorcées ou veuves (King-Kallimanis et coll. 2009). Enfin, dans la majorité des cas, l'anxiété apparaît avant la dépression (King-Kallimanis et coll. 2009; Schoevers et coll. 2005), ce qui suggère que cette dernière est souvent une conséquence ou une aggravation d'un état anxieux préexistant.

Outre la dépression, le TAG serait lié aux maladies coronariennes, aux troubles gastro-intestinaux et à l'arthrite (Mackenzie et coll. 2011). Les résultats d'une enquête épidémiologique réalisée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont également démontré que l'anxiété (pas uniquement le TAG) était significativement associée aux douleurs chroniques (arthrite, douleurs dorsales et migraines) et à plusieurs conditions médicales (allergies, cataractes, troubles gastro-intestinaux, cardiaques et pulmonaires) (El-Gabalawy et coll. 2011). Par ailleurs, une étude québécoise a proposé l'idée que la présence d'un trouble anxieux, mais aussi d'anxiété sous-clinique, était significativement reliée à de l'hypertension ou à une dépression chez les gens âgés ayant reçu un diagnostic de maladie cardiovasculaire (Grenier et coll. 2012).

Les troubles de la personnalité accompagneraient aussi l'anxiété gériatrique. En effet, de 20,0 % à 30,0 % des personnes âgées avec un TAG auraient un diagnostic à l'axe II (surtout du groupe B<sup>4</sup>) (Mackenzie et coll. 2011). De plus, les résultats d'une étude regroupant 129 personnes de 55 ans et plus ont laissé entrevoir que, comparativement à leurs homologues non anxieux, les personnes âgées anxieuses présentaient plus de troubles de la personnalité dépendante et évitante (appartenant au groupe C) (Coolidge et coll. 2000).

#### **Les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique**

Plusieurs facteurs augmenteraient la probabilité de développer un trouble anxieux chez les personnes âgées, dont le fait d'être une femme (surtout caucasienne), d'être peu scolarisé, d'être une personne seule, séparée ou divorcée, de souffrir de maladies physiques chroniques et d'avoir vécu un événement marquant (par exemple, le décès d'un proche) (Beekman et coll. 1998; Gum et coll. 2009; Mehta et coll. 2003; Preville et coll. 2008). Par ailleurs, plusieurs conséquences découlent des troubles anxieux gériatriques, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général et l'augmentation du risque de mortalité (toutes causes confondues) (de Beurs et coll. 1999; Phillips et coll. 2009). Il est à noter que l'anxiété sous-clinique peut affecter autant le fonctionnement quotidien des aînés que la présence d'un trouble anxieux respectant les critères diagnostiques du DSM-IV (Grenier et coll. 2011a; Preisig et coll. 2001; van Zelst et coll. 2006; Wetherell et coll. 2003).

Aussi, l'anxiété gériatrique accroîtrait les risques de maladies cardiovasculaires. En particulier, dans une étude regroupant des vétérans sans antécédents de maladie cardiovasculaire (M = 55,7 ans), la présence d'un TP ou d'un ESPT renforçait la possibilité de souffrir d'un infarctus du myocarde (Scherrer et coll. 2010). En plus de ces deux troubles anxieux, les résultats

---

<sup>4</sup> Le groupe B comprend les troubles de la personnalité narcissique, histrionique et limite.

d'une étude clinique entreprise auprès d'adultes (âge moyen de 64 ans) semblent indiquer que le TAG faisait grimper les risques d'événements cardiovasculaires (Martens et coll. 2010). Enfin, les personnes âgées anxieuses souffrant de maladies cardiovasculaires auraient un taux accru de morbidité et de mortalité (Frasure-Smith et Lespérance 2008; Huffman et coll. 2010; Martens et coll. 2010).

