

# Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées

2024



**CCSMH**  
Canadian Coalition for  
Seniors' Mental Health

**CCSMPA**  
Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées



**cagp | acgp**  
CANADIAN ACADEMY OF  
GERIATRIC PSYCHIATRY |  
ACADÉMIE CANADIENNE  
DE GÉRONTOPSYCHIATRIE



## Remerciements

Cette initiative a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les lignes directrices ont été élaborées indépendamment de l'organisme de financement et sans son influence. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) souhaite exprimer sa reconnaissance envers les subventionnaires pour leur appui et leur engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des aînés.

Nous tenons à remercier les membres de notre groupe d'experts, D<sup>re</sup> Carmen Andreescu, D<sup>re</sup> Delores Mullings, D<sup>re</sup> Nancy Pachana, D<sup>re</sup> Julie Wetherell et D<sup>re</sup> Viviana Wuthrich, pour avoir partagé leur expertise tout au long du processus d'élaboration des lignes directrices.

Nous tenons également à remercier D<sup>re</sup> Keri-Leigh Cassidy, Claire Checkland, D<sup>r</sup> David Conn, D<sup>r</sup> Christopher Kitamura et D<sup>r</sup> Dallas Seitz pour leur soutien lors de la révision des lignes directrices et pour avoir donné leur point de vue tout au long du processus.

De plus, nous remercions les membres du Comité consultatif sur l'expérience vécue, qui viennent de l'ensemble du Canada, pour leur contribution : Adrian Baldwin, Ross Barlow, L. C., Dagmar, T. Marshall, Francine Quenneville, Odette Raymond,

Rosaire et Lise Viens. Leurs connaissances et leurs réflexions sur l'anxiété ont contribué de manière significative à ce travail.

Par ailleurs, nous tenons à remercier Jessica Babineau (Bibliothèque et service d'information du Réseau universitaire de santé) pour son travail sur la recherche documentaire. Nous remercions également Fiona Barnes-Brisley pour son aide dans la conception graphique des tableaux, ainsi que les étudiants qui nous ont aidés à réaliser les analyses systématiques : Isaac Adedeji, Mahnoor Akram, Juliette Mojgani, Iulia Niculescu, Béatrice Raymond et Abitha Suthakaran.

La CCSMPA tient également à souligner le dévouement constant des membres de son comité directeur et la contribution exceptionnelle de notre personnel de projet. Nous remercions la directrice administrative de la CCSMPA, Claire Checkland, l'équipe de mobilisation des connaissances, Peter Snow, Larissa D'Silva et D<sup>re</sup> Lauren Albrecht, ainsi que la directrice, Brenda Martinussen, pour leur soutien. La CCSMPA est un projet mis sur pied par l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Finalement, nous souhaitons remercier les co-responsables et chaque membre du groupe de travail qui ont consacré d'innombrables heures à l'élaboration des lignes directrices.

## Déni de responsabilité

Le présent document est publié uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprété ou utilisé à titre de norme d'exercice de la médecine. Tout a été mis en œuvre pour s'assurer de l'exactitude du contenu du document; néanmoins, l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité quant à l'exactitude, à l'exhaustivité ou au caractère actuel du contenu. La présente publication est distribuée sous réserve que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à sa rédaction n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et les autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à la rédaction de la

présente publication se dégagent de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de santé publique du Canada.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que la mention appropriée soit faite et que la distribution soit gratuite pour le destinataire. Veuillez vous référer à la citation suggérée ci-dessous.

*Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.*

### Citation suggérée :

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024).  
*Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes aînées.* Toronto, Canada.

© Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024  
20, Crown Steel Drive, bureau 6  
Markham (Ontario) L3R 9X9  
Téléphone : 1 888 214-7080 poste 102  
Courriel: info@ccsmh.ca  
[www.ccsmpa.ca](http://www.ccsmpa.ca)

## Groupe de travail

### Co-responsables

#### Andrea Iaboni, M.D., D.Phil., FRCPC

- Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto
- Chercheuse principale, Institut de recherche KITE, Toronto Rehabilitation Institute, Réseau de santé universitaire
- Responsable médicale, Division de la santé mentale des personnes âgées et unité spécialisée dans la démence, Centre de santé mentale, Réseau de santé universitaire

#### Sébastien Grenier, Ph.D., M.Ps.

- Professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal
- Chercheur régulier (chercheur-boursier du FRQS), Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

### Membres du groupe

#### Alastair Flint, M.B., FRCPC, FRANZCP

- Professeur agrégé et vice-président de la recherche, Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto
- Chercheur principal, Toronto General Hospital Research Institute, Réseau de santé universitaire, Toronto

#### Zahra Goodarzi, M.D., M.Sc., B.H.Sc., FRCPC

- Professeure agrégée, Cumming School of Medicine, Université de Calgary
- Directrice, Leads in Medicine Program, Université de Calgary

