

Table des matières

Résumé	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements	viii
Avant-propos	ix
Chapitre 1 : Introduction	1
Troubles anxieux.....	2
Littératie en santé mentale	4
Mesures de la littératie sur les troubles anxieux	10
Validité et fidélité d'un test	13
Objectifs et retombées attendues	14
Chapitre 2 : Qualités psychométriques du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux	15
Résumé.....	17
1. Introduction.....	18
2. Méthode	21
2.1. Participants	21
2.2. Matériel	22
2.3. Procédure.....	22
2.4. Analyse des données	24
3. Résultats.....	25
3.1. Analyses descriptives	25
3.2. Validité	26
3.3. Fidélité.....	27
4. Discussion	27
Déclaration de conflit d'intérêt	30
Financement.....	30
Remerciements.....	31
Références.....	32
Chapitre 3 : Conclusion générale	41
Rappel du contexte, des objectifs, de la méthode et des principaux résultats de l'étude.....	42
Limites de l'étude	43

Implications pour la recherche et la clinique	44
Bibliographie	51
Annexe A	57
Annexe B	61

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants.

Tableau 2. Corrélations tétrachoriques (polychoriques avec items dichotomiques) inter-items, item-total et taux de réussite aux énoncés du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux.

Liste des figures

Figure 1. Structure factorielle à 7 facteurs du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux.

Figure 2. Moyenne du score total pour chacun des quatre groupes au Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux.

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier le Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQ-S) qui a financé le projet de recherche. Cette subvention a permis de rémunérer des auxiliaires de recherche et de couvrir d'autres frais reliés à la réalisation du projet, dont un tirage en guise de remerciement aux participants pour leur contribution au projet.

Je souhaite également remercier les personnes qui m'ont été d'une aide remarquable pour la réalisation de mon mémoire. Mes remerciements s'adressent notamment à Monsieur Philippe Landreville, Ph.D, qui a agi à titre de superviseur de recherche. Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité, pour vos conseils judicieux et pour votre soutien constant qui m'ont permis d'apprécier mon expérience à la maîtrise, d'élargir mes compétences en recherche et de développer ma pensée critique. Je remercie également Monsieur Pierre-Hugues Carmichael, M.Sc., pour son expertise qui a été précieuse pour la conceptualisation et l'analyse des données. Mes remerciements s'adressent aussi à Élisabeth Beaunoyer pour ses conseils et pour le recrutement des groupes A et C dans le cadre de son mémoire, à Alexandra Michel pour les différentes tâches réalisées tout au long du projet, autant pour le recrutement des participants que pour les analyses statistiques, et à Frédéric Thériault-Couture pour la saisie des données. Également, je remercie Caroline Camateros et Noémie Heider pour la traduction du Mental Health Literacy Scale, ainsi qu'Alain Noël et Mélissa Royer pour la révision de la version française. Mes remerciements vont également aux étudiantes du laboratoire de recherche en psychogérontologie clinique, notamment Anne-Julie, Ariane et Roxanne pour leurs commentaires constructifs lors de nos rencontres.

Finalement, des remerciements particuliers vont à mes parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager à persévirer et à atteindre mes objectifs tout au long de mon parcours académique en psychologie.

Avant-propos

Ce mémoire de maîtrise porte sur la validation du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux. Le mémoire est divisé en trois sections principales, lesquelles ont toutes été rédigées par Catherine Filion : une introduction (chapitre 1), un article (chapitre 2) et une conclusion générale (chapitre 3).

Monsieur Philippe Landreville, Ph.D., professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval, a proposé le sujet de l'étude et a effectué la demande d'approbation éthique. Les objectifs et la méthodologie ont été développés conjointement avec Monsieur Landreville à partir d'un projet subventionné par le Fonds de recherche du Québec en Santé pour lequel Monsieur Landreville et Madame Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D., professeure agrégée au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke, étaient chercheur principal et co-chercheure, respectivement. Plus de la moitié des participants ($n = 142$) ont été recrutés par Madame Élisabeth Beaunoyer, M.A., dans le cadre de son mémoire de maîtrise. L'auteure principale (C.F.) a rédigé l'article présenté dans ce mémoire, pour lequel elle a fait une partie du recrutement, la collecte de données et l'interprétation des résultats. Monsieur Pierre-Hugues Carmichael, M.Sc., biostatisticien au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), a collaboré à l'élaboration des analyses statistiques et à la réalisation de celles-ci.

L'article présenté au chapitre 2, intitulé « Qualités psychométriques du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux », constitue le corps du mémoire. L'article a été traduit en anglais et sera soumis à la revue *Psychiatry Research* en août 2018. Par conséquent, la présentation de l'article respecte les critères de cette revue alors que l'introduction et la conclusion sont rédigées selon les normes de la Faculté des études supérieures et postdoctorales.

Chapitre 1 : Introduction

Troubles anxieux

Les troubles anxieux ont en commun une peur et une anxiété excessives et des perturbations comportementales associées. Les troubles anxieux diffèrent de la peur ou de l'anxiété normale par leur caractère excessif et persistant ainsi que par leur durée. De plus, ils ont tendance à être comorbides entre eux, mais il est possible de les distinguer entre autres par le type d'objets et de situations qui induisent l'anxiété et les symptômes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui en découlent. De façon générale, les troubles anxieux apparaissent dans l'enfance et ont tendance à persister à l'âge adulte lorsqu'ils ne sont pas traités (American Psychiatric Association, 2015).

Parmi les troubles anxieux, on retrouve la phobie spécifique (PS), le trouble d'anxiété sociale (TAS), le trouble panique (TP), et le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Ce dernier se présente comme une anxiété excessive, persistante et incontrôlable à propos de divers domaines. Le TP se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues associées à la crainte d'avoir d'autres épisodes semblables et de ses conséquences possibles. Le TAS réfère, quant à lui, à la peur ou l'évitement des interactions sociales et de toute situation pouvant impliquer l'observation d'autrui. Enfin, la PS renvoie à une peur et un évitement marqués d'objets ou de situations précis (American Psychiatric Association, 2015).

Troubles anxieux chez les aînés. Les troubles anxieux sont fréquents chez les personnes âgées avec une prévalence se situant entre 3,2% et 14,2% (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Par ordre de fréquence, la PS et le TAG se positionnent devant le TP, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ainsi que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Bruno & Lepetit, 2015). Il faut noter, cependant, que dans la classification de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015), le TOC et le TSPT ne font plus partie des troubles anxieux mais ont été assignés à d'autres catégories de troubles. En plus d'être fréquents, les troubles anxieux chez les aînés engendrent des coûts significatifs sur les plans personnel et social (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Les troubles anxieux se traduisent par des coûts médicaux élevés (Marciniak, Lage, Landbloom, Dunayevich, & Bowman, 2004). Par exemple, un excès moyen des coûts de santé totaux annuels ajustés par habitant de \$ 2,444 (CAD) a été trouvé pour le trouble d'anxiété généralisée chez les personnes âgées (Vasiliadis et al., 2013).

La prévalence globale des troubles anxieux est plus faible chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes (Bruno & Lepetit, 2015). Cette moindre prévalence pourrait être reliée au fait que, dans la population âgée, davantage de symptômes anxieux sont présents sans être diagnostiqués (Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Wetherell, Lenze, & Stanley, 2005). Par ailleurs, la détection et le diagnostic des troubles anxieux chez les aînés peuvent se complexifier par les problèmes de santé physique ainsi que par le déclin cognitif. Également, une banalisation de l'anxiété à un âge avancé par les cliniciens et la présentation somatique des symptômes anxieux par les aînés peuvent aussi contribuer au sous-diagnostic (Bruno & Lepetit, 2015). Ces raisons menant à une faible détection appropriée des troubles anxieux chez les personnes âgées font en sorte que des traitements efficaces ne peuvent pas leur être fournis (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Sous-utilisation des services d'aide disponibles. Bien que l'anxiété soit l'un des problèmes de santé mentale les plus répandus chez les aînés (Wolitzky-Taylor et al., 2010), très peu de ceux ayant un trouble anxieux recherchent une aide professionnelle pour ce problème. Une étude conduite au Québec a montré que seulement 28% des aînés ayant un diagnostic de trouble anxieux ont utilisé les services de santé en raison de leurs symptômes psychologiques (Préville et al., 2008). Ce taux est inférieur à celui rapporté pour les troubles mentaux en général (39%) et beaucoup plus faible que celui qui a été rapporté pour le trouble dépressif majeur (50%) (Préville et al., 2008). De même, Wetherell et al. (2005) ont rapporté que seulement 17% des personnes âgées souffrant d'un trouble anxieux consultent un spécialiste en santé mentale. Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner et Sareen (2012) ont aussi trouvé que la tendance à chercher de l'aide pour les troubles anxieux est moins forte chez les aînés que chez les adultes d'âge moyen. Leurs résultats montrent que les adultes âgés de 65 ans et plus sont beaucoup moins susceptibles de demander de l'aide que les adultes âgés de 34 à 64 ans pour sept des huit troubles examinés incluant le TAG, le TAS et la PS. De plus, les résultats de cette étude montrent que les personnes qui n'ont pas de troubles anxieux comorbides sont encore moins susceptibles de demander de l'aide que ceux qui ont un trouble anxieux comorbide. Après avoir retiré l'effet de comorbidité, la demande d'aide pour les troubles anxieux chute de 19% à 11% pour l'ensemble de l'échantillon avec une tendance similaire à la baisse pour les aînés. Ceci

renforce l'idée que les troubles anxieux ne sont pas perçus comme étant une raison suffisante pour demander de l'aide.

Les symptômes anxieux apparaissent rarement à un âge avancé et les troubles anxieux sont souvent chroniques (Bruno & Lepetit, 2015). Cette chronicité pourrait expliquer une plus grande résistance à la demande d'aide et au traitement chez les personnes âgées (Wetherell et al., 2013) puisque le problème est souvent présent depuis longtemps. La possibilité d'un sous-diagnostic de l'anxiété chez les aînés (Bruno & Lepetit, 2015) pourrait également être une raison de la demande d'aide plus faible dans cette population. De plus, Gum, Iser et Petkus (2010) ont relevé que les obstacles pratiques les plus communs à l'utilisation des services en santé mentale par les aînés sont le manque d'accessibilité (71,8%), la difficulté à se déplacer (62,7%) et le manque de transport (45,8%). Aussi, le fait que les aînés soient moins susceptibles de croire que les professionnels en santé mentale sont utiles et peuvent aider est un obstacle supplémentaire à leur demande d'aide (Fisher & Goldney, 2003; Reavley, Morgan, & Jorm, 2014). Qui plus est, les troubles anxieux ont une comorbidité élevée avec les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'arthrite et les ulcères (Roy-Byrne et al., 2008). Ainsi, il pourrait être plus difficile de différencier un trouble anxieux d'un trouble de santé physique.

Enfin, une autre raison pouvant expliquer cette sous-utilisation des services est le manque de connaissances des aînés par rapport à l'anxiété. Plusieurs personnes du grand public ne reconnaissent pas les manifestations des troubles spécifiques et leurs croyances tendent à différer de celles d'experts en santé mentale en ce qui concerne les causes des troubles mentaux et les traitements qui sont efficaces (Jorm, 2000).

Littératie en santé mentale

La littératie en santé mentale (LSM) désigne les connaissances et croyances sur les troubles mentaux qui permettent de les reconnaître, de les gérer ou de les prévenir, et influence donc la gestion des symptômes par les patients (Jorm, 2000). Jorm et al. (1997) ont identifié sept attributs clés qui définissent le concept, soit (a) la capacité de reconnaître les troubles spécifiques, (b) la connaissance sur la façon de rechercher de l'information, (c) la connaissance des facteurs de risque, (d) la connaissance des causes de la maladie mentale, (e) la connaissance de l'auto-traitement, (f) la connaissance de l'aide professionnelle disponible ainsi que (g) les

attitudes qui favorisent la reconnaissance du problème. À cette définition se sont ajoutées plus tard la connaissance de la façon de prévenir un trouble mental, la reconnaissance d'un trouble mental lors de son développement, la connaissance des stratégies efficaces d'auto-traitement pour les problèmes légers à modérés, ainsi que les compétences en premiers soins pour aider les autres (Jorm, 2012). Plus récemment, en se basant sur les définitions antérieures de la LSM, Kutcher, Wei et Coniglio (2016) ont redéfini ce concept par le fait de comprendre comment favoriser et maintenir une bonne santé mentale, comprendre les troubles mentaux et leurs traitements, diminuer la stigmatisation liée aux troubles mentaux et améliorer l'efficacité de la recherche d'aide.

Différents travaux montrent les connaissances limitées du grand public en matière de santé mentale (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008; Jorm, 2000; Jorm et al., 1997; O'Connor, Casey, & Clough, 2014; Paulus, Wadsworth, & Hayes-Skelton, 2015). Par exemple, afin d'évaluer la reconnaissance par le public des troubles mentaux et les croyances au sujet de l'efficacité des différents traitements, Jorm et al. (1997) ont effectué une étude transversale auprès de personnes de 18 à 74 ans avec des entrevues structurées comprenant des vignettes décrivant une personne atteinte de dépression ou de schizophrénie. Les résultats ont montré que seulement 39% des répondants ont étiqueté de façon correcte la dépression et 27% ont bien identifié la vignette de la schizophrénie. De plus, dans les deux vignettes, les médecins généralistes et les conseillers en relation d'aide ont été davantage perçus comme étant utiles que les psychiatres et les psychologues. Enfin, les traitements non-pharmacologiques, dont l'exercice physique et la relaxation, ont été perçus de façon plus positive que les traitements pharmacologiques, dont les antidépresseurs et les antipsychotiques. Il semble donc exister un besoin d'éducation du grand public sur la santé mentale. On peut retrouver une faible LSM chez des personnes de tous les âges, ethnies, revenus et niveaux de scolarité. Toutefois, les hommes, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et celles âgées de 60 ans et plus sont plus susceptibles de présenter un faible niveau de LSM (Reavley et al., 2014).

La relation entre la littératie en santé générale, les pratiques de santé et la santé elle-même est documentée. Un manque de connaissance affecte la capacité des gens à rechercher et à utiliser l'information sur la santé ainsi qu'à adopter des comportements sains (Berkman et al.,

2004). Un faible niveau de littératie en santé est également associé à un état de santé moindre (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008), puisqu'il est négativement associé à l'utilisation des services de prévention, comme les vaccins contre la grippe, et la gestion des maladies chroniques, dont le diabète et l'asthme (Berkman et al., 2004). Les chercheurs ont également trouvé une association entre le manque de littératie et une augmentation des visites à l'hôpital qui pourraient être évitées (Baker et al., 2002). La littératie en santé est fondamentale comme déterminant d'une bonne santé et pour de bonnes interactions entre les professionnels de la santé et les patients, que ce soit pour la prescription, le traitement et la récupération. En effet, elle permet d'orienter les gens vers les services de santé publique et de les aider à suivre les recommandations (US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010).