Parmi les autres conséquences ayant un lien avec le fait de vivre de l'anxiété, notons l'utilisation des services de la santé et la prise de médicaments, notamment les anxiolytiques de type benzodiazépine. Les résultats d'une étude canadienne menée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont démontré que seulement 20,8 % des participants avec un trouble anxieux (sans trouble dépressif) avaient consulté un professionnel durant la dernière année, comparativement à 43,1 % avec un trouble dépressif et 72,7 % avec de l'anxiété et de la dépression à la fois (Scott et coll. 2010). Le fait de vivre une dépression seule ou en parallèle avec de l'anxiété semble inciter les personnes âgées à aller consulter. Lorsqu'elles le font, elles n'ont cependant pas toujours recours au bon professionnel de la santé (de Beurs et coll. 1999). De plus, les gens âgés qui consultent un médecin pour soulager leur anxiété ressortent souvent de cette visite avec une prescription de benzodiazépine (Balestriero et coll. 2005; Bartels et coll. 2002). Or, la consommation à long terme de ce type de médicament comporte des risques pour les aînés. En effet, ceux-ci métaboliseraient et élimineraient la benzodiazépine plus lentement que les jeunes adultes, ce qui augmenterait les risques d'intoxication et le nombre d'effets indésirables (Closser 1991; Wynne 2005). La consommation prolongée de benzodiazépine peut de ce fait provoquer des problèmes de stabilité, de mémoire et de concentration chez les personnes âgées (Bierman et coll. 2007; Caramel et coll. 1998; Deborah 1998; Gray et coll. 2006; Llorente et coll. 2000; Rummans et coll. 1993). Elle serait aussi accompagnée d'une augmentation de l'incidence d'hypertension, d'incontinence urinaire, de troubles coronariens et de complications rénales (Grymonpre et coll. 1988; Landi et coll. 2002; Tamblyn et coll. 1994; Voyer et coll. 2005; Williamson et Chopin 1980). La consommation de benzodiazépine n'est pas nécessairement plus élevée chez les aînés anxieux par rapport aux plus jeunes souffrant d'anxiété (Benitez et coll. 2008), mais les effets indésirables sont habituellement plus fréquents et sévères chez les plus âgés.

### L'efficacité de la TCC chez les personnes âgées anxieuses

La TCC est une intervention psychosociale, de courte durée, visant principalement à modifier les cognitions (les pensées catastrophiques comme « Je panique, c'est la fin du monde... ») et les comportements problématiques (par exemple, l'évitement de la situation redoutée) qui déclenchent et maintiennent les épisodes d'anxiété. Cette thérapie permet d'éviter les effets secondaires indésirables souvent liés à la prise de médicaments antianxiété (confusion, perte de mémoire, risque de chute, etc.) chez une clientèle déjà polymédicamentée. Qui plus est, lorsqu'on leur donne le choix, plusieurs personnes âgées préfèrent la TCC aux médicaments pour traiter leur anxiété (Mohlman 2011). La TCC serait donc une option envisageable, même souhaitable, pour les aînés anxieux. Les Tableaux II et III montrent, respectivement, les enjeux particuliers de la TCC en gériatrie ainsi qu'une vignette clinique illustrant la mise en place d'une TCC avec une personne âgée anxieuse.

## Tableau II

### Les enjeux particuliers de la TCC en gériatrie

<p><b>1) Les problèmes de mémoire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les problèmes de mémoire font partie du vieillissement normal.</li> <li>■ Afin de favoriser l'encodage de nouveaux renseignements durant l'explication des étapes de la TCC ou la psychoéducation relative à l'anxiété, les précautions suivantes peuvent être prises :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répéter lentement, fréquemment et différemment toute nouvelle information en demandant des <i>feedbacks</i> de façon régulière (sans infantiliser la personne âgée)</li> <li>• Dans la mesure du possible, expliquer avec des graphiques ou des schémas (<i>say it, show it, do it</i>)</li> <li>• Encourager la personne âgée à prendre des notes (aide-mémoire) durant les séances de thérapie ou lui remettre à la fin de chaque séance une copie des points pertinents abordés</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2) La multimorbidité</b> (la présence de plusieurs maladies qui s'influencent)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les personnes âgées anxieuses présentent souvent d'autres maladies physiques qui doivent être traitées simultanément.</li> <li>■ Il est donc important de travailler en équipe multidisciplinaire, car la TCC seule ne règle pas tout.</li> </ul>
<p><b>3) L'âgisme internalisé ou l'autoâgisme</b> (toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris que la personne âgée entretient au sujet du vieillissement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pour que la TCC fonctionne efficacement avec un client âgé anxieux, il est important de défaire les mythes que celui-ci entretient au sujet du vieillissement (« être âgé, c'est être malade »; « les thérapies, c'est pour les jeunes », etc.).</li> <li>■ Pour plus d'information, voir le Tableau III, objectif numéro 4.</li> </ul>
<p><b>4) Le « racontage » d'histoires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lorsqu'une question est posée par le clinicien, plusieurs personnes âgées ont tendance à donner beaucoup de détails ou à raconter des histoires qui n'apportent rien de nouveau.</li> <li>■ Bien qu'au début de la TCC, le « racontage » d'histoires puisse favoriser l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, les détails superflus peuvent finir par compromettre l'efficacité de la TCC (par exemple, en vous éloignant des objectifs thérapeutiques).</li> <li>■ Pour réduire la durée des histoires ou le nombre de détails superflus, les actions suivantes peuvent être prises :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des résumés de façon régulière (« Nous venons tout juste de voir que votre anxiété... »)</li> <li>• Demander au client âgé la permission de l'interrompre et de rediriger la conversation (« Je comprends que vous accordez une grande importance à l'histoire de votre sœur anxieuse, mais j'aimerais, si vous me le permettez, revenir aux objectifs de la rencontre... »)</li> </ul> </li> </ul>