#### Amy Gough, M.D., FRCPC

- Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université Dalhousie

#### Heli Juola, M.Serv.Soc., T.S.I.

- Consultante en ressources psychogériatriques et chef de programme, Sunnybrook Health Sciences Centre

#### Sarah Neil-Sztramko, Ph.D.

- Professeure agrégée, Département des méthodes, des preuves et de l'impact de la recherche en santé, Université McMaster

#### Kristin Reynolds, Ph.D., C.Psych.

- Professeure agrégée et directrice de la formation clinique, Département de psychologie, Université du Manitoba

#### Shanna Trenaman, Ph.D., B.Sc.Pharm.

- Professeure adjointe, Collège de pharmacie, Université de Dalhousie

#### Michael Van Ameringen, M.D., FRCPC

- Professeur titulaire, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster

#### Erica Weir, M.D., M.Sc., CCFP, FRCPC

- Soins aux personnes âgées, professeure adjointe, Département des sciences de la santé publique, Département de médecine, Université Queen's

#### Carly Whitmore, Ph.D., R.N., CPMHN

- Professeure adjointe, École des soins infirmiers, Université McMaster

#### Anthony Yeung, M.D., FRCPC, DRCPSC

- Instructeur clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique
- Directeur des activités de recherche et universitaires, Programme de surspécialité en psychiatrie gériatrique de l'Université de la Colombie-Britannique

Une liste exhaustive des intérêts concurrents des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices et de la manière dont ils ont été pris en compte est disponible au [ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/COI-FR-Summary-Table-FINAL.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/COI-FR-Summary-Table-FINAL.pdf).

## Personnel de projet de la CCSMPA

#### Sarah Burke-Dimitrova, M.Sc.P.H.

Associée de recherche –  
Responsable de l'engagement

- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

#### Patricia Carson, M.A., PCIP

Associée de recherche –  
Méthodologie de l'examen systématique

- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

#### Titus Chan, M.Serv.Soc., T.S.I.

Coordonnateur de projet

- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

## Contenu

Résumé des recommandations.....	2
Aperçu.....	4
Champ d'application.....	5
Méthodologie.....	6
Facteurs de risque et recherche de cas .....	8
Évaluation et diagnostic .....	11
Traitement des symptômes et des troubles anxieux.....	18
Traitements non pharmacologiques .....	21
Traitements pharmacologiques .....	27
Références .....	32

# Résumé des recommandations

Dans les présentes lignes directrices, nous avons utilisé deux méthodes pour indiquer la solidité des données probantes qui sous-tendent nos recommandations. La première méthode a été appliquée aux recommandations traitées par les examens systématiques et comprend une évaluation de la certitude des données probantes ainsi que de l'orientation et de la solidité de la recommandation. Pour les recommandations de bonnes pratiques et celles qui n'étaient pas directement liées aux questions de notre examen systématique, nous avons attribué une note à la recommandation en fonction du niveau de données utilisé pour la soutenir (de A pour l'examen systématique à D pour l'avis d'un expert). Tous les détails sont fournis dans le tableau 1, à la page 7.

## Recommandation n° 1

Les professionnels de la santé doivent connaître les facteurs augmentant les risques d'anxiété chez les personnes âgées. (D)

## Recommandation n° 2

Les professionnels de la santé doivent se familiariser avec les outils de détection des symptômes et des troubles anxieux chez les personnes âgées et envisager d'utiliser ces outils pour faciliter la recherche de cas chez les personnes à risque ou qui décrivent des symptômes d'anxiété. (D)

## Recommandation n° 3

Nous recommandons l'utilisation du *Geriatric Anxiety Inventory - 20 item version (GAI-20)* pour identifier les symptômes ou les troubles anxieux cliniquement importants dans les milieux cliniques et pour les personnes à risque. (Classement GRADE : certitude des données probantes : modérée; solidité de la recommandation : forte)

## Recommandation n° 4

Envisager l'utilisation du *Geriatric Anxiety Inventory - 20 item version (GAI-20)* ou de la version courte (*GAI-SF*) pour la recherche de cas de trouble d'anxiété généralisée (TAG) en milieu clinique et pour les personnes à risque. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité de la recommandation : conditionnelle)

## Recommandation n° 5

Nous recommandons l'utilisation de l'outil *Rating Anxiety in Dementia (RAID)* pour identifier les symptômes d'anxiété cliniquement importants chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) dans les établissements de soins spécialisés. (Classement GRADE : certitude des données probantes : modérée; solidité de la recommandation : forte)

## Recommandation n° 6

Les professionnels de la santé doivent poser des questions sur la peur de tomber et l'évitement des activités dans le cadre de l'évaluation du risque de chute en gériatrie. (D)