De même, la LSM peut avoir un impact sur la recherche d'aide et la santé mentale. Thompson, Hunt et Issakidis (2004) ont indiqué qu'un manque de connaissance sur les problèmes de santé mentale et sur les traitements disponibles expliquerait de façon importante le délai dans la recherche d'aide. Selon Reavley et Jorm (2011) ainsi que Wei, McGrath, Hayden et Kutcher (2015), une bonne LSM est quant à elle un déterminant important de la santé mentale et peut améliorer la santé des individus et des populations. Une bonne connaissance sur les troubles mentaux, une bonne compréhension de la façon de demander de l'aide et des traitements disponibles, ainsi qu'une diminution de la stigmatisation à l'égard des maladies mentales, tant au niveau individuel, communautaire qu'institutionnel, peuvent favoriser l'identification précoce des troubles mentaux et augmenter l'utilisation appropriée des services de santé (Rüsch, Evans-Lacko, Henderson, Flach, & Thornicroft, 2011). Donc, la LSM est un concept autant important pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, pour les familles, pour les professionnels de la santé mentale et pour l'ensemble des membres de la communauté qui ne souffrent pas d'une maladie mentale (Compton, Hankerson-Dyson, & Broussard, 2011; Jorm, 2012), puisque la reconnaissance des troubles mentaux présente des avantages pour un traitement davantage précoce et approprié (Wright, Jorm, Harris, & McGorry, 2007). Puis, il semble qu'une personne souffrant d'un trouble mental est plus susceptible de demander une aide professionnelle si son réseau social lui a suggéré (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2004).

Littératie par rapport à l'anxiété. Quelques études ont évalué la LSM par rapport aux troubles anxieux et montrent que la capacité à les reconnaître est plutôt faible dans la population générale. Par exemple, on peut voir de faibles taux de reconnaissance dans l'étude de Furnham et Lousley (2013) qui a été réalisée avec un échantillon de 317 adultes, dont 103 étudiants de premier cycle en psychologie et 214 venant de la population générale, tous âgés de 18 à 80 ans. La LSM a été évaluée à l'aide de huit vignettes décrivant divers troubles anxieux. Les vignettes du TAG, du TOC, du TP et du TAS étaient celles utilisées par Coles et Coleman (2010), tandis que la vignette du TSPT a été tirée de l'étude de Munro, Freeman et Law (2004). Les vignettes portant sur la PS, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété de séparation ont été adaptées à partir de divers livres. Les taux de reconnaissance des troubles anxieux étaient plutôt faibles, soit 1,26% pour le TP, 2,84% pour le TAG, 10,73% pour le TAS et 34,07% pour la PS. Enfin, pour le TP, il semble que les participants demanderaient davantage une aide aux médecins généralistes qu'aux psychologues, ce qui suggère que ce trouble est davantage perçu comme un problème médical (20,5%) et comme des attaques de panique (27,8%). De plus, il semble que les répondants qui ont correctement identifié ce trouble considéraient davantage l'aide de psychologues. Ces différentes croyances pour les traitements pourraient en partie résulter du manque de connaissance par rapport aux troubles et à leur gravité.

Littératie sur les troubles anxieux chez les personnes âgées. Divers travaux (Wetherell et al., 2009; Coles, Schubert, Heimberg, & Weiss, 2014; Furnham & Lousley, 2013; Reavley et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017; Beaunoyer, Landreville, & Carmichael, 2017a), ont mis en lumière que les aînés présentent un niveau de LSM inférieur aux personnes plus jeunes, notamment par rapport à certains troubles anxieux. Les prochains paragraphes présentent une brève synthèse de ces travaux.

Wetherell et al. (2009) ont étudié les différences selon l'âge quant à l'identification des symptômes anxieux et dépressifs auprès de 374 adultes âgés de 18 à 93 ans. Les participants devaient classer des symptômes comme étant typiques de l'anxiété (agitation, palpitations, tension musculaire, etc.), de la dépression (sentiment de vide, perte d'intérêt/plaisir dans les activités, pensées de mort/suicide, etc.), de ces deux troubles (difficulté à se concentrer, insomnie, etc.) ou ne faisant pas partie de ces deux troubles (hallucinations et délires). Les résultats ont indiqué que le prédicteur principal de la classification appropriée des symptômes

était l'âge, les participants âgés de 65 ans et plus classant moins de symptômes correctement que les participants plus jeunes. L'agitation et les palpitations étaient les seuls symptômes classés adéquatement comme étant des symptômes d'anxiété par la majorité des adultes âgés. Les adultes âgés et les jeunes adultes étaient toutefois comparables dans leur capacité de classifier de façon plus précise les symptômes dépressifs que les symptômes anxieux. Enfin, dans l'ensemble, les résultats des adultes âgés sont plus faibles que les jeunes adultes, autant pour la dépression que pour l'anxiété. Cela suggère que la population âgée pourrait avoir plus de difficulté à identifier et à rechercher les traitements appropriés pour les symptômes courants de ces troubles.

Il est possible de voir des résultats similaires dans l'étude de Coles et al. (2014) qui portait sur 577 adultes âgés de 18 ans ou plus issus de la population générale. La LSM a été évaluée à l'aide de l'Anxiety Knowledge Survey (AKS), une mesure standardisée qui contient des vignettes portant sur le TAS, le TAG, le TP, le TOC, la dépression, ainsi qu'une vignette sur le stress de la vie. Les résultats montrent que moins de 20% des participants ont correctement identifié les troubles anxieux. Les pourcentages de reconnaissance pour certains des troubles spécifiques étaient de 16,6% pour le TP, de 15,9% pour le TAG et de 8,8% pour le TAS. La vignette du TAS était celle la plus souvent classée en tant que dépression (6,9%), suivie de la vignette de la PS (2,1%) et celle du TP (1,9%). Contrairement aux faibles taux de reconnaissance des troubles anxieux, 53,4% des répondants ont correctement identifié la dépression. Qui plus est, les répondants ont moins considéré le TP (52,4%), le TAG (52,1%) et le TAS (37,7%) comme étant un trouble de santé mentale que la dépression (62,2%). Un âge plus jeune était associé à une meilleure reconnaissance des troubles anxieux, notamment du TAS et du TAG. En outre, le fait d'avoir déjà suivi un traitement en santé mentale était associé à une meilleure reconnaissance du TP et un niveau d'éducation élevé était associé à une meilleure reconnaissance du TAS et du TP.

Ces résultats sont conformes à ceux de Reavley et al. (2014) dont l'échantillon était composé de 6019 personnes âgées de 15 ans et plus. Les participants ont été assignés aléatoirement à la version masculine ou féminine de l'une des six vignettes sur les troubles mentaux, soit la dépression, la dépression avec des pensées suicidaires, la schizophrénie précoce et chronique, le TAS, ainsi que le TSPT. Les résultats de reconnaissance des troubles anxieux étaient plus faibles pour les personnes âgées de plus de 60 ans comparativement à celles de

moins de 30 ans. Également, le fait d'avoir un ami ou un membre de la famille avec un problème similaire à celui décrit dans la vignette était significativement associé à une meilleure reconnaissance autant pour la dépression, la schizophrénie que pour les troubles anxieux. Enfin, le fait d'avoir un haut niveau de LSM était associé à la perception du problème comme une maladie et non une faiblesse.

Dans une récente étude de Hadjimina et Furnham (2017) conduite auprès d'un échantillon de 162 personnes âgées de 18 à 71 ans, on constate la même tendance que dans les études précédentes, soit une reconnaissance des troubles anxieux globalement plus faible chez les adultes âgés. L'étude a été effectuée à l'aide de vignettes portant sur le TAG, le TAS, le TP, le TOC, le TSPT et l'agoraphobie. Les trois premières vignettes étaient les mêmes que celles utilisées par Coles et Coleman (2010). Une comparaison de trois groupes d'âge (18-29 ans, 30-44 ans, et 45-71 ans) montre que le groupe d'âge le plus jeune a obtenu des taux d'identification adéquate plus élevés en général, à l'exception de l'agoraphobie. Toutefois, de façon générale, le taux de reconnaissance des troubles anxieux était faible : seulement 7,4% des participants ont correctement identifié le TAS, alors que les taux étaient de 5,6% pour le TAG et de 3,1% pour le TP.

Enfin, Beaunoyer, Landreville et Carmichael (2017a) ont également montré que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les jeunes adultes. L'échantillon était composé d'adultes entre 18 et 39 ans ($n = 64$) et d'aînés âgés de 60 ans et plus ($n = 78$) qui ont répondu au Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux (QCTA), un instrument à choix multiples qui mesure les connaissances sur différentes dimensions des troubles anxieux, dont les symptômes principaux, les facteurs de risque et les traitements. Les résultats ont montré que le taux de succès moyen des aînés était de 59,8%, comparativement à 78,12% pour les jeunes adultes. En fait, les résultats des jeunes adultes pour toutes les dimensions étaient significativement plus élevés que ceux des aînés. De plus, chez les aînés, le taux d'échec dépassait largement le seuil de 50% pour au moins une question par dimension, sauf pour les dimensions TAG et TAS. Enfin, ces derniers ont obtenu des taux d'échec supérieurs par rapport aux jeunes adultes à toutes les questions, sauf une correspondant à la dimension « facteurs de risque ».

En somme, les écrits scientifiques offrent un soutien empirique à l'idée que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les personnes plus jeunes. Il semble donc pertinent de poursuivre la recherche dans ce domaine, notamment pour identifier les déterminants de ces connaissances et les moyens de les améliorer chez les aînés. La poursuite des travaux requiert des instruments de mesure valides et fiables.

Mesures de la littératie sur les troubles anxieux

La plupart des études mentionnées dans la section précédente ont utilisé une méthode basée sur la reconnaissance des troubles anxieux à partir d'une vignette. De fait, la méthode la plus couramment utilisée pour évaluer la LSM dans la population générale consiste en une entrevue basée sur une vignette d'une personne souffrant d'un trouble mental. Les participants reçoivent ainsi une vignette décrivant une personne vivant un problème mental suivie d'une série de questions relatives à la compréhension de ce que vit cette personne (Jorm et al., 1997). Dans la majorité des études (Coles et al., 2016; Jorm et al., 1997; Morgan, Reavley, & Jorm, 2014; Reavley & Jorm, 2011), les vignettes ont été écrites de façon à satisfaire les critères diagnostiques du quatrième Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2004) et ceux de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (CIM-10; Organisation mondiale de la Santé, 1993). Également, les vignettes contrôlent typiquement pour le genre (Jorm et al., 1997; Jorm, Mackinnon, Christensen, & Griffiths, 2005; Paulus et al., 2015) et sont validées par une enquête auprès de psychiatres et de psychologues (Wright & Jorm, 2009). Cependant, Wei et al. (2015) ont noté que les qualités psychométriques des mesures des connaissances en santé mentale, qui comptent plusieurs instruments basés sur la méthode des vignettes, ne sont disponibles que pour une minorité d'entre elles. De plus, alors que leurs résultats indiquent que l'approche des vignettes est largement utilisée comme mesure des connaissances en santé mentale, ils notent que la poursuite des études pour établir la validité de cette approche est nécessaire. Par ailleurs, il peut être plus facile de reconnaître différents troubles anxieux lorsque présents chez une autre personne que lorsqu'ils sont vécus par soi-même (Coles & Coleman, 2010). La méthode des vignettes ne permet donc pas d'évaluer avec certitude la reconnaissance du trouble par une personne qui manifeste les symptômes présentés dans la vignette. Dans les lignes qui suivent, on décrit les principales mesures de la littératie sur les troubles anxieux.

Une mesure basée sur des vignettes et évaluant la littératie par rapport aux troubles anxieux, l'AKS, a été utilisée dans l'étude de Coles et al. (2014). Cette mesure est intéressante sur le plan de sa spécificité aux troubles anxieux, mais très peu de renseignements sont disponibles sur ses qualités psychométriques. Les vignettes ont été écrites de façon à être semblables dans leur longueur et en ce qui a trait à la sévérité des symptômes présentés, et ce, pour réduire l'influence potentielle d'autres variables. Par contre, ce contrôle sacrifie une certaine validité externe (Coles et al., 2014). En effet, utiliser des vignettes similaires avec un seul degré de sévérité des symptômes n'est pas représentatif de la variabilité des troubles anxieux. Cela restreint la généralisation des résultats à des cas se rapprochant de ceux décrits dans les vignettes. Voici un exemple de vignette tirée de l'AKS, qui porte sur le TAS :

John is a 21-year-old college junior and has a few friends he studies with. He would like to make more friends and go to more campus events, but is scared that he will do or say something embarrassing around others. He rarely talks in class because he is afraid that his classmates will notice him shaking or blushing. He will answer questions when called on, but worries about giving the wrong answer. Despite his longstanding interest in business law, John recently withdrew from the program in order to avoid the required oral debate course.

Une autre mesure spécifique aux troubles anxieux est le Mental Health Literacy Questionnaire for Anxiety Disorders (MHLQ-AD). Ce dernier contient des vignettes correspondant au TAG, au TAS, au TP, au TOC et à la dépression majeure, à titre comparatif. Le MHLQ-AD a été développé pour l'étude de Coles et Coleman (2010) et est basé sur l'expérience clinique, sur des études de cas publiées (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001) et sur des vignettes utilisées dans des recherches antérieures sur la LSM (Jorm et al., 1997; Suhail, 2005; Burns & Rapee, 2006). L'échantillon était composé de 284 étudiants de premier cycle universitaire, dont la majorité était dans un programme de psychologie. Le contenu des vignettes a été conçu pour décrire les caractéristiques essentielles des différents troubles en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Toutefois, considérant la composition de l'échantillon, il est difficile de généraliser les résultats concernant la reconnaissance des troubles anxieux à la population générale. Enfin, les qualités psychométriques de cet instrument ne sont mentionnées dans aucune des études utilisées pour la création des vignettes.

Un autre outil spécifique aux connaissances sur l'anxiété, l'Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit), a été utilisé par Gulliver et al. (2012). Il s'agit d'un questionnaire dont les énoncés sont répondus par vrai ou faux. Les propriétés psychométriques qui ont été évaluées sont la cohérence interne (α de Cronbach = .76) et la fiabilité test-retest (r de Pearson = .83). La stratégie de développement des énoncés qui composent l'A-Lit n'est cependant pas spécifiée.

Le Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux (QCTA) a été développé par Beaunoyer et al. (2017b) pour disposer d'une mesure spécifique à ce type de trouble, qui ne présente pas les limites des méthodes existantes et qui puisse être utilisé auprès des francophones. Le QCTA mesure les connaissances par rapport à sept dimensions des troubles anxieux représentées dans le questionnaire, soit les symptômes principaux, les facteurs de risque, les traitements, le TAG, le TP, le TAS et la PS. Les dimensions et les connaissances évaluées ont été choisies en fonction des renseignements au sujet des troubles anxieux accessibles au grand public sur les sites du National Institutes of Mental Health (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>) et de l'Association canadienne pour la santé mentale (<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/>). Le questionnaire complet compte un total de vingt-cinq questions à choix multiples présentant quatre réponses possibles par question. La dimension « symptômes » comprend cinq questions, les dimensions « facteurs de risque », « traitements » et « TAS » comprennent quatre questions et les dimensions « TAG », « TP » et « PS » en comprennent trois. Un point est attribué par réponse exacte, résultant en un pointage total maximal de 25. La version préliminaire du QCTA comprenait 29 questions à choix multiples, mais, à la suite des vérifications suivantes, la majorité des questions ont été modifiées et quatre ont été supprimées. En effet, le questionnaire a été vérifié par une psychologue clinicienne, spécialiste en anxiété. De plus, le texte a été évalué avec Scolarius (<http://www.scolarius.com>) afin de s'assurer de sa lisibilité pour le grand public, incluant les aînés (Beaunoyer et al., 2017b). Comme un peu moins de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans avaient un niveau de scolarité postsecondaire en 2014 (Statistique Canada, 2014), le niveau secondaire est le niveau maximal toléré pour le texte afin de s'assurer qu'il soit compris par la population générale, incluant les aînés. Les données préliminaires de Beaunoyer et al. (2017b) sur les qualités psychométriques du QCTA indiquent une bonne cohérence interne (α de Cronbach = 0.78). De

plus, pour toutes les questions, le score total des personnes ayant réussi la question était significativement plus élevé que celui des personnes l'ayant échoué. Cela suggère que toutes les questions sont adéquates pour discriminer les personnes selon leur niveau de connaissance de l'anxiété. Compte tenu de ces résultats prometteurs et des avantages du QCTA par rapport aux autres mesures similaires, un examen plus approfondi de ses qualités psychométriques est justifié.