Vignette clinique illustrant la mise en place d'une TCC avec une personne âgée anxieuse

PRÉSENTATION DU CLIENT (FICTIF)		
<p><b>Roland</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 82 ans</li> <li>■ Professeur retraité</li> <li>■ Vit dans une résidence pour personnes âgées autonomes</li> <li>■ Épouse décédée</li> <li>■ Souffre d'arthrite depuis environ 7 ans (plutôt sédentaire)</li> <li>■ A chuté à deux reprises durant la dernière année (sans fractures)</li> <li>■ A peur de chuter et restreint ses activités</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se sent tendu et nerveux depuis la première chute</li> <li>■ Se plaint de mal dormir et de se réveiller fréquemment durant la nuit</li> <li>■ Constamment fatigué</li> <li>■ Grand amateur de livres policiers, a aujourd'hui de la difficulté à se concentrer et à retenir ce qu'il vient de lire</li> <li>■ Aucune démence ou trouble cognitif / aucun trouble d'équilibre ou maladie physique pouvant expliquer les chutes</li> </ul>		
<p><b>Objectif numéro 1 (reconnaître les signes d'anxiété)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le clinicien doit demeurer attentif aux propos du client</li> <li>■ Les personnes âgées ont tendance à somatiser leur anxiété (maux de dos, douleurs ou blessures sans gravité ici et là, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les signes d'anxiété répertoriés chez Roland :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur des chutes (évitement)</li> <li>• Tension musculaire, nervosité</li> <li>• Mauvais sommeil, fatigue</li> <li>• Perte de concentration</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Objectif numéro 2 (identifier les déclencheurs et les facteurs de maintien)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ À ce stade-ci, le clinicien doit identifier les facteurs qui déclenchent ou maintiennent l'anxiété</li> <li>■ Voici une liste non exhaustive des principaux facteurs :                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pertes / changements :                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte sensorielle?</li> <li>• Perte mnésique (début de démence)?</li> <li>• Perte de mobilité / maladie physique?</li> <li>• Perte humaine (décès d'un proche)?</li> <li>• Évènement de vie (se faire voler, tomber, déménager...)?</li> </ul> </li> <li>2) Pensée négative / anticipation catastrophique (« Si je sors, je vais me faire attaquer... »)</li> <li>3) Comportement d'évitement (réduction des activités...)</li> <li>4) Prise d'un médicament / substance (consommation de marijuana...)</li> <li>5) Maladie physique (maladie cardiaque, maladie pulmonaire)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déclencheurs et facteurs de maintien dépistés chez Roland :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la peur de chuter (nervosité) :                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chute à deux reprises</li> <li>- Anticipation (« Si je sors, je vais tomber... »)</li> <li>- Sédentarité</li> <li>- Évitement (rester chez lui) : moins la personne bouge, plus elle risque de chuter</li> <li>- Tension</li> </ul> </li> <li>• Pour l'insomnie (fatigue) et les difficultés de concentration :                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur de chuter / anticipation et rumination (« Si je sors, je vais tomber... ») : l'activation mentale perturbe le sommeil et nuit à la concentration</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Objectif numéro 3</b> (favoriser l'instauration d'une alliance thérapeutique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dès les premières rencontres d'évaluation, le clinicien doit, en plus d'être chaleureux et empathique, bien expliquer les rudiments de l'approche cognitivo-comportementale à la personne âgée anxieuse : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche active / directive (guide qui accompagne)</li> <li>• Approche collaborative (travail d'équipe)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche structurée</li> <li>• Approche centrée sur la personne</li> <li>• Approche centrée sur le présent</li> </ul>