## Recommandation n° 7

Les personnes âgées chez qui le dépistage de l'anxiété est positif, ou qui présentent une anxiété nouvelle ou aggravée qui affecte leur fonctionnement quotidien ou leur bien-être, doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive, comprenant une évaluation des antécédents, un examen physique et des tests appropriés. (D)

## Recommandation n° 8

L'évaluation des antécédents d'anxiété doit notamment porter sur la nature des symptômes, leur apparition et leur durée, leur gravité (en termes de répercussions sur le fonctionnement quotidien, de présence de comportements d'évitement et de degré de détresse associé aux symptômes), les facteurs de stress psychosociaux contribuant aux symptômes et les antécédents de santé mentale. (D)

## Recommandation n° 9

Les personnes âgées souffrant d'anxiété doivent faire l'objet d'un dépistage de la dépression et des risques de suicide. (D)

## Recommandation n° 10

Il est important de déterminer la présence de conditions médicales susceptibles de provoquer des symptômes d'anxiété. Une revue des antécédents médicaux, l'examen physique et des examens complémentaires (si indiqués) doivent faire partie de l'évaluation. (D)

## Recommandation n° 11

Pour toutes les personnes âgées présentant des troubles anxieux, il est important de recueillir des données sur l'utilisation de médicaments et drogues, incluant les médicaments prescrits, ceux en vente libre et les drogues à usage récréatif, ainsi que la caféine. (D)

## Recommandation n° 12

Les interventions non pharmacologiques doivent être proposées en premier, compte tenu du risque d'effets indésirables associés à la pharmacothérapie, sauf dans des circonstances dictées par la préférence du patient, la gravité des symptômes et l'évaluation des risques. (D)

### Recommandation n° 13

Pour réduire les symptômes d'anxiété et prévenir le développement de troubles anxieux chez les personnes âgées, il convient d'envisager des soins par étapes, en commençant par la bibliothérapie, la psychoéducation ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) autoguidée. (B)

### Recommandation n° 14

Un soutien psychosocial doit être proposé aux personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété, en tenant compte des facteurs de risque et des facteurs de stress qui y contribuent. (D)

### Recommandation n° 15

La réponse au traitement et son efficacité doivent être contrôlées à l'aide d'échelles d'évaluation normalisées. (D)

### Recommandation n° 16

La psychothérapie doit être accessible aux personnes âgées souffrant d'anxiété dans tous les contextes (soins communautaires, soins de longue durée, etc.). (D)

### Recommandation n° 17

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être proposées aux personnes âgées pour traiter l'anxiété. (Classement GRADE : certitude données probantes : faibles; solidité : forte)

### Recommandation n° 18

Les TCC individuelles et de groupe sont efficaces et peuvent être proposées pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées. (A)

### Recommandation n° 19

Les TCC brèves et complètes sont efficaces et peuvent être proposées pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées. (A)

### Recommandation n° 20

La TCC à distance est efficace et doit être proposée comme option de traitement de l'anxiété chez les personnes âgées. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faibles; solidité : forte)

### Recommandation n° 21

Des stratégies de TCC spécifiques peuvent être utilisées seules pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées, notamment l'exposition, la thérapie de relaxation, la respiration abdominale, la restructuration cognitive et l'entraînement à la résolution de problèmes. (B)

### Recommandation n° 22

La TCC doit être dispensée par des professionnels de la santé mentale (p. ex. psychologues agréés, psychothérapeutes, psychiatres, travailleurs sociaux, personnel infirmier) ayant reçu une formation appropriée, ou sous leur supervision. (D)

### Recommandation n° 23

Les cliniciens doivent envisager l'utilisation de la TCC pour les personnes âgées qui ont peur de tomber, en particulier pour les personnes dont les fonctions ou la qualité de vie sont gravement limitées en raison de l'anxiété liée aux chutes. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)

### Recommandation n° 24

Les interventions de pleine conscience peuvent être utilisées pour traiter efficacement l'anxiété chez les personnes âgées. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle)

### Recommandation n° 25

D'autres formes de psychothérapie ou de traitements psychosociaux (p. ex. thérapie de soutien, thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie par la réminiscence, thérapie de relaxation) peuvent être proposées aux personnes âgées souffrant d'anxiété. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)

### Recommandation n° 26

L'exercice, qu'il s'agisse d'exercices d'aérobic ou de musculation, réduit l'anxiété et peut être recommandé aux personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)

### Recommandation n° 27

L'exercice, notamment le tai-chi et le yoga, est efficace pour réduire la peur de tomber et peut être recommandé aux personnes âgées ayant peur de tomber. (A)

### Recommandation n° 28

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (IRSN) doivent être utilisés comme traitement pharmacologique de première intention des troubles anxieux chez les personnes âgées. **(Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : forte)**