Validité et fidélité d'un test

Quel que soit l'instrument de mesure, les propriétés psychométriques doivent être vérifiées afin que l'outil soit utile. Avant de poursuivre, une brève description des différentes façons d'évaluer les propriétés psychométriques, soit la validité et la fidélité, sera faite.

En ce qui a trait à la validité, elle réfère à la capacité de l'instrument utilisé à mesurer avec exactitude ce qu'il prétend mesurer. Son but est de vérifier si les résultats obtenus sont valides et donc qu'ils permettent de faire des interprétations justes. Plusieurs méthodes existent pour examiner la validité, dont l'analyse factorielle. Celle-ci sert à vérifier si les énoncés corrèlent entre eux selon les différentes dimensions de l'instrument et, ainsi, à déterminer si ce dernier reflète bien le phénomène étudié. Elle vise donc à rassembler l'ensemble des données recueillies en grands facteurs qui représentent les dimensions évaluées par l'instrument et à vérifier si la structure factorielle obtenue correspond à la structure attendue selon la théorie (Champagne, Landreville, Gosselin, & Carmichael, 2016). De plus, il est possible de vérifier la validité convergente. Elle permet de déterminer le degré d'association entre l'outil non validé et un instrument similaire dont la validité est déjà reconnue (Labbé, Noreau, Bernard, & Fougeyrollas, 1999). Une corrélation relativement élevée est souhaitée entre deux tests mesurant un même construit. À l'opposé, pour la validité divergente, il est attendu que le test ait une corrélation faible avec des construits distincts de celui que l'on souhaite mesurer. Enfin, la validité liée à un critère permet de vérifier si l'instrument différencie les groupes à l'étude sur la base de la variable qui est étudiée. Elle évalue le lien entre le résultat à un test et le résultat à un critère externe associé au même construit selon deux types de validation : (a) la validation concomitante, où l'administration du test et la mesure du critère sont simultanées et (b) la validation prédictive, où l'administration du test précède d'un certain délai la mesure du critère.

En ce qui concerne la fidélité, elle désigne le degré auquel l'instrument de mesure parvient à mesurer un construit de façon cohérente et juste à chaque fois qu'il est utilisé auprès d'individus semblables soumis à des conditions équivalentes (Labbé et al., 1999). Plus spécifiquement, afin d'évaluer ces éléments, la cohérence interne et la fidélité test-retest sont examinées. La cohérence interne, qui est un indice d'homogénéité, évalue la cohésion entre les différents énoncés ou questions d'un instrument. Un coefficient de Cronbach élevé signifie que les énoncés sont fortement reliés entre eux et qu'ils mesurent sensiblement la même chose (Labbé et al., 1999). Par exemple, on présume que les différentes questions du QCTA mesurent les connaissances sur les troubles anxieux. Pour sa part, la fidélité test-retest permet de vérifier jusqu'à quel point les réponses des participants sont stables dans le temps (Labbé et al., 1999). Pour ce faire, on se base sur des données obtenues à deux passations du questionnaire séparées par un intervalle de temps plus ou moins long.

Objectifs et retombées attendues

Le QCTA est un instrument de mesure prometteur, puisque Beaunoyer et al. (2017b) ont déjà démontré que les aînés obtiennent un résultat plus faible que les jeunes adultes à la fois sur l'échelle complète et la plupart des dimensions. Il serait donc intéressant de poursuivre la recherche avec cet instrument de mesure, mais, ses qualités psychométriques sont peu documentées. L'objectif de l'étude présentée dans le chapitre 2 de ce mémoire est donc d'examiner les qualités psychométriques du QCTA auprès d'adultes francophones. Les objectifs spécifiques sont de vérifier (a) sa validité, par l'analyse de la structure factorielle, de la validité convergente, ainsi que de la validité liée à un critère et (b) sa fidélité, par l'examen de la cohérence interne et de la stabilité test-retest. Il est attendu que les spécialistes en santé mentale obtiennent un résultat global plus fort au QCTA que les participants ne possédant pas cette expertise et que les personnes âgées obtiennent un résultat global plus faible au QCTA que les autres groupes à l'étude, soit des adultes plus jeunes et des spécialistes en santé mentale. S'il s'avère que le QCTA est valide et fiable, il serait intéressant de continuer de l'utiliser en recherche. Il pourrait aussi trouver des applications en clinique, notamment pour évaluer les connaissances des patients par rapport aux troubles anxieux et leurs besoins d'éducation à ce niveau.

**Chapitre 2 : Qualités psychométriques du Questionnaire des Connaissances des Troubles
Anxieux**

Qualités psychométriques du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux

Catherine Filion, B.A., candidate à la maîtrise en psychologie ^a

Philippe Landreville, Ph.D ^{a,b}

Pierre-Hugues Carmichael, M.Sc ^b

Elisabeth Beaunoyer, M.A. ^{a,c}

Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D ^d

^a École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

^b Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Québec, Canada

^c Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

^d Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

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

Résumé

Le Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux (QCTA) a été développé afin de pallier le manque d'instruments en français mesurant la littératie à propos de l'anxiété. La présente étude vise à évaluer les qualités psychométriques du QCTA. Deux-cent-douze personnes ont participé à l'étude. L'échantillon est composé (a) de personnes de 18 ans ou plus réparties dans trois groupes d'âge (18-39 ans, 40-59 ans et 60 ans et plus) ne possédant pas de formation ou d'expérience professionnelle en santé mentale et (b) de spécialistes de la santé mentale (psychologues et étudiants ayant complété au moins 3 ans d'un programme de 3^e cycle en psychologie clinique). Les indices d'ajustement d'une analyse factorielle confirmatoire montrent que la structure factorielle postulée à 7 facteurs est acceptable selon les données recueillies. Les résultats indiquent aussi une bonne validité convergente avec le Mental Health Literacy Scale et la validité liée à un critère est appuyée (a) par des résultats plus élevés au QCTA chez les spécialistes de la santé mentale que chez les participants ne possédant pas cette expertise et (b) par des résultats plus faibles chez les aînés que chez les autres participants. Enfin, la cohérence interne et la stabilité test-retest sont satisfaisantes. Le QCTA semble donc un outil prometteur pour évaluer les connaissances sur les troubles anxieux.

Mots clés : littératie en santé mentale, barrières au traitement, troubles anxieux chez la personne âgée, mesure de la littératie en santé mentale

1. Introduction

Les troubles anxieux sont très répandus chez les personnes âgées, avec une prévalence variant de 3,2% à 14,2% (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Cependant, peu d'aînés ayant un trouble anxieux recherchent une aide professionnelle pour ce type de problème (Mackenzie et al., 2012; Préville et al., 2008; Wetherell et al., 2005). Mackenzie et al. (2012) ont montré que les adultes âgés de 65 ans et plus sont près de trois fois moins susceptibles que les adultes d'âge moyen (35 à 64 ans) de demander de l'aide pour tous les troubles anxieux examinés, soit le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique (TP) avec ou sans agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale (TAS), la phobie spécifique (PS) et le trouble de stress post-traumatique. De même, Préville et al. (2008) ont trouvé dans un échantillon d'adultes âgés de 65 ans et plus que le trouble obsessionnel-compulsif (TOC; 10%), la PS (8%) et l'agoraphobie (<1%) présentent les plus faibles taux d'utilisation des services de santé parmi les troubles diagnostiqués. Leurs résultats montrent aussi que seulement le quart des patients âgés atteints d'un TAG rapportent avoir utilisé les services de santé pour leurs symptômes de détresse psychologique au cours d'une année, un taux en deçà de celui pour l'ensemble des troubles de santé mentale (39%) et nettement inférieur à celui pour le trouble dépressif majeur (50%). Différents éléments peuvent contribuer à la sous-utilisation des services de soins en santé mentale par les aînés incluant des caractéristiques sociodémographiques, telles que le sexe féminin et un faible revenu (Cully et al., 2008), des obstacles d'ordre pratique, tels que la difficulté à se déplacer et le manque de transport (Gum et al., 2010), de même que certaines croyances personnelles concernant la recherche d'aide, où certains déclarent ne pas avoir besoin d'aide, disent se méfier des fournisseurs de soins de santé mentale ou ne pas croire en l'efficacité du traitement (Brenes et al., 2015).

Un autre facteur pouvant contribuer à la sous-utilisation des services est le manque de connaissances des aînés par rapport à l'anxiété. Thompson et al. (2004) ont indiqué que le manque de connaissance sur les problèmes de santé mentale et sur les traitements disponibles expliquerait de façon importante le délai dans la recherche d'aide. Les connaissances et croyances sur les troubles mentaux qui permettent de les reconnaître, de les gérer ou de les prévenir sont les composantes principales du concept de littératie en santé mentale (LSM; Jorm et al., 1997). En se basant sur les définitions antérieures de la LSM (Jorm et al., 1997; Jorm,

2000; Jorm, 2012), Kutcher et al. (2016) ont défini ce concept par le fait de comprendre comment favoriser et maintenir une bonne santé mentale, comprendre les troubles mentaux et leurs traitements, diminuer la stigmatisation liée aux troubles mentaux et améliorer l'efficacité de la recherche d'aide. Quelques études (Beaunoyer et al., 2017a; Coles et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017; Reavley et al., 2014; Wetherell et al., 2009) ont montré que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les personnes plus jeunes. Par exemple, Coles et al. (2014) ont examiné si les adultes pouvaient identifier correctement différents troubles de santé mentale à partir de vignettes. Les résultats ont indiqué que moins de 20% ont correctement identifié les troubles anxieux et qu'un âge plus jeune était associé à une meilleure reconnaissance de ceux-ci, notamment du TAS et du TAG. Plus récemment, Beaunoyer et al. (2017a) ont montré que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les jeunes adultes et que cette différence est observable autant pour la connaissance des symptômes, des traitements et des facteurs de risque. Ces constats suggèrent que la population âgée pourrait avoir plus de difficulté à identifier et à rechercher les traitements appropriés pour leurs troubles anxieux (Wetherell et al., 2009).

Ainsi, il semble pertinent de poursuivre la recherche sur les connaissances des aînés par rapport aux troubles anxieux. Ainsi, les déterminants de ces connaissances et les moyens de les améliorer restent à élucider. Cependant, le choix d'un instrument de mesure constitue un défi en raison des limites des outils existants. Deux d'entre eux, l'Anxiety Knowledge Survey (AKS; Coles et al., 2014) et le Mental Health Literacy Questionnaire for Anxiety Disorders (MHLQ-AD; Coles & Coleman, 2010), évaluent la reconnaissance des troubles anxieux à partir de vignettes. Wei et al. (2015) ont noté que les qualités psychométriques des mesures des connaissances en santé mentale, qui comptent plusieurs instruments basés sur la méthode des vignettes, ne sont disponibles que pour une minorité d'entre elles. D'ailleurs, nous n'avons pas pu trouver cette information pour l'AKS et le MHLQ-AD. De plus, alors que leurs résultats indiquent que l'approche des vignettes est largement utilisée comme mesure des connaissances en santé mentale, ils notent que la poursuite des études pour établir la validité de cette approche est nécessaire. Enfin, il peut être plus facile de reconnaître différents troubles anxieux lorsque présents chez une autre personne que lorsqu'ils sont vécus par soi-même (Coles & Coleman, 2010). La méthode des vignettes ne permet donc pas d'évaluer avec certitude la reconnaissance du trouble par une personne qui manifeste les symptômes présentés dans la vignette. Un autre

outil spécifique aux connaissances sur l'anxiété, l'Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit), a été utilisé par Gulliver et al. (2012). Il s'agit d'un questionnaire dont les énoncés sont répondus par vrai ou faux. Cet instrument présente une bonne cohérence interne (α de Cronbach = .76) et fiabilité test-retest (r de Pearson = .83), mais la stratégie de développement des énoncés qui le composent n'est pas spécifiée. Cela fait en sorte qu'il est difficile d'évaluer la qualité des énoncés, notamment le niveau de connaissance requis pour y répondre.

Le Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux (QCTA; Annexe A) a été développé récemment par Beaunoyer et al. (2017b) pour disposer d'une mesure spécifique à ce type de trouble qui ne présente pas les limites des instruments de mesure existants. Le QCTA mesure les connaissances par rapport à sept dimensions des troubles anxieux représentées dans le questionnaire, soit les symptômes principaux, les facteurs de risque, les traitements, le TAG, le TP, le TAS et la PS. Les dimensions évaluées ont été choisies en fonction des renseignements au sujet des troubles anxieux accessibles au grand public sur les sites du National Institute of Mental Health (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>) et de l'Association canadienne pour la santé mentale (<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/>). Les informations redondantes provenant de ces sites n'ont été incluses qu'une fois. Ce processus a permis d'identifier les sept dimensions du QCTA. Les informations propres à chacune des dimensions ont été regroupées et elles ont été sélectionnées selon leur pertinence et simplifiées jusqu'à l'obtention d'énoncés. Ceux-ci constituaient la base de l'élaboration des différentes questions. Le questionnaire compte un total de vingt-cinq questions à choix multiples présentant quatre réponses possibles par question. La démarche utilisée afin de développer ces choix de réponse a été d'identifier la bonne réponse parmi les énoncés et de choisir trois distracteurs crédibles, relativement en lien avec le thème, mais distincts, desquels la bonne réponse serait facilement identifiable par une personne qui a des connaissances sur les troubles anxieux. Certains distracteurs ont été répétés dans différentes questions. La dimension symptômes comprend cinq questions, les dimensions facteurs de risque, traitements et TAS comprennent quatre questions et les dimensions TAG, TP et PS en comprennent trois. Un point est attribué par réponse exacte, résultant en un pointage total maximal de 25. Beaunoyer et al. (2017b) ont aussi calculé un score pour chaque dimension en faisant le total des points pour les questions correspondantes. Le questionnaire a été vérifié

par une psychologue clinicienne spécialiste des troubles anxieux et le texte a été évalué avec Scolarius (<http://www.scolarius.com>) afin de s'assurer de sa lisibilité pour le grand public, incluant les aînés. Comme un peu moins de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans avaient un niveau de scolarité postsecondaire en 2014 (Statistique Canada, 2014), le niveau secondaire est le niveau maximal toléré pour le texte afin de s'assurer qu'il soit compris par la population générale. Les données préliminaires de Beaunoyer et al. (2017b) sur les qualités psychométriques du QCTA indiquent une bonne cohérence interne (α de Cronbach = .78). De plus, le score total des personnes ayant réussi chaque question est significativement plus élevé que celui des personnes l'ayant échoué. Cela suggère que toutes les questions sont adéquates pour discriminer les personnes selon leur niveau de connaissance de l'anxiété.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner plus en profondeur les qualités psychométriques du QCTA. Les objectifs spécifiques sont de vérifier (a) sa validité, par l'analyse de la structure factorielle, de la validité convergente et de la validité liée à un critère, et (b) sa fidélité, par l'examen de la cohérence interne et de la stabilité test-retest. La validité convergente a été examinée à partir de la corrélation entre le QCTA et un instrument mesurant la LSM. La validité liée à un critère était basée sur une comparaison des résultats au QCTA en fonction de l'expertise en santé mentale et de l'âge. Donc, l'étude a également été l'occasion de comparer les résultats des experts en santé mentale ainsi que des aînés au QCTA par rapport aux autres groupes. Il était attendu (a) que les spécialistes en santé mentale obtiennent un résultat global plus fort au QCTA que les participants ne possédant pas cette expertise et (b) que les personnes âgées obtiennent un résultat global plus faible que les participants plus jeunes et que les spécialistes en santé mentale.