<p><b>Objectif numéro 4</b> (identifier les freins au changement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ À ce stade-ci, le clinicien doit discerner les principaux facteurs qui peuvent réduire l'efficacité de la TCC (voire empêcher sa mise en place) et en discuter avec la personne âgée anxieuse</li> <li>■ Voici une liste non exhaustive des principaux facteurs qui peuvent freiner le changement thérapeutique : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Croyances générationnelles / âgisme internalisé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse (<b>croyance identifiée chez Roland</b>)</li> <li>• J'ai toujours été comme cela; je ne peux changer</li> <li>• Ils vont perdre leur temps avec moi</li> <li>• C'est de l'argent gaspillé</li> <li>• Je ne suis pas déprimé, c'est juste mon âge</li> <li>• Être âgé, c'est être malade (fragile) (<b>croyance identifiée chez Roland</b>)</li> <li>• On n'apprend pas à un vieux singe à faire la grimace</li> <li>• On doit laver notre linge sale en famille</li> <li>• On ne déterre pas les morts</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les thérapies, c'est pour les jeunes</li> <li>• Il faut être fou pour suivre une thérapie (<b>croyance identifiée chez Roland</b>)</li> <li>2) Modèle médecin-patient (être passif quant à sa guérison) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour que la TCC fonctionne, la personne âgée doit s'investir et faire les exercices proposés à la maison (plutôt que d'attendre que le médicament agisse)</li> </ul> </li> <li>3) Mauvaise conception de la thérapie (s'étendre sur un divan et parler de son enfance) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs personnes âgées ont une vision psychanalytique de la thérapie</li> <li>• Il est important de recadrer le tout en disant que la TCC est centrée sur la recherche de solutions dans le présent ou dans le « ici et maintenant » (sans négliger l'expérience passée)</li> </ul> </li> <li>4) Peur du changement / les vieilles habitudes sont sécurisantes</li> </ul>
<p><b>Objectif numéro 5</b> (lorsque l'évaluation est terminée, entreprendre la TCC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Voici les principales étapes de la TCC employée avec Roland pour traiter sa peur de tomber : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Remettre en question les croyances générationnelles (autoâgisme) <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse. » Existe-t-il d'autres interprétations?</li> <li>• « Être âgé, c'est être malade (fragile). » Les chutes peuvent se prévenir... Il est possible d'avoir une bonne qualité de vie même en vieillissant...</li> <li>• « Si je suis une thérapie, les autres vont penser que je suis fou. » Qu'est-ce que la folie? Connaissez-vous d'autres personnes qui suivent une thérapie? Si oui, les considérez-vous folles pour autant?</li> </ul> </li> <li>2) Traitement cognitivo-comportemental de la peur de chuter</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Objectifs : Diminuer la peur de chuter, refaire confiance à son équilibre, reprendre ses activités et améliorer sa qualité de vie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation sur les chutes (facteurs de risque)</li> <li>• Restructuration cognitive et recherche de solutions pour prévenir les chutes (par exemple, se déplacer avec une canne)</li> <li>• Exposition in vivo (par exemple, reprendre graduellement ses activités)</li> <li>• Entraînement physique (force musculaire, endurance physique, mobilité...)</li> <li>• Relaxation musculaire / stratégies pour mieux dormir (par exemple, réduire la durée des siestes diurnes)</li> </ul> </li> </ul>

De façon surprenante, malgré les avantages que procure le recours à la TCC dans le traitement de l'anxiété gériatrique, il existe à ce jour moins de 15 essais contrôlés et randomisés<sup>5</sup> ayant testé son efficacité auprès des personnes anxieuses de 65 ans et plus. C'est deux fois moins que le nombre d'essais contrôlés et randomisés effectués chez les adultes de 65 ans et moins souffrant d'anxiété.