### Recommandation n° 29

Les benzodiazépines ne doivent pas être utilisées dans la gestion de l'anxiété chez les personnes âgées, sauf lorsque les interventions non pharmacologiques et les options pharmacologiques de première intention ont échouées, ou pour une utilisation à court terme (2 à 4 semaines) jusqu'à ce que les traitements de première intention deviennent efficaces. **(Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle contre)**

### Recommandation n° 30

La buspirone peut être envisagée pour le traitement des troubles anxieux généralisés légers à modérés chez les personnes âgées, lorsque les traitements de première intention ne sont pas efficaces ou ne sont pas tolérés. **(Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle)**

### Recommandation n° 31

La quétiapine ne doit pas être utilisée de façon systématique dans la prise en charge des troubles anxieux chez les personnes âgées, sauf en cas d'échec des traitements non pharmacologiques et des traitements de première intention. **(Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle contre)**

### Recommandation n° 32

La prégabaline ne doit pas être utilisée de manière systématique dans la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées, sauf en cas d'échec des traitements non pharmacologiques et des traitements de première intention. **(Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle contre)**

## Aperçu

L'objectif de ces lignes directrices est de fournir des conseils pratiques et factuels sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées. Le public cible est constitué des professionnels de la santé qui s'occupent de la santé mentale des aînés, notamment les médecins de soins primaires, les infirmières et les infirmières praticiennes, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé.

L'anxiété est une réaction au stress et au danger. Elle peut être adaptative lorsqu'elle incite une personne à prendre les mesures nécessaires pour gérer son stress ou à réduire sa prise de risque pour éviter un danger réel. L'anxiété est inadaptée lorsqu'elle est excessive par rapport au stress ou au risque réel, qu'elle est persistante et qu'elle conduit à éviter des situations inoffensives (American Psychiatric Association, 2013). Lorsque l'anxiété est excessive ou prolongée, elle peut avoir une incidence importante sur la qualité de vie des personnes âgées et sur leur capacité à fonctionner au quotidien. Elle peut interférer avec les relations, le niveau d'activité, la vie sociale et le bien-être (Porensky et coll., 2009). L'anxiété a également des répercussions négatives sur d'autres aspects de la santé, notamment en augmentant le

risque de maladies cardiaques et de troubles neurocognitifs majeurs (Burton et coll., 2013; Roest et coll., 2012). Bien que de nombreuses personnes âgées aient souffert d'anxiété tout au long de leur vie, certains troubles anxieux apparaissent plus tard durant la vie. L'anxiété qui apparaît tardivement est souvent associée à la dépression, aux facteurs de stress liés au vieillissement et aux changements physiologiques comme la maladie, l'invalidité et le déclin cognitif.

Les troubles anxieux constituent le problème de santé mentale le plus fréquent tout au long de la vie, y compris chez les personnes âgées. Chaque année, 18 % des Canadiens âgés présentent des symptômes d'anxiété ou de dépression auxquels ils ont du mal à faire face (Institut canadien d'information sur la santé, 2022), et 6 % des personnes canadiennes âgées ont un trouble anxieux diagnostiqué (Statistique Canada, 2021); le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et les phobies étant les plus fréquents (Grenier et coll., 2019). Bien qu'il existe des lignes directrices pour le traitement des troubles anxieux dans la population adulte générale, les personnes âgées doivent faire l'objet de dispositions particulières. À titre d'exemple, les différences dans la présentation de l'anxiété, l'âgisme et la stigmatisation



contribuent à la sous-reconnaissance et au sous-diagnostic des troubles anxieux chez les personnes âgées (Bower et coll., 2015). Les aînés sont moins susceptibles de signaler des problèmes de santé mentale et de demander des soins, et moins susceptibles d'être orientés vers des soins (Cosco et coll., 2022). La relation entre l'anxiété et les maladies du vieillissement peut être complexe. Il est également difficile de trouver un équilibre entre les avantages et les inconvénients potentiels des traitements de l'anxiété chez les personnes âgées.

Les lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes concernant l'anxiété chez les personnes âgées ont le potentiel d'améliorer les soins en sensibilisant aux meilleures pratiques et en promouvant une prestation plus cohérente de services de santé mentale de qualité. Outre l'âge, d'autres déterminants de la santé contribuent aux disparités dans les soins de santé mentale, notamment le sexe, la race ou l'origine ethnique, l'identité autochtone, la migration, la géographie, l'identité sexuelle et de genre, le handicap physique, le niveau d'éducation et le statut socio-économique. Ces déterminants sont interdépendants et

interagissent pour marginaliser certains groupes au sein de notre système de soins de santé. Il est nécessaire de créer des ressources de santé mentale accessibles aux populations mal desservies, en s'attaquant aux barrières structurelles et culturelles, à la méfiance et à la stigmatisation.