2. Méthode

2.1. Participants

L'échantillon était composé de 212 personnes. Parmi ce nombre, 196 personnes ne possédaient pas de formation et d'expérience professionnelle en santé mentale et appartenaient à l'un des trois groupes sur la base de leur âge : les jeunes adultes (18-39 ans; $n = 64$), les adultes d'âge moyen (40-59 ans; $n = 54$) et les aînés (60 ans et plus; $n = 78$). Un quatrième groupe ($n = 16$) était composé de spécialistes de la santé mentale, soit des psychologues ayant une formation

de 2^e ou 3^e cycle en psychologie clinique et une expérience pratique dans ce domaine ainsi que des étudiants ayant complété au moins 3 ans d'un programme de 3^e cycle en psychologie clinique.

2.2. Matériel

Le matériel incluait le QCTA décrit ci-haut et les questionnaires décrits ci-dessous.

2.2.1. Questionnaire sociodémographique et clinique.

Des données sociodémographiques, telles que l'âge, le sexe, le dernier niveau de scolarité complété, le domaine d'emploi et le revenu, ainsi que des informations cliniques, dont les problèmes de santé actuels, l'historique de contact avec des gens souffrant d'anxiété et un épisode d'anxiété au cours de la vie, ont été recueillies (Annexe B). À noter que sept questions portant sur différents aspects de la pratique clinique ont été posées exclusivement aux spécialistes de la santé mentale.

2.2.2. Mental Health Literacy Scale-F.

Le Mental Health Literacy Scale (M HLS; O'Connor & Casey, 2015) vise à évaluer la LSM. Il compte 35 questions répondues sur une échelle de type Likert variant de 1 (très improbable/très inutile) à 4 (très probable/très utile) ou de 1 (fortement en désaccord/certainement réticent) à 5 (fortement en accord/certainement disposé). Le score total correspond à la somme des points sur les énoncés et il peut varier entre 35 et 160. L'évaluation des qualités psychométriques du M HLS indique une bonne cohérence interne, une bonne fiabilité test-retest, une faible erreur de mesure ainsi qu'une bonne validité de contenu et structurelle (O'Connor & Casey, 2015). La version française (M HLS-F) a été utilisée dans la présente étude (α de Cronbach = .83). Cette version a été développée par un comité de trois personnes sur la base d'une traduction renversée suivant les recommandations de Hébert et al. (1994).

2.3. Procédure

Les données des jeunes adultes et des aînés proviennent de l'étude de Beaunoyer et al. (2017b). Les critères d'admissibilité étaient d'être âgé de 18 à 39 ans ou de 60 ans ou plus, de bien comprendre et parler le français ainsi que de ne pas présenter de déficit cognitif majeur. Puisque ce n'était pas dans les critères au départ, la chercheuse de cette étude a vérifié que ces

participants ne possédaient pas une formation et une expérience professionnelle en santé mentale. Cette vérification a été faite a posteriori, en recontactant les participants. Ceux-ci ont été principalement recrutés au sein de la communauté de l'Université Laval, notamment par l'envoi d'un message électronique aux employés et aux étudiants. Le projet a aussi été présenté au début de certains cours afin de solliciter la participation. Pour faciliter le recrutement des personnes de 60 ans et plus, les aînés membres de différents clubs sociaux de la ville de Québec ont été invités à participer à l'étude. Pour inciter la participation, le tirage d'un certificat cadeau d'une valeur de 30\$ dans un centre commercial a été effectué parmi chacun des deux groupes de participants. Les gens intéressés à participer contactaient la chercheuse principale et ceux-ci s'entendaient sur un lieu de rencontre, soit au domicile du participant ou à l'Université Laval. Après avoir donné son consentement, le participant répondait, dans l'ordre, au questionnaire sociodémographique et clinique, au QCTA et à l'Inventaire d'anxiété de Beck.

Les adultes d'âge moyen ont également été recrutés au sein de la communauté de l'Université Laval, par l'envoi d'un message électronique, et parmi les membres de clubs sociaux de la ville de Québec. Les critères de participation de ce groupe étaient d'être âgé de 40 à 59 ans, de parler et de bien comprendre le français et de ne pas posséder une formation et une expérience professionnelle en santé mentale. Les critères de participation pour les spécialistes de la santé mentale étaient de parler et de bien comprendre le français et d'être soit (a) membre de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ), d'avoir une formation de 2^e ou 3^e cycle en psychologie clinique et d'avoir une expérience pratique dans ce domaine ou d'être un (b) étudiant ayant complété au moins 3 ans d'un programme de 3^e cycle en psychologie clinique. Ces participants ont été recrutés au Québec par l'envoi de messages électroniques aux étudiants inscrits à un programme doctoral en psychologie clinique, aux professeurs de différentes universités spécialisés en psychologie clinique, de même qu'aux membres de différents regroupements de psychologues incluant l'OPQ. La même procédure, similaire à celle de Beaunoyer et al. (2017b), a été utilisée pour la collecte de données auprès des adultes d'âge moyen et des spécialistes de la santé mentale. Les personnes intéressées à participer à l'étude ont contacté la chercheuse principale (C.F.) et ont convenu avec elle d'un moment pour la collecte de données. Cette rencontre a eu lieu sur le campus de l'Université Laval, au domicile du participant, à distance via Skype ou par téléphone. Durant l'entrevue, le participant avait devant

lui l'ensemble du questionnaire. Les questions ont été lues par la chercheuse qui a noté les réponses du participant sur le questionnaire. L'entrevue était d'une durée approximative de 30 à 45 minutes. Après avoir donné son consentement, le participant a répondu, dans l'ordre, au questionnaire sociodémographique et clinique, au QCTA ainsi qu'au MHLS-F. La seconde passation du QCTA a été faite pour les adultes d'âge moyen seulement, a eu lieu après un intervalle d'une semaine et avait une durée de 10 à 20 minutes. Pour encourager la participation, les personnes appartenant à chacun des deux groupes étaient éligibles au tirage de deux certificats cadeau d'une valeur de 75\$. Il y a eu un tirage supplémentaire de deux prix parmi les adultes d'âge moyen qui ont répondu une seconde fois au questionnaire.

2.4. Analyse des données

Des analyses descriptives (moyenne, écart-type, étendue, etc.) ont été réalisées sur l'ensemble des variables dans le but de tracer le portrait des groupes à l'étude. Ceux-ci ont été comparés sur les variables sociodémographiques et cliniques à l'aide d'analyses de variance (ANOVA) pour les variables continues et de tests de chi-carré pour les variables catégorielles. Les analyses suivantes ont permis d'examiner les qualités psychométriques du QCTA. La validité a été examinée de trois manières. D'abord, une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été effectuée avec le logiciel R, version 3.2.3, avec la librairie « lavaan » 0.5-20, pour vérifier si la structure préétablie à sept dimensions était appropriée, et ce, à partir d'une matrice de corrélations tétrachoriques puisque les réponses possibles à chaque question sont dichotomiques (réussite ou échec). Les indices d'ajustement utilisés pour juger de la qualité de la structure factorielle ont été le Normed Fit Index (NFI), le Goodness of Fit Index (GFI), l'Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) et le Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI). Le test d'ajustement du chi-carré a été utilisé pour catégoriser l'ajustement comme étant acceptable ou non. Le logiciel R a été privilégié puisque la procédure du logiciel Statistical Analysis System (SAS) doit se voir fournir la matrice de corrélations tétrachoriques qu'elle ne peut, d'elle-même, calculer à partir d'observations brutes. Quant à lui, R offre une librairie de fonctions qui fait l'estimation de modèles d'AFC en calculant une matrice de corrélations tétrachoriques et en estimant le modèle directement à partir des données brutes avec la méthode Diagonally Weighted Least Squares (DWLS; Flora & Curran, 2004). La fiabilité des résultats obtenus avec R a été vérifiée avec une comparaison avec l'estimation du modèle AFC dans SAS, version 9.4,

à partir de la matrice de corrélations tétrachoriques dans R. Le reste des analyses a été réalisé avec SAS et un seuil alpha fixé à .05 a été retenu. La validité convergente a été vérifiée en examinant la corrélation (r de Pearson) entre les résultats au QCTA et au MHLS-F. Finalement, la validité liée à un critère avec des groupes contrastés a été vérifiée en comparant les groupes sur le QCTA au moyen d'ANOVA et d'analyses de contraste pour préciser les groupes qui diffèrent entre eux. En ce qui a trait à la fidélité, la cohérence interne a été vérifiée en calculant le coefficient alpha de Cronbach et la fidélité test-retest a été évaluée en examinant la corrélation (r de Pearson) entre les données des adultes d'âge moyen au premier et au second temps de mesure.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques générales des participants de chacun des quatre groupes. On observe que la majorité des participants était des femmes, était à la retraite ou aux études et était conjoint de fait, en couple ou célibataire. Un tiers des participants avait un revenu de 50 000\$ et plus. En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, plus de la moitié n'avait pas de problème de santé nécessitant une attention médicale et la plupart percevaient leur santé comme très bonne ou excellente. On remarque également que plus de la moitié avait déjà connu une période de 6 mois durant laquelle ils se sont sentis anxieux, que la majorité avait déjà connu une personne dans cette dernière situation et aurait l'intention de consulter un professionnel de la santé si des symptômes anxieux étaient présents. Le tableau présente aussi des caractéristiques additionnelles des spécialistes de la santé mentale. La plupart étaient membres de l'OPQ, utilisaient l'approche cognitivo-comportementale dans leur pratique clinique et desservaient une clientèle de jeunes adultes ou d'adultes. La moitié du groupe était titulaire d'un diplôme de maîtrise en psychologie. Enfin, la majorité était habilitée à exercer la psychothérapie. Une personne a indiqué qu'elle ne l'était pas, puisqu'elle n'a pas terminé ses études supérieures et, donc, n'était pas membre de l'OPQ lors de la collecte de données.

Outre l'âge, des différences significatives ont été trouvées entre les groupes au niveau de la scolarité, de l'état civil, de l'occupation principale, du revenu, ainsi que de la présence de problèmes de santé. De façon plus précise, les spécialistes de la santé mentale étaient

généralement plus scolarisés que les participants des autres groupes, les aînés tendaient davantage à être divorcés, tandis que les autres groupes ont mentionné être majoritairement conjoint de fait ou en couple. Également, les jeunes adultes étaient principalement des étudiants, tandis que les adultes d'âge moyen et les spécialistes en santé mentale travaillaient généralement à temps plein et la plupart des aînés étaient retraités. Le revenu était plus faible chez les jeunes adultes par rapport aux autres groupes et plus de la moitié des aînés ont mentionné avoir des problèmes de santé, ce qui n'est pas le cas chez les participants des autres groupes.

3.2. Validité

Nous avons réalisé une AFC sur deux versions de la structure factorielle du QCTA : une version avec toutes les dimensions indépendantes et une version dans laquelle les dimensions sont interdépendantes. Le modèle aux dimensions indépendantes ne s'ajustait pas bien aux données. En effet, le test du chi-carré indique que ce modèle s'ajuste mal aux données ($\chi^2 = 1496.78, p < .001$) et les indices d'ajustement ne sont pas optimaux (NFI = .17; GFI = .52; AGFI = .48; PGFI = .48). Nous avons donc retenu la version avec interdépendance des dimensions qui, elle, avait un ajustement acceptable. La structure factorielle du QCTA est illustrée à la figure 1. Le test du chi-carré indique que ce modèle à sept facteurs du QCTA s'ajuste correctement aux données observées ($\chi^2 = 191.53, p = .99$). Les indices d'ajustement sont tous autour de .90 (NFI = .89; GFI = .94; AGFI = .93). L'indice du PGFI est le plus faible (.81).

Les scores totaux au MHLS-F pour les adultes d'âge moyen et les spécialistes de la santé mentale variaient entre 111 et 160, pour une moyenne de 138.01 ($\bar{E}T = 11.50$). Pour ces mêmes participants, les scores totaux au QCTA variaient entre 8 et 25, pour une moyenne de 19.64 ($\bar{E}T = 3.82$). La corrélation entre le MHLS-F et le QCTA était de .54, $p < .001$.

Pour la validité liée à un critère, les résultats indiquent qu'il existe au moins une différence significative entre les groupes sur le résultat total obtenu au QCTA ($t(208) = 33.56, p < .001$). La figure 2 illustre les différences entre les groupes. Des analyses de contraste ont été effectuées afin de préciser où se trouvent ces différences. Les spécialistes de la santé mentale obtiennent un meilleur résultat au QCTA par rapport aux participants qui ne possèdent pas cette expertise (jeunes adultes : $t(208) = -3.62, p < .001$; adultes d'âge moyen : $t(208) = -4.60, p < .001$; aînés : $t(208) = -8.31, p < .001$). De plus, les aînés obtiennent un résultat plus faible au

QCTA par rapport aux trois autres groupes (jeunes adultes : $t(208) = -7.52, p < .001$; adultes d'âge moyen : $t(208) = -5.50, p < .001$; spécialistes de la santé mentale : $t(208) = -8.31, p < .001$).

3.3. Fidélité

Le coefficient alpha de Cronbach pour l'ensemble des questions du QCTA était de .80. Le tableau 2 montre les corrélations tétrachoriques inter-items, item-total, ainsi que le taux de réussite à chaque énoncé du QCTA. Ces résultats indiquent que la plupart des corrélations entre les questions sont positives, que ces corrélations varient entre .001 et .62 ($M = .26, \bar{ET} = .13$) et que la moitié d'entre elles sont significatives. On observe aussi 16 corrélations négatives mais qui sont toutes non significatives. Les corrélations entre chaque item et le score total varient quant à elles entre .19 (question 24) et .55 (question 16), avec une moyenne de .41 ($\bar{ET} = .10$), et sont toutes significatives ($p < .05$). Le taux de réussite pour chaque question varie entre .35 (question 4) et .95 (question 15), avec une moyenne de .71 ($\bar{ET} = .16$). Enfin, un examen de la probabilité de réussite à chaque item par groupe montre qu'elle varie de .48 (item 4 et 11) à .98 (item 21) pour les jeunes adultes, de .29 (item 4) à .98 (item 15 et 25) pour les adultes d'âge moyen, de .24 (item 4) à .93 (item 15) pour les aînés et de .56 (item 4) à 1 (12 items) pour les spécialistes de la santé mentale.