Les résultats d'une première méta-analyse<sup>6</sup> incluant neuf études effectuées entre 1977 et 2006 (N = 297 participants) ont indiqué que la TCC était plus efficace pour réduire les symptômes anxieux qu'une condition de contrôle passif (être inscrit sur une liste d'attente), mais aussi plus efficace qu'une condition de contrôle actif (poursuivre un traitement usuel ou n'importe quel autre traitement comportant une fréquence de contact similaire au groupe recevant une TCC) (Hendriks et coll. 2008). De plus, la diminution de la sévérité de l'anxiété persistait au-delà de la durée de la thérapie dans cinq des sept études incluant des résultats de suivi analysés par les auteurs.

---

À la lumière de ces résultats, Gould et ses collaborateurs (2012) concluent que la TCC semble moins efficace pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. Pour mieux comprendre ce phénomène, les auteurs recommandent d'identifier les facteurs prédictifs du succès thérapeutique de la TCC chez les aînés anxieux (troubles cognitifs, sévérité de l'anxiété, adhérence aux exercices faits à la maison, etc.).

---

Cette méta-analyse a aussi évalué si la TCC pouvait réduire l'intensité des inquiétudes et des symptômes dépressifs, deux conditions fortement corrélées avec l'anxiété gériatrique. La TCC s'est avérée significativement meilleure que les deux autres conditions de contrôle pour réduire l'intensité des symptômes dépressifs, mais seulement supérieure à la liste d'attente (condition de contrôle passif) pour réduire l'intensité des inquiétudes (Hendriks et coll. 2008).

Ainsi, Hendricks et ses collaborateurs (2008) concluent que la TCC est une intervention psychosociale efficace pour traiter l'anxiété gériatrique et qu'elle permet de réduire l'intensité de différents symptômes (inquiétude et dépression) qui l'accompagnent. Parmi les limites de cette méta-analyse, notons le nombre restreint

d'études sélectionnées (N = 9) et la surreprésentation du TAG chez les participants (ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres troubles anxieux).

Une seconde méta-analyse a comparé les résultats d'études d'efficacité de différents traitements comportementaux pour l'anxiété gériatrique publiés dans des revues anglophones avant septembre 2007 (Thorp et coll. 2009). À travers les études sélectionnées (N = 19, comprenant 522 personnes âgées anxieuses), les auteurs ont relevé cinq conditions possibles, soit 1) les effets de la TCC seule, 2) la TCC jumelée à une thérapie de relaxation (TR), 3) la TR seule, 4) une condition de contrôle passif (être inscrit sur une liste d'attente) et 5) une condition de contrôle actif (counseling ou psychothérapie de soutien, discussions de groupe, psychoéducation, etc.). La condition de contrôle passif s'est révélée significativement moins efficace que les autres conditions (excluant la condition de contrôle actif), ce qui a conduit les auteurs à dire que l'anxiété gériatrique était peu susceptible de disparaître d'elle-même et qu'elle devait être inévitablement traitée. De plus, les trois premières conditions (TCC seule, TCC et TR, TR seule) se sont avérées significativement plus efficaces que la condition de contrôle actif pour réduire l'anxiété gériatrique et cet effet bénéfique était aussi présent, bien que moins important, pour la dépression (Thorp et coll. 2009).

Thorp et ses collaborateurs (2009) concluent en disant que la condition TR seule semble plus efficace que la TCC pour traiter l'anxiété gériatrique. Cependant, considérant que l'efficacité de la TR seule varie énormément d'une étude à une autre (avec plusieurs données extrêmes allant d'une efficacité totale à une inefficacité complète), cette conclusion doit être nuancée. Les auteurs associent cette variabilité des résultats de la TR à la diversité des méthodes de relaxation employées, qui incluent des pratiques telles que la méditation, l'imagerie et différentes techniques de respiration. Ils estiment d'ailleurs que l'hétérogénéité de ces méthodes constitue une des limites de la méta-analyse et qu'il serait souhaitable de comparer de façon plus systématique leur efficacité.