Dans le cadre de son examen des données probantes selon la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (Schünemann et coll., 2013), le groupe de travail s'est penché sur les questions de l'accessibilité des interventions et des répercussions des recommandations sur l'équité en santé. La géographie et la répartition de la population du Canada présentent des défis particuliers en matière d'équité, ce qui a contribué à notre décision d'examiner les données probantes relatives aux interventions réalisées à distance. Nous avons également pris en compte le caractère indirect de nos données probantes pour les groupes défavorisés, qui sont considérablement sous-représentés dans les essais cliniques. Dans l'ensemble, nous avons relevé une lacune importante dans la recherche sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées issues de groupes défavorisés.

## Champ d'application

Pour les besoins de ces lignes directrices, nous nous sommes concentrés sur les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux du DSM-5 chez les personnes âgées, en particulier le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale). Ainsi, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) n'ont pas été inclus, bien qu'il s'agisse de sujets importants qui méritent d'être pris en compte dans de futures lignes directrices. Nous avons également inclus des recommandations sur la peur de tomber, qui est une cause importante d'anxiété à un âge avancé,

avec ses propres caractéristiques cliniques et approches thérapeutiques.

Compte tenu des difficultés à diagnostiquer les troubles anxieux chez les personnes âgées et du fait que les symptômes d'anxiété sous-cliniques peuvent néanmoins causer une détresse et une souffrance importantes (Grenier et Richer, 2021), nous avons choisi d'inclure des études sur les symptômes anxieux cliniquement importants chez les personnes âgées dans notre recherche documentaire et notre examen des données probantes.

## Définition des concepts clés

Dans le cadre de ces lignes directrices, les personnes âgées sont définies comme étant âgées de 65 ans et plus, bien que nous ayons inclus des études avec un seuil de 60 ans et plus, afin de s'assurer que toutes les données probantes pertinentes concernant les personnes âgées étaient prises en compte.

Tout au long de ce document, selon le cas, nous nommons le trouble anxieux spécifique (par exemple, le TAG), nous

utilisons le terme « troubles anxieux » pour faire référence aux troubles anxieux du DSM-5, ou nous utilisons le terme « symptômes d'anxiété » pour les symptômes d'anxiété cliniquement importants, mais inférieurs au seuil clinique (symptômes sous-cliniques). Par souci de concision, lorsque nous nous référons à la fois aux symptômes d'anxiété cliniquement importants et aux troubles anxieux, nous utilisons le terme « anxiété » seul (p. ex. « personnes âgées souffrant d'anxiété »).

# Méthodologie

Le processus d'élaboration des lignes directrices a suivi la Liste de contrôle pour l'élaboration des lignes directrices du Guidelines International Network (GIN)-McMaster (Guidelines International Network et Université McMaster, 2002). Un groupe de travail composé d'experts multidisciplinaires sur la santé mentale et les troubles anxieux des personnes âgées, provenant de tout le Canada, a établi le champ d'application

des lignes directrices et les principales questions à traiter. Le groupe de travail a procédé à un exercice de définition des priorités, avec l'aide d'un groupe d'experts, afin de définir le champ d'application des lignes directrices, les questions de recherche PICO spécifiques et les résultats prioritaires. Les questions des lignes directrices étaient les suivantes :

## Prévention et identification

1. Quels sont les facteurs associés au risque d'anxiété chez les personnes âgées?
2. Quels sont les outils efficaces pour détecter l'anxiété chez les personnes âgées dans un contexte clinique?
3. Que sait-on d'une approche exhaustive du diagnostic de l'anxiété chez les personnes âgées?

## Traitement

4. La thérapie cognitivo-comportementale réduit-elle les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
5. La thérapie cognitivo-comportementale à distance réduit-elle les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
6. La thérapie cognitivo-comportementale réduit-elle la peur de tomber chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
7. La pleine conscience ou la méditation réduisent-elles les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
8. La psychothérapie (autre que la thérapie cognitivo-comportementale) réduit-elle les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
9. L'activité physique réduit-elle les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées comparativement au groupe témoin?\*
10. Les antidépresseurs, les antipsychotiques, les benzodiazépines, la buspirone ou les gabapentinoïdes réduisent-ils l'anxiété chez les personnes âgées comparativement à un placebo?\*

Dans le cas des questions pour lesquelles il n'existait pas d'examen systématique récent et de qualité (indiquées par des astérisques ci-dessus), nous avons procédé à nos propres examens systématiques. Les protocoles intégraux de ces examens sont enregistrés dans PROSPERO (CRD42023407837, CRD42023432100, CRD42023444208). Les références de ces examens systématiques peuvent être consultées ici <https://ccsmh.ca/publications-fr/?lang=fr>.