Le QCTA a été administré à deux reprises aux adultes d'âge moyen. Pour la première passation, l'étendue des scores totaux variait entre 8 et 24 pour une moyenne de 18.53 ($\bar{ET} = 3.64$) et un taux de réussite moyen de 74,12% aux items du QCTA. Le taux de réussite moyen des participants aux items du QCTA pour la seconde passation était de 78,60%, avec une étendue des scores totaux entre 12 et 24 et une moyenne de 19.65 ($\bar{ET} = 3.10$). La corrélation entre les scores totaux aux deux temps de mesure était de .72, $p < .001$.

4. Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les qualités psychométriques du QCTA. Cet instrument de mesure a été construit autour de sept dimensions représentées dans les sources consultées lors de son développement (Beaunoyer et al., 2017b). Nous avons donc débuté l'analyse des données par une AFC dont les résultats appuient l'existence des sept dimensions que l'on souhaitait mesurer. On constate que l'indice PGFI est plus bas que les autres

indices d'ajustement, mais il faut souligner qu'il est aussi le plus sévère quant au nombre de paramètres à estimer. On note également que les dimensions du QCTA ne sont pas indépendantes dans la structure factorielle du modèle soutenu par nos résultats. À notre connaissance, notre étude est la première à examiner la structure factorielle d'un instrument de mesure des connaissances qui est spécifique aux troubles anxieux et il n'est donc pas possible de comparer parfaitement nos résultats à ceux obtenus pour d'autres outils similaires. Toutefois, il existe certaines études (Serra et al., 2013; Wang et al., 2013) dans lesquelles les mesures utilisées contiennent des questions spécifiques sur les troubles anxieux, dont la PS, le TP (Serra et al., 2013) et le TAG (Wang et al., 2013), et pour lesquelles la structure factorielle a été évaluée à l'aide de l'AFC. Par exemple, dans l'étude de Serra et al. (2013), plutôt que d'utiliser le test de chi-carré comme dans notre étude, il est mentionné que des critères plus libéraux ont été choisis pour vérifier l'ajustement du modèle. Les critères d'indice comparatif d'ajustement (CFI), de racine de l'erreur quadratique de l'approximation (RMSEA) et de résidus quadratiques moyens pondérés (WRMR) ont été utilisés (Hu & Bentler, 1999). Dans cette étude, c'est le modèle unidimensionnel qui s'est avéré acceptable sur la base des indices d'ajustement, tandis que, dans notre étude, c'est le modèle d'interdépendance des sept dimensions qui a été jugé approprié. Cette comparaison permet donc de faire un parallèle entre ces résultats obtenus, où, dans les deux cas, il faut seulement regarder le score total pour évaluer les connaissances, puisqu'on ne peut pas considérer les dimensions comme étant indépendantes les unes des autres.

La validité convergente du QCTA est appuyée par sa corrélation modérée avec un instrument de mesure de la LSM (O'Connor & Casey, 2015). Ce résultat reflète aussi le fait que ces deux instruments mesurent des concepts reliés mais différents. Le MLHS-F évalue la LSM et les énoncés qui le composent reflètent divers attributs de ce concept incluant l'habileté à reconnaître les troubles, la connaissance de l'auto-traitement et les attitudes qui favorisent la reconnaissance ou un comportement approprié de recherche d'aide. Le QCTA est plutôt spécifique aux connaissances par rapport aux troubles anxieux. Le fait que ces deux outils ne soient que modérément corrélés confirme la spécificité du QCTA et l'intérêt de cet instrument par rapport aux mesures déjà existantes. La corrélation modérée observée résulte peut-être aussi en partie du fait que les deux instruments ont des échelles de réponse différentes. Celles du

MLHS-F, qui varient entre 1 et 4 ou 1 et 5, offrent une plus grande variabilité que le QCTA pour lequel la réponse à chaque question est simplement bonne ou non.

En soutien à la validité liée à un critère, nos résultats montrent des différences significatives entre certains groupes sur le résultat au QCTA. Le fait que les spécialistes de la santé mentale soient supérieurs aux autres participants était attendu et en accord avec la littérature. Par exemple, Morgan et al. (2014) ont trouvé que les professionnels de la santé mentale reconnaissent généralement l'importance de la psychothérapie et de la thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'anxiété, alors que seulement la moitié des gens qui n'ont aucune expérience en santé mentale croient que la psychothérapie est utile. Nos résultats confirment aussi notre prédition que les aînés ont un niveau de connaissance sur les troubles anxieux plus faible que les personnes plus jeunes. Ces résultats concordent avec ceux d'autres chercheurs (Beaunoyer et al., 2017a; Coles et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017; Reavley et al., 2014; Wetherell et al., 2009), qui ont montré que les jeunes adultes ont une meilleure reconnaissance des troubles anxieux que les aînés, notamment pour le TAS et le TAG. Tel que mentionné par Beaunoyer et al. (2017a), il est possible que cette différence entre les aînés et les jeunes reflète l'exposition plus grande des jeunes aux connaissances actuelles par rapport aux troubles de la santé mentale. Elle indique peut-être aussi que les aînés ont plus de difficulté à identifier les éléments associés à l'anxiété, car ces derniers, tels que présentés dans le QCTA, ne correspondent pas tout à fait à l'expérience qu'ils en ont.

Les résultats sont intéressants aussi en ce qui concerne la fidélité de l'instrument. Ils indiquent une bonne cohérence interne, ce qui suggère que les énoncés ne sont pas complètement indépendants les uns des autres et qu'ils ne sont pas redondants. De plus, la corrélation obtenue entre les deux passations montre une fiabilité test-retest acceptable pour les résultats globaux obtenus au QCTA. Les indices de corrélations inter-items et item-total ne sont pas très élevés, ce qui peut refléter que le contenu du QCTA couvre des domaines aussi variés que les facteurs de risque, les symptômes et les traitements pour les troubles anxieux. Cette variété reflète les connaissances disponibles au grand public et permet donc au QCTA de possiblement mieux évaluer ces connaissances qu'un outil visant seulement la reconnaissance des troubles anxieux. Également, le fait que les corrélations entre chaque item et le score total soient positives et significatives suggère que les items sont appropriés pour discriminer les participants selon leur

niveau de connaissance des troubles anxieux. Toutefois, les résultats indiquent que la probabilité de réussite à l'item 4 est plus faible pour tous les groupes. Même si cet item présente une difficulté relativement forte par rapport aux connaissances des individus, la corrélation item-total pour cet énoncé est significative. Il semble donc préférable de conserver l'item, puisqu'il permet de discriminer les personnes selon leurs connaissances des troubles anxieux.

Cette étude comporte certaines limites. L'échantillon en était un de convenance et était principalement composé de gens ayant complété au moins une scolarité de niveau collégial. Il faut donc être prudent quant à la généralisation des résultats à la population générale. D'ailleurs, puisqu'il a été montré qu'un niveau d'éducation élevé facilite la reconnaissance de certains troubles anxieux (Coles et al., 2014; Jorm, 1994; Yu et al., 2016), ce sont plutôt les personnes ayant une faible scolarité qui sont susceptibles de moins bien connaître ces troubles. De même, étant donné qu'on ne connaît pas le niveau d'anxiété vécu par les participants, il n'est pas possible de savoir si les résultats sur les connaissances sur les troubles anxieux sont représentatifs de la population clinique. Des études futures pourraient donc vérifier les qualités psychométriques du QCTA dans cette dernière population, ce qui validerait l'utilité d'utiliser cet outil dans le milieu clinique, autant pour les personnes atteintes d'un trouble anxieux, pour leur entourage et pour les spécialistes de la santé mentale.

En conclusion, cette étude est la première à démontrer la validité et la fiabilité du QCTA. Cet instrument peut être utile autant pour la recherche que pour la clinique. Il permet non seulement aux chercheurs d'approfondir leur compréhension sur le manque de LSM dans la population, mais aussi aux cliniciens d'orienter leurs interventions en fonction du manque de connaissances des patients (Beaunoyer et al., 2017a). Enfin, le QCTA pourrait aider à sensibiliser la population ainsi que l'entourage de la personne vivant un trouble anxieux sur la réalité vécue par cette dernière.

Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun.

Financement

Cette étude a été rendue possible par une subvention des Fonds de recherche du Québec – Santé à Philippe Landreville et Helen-Maria Vasiliadis.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les participants de même qu'Alexandra Michel qui a participé à la collecte des données.

Références

- Beaunoyer, E., Landreville, P., & Carmichael, P. H. (2017a). Older Adults' Knowledge of Anxiety Disorders. *The Journals of Gerontology : Series B*, 1-9. doi:10.1093/geronb/gbx128
- Beaunoyer E., Landreville, P. & Carmichael, P-H. (2017b). *Documentation des connaissances qu'ont les aînés sur les troubles anxieux par rapport à celles de jeunes adultes*. (Mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec, Canada.
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Barriers to Mental Health Treatment in Rural Older Adults. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23, 1172-1178. doi:10.1016/j.jagp.2015.06.002
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63-71. doi:10.1002/da.20620
- Coles, M. E., Schubert, J. R., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders: Step 1: Recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 737-740. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.011
- Cully, J. A., Tolpin, L., Henderson, L., Jimenez, D., Kunik, M. E., & Petersen, L. A. (2008). Psychotherapy in the Veterans Health Administration: Missed Opportunities? *Psychological Services*, 5, 320-331. doi:10.1037/a0013719
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An Empirical Evaluation of Alternative Methods of Estimation for Confirmatory Factor Analysis With Ordinal Data. *Psychological Methods*, 9, 466-491. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.466>
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20, 47-55.
- Gulliver, A., Griffiths, M. K., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, L. A., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P.J., & Stanimirovic, R. (2012). Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes : An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e69. doi:10.2196/jmir.1864
- Gum, A. M., Iser, L., & Petkus, A. (2010). Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 491-501. doi:10.1097/JGP.0b013e3181c29495
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 251, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>
- Hébert, R., Bravo, G., & Voyer, L. (1994). La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 13, 392-405. doi:10.1017/s0714980800006206
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jorm, A. F. (1994). Characteristics of Australians who reported consulting a psychologist for a health problem : An analysis of data from the 1989-90 National Health Survey. *Australian Psychologist*, 29, 212-215. doi:10.1080/00050069408257354

- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy : empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy" : A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy : Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 154-158. doi:10.1177/0706743715616609
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders : Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234-242. doi:10.1002/da.20911
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2014). Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: Comparison of health professionals with the Australian public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 442-451. doi:10.1177/0004867413512686
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS) : A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M. C., Streiner, D. L., Cairney, J., & Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 822-832. doi:10.1177/070674370805301208
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 61-69. doi:10.1177/0004867413491157
- Serra, M., Lai, A., Buizza, C., Pioli, R., Preti, A., Masala, C., & Petretto, D. R. (2013). Beliefs and attitudes among Italian high school students toward people with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 311-318. doi:10.1097/NMD.0b013e318288e27f
- Statistique Canada. (2014). *Population âgée de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, selon le groupe d'âge, Recensement de 2006*. Récupéré sur <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/educ43a-fra.htm> le 7 avril 2018.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 810-817. doi:10.1007/s00127-004-0816-7
- Wang, J., He, Y., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W., Zeng, O., Miao, J., Qi, X., Chen, J., Bian, Q., Cai, C., Ma, N., Zhu, Z., Zhang, M. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25, 224-235. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.004
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 15, 1-20. doi:10.1186/s12888-015-0681-9

- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 871-896. doi:10.1016/j.psc.2005.09.006
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., ... Patterson, T. L. (2009). Older adults are less accurate than younger adults at identifying symptoms of anxiety and depression. *J Nerv Ment Dis*, 197, 623-626. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b0c081
- 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, 190-211. doi:10.1002/da.20653
- Yu, Y., Hu, M., Liu, Z-W., Liu, H-M., Yang, J. P., Zhou, L., & Xiao, S-Y. (2016). Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample : A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12888-016-0802-0

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants.*

Variables	Échantillon total (N = 212)	Jeunes adultes (n = 64)	Adultes d'âge moyen (n = 54)	Aînés (n = 78)	Spécialistes de la santé mentale (n = 16)	F	X ²
Sexe (n (%))						2.86	
Femme	145 (68.40)	46 (71.88)	32 (59.26)	56 (71.79)	11 (68.75)		
Homme	67 (31.60)	18 (28.13)	22 (40.74)	22 (28.21)	5 (31.25)		
Âge (M (ET))	49.27 (19.39)	24.95 (5.93)	50.54 (6.59)	69.08 (6.03)	45.69 (14.71)	450.99*	
Scolarité (n (%))							58.01*
Primaire	7 (3.30)	0 (0)	0 (0)	7 (8.97)	0 (0)		
Secondaire	13 (6.13)	2 (3.13)	7 (12.96)	4 (5.13)	0 (0)		
Collégial	72 (33.96)	36 (56.25)	16 (29.63)	20 (25.64)	0 (0)		
1 ^e cycle universitaire	56 (26.42)	16 (25.00)	14 (25.93)	22 (28.21)	4 (25.00)		
2 ^e cycle universitaire	48 (22.64)	9 (14.06)	13 (24.07)	18 (23.08)	8 (50.00)		
3 ^e cycle universitaire	12 (5.66)	1 (1.56)	2 (3.70)	5 (6.41)	4 (25.00)		
Autre	4 (1.89)	0 (0)	2 (3.70)	2 (2.56)	0 (0)		
État civil (n (%))						76.85*	
Conjoint de fait ou en couple	71 (33.49)	31 (48.44)	20 (37.04)	14 (17.95)	6 (37.50)		
Célibataire	53 (25.00)	30 (46.88)	10 (18.52)	10 (12.82)	3 (18.75)		
Marié ou en union civile	42 (19.81)	2 (3.13)	15 (27.78)	20 (25.64)	5 (31.25)		
Divorcé	30 (14.15)	0 (0)	7 (12.96)	21 (26.92)	2 (12.50)		
Veuf	9 (4.25)	0 (0)	0 (0)	9 (11.54)	0 (0)		
Séparé	7 (3.30)	1 (1.56)	2 (3.70)	4 (5.13)	0 (0)		
Occupation (n (%))						229.58*	
Retraité	71 (33.49)	0 (0)	3 (5.56)	66 (84.62)	2 (12.50)		
Emploi à temps plein	60 (28.30)	9 (14.06)	35 (64.81)	6 (7.69)	10 (62.50)		
Emploi à temps partiel	9 (4.25)	1 (1.56)	4 (7.41)	3 (3.85)	1 (6.25)		
Étudiant	69 (32.55)	54 (84.38)	10 (18.52)	2 (2.56)	3 (18.75)		
Autre	3 (1.42)	0 (0)	2 (3.70)	1 (1.28)	0 (0)		
Revenu (n (%))						133.78*	
9 999\$ et moins	33 (15.27)	26 (40.63)	2 (3.70)	3 (3.85)	2 (12.50)		
10 000 à 19 999\$	37 (17.45)	26 (40.63)	3 (5.56)	7 (8.97)	1 (6.25)		
20 000 à 29 999\$	20 (9.43)	2 (3.13)	4 (7.41)	14 (17.95)	0 (0)		
30 000 à 39 999\$	19 (8.96)	3 (4.69)	3 (5.56)	13 (16.67)	0 (0)		
40 000 à 49 999\$	28 (13.21)	4 (6.25)	9 (16.67)	15 (19.23)	0 (0)		