Les auteurs d'une troisième méta-analyse ont compilé les résultats d'études cliniques (N = 12, comprenant 648 participants de 55 ans et plus) avec conditions de contrôle (actif ou passif) parus avant janvier 2010 en considérant les effets immédiats de l'intervention (0 mois), mais aussi le maintien des gains thérapeutiques à 3, 6 et 12 mois après l'intervention (Gould et coll. 2012). En somme, les résultats ont mis en évidence le fait que la TCC était plus efficace pour réduire les symptômes anxieux (mais aussi dépressifs) à 0 mois qu'un traitement usuel ou qu'une liste d'attente, mais que son efficacité n'était pas significativement supérieure à une condition de contrôle actif (pharmaco-thérapie, groupe de discussion, etc.). De plus, comparativement aux conditions de contrôle actif, une proportion significativement plus importante de participants ayant suivi une TCC continuaient d'avoir moins de symptômes anxieux à 6 mois, mais pas à 3 ou à 12 mois où les effets étaient non significatifs, mais en faveur de la TCC (Gould et coll. 2012).

---

<sup>5</sup> Un essai contrôlé et randomisé est une étude expérimentale, où les participants éligibles, sélectionnés pour une intervention thérapeutique, sont répartis de manière aléatoire en deux groupes : le premier reçoit le traitement actif (le traitement expérimental), tandis que le second reçoit habituellement un traitement inactif ou un placebo.

<sup>6</sup> Les méta-analyses permettent de comparer, à l'aide de méthodes statistiques, l'efficacité de plusieurs essais contrôlés et randomisés, augmentant ainsi le nombre de participants testés et, par conséquent, la validité des résultats trouvés.

À la lumière de ces résultats, Gould et ses collaborateurs (2012) concluent que la TCC semble moins efficace pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. Pour mieux comprendre ce phénomène, les auteurs recommandent d'identifier les facteurs prédictifs du succès thérapeutique de la TCC chez les aînés anxieux (troubles cognitifs, sévérité de l'anxiété, adhérence aux exercices faits à la maison, etc.). Aussi, ils suggèrent de tester l'efficacité de la TCC en s'assurant que les stratégies d'intervention sont bien adaptées aux caractéristiques du vieillissement (Gould et coll. 2012).

En résumé, les résultats de ces trois méta-analyses indiquent que la TCC est une intervention psychosociale efficace pour traiter l'anxiété gériatrique, mais qu'il y a place pour l'amélioration. Chacune des méta-analyses propose des avenues de recherche afin de mieux mesurer les effets de la TCC sur les personnes âgées anxieuses. La méta-analyse d'Hendriks et de ses collaborateurs (2008) énonce que davantage de données sur les effets à long terme de la TCC seraient nécessaires pour bien évaluer son effet au fil du temps. Thorp et ses collaborateurs (2009) insistent sur le besoin de standardiser les méthodes d'évaluation à travers les études et de mieux détailler les conditions de contrôle retenues afin de faciliter la comparaison des résultats et ainsi de mieux adapter les traitements à la clientèle âgée. De plus, Gould et ses collaborateurs (2012) proposent de combiner la TCC à une autre approche (la pharmacothérapie, par exemple) afin d'augmenter son efficacité auprès des personnes âgées. Enfin, l'application de la TCC chez les personnes âgées comporte plusieurs défis. Hendriks et ses collaborateurs (2008) soulignent d'ailleurs que cette population est réticente à parler de maladies autres que physiques et éprouve plus de difficultés à appliquer les techniques cognitives et à adhérer au protocole de la TCC par comparaison avec les adultes plus jeunes. Ainsi, pour optimiser l'efficacité de la TCC, ils insistent sur l'importance d'établir une bonne relation de confiance avec la personne âgée, de recourir à des stratégies motivationnelles, d'offrir au besoin des ressources en psychoéducation et d'inclure l'entourage dans le processus thérapeutique.

### La conclusion et les recherches futures

Il est aujourd'hui indéniable que plusieurs personnes âgées avec ou sans maladie physique vivent des symptômes anxieux qui varient en intensité ou en sévérité. Il est aussi reconnu que de multiples conséquences sérieuses sont liées à l'anxiété gériatrique, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général, la dépression, la surconsommation des services de santé (surtout en première ligne) et l'augmentation du risque de mortalité. Chez les personnes âgées anxieuses, il est donc important de toujours évaluer si elles sont atteintes de dépression ainsi que de traiter les symptômes anxieux (et le cas échéant, les symptômes dépressifs) rapidement et efficacement. Pour ce faire, la TCC s'avère un choix judicieux car cette approche thérapeutique permet d'éviter les effets secondaires indésirables

reliés à la prise d'un médicament antianxiété. Un autre avantage incommensurable : lorsque cette approche est bien expliquée, la plupart des personnes âgées anxieuses préfèrent la suivre que d'ajouter une nouvelle molécule à une liste de médicaments déjà longue.