Pour la recherche documentaire systématique, le terme « anxiété » a été défini comme désignant à la fois les troubles anxieux (p. ex. un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée) et les symptômes d'anxiété, et comprenait des termes de recherche spécifiques pour la peur de tomber. Les critères d'inclusion dans les examens systématiques des traitements étaient : 1) essais cliniques randomisés, 2) personnes âgées (définies par le critère d'admissibilité de 60 ans et plus ou un échantillon ayant un âge moyen de 65 ans et plus) et 3) études où la diminution de l'anxiété était le résultat principal. Un examen rapide des facteurs de risque de l'anxiété a également été réalisé. La question restante (n° 3) sur

l'évaluation et le diagnostic de l'anxiété a été traitée par une recherche ciblée, guidée par un bibliothécaire, dans les bases de données des meilleures pratiques (BMJ Best Practice, CPG Infobase, TRIP Medical Database, JBI EBP Database, Ageline EBSCO), AccessMedicine (McGraw) et MEDLINE/PubMed (NLM) pour la documentation sur les meilleures pratiques de diagnostic des troubles anxieux chez les personnes âgées.

Nous avons utilisé deux méthodes dans ces lignes directrices pour signaler la solidité des données probantes étayant nos recommandations. La première méthode a été appliquée à toutes les recommandations de dépistage et de traitement qui ont fait l'objet d'un examen systématique (celles qui sont marquées d'un astérisque ci-dessus). La certitude des données probantes issues de nos examens systématiques et de nos méta-analyses a été évaluée à l'aide de la méthode GRADE (Tableau 1; Schünemann et coll., 2013). Le logiciel GRADEpro a été utilisé (GRADEpro GDT, 2023). Les données probantes ont été classées comme ayant une certitude élevée, modérée, faible ou très faible, en fonction de la probabilité que des recherches futures modifient la confiance du groupe de travail

dans l'estimation de l'effet. Les membres du groupe de travail se sont réunis et ont voté sur l'orientation et la solidité des recommandations, lesquelles reflètent la mesure dans laquelle le groupe est convaincu que les effets souhaitables d'une intervention l'emportent sur les effets indésirables.

Pour les recommandations de meilleures pratiques et celles qui ne répondaient pas directement à une question d'examen systématique, nous avons utilisé une approche similaire à celle des lignes directrices précédentes de la CCSMPA pour signaler la solidité de la recommandation sur la base du niveau de

données probantes utilisé pour la guider (Shekelle et coll., 1999). Les données probantes disponibles ont été examinées et leur niveau a été classé en fonction de leur susceptibilité aux biais. Ces recommandations et leur solidité ont fait l'objet d'un vote par les membres du groupe de travail. Les versions préliminaires des recommandations ont été examinées par le groupe d'experts externes, un panel de personnes âgées et de personnes proches aidantes ayant une expérience vécue de l'anxiété, et en consultation avec des professionnels de la santé et des experts universitaires.

**Tableau 1. Solidité des recommandations dans ces lignes directrices**

Recommandations concernant le dépistage et le traitement – Méthode GRADE de Schünemann et coll. (2013).		
<b>Certitude des données probantes</b>		
Élevée	La recherche fournit une très bonne indication de l'effet probable. La probabilité que l'effet soit très différent est faible.	
Modérée	La recherche fournit une bonne indication de l'effet probable. La probabilité que l'effet soit très différent est modérée.	
Faible	La recherche fournit une certaine indication de l'effet probable. Toutefois, la probabilité que l'effet soit très différent est élevée.	
Très faible	La recherche ne fournit pas une indication fiable de l'effet probable. La probabilité que l'effet soit très différent est très élevée.	
<b>Orientation</b>		
<b>Solidité</b>	<b>En faveur de l'intervention</b>	<b>Contre l'intervention</b>
Forte	La plupart des personnes bénéficieront de cette intervention	La plupart des personnes ne bénéficieront pas de cette intervention
Conditionnelle - il faut tenir compte de la situation du patient, de ses valeurs et de ses préférences	Certaines personnes pourraient bénéficier de cette intervention	Bien que les risques l'emportent sur les bénéfices dans la plupart des cas, cette intervention peut être envisagée dans certaines circonstances
<b>Recommandations concernant les meilleures pratiques</b>		
<b>Solidité de la recommandation</b>		
A	Fondée sur un examen systématique ou une méta-analyse des données probantes	
B	Fondée sur des études contrôlées	
C	Fondée sur des études non expérimentales ou observationnelles	
D	Fondée sur l'avis d'un expert ou extrapolée à partir d'autres catégories de données probantes ci-dessus	

# Facteurs de risque et recherche de cas

## Recommandation n° 1

### Les professionnels de la santé doivent connaître les facteurs augmentant les risques d'anxiété chez les personnes âgées. (D)