50 000\$ et plus	73 (34.43)	3 (4.69)	33 (61.11)	24 (30.77)	13 (81.25)	
Problèmes de santé (n (%))						27.31*
Non	126 (59.43)	49 (76.56)	33 (61.11)	30 (38.46)	14 (87.50)	
Oui	86 (40.57)	15 (23.44)	21 (38.89)	48 (61.54)	2 (12.50)	
Perception de la santé (n (%))						1.15
Excellent	55 (25.94)	22 (34.38)	13 (24.07)	15 (19.23)	5 (31.25)	
Très bon	98 (46.23)	25 (39.06)	25 (46.30)	39 (50.00)	9 (56.25)	
Bon	49 (23.11)	13 (20.31)	13 (24.07)	21 (26.92)	2 (12.50)	
Passable	7 (3.30)	4 (6.25)	1 (1.85)	2 (2.56)	0 (0)	
Mauvais	3 (1.42)	0 (0)	2 (3.70)	1 (1.28)	0 (0)	
Période antérieure d'anxiété de 6 mois ou plus (n (%))						6.53
Non	95 (44.81)	33 (51.56)	25 (46.30)	27 (34.62)	10 (62.50)	
Oui	117 (55.19)	31 (48.44)	29 (53.70)	51 (65.38)	6 (37.50)	
Intention de consulter un professionnel de la santé si présence de symptômes anxieux (n (%))						4.50
Pas du tout	24 (11.32)	11 (17.19)	4 (7.41)	8 (10.26)	1 (6.25)	
Peut-être	38 (17.92)	10 (15.63)	12 (22.22)	14 (17.95)	2 (12.50)	
Sûrement	150 (70.75)	43 (67.19)	38 (70.37)	56 (71.79)	13 (81.25)	
Connait une personne qui vit de l'anxiété (n (%))						1.28
Non	48 (22.64)	17 (26.56)	13 (24.07)	15 (19.23)	3 (18.75)	
Oui	164 (77.36)	47 (73.44)	41 (75.93)	63 (80.77)	13 (81.25)	
Membre de l'Ordre des Psychologues du Québec (n (%))						
Non					4 (25.00)	
Oui					12 (75.00)	
Modèle d'intervention (n (%))						
Cognitivo-comportementale					11 (68.75)	
Humaniste					7 (43.75)	
Psychodynamique					6 (37.50)	
Systémique et théorie de la communication					2 (12.50)	
Autre (Éclectique)					1 (6.25)	
Clientèle desservie (n (%))						
Enfant					3 (18.75)	
Adolescent					4 (25.00)	

Jeune adulte/adulte	14 (87.50)
Personne âgée	7 (43.75)
Grade universitaire détenu (<i>n</i> (%))	
Baccalauréat	3 (18.75)
Maîtrise	8 (50.00)
D.Psy.	4 (25.00)
Ph.D.	1 (6.25)
Habilité à exercer la psychothérapie (<i>n</i> (%))	
Non	1 (6.25)
Oui	15 (93.75)
Habilité à poser un diagnostic neuropsychologique (<i>n</i> (%))	
Non	15 (93.75)
Oui	1 (6.25)

**p* < .001

Tableau 2

Corrélations tétrachoriques (polychoriques avec items dichotomiques) inter-items, item-total et taux de réussite aux énoncés du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxiens.

		Inter-items																				Taux de réussite	Item-total					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	(\bar{x})	
1																											.51	.53
2	.41																										.62	.52
3	.16	.46																									.81	.46
4	.24	.19	.30																								.35	.30
5	.36	.20	.29	.22																							.84	.43
6	.18	.33	.18	-.09	.25																						.50	.31
7	.37	.45	.51	.16	.43	.12																				.76	.51	
8	.43	.30	.21	.08	.26	.38	.24																			.73	.48	
9	.51	.34	.23	-.02	.21	.04	.36	.31																		.91	.29	
10	.13	.22	.25	.06	-.06	.11	.04	.06	.09																	.64	.31	
11	.32	.35	.31	.20	.51	.15	.34	.50	.15	.10															.48	.52		
12	.17	.17	.36	.11	.22	.05	.21	.25	.17	.11	.24														.74	.34		
13	.25	.28	.27	.22	.22	.01	.28	.27	.18	.19	.30	.10													.60	.38		
14	.33	.41	.29	.07	.28	.01	.37	.24	.29	.24	.34	.13	.28												.76	.43		
15	.39	-.24	.42	.07	.23	.25	-.06	.30	.03	.17	.35	.19	.00	.23											.95	.21		
16	.37	.57	.43	.13	.34	.16	.51	.35	.40	.33	.32	.45	.27	.55	.25											.85	.55	
17	.50	.40	.39	.20	.38	.36	.44	.51	.35	.13	.40	.06	.18	.14	-.04	.33										.67	.51	
18	.31	.14	.28	.09	.36	.04	.30	.33	.29	.17	.32	.31	.10	.37	.40	.36	.14								.63	.41		
19	.46	.33	.12	.30	.36	.12	.42	.35	.17	.07	.47	.12	.20	.16	.42	.32	.41	.20								.54	.48	
20	.31	.21	.04	.03	.30	.17	.41	.20	.01	.26	.25	-.08	.19	.18	-.01	.48	.28	.04	.36							.79	.36	
21	.17	.31	.41	.12	.40	.24	.39	.26	.07	.34	.28	.42	.22	.32	.27	.50	.31	.33	.36	.30						.92	.39	
22	.48	.28	.44	.19	.42	.19	.34	.32	.08	.19	.28	.18	.25	.41	.30	.50	.39	.34	.19	.38	.42				.74	.49		
23	.25	.38	.27	.31	.31	.08	.26	.26	.20	.28	.40	.06	.09	.08	.08	.45	.38	.03	.30	.30	.14	.10			.75	.41		
24	.07	.05	-.03	.00	-.03	.01	.06	.31	.38	-.01	.11	.42	-.02	.23	.23	.14	-.12	.27	.02	-.15	.13	.11	.10			.84	.19	
25	.15	.42	.62	.29	.31	.20	.47	.01	.00	.34	.23	.30	.34	.29	-.01	.60	.32	.26	.32	.41	.56	.36	.57	.06		.90	.43	

Les corrélations significatives ($p < .05$) sont en caractère gras.

Figure 1

Structure factorielle à 7 facteurs du Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux.

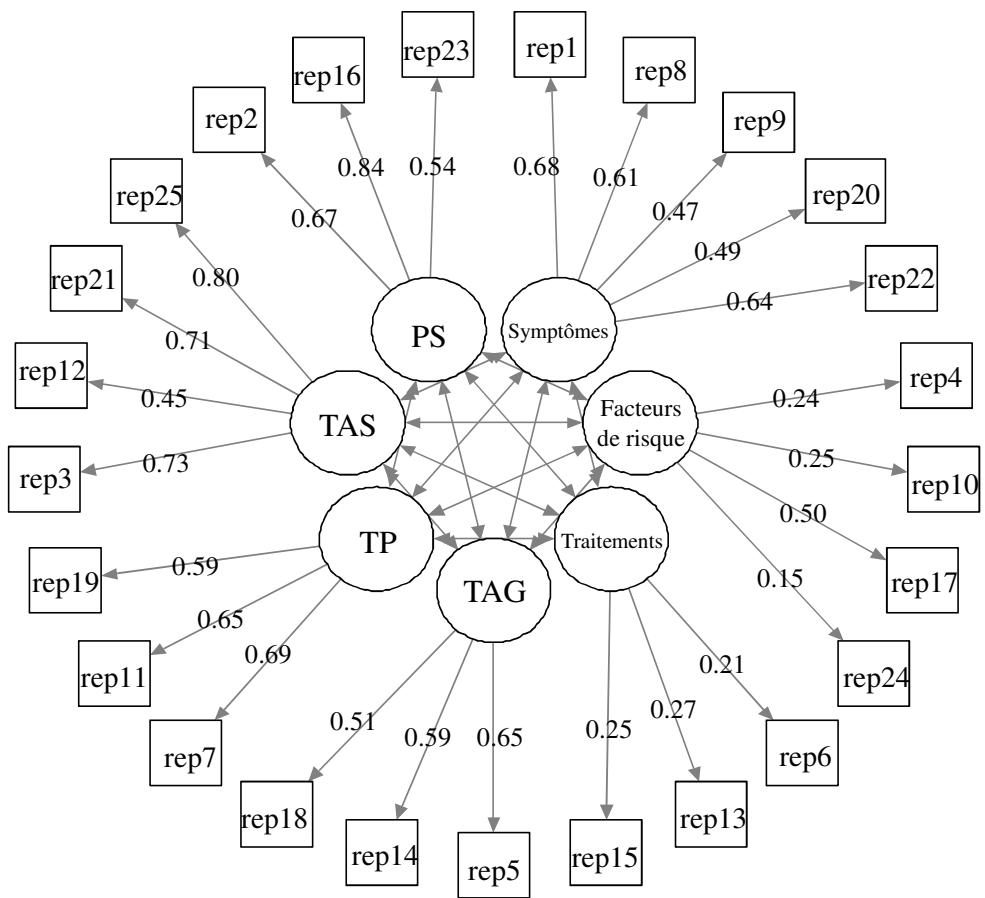
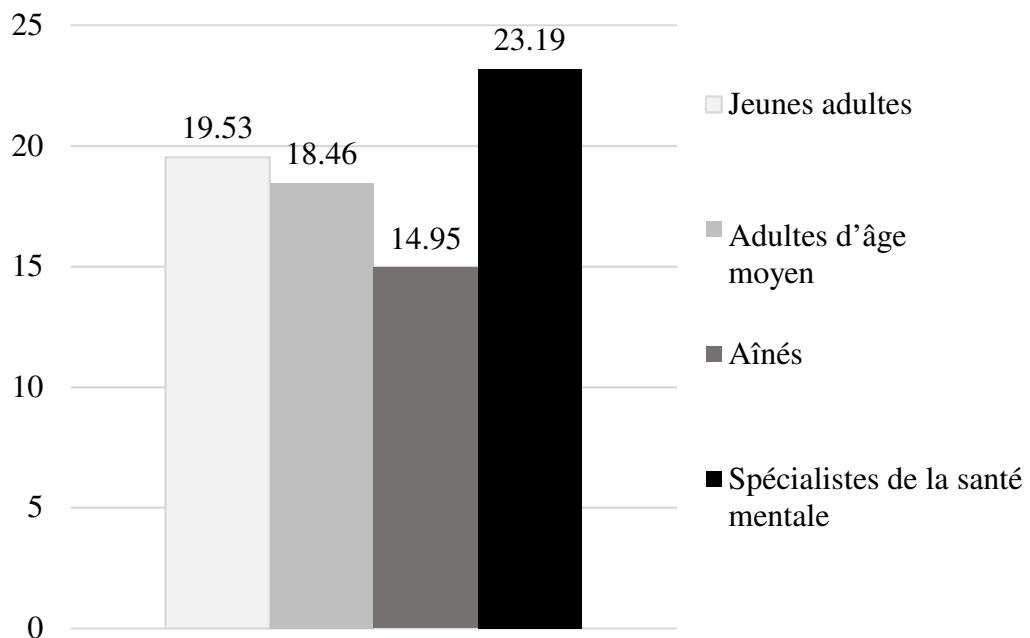


Figure 2

Moyenne du score total pour chacun des quatre groupes au Questionnaire des Connaissances des Troubles Anxieux.



Chapitre 3 : Conclusion générale

Rappel du contexte, des objectifs, de la méthode et des principaux résultats de l'étude

Bien que les troubles anxieux comptent parmi les troubles de santé mentale les plus répandus chez les aînés (Wolitzky-Taylor et al., 2010), très peu de ceux ayant un trouble anxieux recherchent une aide professionnelle pour ce problème (Mackenzie et al., 2012; Préville et al., 2008; Wetherell et al., 2005). Une des raisons principales pouvant expliquer la sous-utilisation des services est le manque de connaissances des aînés par rapport à l'anxiété (Jorm, 2000). Différents travaux (Beaunoyer et al., 2017a; Coles et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017; Reavley et al., 2014; Wetherell et al., 2009) ont en effet montré que les aînés présentent un niveau de connaissance sur les troubles anxieux inférieur aux personnes plus jeunes. Il semble donc pertinent de poursuivre la recherche sur les connaissances des aînés par rapport aux troubles anxieux. Cependant, le choix d'un instrument de mesure de ces connaissances constitue un défi en raison des limites des outils existants. Ces limites varient selon l'instrument de mesure et incluent l'absence d'information sur les qualités psychométriques (ex : AKS) et sur les fondements de la mesure (ex : A-LIT).

Le QCTA est un nouvel instrument qui a été développé pour disposer d'une mesure qui évalue les connaissances spécifiques sur les troubles anxieux, qui ne présente pas les limites des méthodes existantes et qui puisse être utilisé auprès d'une population francophone. Les données préliminaires de Beaunoyer et al. (2017b) sur les qualités psychométriques du QCTA indiquaient une bonne cohérence interne. De plus, toutes les questions étaient adéquates pour discriminer les personnes selon leur niveau de connaissance de l'anxiété. Compte tenu de ces résultats prometteurs et des avantages du QCTA par rapport aux autres mesures similaires, un examen plus approfondi de ses qualités psychométriques était justifié. L'objectif de l'étude présentée dans le chapitre 2 de ce mémoire était donc d'examiner les qualités psychométriques du QCTA auprès d'adultes francophones. Plus spécifiquement, il s'agissait de vérifier sa validité (par l'analyse de la structure factorielle, de la validité convergente, ainsi que de la validité liée à un critère) et sa fidélité (par l'examen de la cohérence interne et de la stabilité test-retest).

L'échantillon était composé de 212 personnes, dont 196 ne possédaient pas une formation et une expérience professionnelle en santé mentale et appartenaient à l'un des trois groupes suivants sur la base de leur âge : les jeunes adultes (18-39 ans; $n = 64$), les adultes d'âge moyen (40-59 ans; $n = 54$) et les aînés (60 ans et plus; $n = 78$). Un quatrième groupe ($n = 16$) était

composé de spécialistes de la santé mentale, soit des psychologues ayant une formation de 2^e ou 3^e cycle en psychologie clinique et une expérience pratique dans ce domaine ainsi que des étudiants ayant complété au moins 3 ans d'un programme de 3^e cycle en psychologie clinique. Les mesures incluaient un questionnaire sociodémographique et clinique, le QCTA ainsi que la version française du Mental Health Literacy Scale (MHLS-F; O'Connor & Casey, 2015). Une seconde passation du QCTA a été faite pour les adultes d'âge moyen après un intervalle d'une semaine.