---

[...] pour optimiser l'efficacité de la TCC, ils [Hendriks et ses collaborateurs (2008)] insistent sur l'importance d'établir une bonne relation de confiance avec la personne âgée, de recourir à des stratégies motivationnelles, d'offrir au besoin des ressources en psychoéducation et d'inclure l'entourage dans le processus thérapeutique.

---

À l'instar des autres interventions (comme la pharmacothérapie), la TCC n'est toutefois pas une solution miraculeuse qui fait disparaître l'anxiété instantanément. Bien qu'elle soit efficace pour traiter l'anxiété gériatrique, elle le serait en général plus chez les adultes plus jeunes. D'autres études sont donc nécessaires pour identifier les facteurs qui prédisent l'efficacité thérapeutique de la TCC chez les personnes âgées anxieuses. Pour cela, il serait important de mieux comprendre, comparativement aux adultes plus jeunes, comment les personnes âgées vivent leur anxiété et surtout d'identifier les spécificités de l'anxiété gériatrique. Il serait alors plus facile d'adapter les interventions cognitivo-comportementales à leur vécu. En outre, d'autres études devraient être menées pour tester l'efficacité de différents formats de la TCC adaptés aux caractéristiques du vieillissement (par exemple, une TCC donnée par téléphone à des aînés à mobilité réduite) ainsi que pour isoler l'effet unique des différentes interventions cognitivo-comportementales (psychoéducation, respiration abdominale, restructuration cognitive, exposition *in vivo*). Par exemple, le fait de savoir si la psychoéducation donne de meilleurs résultats pour réduire l'anxiété que la respiration abdominale permettrait de cibler les interventions cognitivo-comportementales les plus efficaces et, par conséquent, d'abréger la durée des TCC. Enfin, il serait aussi essentiel d'élaborer des études longitudinales qui suivraient l'évolution des symptômes anxieux sur plusieurs années, voire de l'enfance jusqu'à un âge avancé. En procédant ainsi, nous pourrions observer les différentes fluctuations de l'anxiété (sous-clinique et clinique) au fil des années selon les périodes de vie et surtout mieux documenter l'association anxiété-dépression (qu'est-ce qui précède quoi?) particulièrement fréquente chez les personnes âgées.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- Balestrieri, M. et coll. (2005). « Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders-a regional survey ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(4), 308-315.
- Bartels, S. J. et coll. (2002). « Evidence-based practices in geriatric mental health care. [Review] ». *Psychiatric Services*, 53(11), 1419-1431.
- Beekman, A. T. et coll. (1998). « Anxiety disorders in later life: A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717-726.
- Beekman, A. T. et coll. (2000). « Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors ». *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Benitez, C. I. et coll. (2008). « Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: A longitudinal and prospective study ». *American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 16(1), 5-13.
- Bierman, E. J. M. et coll. (2007). « The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: Good, bad or indifferent? ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1194-1200.
- Bryant, C., H. Jackson et D. Ames. (2008). « The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature ». *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250.
- Caramel, V. M. et coll. (1998). « Benzodiazepine users aged 85 and older fall more often ». [Letter]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9), 1178-1179.
- Closser, M. H. (1991). « Benzodiazepines and the elderly. A review of potential problems ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(1-2), 35-41.
- Coolidge, F. L. et coll. (2000). « Personality disorders and coping among anxious older adults ». *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.
- de Beurs, E. et coll. (1999). « Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services ». *Psychological Medicine*, 29(3), 583-593.
- Deborah, D. S. (1998). « Benzodiazepine-induced persisting amnesic disorder: Are older adults at risk? ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(2), 119-125.
- El-Gabalawy, R. et coll. (2011). « Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: A population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults ». *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 556-564.
- Frasure-Smith, N. et F. Lesperance. (2008). « Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease ». *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 62-71.
- Gould, R. L., M. C. Coulson et R. J. Howard. (2012). « Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229.
- Gray, S. L. et coll. (2006). « Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 224-230.
- Grenier, S. et coll. (2009). « Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community ». *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 858-865.
- Grenier, S. et coll. (2011a). « The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 316-326.
- Grenier, S. et coll. (2011b). « The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults ». *Depression and Anxiety*, 26, 456-463.
- Grenier, S. et coll. (2012). « Twelve-month prevalence and correlates of subthreshold and threshold anxiety in community-dwelling older adults with cardiovascular diseases ». *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 724-732.