La recherche de cas d'anxiété est plus efficace lorsqu'elle cible les aînés à haut risque. La présence de facteurs de risque associés à l'anxiété peut inciter les cliniciens à utiliser un outil de dépistage pour faciliter la recherche de cas ou à se renseigner davantage sur les symptômes qui constituent les critères diagnostiques des troubles anxieux. Un examen rapide a permis d'identifier un certain nombre de facteurs associés à l'anxiété ou à la peur de tomber chez les personnes âgées. Parmi ces facteurs, on note :

- Déficit ou déclin cognitif
- Dépression
- Sexe féminin
- Limites fonctionnelles
- Insomnie
- Multimorbidité
- Douleur
- Polypharmacie
- Mauvaise santé (objective ou subjective)
- Isolement social et solitude
- Âge avancé\*
- Antécédents de chutes ou de mauvais équilibre

*\*facteurs associés à la peur de tomber*

Un ou plusieurs de ces facteurs peuvent augmenter les risques de souffrir d'anxiété ou de présenter une peur de tomber chez les personnes âgées. Ces facteurs de risque peuvent accroître le sentiment de vulnérabilité et de danger, l'inquiétude quant à l'indépendance, ou compromettre la capacité à surmonter les difficultés ou à obtenir de l'aide (Brenes et coll., 2008; Silva et coll., 2022; Vink et coll., 2008).

Le vieillissement en soi n'est pas un facteur de risque d'anxiété sauf pour la peur de tomber qui peut augmenter en vieillissant. Cependant, le lien entre la multimorbidité et les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées est bien décrit (Creighton et coll., 2017; Vo et coll., 2023). Les maladies chroniques, comme l'hypertension, la maladie pulmonaire obstructive chronique ou MPOC, les maladies cardiaques, les troubles du sommeil et la maladie de Parkinson, ou les déficits, comme la perte de la vue ou de l'ouïe, sont associées à un risque accru d'anxiété (Silva et coll., 2022; Vink et coll., 2008). En outre, il existe un lien connu entre la pré-fragilité ou la fragilité des personnes âgées et les symptômes

d'anxiété (Tan et coll., 2023). Les comorbidités médicales et psychiatriques spécifiques associées à l'anxiété, en particulier la dépression et les difficultés cognitives, sont examinées plus en détail dans la section Évaluation et diagnostic ci-dessous.

Des niveaux élevés de stress, qu'ils soient aigus ou chroniques, sont également associés à l'anxiété. Par exemple, il existe des données probantes indiquant que les facteurs de stress psychosociaux, comme un faible revenu, un logement précaire, des besoins de soins non satisfaits ou être victime d'âgisme ou de discrimination, contribuent à l'anxiété chez les personnes âgées (Carden et coll., 2022; Kang et Kim, 2022). Les données probantes concernant les facteurs de risque d'anxiété propres aux populations âgées ethniquement et culturellement diverses sont insuffisantes. Dans les communautés autochtones, les effets sur la santé mentale du racisme, du colonialisme et du système des pensionnats, ainsi que les désavantages sociaux et économiques et la perte des liens culturels qui en résultent, sont bien documentés (Nelson et Wilson, 2017). La santé mentale des personnes âgées noires et racisées est affectée par les expériences de racisme qu'elles ont vécues tout au long de leur vie et par les effets du racisme sur leur vie, notamment des occasions économiques moindres et des taux plus élevés de traumatismes (L. L. Brown et coll., 2020; D. R. Williams et coll., 2003, 2010). Les personnes âgées issues de l'immigration sont également exposées à des problèmes de santé mentale liés aux barrières linguistiques et culturelles, ainsi qu'à des facteurs transversaux tels que la pauvreté et la discrimination (Lin, 2023).

Il est important de noter que notre examen rapide a mis en évidence certains facteurs de protection connus de l'anxiété chez les personnes âgées, notamment la satisfaction à l'égard de la vie ou la description du sens de la vie, l'affect positif et l'attachement positif (Hwang et coll., 2020; Pai et coll., 2019). La spiritualité ou l'appartenance religieuse est un facteur de protection important, en particulier dans la vie des personnes âgées noires et issues de la diversité ethnique, où l'engagement religieux favorise l'intégration sociale au sein d'un groupe centré sur des valeurs et des traditions semblables (Nguyen, 2020). Les liens sociaux et communautaires, ainsi que le rapport à la culture, sont également des facteurs de protection essentiels pour les personnes âgées autochtones.