Les résultats d'une analyse factorielle confirmatoire montrent que les indices d'ajustement des données à la structure factorielle à sept dimensions sont acceptables. Dans la structure postulée, les facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres. Une corrélation modérée entre le QCTA et le MHLS-F a été trouvée, ce qui est également acceptable. Cohen (1988) a en effet postulé qu'une corrélation d'au moins .50 est nécessaire pour une validité convergente adéquate. Les résultats indiquent aussi que les spécialistes de la santé mentale connaissent mieux les troubles anxieux que les non spécialistes et que les aînés connaissent moins bien les troubles anxieux que les autres participants. Ces résultats étaient prévus et témoignent d'une validité liée à un critère appropriée. Nous avons également trouvé un indice de cohérence interne assez élevé pour considérer une bonne cohésion entre les différents énoncés du QCTA. Comme Hunsley et Mash (2008) l'ont suggéré, une cohérence interne ayant une valeur entre .80 et .89 est considérée comme étant bonne. Ces auteurs ont aussi indiqué qu'une fidélité temporelle adéquate était démontrée par une corrélation test-retest d'au moins .70 sur une période allant de plusieurs jours à plusieurs semaines. Nos résultats sur la stabilité test-retest du QCTA sont conformes à ce critère. En somme, les résultats obtenus indiquent que le QCTA possède des propriétés psychométriques adéquates pour l'évaluation des connaissances au sujet des troubles anxieux.

Limites de l'étude

L'étude comporte certaines limites. D'abord, une méthode d'échantillonnage permettant de maximiser la représentativité de l'échantillon n'a pas été utilisée. En effet, l'échantillon en était un de convenance, était principalement composé de gens ayant au moins complété une scolarité de niveau collégial et le recrutement s'est étendu seulement à deux milieux. Le fait que l'échantillon était essentiellement composé de gens ayant au moins une scolarité de niveau

collégial pour les quatre groupes réunis (88,68%) limite la généralisation des résultats à la population, puisqu'ils peuvent ne pas être représentatifs de la scolarité générale. Il semble que le diplôme d'études secondaires ou l'équivalent soit le niveau d'étude majoritairement atteint par la population, autant chez les jeunes adultes, les adultes d'âge moyen que chez les aînés (Statistique Canada, 2014). Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats, étant donné qu'il a été montré qu'un niveau d'éducation élevé facilitait la reconnaissance de certains troubles anxieux (Coles et al., 2014; Yu et al., 2016). Qui plus est, il faut mentionner que les résultats obtenus pour la fidélité temporelle auraient pu être influencés par un effet de pratique. En effet, l'intervalle d'une semaine aurait possiblement permis aux participants de se rappeler des réponses données lors de la passation précédente, surtout qu'il s'agit ici d'un test de performance (Le Corff & Yergeau, 2016). Cet effet a donc pu créer un biais dans la seconde passation, en raison de la familiarité avec la procédure du questionnaire et de ces différents éléments (Dodrill & Troupin, 1975). Également, une autre limite concerne l'outil utilisé pour vérifier la validité convergente, le MHLS-F, puisque la version française n'a pas été validée. Idéalement, une mesure équivalente en français aurait été choisie, mais, à notre connaissance, une telle mesure n'existe pas. Enfin, il serait nécessaire de vérifier les qualités psychométriques du QCTA auprès d'une population clinique et, ainsi, faire état de son utilité clinique. D'après Hunsley et Mash (2008), une utilité adéquate doit prendre en considération les aspects pratiques, tels que le coût, la disponibilité des renseignements pour l'administration du questionnaire et pour le calcul des résultats, la durée de l'évaluation ainsi que l'acceptabilité pour les patients. Selon ces auteurs, il serait ainsi possible de vérifier la susceptibilité de l'utilité clinique des données d'évaluation obtenues.

Implications pour la recherche et la clinique

Place du QCTA parmi les mesures existantes pour évaluer la littératie sur les troubles anxieux. Comme mentionné précédemment, il existe plusieurs méthodes pour mesurer le concept de LSM (Coles et al., 2014; Hadjimina & Furnham, 2017; Reavley et al., 2014; Wetherell et al., 2009), mais celles-ci sont souvent basées sur la reconnaissance générale des troubles anxieux et n'ont pas toutes des propriétés psychométriques optimales (Wei et al., 2016). Les recensions des écrits (O'Connor et al., 2014; Wei et al., 2015; Wei et al., 2016) ont relevé différentes méthodologies pour évaluer le concept. Entre autres, les mesures sont composées de

questions à choix multiples (Compton et al., 2011), de réponses dichotomiques (Swami, Persaud, & Furnham, 2011), mais la méthode la plus couramment utilisée est celle des vignettes (Evans-Lacko et al., 2010; Pescosolido et al., 2008). Selon les revues de littérature de Wei et al. (2015; 2016), on ne peut pas considérer leurs qualités psychométriques comme étant optimales, puisqu'il y a des éléments manquants dans ces études, la cohérence interne a été évaluée sans vérification de l'unidimensionnalité des outils, le niveau de preuve des propriétés psychométriques étudiées pour ces mesures est inconnu ou les qualités psychométriques sont incomplètes. Par exemple, le Mental Health Knowledge Schedule (MAKS; Evans-Lacko et al., 2010) possède une excellente validité de contenu et une bonne fidélité, mais la consistance interne est faible (Wei et al., 2016) et aucune autre information sur la validité et la fidélité n'a été vérifiée. Ces limites peuvent donc engendrer un biais dans les résultats et ainsi diminuer la qualité des mesures. On pourrait aussi penser qu'une mesure globale pour évaluer les connaissances au sujet de divers troubles de la santé mentale pourrait être biaisée par de meilleures connaissances pour certains troubles spécifiques. Ainsi, cela pourrait dissimuler les possibles faiblesses quant aux connaissances par rapport à un trouble en particulier (Beaunoyer et al., 2017b). De façon générale, le fait que plusieurs études ayant évalué la LSM soient basées sur la reconnaissance de divers troubles mentaux offre un portrait limité des connaissances qu'a la population sur chaque trouble spécifique, dont les troubles anxieux.

Qui plus est, les mesures qui ont été créées spécifiquement pour évaluer la littératie par rapport aux troubles anxieux contiennent elles aussi des limites. Par exemple, en raison de la composition de l'échantillon et puisqu'il semble plus facile de reconnaître la présence d'un trouble mental chez autrui, par le sexe ou l'origine ethnique du personnage présenté dans les vignettes (Beaunoyer et al., 2017b), les résultats du MHLQ-AD (Coles & Coleman, 2010) sont possiblement biaisés. Quant à lui, le QCTA permet une plus grande objectivité, puisque les réponses des participants ne sont pas biaisées par des éléments inhérents à la mesure (Beaunoyer et al., 2017a). Il se peut qu'il en soit de même pour l'utilisation de l'ensemble des vignettes écrites pour évaluer la LSM. En effet, puisque de nombreux facteurs personnels et interpersonnels peuvent affecter la façon dont une personne agit dans la vie réelle (Jorm et al., 2000b), cela peut affecter la perception et la compréhension d'un individu à propos des troubles présentés dans les vignettes. Également, l'A-Lit (Gulliver et al., 2012) est un questionnaire qui se

répond par vrai ou faux, ce qui favorise la probabilité de réussite par la chance (50%). Il est donc possible de penser que les résultats surestiment les connaissances des participants. Le QCTA réduit ce risque (25%) en présentant quatre choix de réponse. De plus, l'origine des énoncés qui composent l'A-Lit n'est pas spécifiée, tandis que le QCTA a été créé à partir des renseignements en ligne au sujet des troubles anxieux qui sont disponibles au grand public, ce qui permet de s'assurer de la qualité de l'outil. De plus, contrairement à la plupart des mesures couramment utilisées pour évaluer les connaissances sur les troubles anxieux, le QCTA utilise le format de questions à choix multiples, une méthode qui est prometteuse (Compton et al., 2011) et qui semble être le moyen le plus efficace d'évaluer les connaissances (Haladyna, 1999). Enfin, les données obtenues sur ses qualités psychométriques indiquent qu'il s'agit d'un instrument approprié à utiliser pour la recherche et la clinique en milieu francophone, considérant le manque d'outils dont la validité et la fidélité ont été démontrées et qui mesurent spécifiquement la littératie par rapport aux troubles anxieux.

Limites du QCTA. Même si le QCTA permet de pallier plusieurs limites des instruments déjà existants, il comporte lui-même certaines limites. D'abord, il se concentre principalement sur la composante des connaissances à propos des troubles anxieux. Il aurait été pertinent d'avoir des énoncés en lien avec la stigmatisation associée aux troubles anxieux et avec la connaissance des services disponibles pour augmenter l'efficacité lors de la recherche de services. Par exemple, des énoncés auraient pu porter sur les endroits possibles où chercher de l'aide professionnelle, sur le moment préférable de recherche d'aide ainsi que sur les stratégies d'autogestion efficaces (Kutcher et al., 2016). Ensuite, afin d'évaluer tous les attributs clés du concept de la LSM, il aurait été intéressant d'utiliser plusieurs techniques appliquées aux questionnaires pour mesurer l'ensemble du concept, en ajoutant, par exemple, des vignettes suivies de questions ouvertes. L'inclusion de données qualitatives aurait permis d'approfondir notre compréhension par rapport aux réponses obtenues dans l'échantillon, soit d'obtenir davantage d'informations quant à leurs croyances autant sur les symptômes des troubles anxieux que sur les traitements disponibles. Ces renseignements supplémentaires seraient notamment utiles dans l'élaboration de stratégies d'augmentation des connaissances (Beaunoyer et al., 2017b). Enfin, l'ajout de l'option de réponse « je ne sais pas » aurait permis de réduire le biais de surestimation des résultats, puisque les participants auraient pu éviter de répondre aux questions

auxquelles ils n'étaient pas certains de leur réponse en raison du manque de connaissances (Durand & Lambert, 1988; Evans-Lacko et al., 2010).

Aspects du QCTA restants à déterminer. Afin de pouvoir utiliser le QCTA dans un contexte clinique, il serait intéressant de vérifier si cette mesure est assez sensible pour évaluer l'amélioration des connaissances sur les troubles anxieux. En effet, il faudrait tester la sensibilité du questionnaire au changement à la suite d'une intervention pour améliorer les connaissances, afin de savoir dans quelle mesure l'instrument détecte le niveau des connaissances dans la population clinique cible. Ainsi, il serait possible de distinguer les personnes les unes par rapport aux autres en termes de besoin de renseignements et d'éducation quant aux troubles anxieux. Puisqu'il s'agit d'un questionnaire basé sur les connaissances, la vérification régulière de sa sensibilité est d'autant plus importante. En effet, il peut se montrer davantage sensible à l'évolution des savoirs et, donc, y avoir un besoin d'adaptation des énoncés en fonction de cette évolution. De plus, comme mentionné dans les limites de la présente étude, il serait important d'aller vérifier l'applicabilité du QCTA dans le milieu clinique. Plus précisément, on pourrait vérifier les éléments pratiques du questionnaire utilisé chez les personnes atteintes de troubles anxieux, tels que le coût et la durée de l'évaluation, les renseignements nécessaires pour mener à bien l'administration du questionnaire, la perspective des cliniciens ainsi que l'acceptabilité de la part des patients. Cette dernière vérification est fondamentale, du fait que pour que le questionnaire soit susceptible d'être utilisé, il doit être adapté aux besoins d'apprentissage des patients pour réellement permettre d'améliorer leurs connaissances par rapport à ce qu'ils vivent.

Également, puisque cet outil peut être administré dans un court délai à un grand nombre de personnes et qu'il n'est pas composé de beaucoup d'énoncés, il serait intéressant de vérifier les qualités psychométriques de cet outil dans une autre langue que le français. Puisque 29% de la population canadienne parlent le français (Organisation Internationale de la Francophonie, 2014), l'utilisation de la version française du QCTA serait utile pour un grand nombre de personnes, mais la démonstration d'une bonne fidélité et validité dans une autre langue permettrait d'évaluer son utilité à plus grande échelle. De fait, l'application du QCTA dans une autre langue permettrait de comparer les données obtenues en français à celles obtenues dans la version traduite pour vérifier s'il y a des modifications à y apporter selon la langue choisie. Également, puisque l'un des obstacles possibles à la recherche sur les troubles anxieux chez les

aînés soit le manque d'inclusion des minorités (Lenze & Wetherell, 2009), il serait pertinent de vérifier l'utilité du questionnaire auprès de populations aînées dans différentes régions du monde et dans différentes cultures. Cette vérification permettrait de connaître les divers niveaux de connaissances à propos des troubles anxieux selon les milieux et la diversité culturelle et, ainsi, de possiblement apporter des modifications au QCTA en fonction des besoins d'éducation relevés en matière d'anxiété.

Interdépendance des facteurs du QCTA. Les implications des résultats sur l'interdépendance des dimensions du QCTA sur notre conception des connaissances autour de l'anxiété sont importantes. Entre autres, il est possible de mentionner que les dimensions présentées au chapitre 2 sont considérées comme représentant un ensemble de connaissances par rapport aux troubles anxieux. L'interdépendance indique en effet que lorsqu'un individu a tendance à connaître certaines informations à propos de l'anxiété, sur les facteurs de risque par exemple, il est plus propice à en connaître également sur les autres, tels que les symptômes et les traitements disponibles. Il n'est pas possible d'aborder les sept dimensions de façon indépendante, puisque les résultats indiquent que notre interprétation doit cibler les connaissances générales des troubles anxieux et non des aspects spécifiques et pris individuellement. Ainsi, il semble que la structure interdépendante soit la plus appropriée pour représenter les connaissances sur l'anxiété dans son entièreté. Des recherches futures pourraient évaluer la relation et l'importance relative des différentes dimensions utilisées pour mesurer les connaissances sur l'anxiété, afin de s'assurer qu'elles permettent de mesurer les connaissances de manière complète.

Augmentation des connaissances. Une stratégie efficace d'augmentation des connaissances sur l'anxiété dans la population générale et chez les aînés devrait non seulement viser à augmenter les connaissances, mais également mettre en place des interventions visant à diminuer la stigmatisation, puisqu'il a été montré que les attitudes et les fausses croyances quant aux traitements sont de possibles facteurs à la plus grande résistance envers la demande d'aide (Weinberger, Mateo, & Sirey, 2009; Wetherell et al., 2013). Il existe présentement des approches psychoéducatives visant à éduquer les patients sur les symptômes dépressifs, les options de traitement et les facteurs de risque, dont le Programme d'Initiation au Traitement (PIT; Weinberger et al., 2009). Cette forme d'intervention permet de diminuer la stigmatisation des

aînés à l'égard de la dépression et du traitement, afin de réduire les obstacles et d'accroître l'acceptation du traitement (Sirey, Bruce, & Alexopoulos, 2005). Les résultats ont montré que les adultes plus âgés qui ont participé à l'intervention avaient une plus grande diminution de la sévérité de la dépression et du désespoir et étaient plus susceptibles de poursuivre le traitement que ceux recevant les traitements habituels. Donc, un soutien personnalisé, une prise de conscience des obstacles personnels et sociaux ainsi que la suppression de ceux-ci en début de traitement pourraient accroître les connaissances et le soutien perçu des aînés en matière d'auto-efficacité du traitement (Esterberg, Compton, McGee, Shim, & Hochman, 2008). La campagne nationale pour vaincre la dépression (Defeat Depression Campaign) est un autre exemple d'intervention visant à réduire la stigmatisation, à accroître la sensibilisation à la dépression et à son traitement, ainsi qu'à réduire les délais dans la recherche de traitements (Paykel, Hart, & Priest, 1998).