- Grymopre, R. E. et coll. (1988). « Drug-associated hospital admissions in older medical patients ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(12), 1092-1098.
- Gum, A. M., B. King-Kallimanis et R. Kohn. (2009). « Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781.
- Hendriks, G. J. et coll. (2008). « Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(6), 403-411.
- Heun, R., A. Papassotiropoulos et U. Ptak. (2000). « Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly ». *European Psychiatry*, 15(3), 173-182.
- Huffman, J. C., C. M. Celano et J. L. Januzzi. (2010). « The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes ». *Neuropsychiatric Disorders Treatment*, 6, 123-136.
- Kessler, R. C. et coll. (2005). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- King-Kallimanis, B., A. M. Gum et R. Kohn. (2009). « Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792.
- Landi, F. et coll. (2002). « Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community ». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 72(6), 729-734.
- Lenze, E. J. et coll. (2000). « Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients ». *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722-728.
- Llorente, M. D. et coll. (2000). « Defining patterns of benzodiazepine use in older adults ». [Review]. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 150-160.
- Mackenzie, C. S. et coll. (2011). « Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305-315.
- Martens, E. J. et coll. (2010). « Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The heart and soul study ». *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 750-758.
- Mehta, K. M. et coll. (2003). « Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: Findings from the health aging and body composition study ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 499-504.
- Mohlman, J. (2011). « A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety ». *Psychology and Aging*, Advance online publication, April 4<sup>th</sup>.
- Phillips, A. C. et coll. (2009). « Generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and their comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: The Vietnam experience study ». *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 395-403.
- Preisig, M., K. R. Merikangas et J. Angst. (2001). « Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 96-103.
- Preville, M. et coll. (2001). « Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64: Results from the Quebec Health Survey ». *Aging Mental Health*, 5(3), 216-224.
- Preville, M. et coll. (2008). « The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Prina, A. M. et coll. (2011). « Co-occurrence of anxiety and depression amongst older adults in low- and middle-income countries: Findings from the 10/66 study ». *Psychological Medicine*, 41(10), 2047-2056.
- Ritchie, K. et coll. (2004). « Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the french elderly population ». *The British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.
- Rivas-Vazquez, R. A. et coll. (2004). « Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders ». *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74-83.
- Rummans, T. A. et coll. (1993). « Learning and memory impairment in older, detoxified, benzodiazepine-dependent patients ». [Comparative Study]. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 68(8), 731-737.
- Scherrer, J. F. et coll. (2010). « Anxiety disorders increase risk for incident myocardial infarction in depressed and nondepressed Veterans Administration patients ». *American Heart Journal*, 159(5), 772-779.
- Schoevers, R. A. et coll. (2005). « Depression and generalized anxiety disorder: Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39.
- Scott, T. et coll. (2010). « Mental health service use among canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms ». *Aging and Mental Health*, 14(7), 790-800.
- Tamblyn, R. M. et coll. (1994). « Questionable prescribing for elderly patients in Quebec ». *Canadian Medical Association Journal*, 150(11), 1801-1809.
- Thorp, S. R. et coll. (2009). « Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety ». [Comparative study evaluation studies meta-analysis research support, N. I. H., Extramural]. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 105-115.
- Trollor, J. N. et coll. (2007). « Prevalence of mental disorders in the elderly: The Australian National Mental Health and Well-Being Survey ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 455-466.
- van Zelst, W. H. et coll. (2006). « Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188.
- Voyer, P. et coll. (2005). « Mental health for older adults and benzodiazepine use ». *Journal of Community Health Nurs*, 22(4), 213-229.
- Wetherell, J. L., H. Le Roux et M. Gatz. (2003). « DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: Distinguishing the worried from the well ». *Psychology and Aging*, 18(3), 622-627.
- Williamson, J. et J. M. Chopin. (1980). « Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: A multicentre investigation ». *Age and Aging*, 9(2), 73-80.
- Wolitzky-Taylor, K. B. et coll. (2010). « Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review ». *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211.
- Wynne, H. (2005). « Drug metabolism and aging ». *The Journal of the British Menopause Society*, 11(2), 51-56.