Toutefois, ces types d'interventions ne semblent pas être autant disponibles pour les troubles anxieux. Pourtant, l'étude de Johnson et Coles (2013) a indiqué que les délais dans la recherche de traitements annoncent des années supplémentaires de détresse. Des interventions spécifiques ciblant les troubles anxieux pourraient donc être justifiées pour réduire ces délais. Par exemple, les auteurs ont mentionné que les interventions devraient cibler l'augmentation de la littératie sur les troubles anxieux en abordant l'évolution chronique de l'anxiété, l'efficacité des traitements disponibles et les symptômes. Ce genre d'intervention serait pratique, puisqu'il a été montré qu'un manque de connaissance pouvait contribuer à l'évitement et à la stigmatisation (Esterberg et al., 2008). En effet, en étant confronté à des symptômes inconnus ou inhabituels, un patient se construira sa propre représentation qui déterminera ses divers comportements, dont ceux envers la recherche d'aide et la prise de médicaments (Weinman & Petrie, 1997). La mise en place d'interventions concrètes serait d'autant plus importante pour les individus souffrant de troubles anxieux, puisqu'ils sont particulièrement enclins à la peur de la désapprobation des autres (Ociskova, Prasko, & Sedlackova, 2013).

En conclusion, il y a lieu de penser que le QCTA est un outil pertinent à utiliser pour évaluer les connaissances sur les troubles anxieux. Comme les résultats de notre étude ont été obtenus auprès d'un échantillon restreint de la communauté francophone, il serait intéressant que des recherches futures étudient les qualités psychométriques de cet instrument auprès

d'échantillons cliniques et davantage diversifiés, autant au niveau du milieu de vie que de la langue parlée. Par ailleurs, il reste crucial de réfléchir aux moyens efficaces pour déstigmatiser les troubles anxieux dans la population générale et chez les personnes atteintes. Une éducation précoce et spécifique à la santé mentale pourrait être une stratégie potentiellement efficace, autant pour l'augmentation des connaissances, pour la promotion d'attitudes positives et pour une meilleure prévention des troubles anxieux. Le QCTA peut être utile comme mesure de l'impact d'une telle stratégie éducative.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (Ed.) (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux texte révisé DSM-IV-TR*. France : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (Ed.) (2015). Troubles anxieux. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5* (5e éd.) (pp. 221-274). France : Elsevier Masson.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J., & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92, 1278-1283. doi:10.2105/AJPH.92.8.1278
- Beaunoyer, E., Landreville, P., & Carmichael, P. H. (2017a). Older Adults' Knowledge of Anxiety Disorders. *The Journals of Gerontology: Series B*, 1-9. doi:10.1093/geronb/gbx128
- Beaunoyer E., Landreville, P. & Carmichael, P-H. (2017b). *Documentation des connaissances qu'ont les aînés sur les troubles anxieux par rapport à celles de jeunes adultes*. (Mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec, Canada.
- Berkman, N. D., Dewalt, D. A., Pignone, M. P., Sheridan, S. L., Lohr, K. N., Lux, L., Sutton, S. F., Swinson, T., & Bonito, A. J. (2004). Literacy and health outcomes : Summary. *Evidence Report Technology Assessment*, 1-8.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes : an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155, 97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal and social psychology*, 110, 585-599. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Bruno, M., & Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 13, 205-213. doi:10.1684/pnv.2015.0534
- 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. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy : Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004>
- Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., & Carmichael, P-H. (2016). *Qualités psychométriques de la version canadienne-française du Geriatric Anxiety Inventory* (Mémoire doctoral). Université Laval, Québec, Canada.
- Cho, Y. I., Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Publishers.
- Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63-71. doi:10.1002/da.20620

- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health, 58*, 57-62. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.017
- Coles, M. E., Schubert, J. R., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2014). Disseminating treatment for anxiety disorders: Step 1: Recognizing the problem as a precursor to seeking help. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 737-740. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.011
- Compton, M. T., Hankerson-Dyson, D., & Broussard, B. (2011). Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry Research, 189*, 141-148. doi:10.1016/j.psychres.2011.05.041
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2008). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling, 26*, 271-283. doi:10.1023/B:ADCO.0000035530.44111.a8
- Dodrill, C. B., & Troupin, A. S. (1975). Effects of repeated administrations of a comprehensive neuropsychological battery among chronic epileptics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 161*, 185-190. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-197509000-00006>
- Durand, R. M., & Lambert, Z. V. (1988). Don't Know Responses in Surveys: Analyses and Interpretational Consequences. *Journal of Business Research, 16*, 169-188. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(88\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0148-2963(88)90040-9)
- Esterberg, M. L., Compton, M. T., McGee, R., Shim, R., & Hochman, K. (2008) Knowledge about schizophrenia and social distance toward individuals with schizophrenia: A survey among predominantly low-income, urban, African American community members. *Journal of Psychiatric Practice, 14*, 86-93. doi:10.1097/01.pra.0000314315.94791.80
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 440-448. doi:10.1177/070674371005500707
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health, 8*, 125. doi:10.1186/1471-2458-8-125
- Fisher, L. J., & Goldney, R. D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 33-40. doi:10.1002/gps.769
- Furnham, A., & Lousley, C. (2013). Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health, 5*, 521-531. doi:10.4236/health.2013.53A071
- Gulliver, A., Griffiths, M. K., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, L. A., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P. J., & Stanimirovic, R. (2012). Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes : An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*, e69. doi:10.2196/jmir.1864
- Gum, A. M., Iser, L., & Petkus, A. (2010). Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 491-501. doi:10.1097/JGP.0b013e3181c29495
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research, 251*, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>

- Haladyna, T. M. (1999). *Developing and Validating Multiple-Choice Test Items*, 2^e éd. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Publishers.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment : An introduction to assessments that work. In Hunsley, J., & Mash, E. J. (Ed.), *A guide to assessments that work* (pp. 3-14). New York, NY: Oxford University Press.
- Johnson, E. M., & Coles M. E. (2013). Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Mental Health Journal*, 49, 668-674. doi:10.1007/s10597-012-9543-9.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F., Christensen, H., Medway, J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000b). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: Effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 619-626. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2000.00761.x>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy" : A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. F., Mackinnon, A., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). Structure of beliefs about the helpfulness of interventions for depression and schizophrenia: Results from a national survey of the Australian public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 877-883. doi:10.1007/s00127-005-0991-x
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 154-158. doi:10.1177/0706743715616609
- Labbé, A., Noreau, L., Bernard, P-M., & Fougeyrollas, P. (1999). *Propriétés psychométriques d'un instrument de mesure du concept de handicap (MHAVID 3.0)* (Mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec, Canada.
- Le Corff, Y. et Yergeau, É. (2016). Psychométrie à l'UdeS. *La méthode de stabilité (fidélité test-retest)*. Récupéré sur <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/la-methode-de-stabilite-test-retest> le 7 avril 2018.
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2009). Bringing the bedside to the bench, and then to the community: A prospectus for intervention research in late-life anxiety disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1-14. doi: 10.1002/gps.2074
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety*, 29, 234-242. doi:10.1002/da.20911
- Marciniak, M., Lage, M. J., Landbloom, R. P., Dunayevich, E., & Bowman, L. (2004). Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depression and Anxiety*, 19, 112-120. doi:10.1002/da.10131
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2014). Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: Comparison of health professionals with the Australian public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 442-451. doi:10.1177/0004867413512686

- Munro, C. G., Freeman, C. P., & Law, R. (2004). General practitioners' knowledge of post-traumatic stress disorder: a controlled study. *British Journal of General Practice*, 54(508), 843-847. Récupéré sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1324918/> le 7 avril 2018.
- Ociskova, M., Prasko, J., & Sedlackova, Z. (2013). Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55, 12-18.
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*, 23, 197-204. doi:10.3109/09638237.2014.910646
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Organisation Internationale de la Francophonie. (2014). *La langue française dans le monde*. Paris, France : Éditions Nathan. Récupéré sur <https://www.francophonie.org/Langue-Francaise-2014/projet/Rapport-OIF-2014.pdf> le 7 avril 2018.
- Organisation mondiale de la Santé. (1993). Troubles mentaux et du comportement. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : Dixième révision (CIM-10)*. Genève : OMS.
- Paulus, D. J., Wadsworth, L. P., & Hayes-Skelton, S. A. (2015). Mental Health Literacy for Anxiety Disorders : How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *Journal of Public Mental Health*, 14, 94-106. doi:10.1108/JPMH-09-2013-0064
- Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*, 173, 519–522. doi:10.1192/bjp.173.6.519
- Pescosolido, B., Jensen, P., Martin, J., Perry, B., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Finding from the national stigma study—children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 339-349. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M. C., Streiner, D. L., Cairney, J., & Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 822-832. doi:10.1177/070674370805301208
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 947-956. doi:10.3109/00048674.2011.621060
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 61-69. doi:10.1177/0004867413491157
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., Lydiard, R. B., Massie, M. J., Katon, W., Laden, S. K., & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006

- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62, 675-678. doi:10.1176/appi.ps.62.6.675
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., & Alexopoulos, G. S. (2005). The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 184-186. doi:10.1176/appi.ajp.162.1.184
- Statistique Canada. (2014). *Population âgée de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, selon le groupe d'âge, Recensement de 2006*. Récupéré sur <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/educ43a-fra.htm> le 7 avril 2018.
- Suhail, K. (2005). A study investigating mental health literacy in Pakistan. *Journal of Mental Health*, 14, 167-181. <https://doi.org/10.1080/09638230500085307>
- Swami, V., Persaud, R., & Furnham, A. (2011). The recognition of mental health disorders and its association with psychiatric scepticism, knowledge of psychiatry, and the Big Five personality factors: an investigation using the overclaiming technique. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 181-189. doi:10.1007/s00127-010-0193-3
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 810-817. doi:10.1007/s00127-004-0816-7
- US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Author. Récupéré sur <http://www.cdc.gov/healthliteracy/planact/national.html> le 7 avril 2018.
- Vasiliadis, H-M., Dionne, P-A., Préville, M., Gentil, L., Berbiche, D., & Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 536-548. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.016>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 15, 1-20. doi:10.1186/s12888-015-0681-9
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2016). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 297. doi:10.1186/s12888-016-1012-5
- Weinberger, M. I., Mateo, C., & Sirey, J. A. (2009). Perceived barriers to mental health care and goal setting among depressed, community-dwelling older adults. *Patient Preference and Adherence*, 3, 145-149. doi:10.2147/PPA.S5722
- Weinman, J. A., & Petrie, K. J. (1997). *Perceptions of Health and Illness*. Harwood Academic Publishers : The Netherlands. Récupéré sur <https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=2NJaUM6dXkMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Weinman,+J.A.,+Petrie,+K.J.,+1997.+Perceptions+of+Health+and+Illness.+&ots=O25Se48JMr&sig=HkFbYoO72vOi-s90Yp1YkcXNnX0#v=onepage&q&f=false> le 7 avril 2018.
- Wetherell, J. L., Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., Nuevo, R., Belding, W., ... Patterson, T. L. (2009). Modular psychotherapy for anxiety in older primary care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 483-492. doi:10.1097/JGP.0b013e3181a31fb5

- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 871-896. doi:10.1016/j.psc.2005.09.006
- Wetherell, J. L., Maser, J. D., & Van Balkom, A. (2005). Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 401-402. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00545.x
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Stein, M. B., Chavira, D. A., Campbell-Sills, L., Craske, M. G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Sullivan, G., & Roy-Byrne, P. (2013). Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 65-72. doi:10.1192/bjp.bp.112.118547
- 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, 190-211. doi:10.1002/da.20653
- Wright, A., & Jorm, A. F. (2009). Labels used by young people to describe mental disorders: Factors associated with their development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 946-955. doi:10.1080/00048670903179129
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244– 250. doi:10.1007/s00127-006-0156-x
- Yu, Y., Hu, M., Liu, Z-W., Liu, H-M., Yang, J. P., Zhou, L., & Xiao, S-Y. (2016). Recognition of depression, anxiety, and alcohol abuse in a Chinese rural sample: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 16. doi:10.1186/s12888-016-0802-0

Annexe A

Questionnaire des connaissances des troubles anxieux

Lisez attentivement chacune des questions suivantes.

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

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

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

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

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

Annexe B

Questionnaire sociodémographique et clinique

1. Quel âge avez-vous ? _____

2. De quel sexe êtes-vous ?

- Féminin
- Masculin

3. Quel est votre état civil ?

- Marié(e) ou en union civile
- Conjoint de fait ou en couple
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)
- Célibataire

4. Quelle est votre occupation principale actuelle ?

- Retraité(e)
- Emploi à temps plein
- Emploi à temps partiel
- Étudiant
- Autre. Précisez : _____

4.1 Si vous êtes étudiant, quel est votre niveau de scolarité actuel ?

- Études collégiales
- 1^{er} cycle universitaire
- 2^e cycle universitaire
- 3^e cycle universitaire
- Autre : _____

4.2 Dans quel domaine étudiez-vous ? _____

5. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?

- Études primaires
- Études secondaires
- Études collégiales
- 1^{er} cycle universitaire
- 2^e cycle universitaire
- 3^e cycle universitaire
- Autre : _____

6. Quel est votre revenu annuel brut ?

- 9 999\$ et moins
- 10 000 – 19 999\$
- 20 000 – 29 999 \$
- 30 000 – 39 999\$
- 40 000 – 49 999 \$

50 000 \$ et plus

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

Non

Oui. Précisez combien : _____

8. Comment percevez-vous votre état de santé ?

Excellent

Très bon

Bon

Passable

Mauvais

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

Non

Oui. Précisez :

Combien d'épisodes avez-vous connus : _____

Traversez-vous un de ces épisodes présentement :

Non

Oui

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

Pas du tout

Peut-être

Sûrement

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

Non

Oui Précisez :

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

Conjoint(e)

Mère/Père

Frère/Sœur

Ami(e)

Autre lien de parenté : _____

Autre : _____

2. Combien d'épisode(s) a-t-il/elle connu : _____

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

Non

Oui

Questions supplémentaires pour les psychologues et étudiants de 3^e cycle et plus en psychologie clinique

1. Êtes-vous membre de l'Ordre des psychologues du Québec ?

- Non
- Oui, précisez :
 - Depuis moins d'une année
 - Depuis _____ années

2. Combien d'années d'expérience en psychologie clinique avez-vous accumulées depuis le début de vos études supérieures ? _____

3. Quel(s) modèle(s) d'intervention théorique utilisez-vous dans votre pratique clinique ?

- Cognitivo-comportemental
- Humaniste
- Psychodynamique
- Systémique et théories de la communication
- Autre, précisez : _____

4. Quelle(s) catégorie(s) de clientèle desservez-vous dans votre pratique clinique ?

- Enfant
- Adolescent
- Adulte
- Personne âgée
- Autre, précisez : _____

5. Quel(s) grade(s) universitaire(s) détenez-vous ?

- B.A.
- M.Ps.
- D.Psy.
- Ph.D.
- Autre, précisez : _____

6. Êtes-vous habilité à exercer la psychothérapie selon les exigences de l'Ordre des psychologues du Québec ?

- Oui
- Non

7. Êtes-vous habilité à poser un diagnostic neuropsychologique selon les exigences de l'Ordre des psychologues du Québec ?

- Oui
- Non