## Recherche de cas

### Recommandation n° 2

**Les professionnels de la santé doivent se familiariser avec les outils de détection des symptômes et des troubles anxieux chez les personnes âgées et envisager d'utiliser ces outils pour faciliter la recherche de cas chez les personnes à risque ou qui décrivent des symptômes d'anxiété. (D)**

Le recours aux antécédents cliniques est la pierre angulaire des soins médicaux, mais les variations dans la pratique peuvent conduire à négliger les problèmes de santé mentale. Les troubles anxieux chez les personnes âgées sont sous-diagnostiqués, de sorte qu'une approche rigoureuse est nécessaire (Bower et coll., 2015). L'utilisation d'outils de dépistage peut permettre aux cliniciens de procéder à une évaluation approfondie et d'aider les patients à reconnaître les symptômes anxieux.

Le dépistage dans la population générale des symptômes ou des troubles anxieux chez les personnes âgées ne peut être recommandé en raison de l'absence de données probantes démontrant un équilibre favorable entre les avantages, les risques, les coûts potentiels et la faisabilité. Toutefois, nous recommandons une approche de recherche de cas dans laquelle les professionnels de la santé ciblent le dépistage de l'anxiété sur la base des facteurs de risque (chez les personnes ayant une probabilité préalable plus élevée de

souffrir d'anxiété). Par rapport à la population générale des personnes âgées, la prévalence des symptômes d'anxiété augmente lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque (voir la liste des facteurs de risque dans la section précédente). Lors de l'évaluation d'une personne âgée, si des facteurs de risque sont présents, il convient de s'enquérir des symptômes d'anxiété potentiels ou d'utiliser un outil de détection. Cette approche permet aux professionnels de la santé d'être systématiques dans leur évaluation de l'anxiété tout en considérant chaque patient comme un individu à part entière.

Il est important de noter que la plupart des outils d'évaluation de l'anxiété fondés sur des données probantes ont été développés en anglais en utilisant des cadres médicaux et culturels occidentaux. S'il existe des traductions dans différentes langues, peu d'entre elles ont fait l'objet d'une adaptation culturelle ou d'une validation interculturelle, et doivent donc être utilisées en tenant compte des différents groupes ethniques et culturels (Bellamy et Hardy, 2015).

### Recommandation n° 3

**Nous recommandons l'utilisation du *Geriatric Anxiety Inventory - 20 item version (GAI-20)* pour identifier les symptômes ou les troubles anxieux cliniquement importants dans les milieux cliniques et pour les personnes à risque. (Classement GRADE : certitude des données probantes : modérée; solidité de la recommandation : forte)**

### Recommandation n° 4

**Envisager l'utilisation du *Geriatric Anxiety Inventory - 20 item version (GAI-20)* ou de la version courte (*GAI-SF*) pour la recherche de cas de trouble d'anxiété généralisée (TAG) en milieu clinique et pour les personnes à risque. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité de la recommandation : conditionnelle)**

Pour permettre une approche de recherche de cas, les cliniciens ont besoin d'outils précis pour détecter les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées. Il est important de reconnaître que ces outils ne doivent pas être utilisés pour poser un diagnostic, mais constituent plutôt une première étape pour détecter les symptômes d'anxiété cliniquement importants. Il faut également reconnaître la nécessité d'une évaluation plus poussée.

Dans un examen systématique des outils de détection des symptômes et des troubles anxieux par rapport à une norme de référence (p. ex. les critères du DSM-5), nous avons relevé 32 études portant sur 23 outils uniques. Sur la base de cet examen, nous avons constaté que le *Geriatric Anxiety*

*Inventory - 20 item version (GAI-20)* avec un score seuil de  $\geq 9$  peut être utilisé pour dépister largement les symptômes d'anxiété cliniquement importants et les troubles anxieux ([Tableau complémentaire 1](#)). L'outil GAI-20 était également le plus précis pour identifier le TAG chez les personnes âgées, bien que les seuils étudiés aient varié entre  $\geq 11-14$  ([Tableau complémentaire 2](#)). Le *Geriatric Anxiety Inventory - Short Form (GAI-SF)* est une version courte de 5 items, qui a une précision similaire pour détecter le TAG en utilisant un seuil de  $\geq 3$  ([Tableau complémentaire 3](#); Pachana et coll., 2007).

Un autre outil couramment utilisé chez les personnes âgées est le *Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety Subscale (HADS-A)* (Zigmond et Snaith, 1983). Avec un seuil de  $\geq 8$ , il

peut également être utilisé pour dépister des symptômes et des troubles anxieux cliniquement importants, bien que notre étude ait montré qu'il est moins précis que le GAI-20.

D'autres outils couramment utilisés dans les populations adultes générales ont fait l'objet de peu d'études de validation chez les personnes âgées, comme le *Generalized Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7) (Spitzer et coll., 2006) ou se sont révélés moins précis chez les personnes âgées; par exemple, le *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) (Meyer et coll., 1990). Bien que ces outils de dépistage ne soient pas spécifiquement recommandés, les cliniciens qui n'ont pas accès au GAI-20 peuvent les utiliser en sachant que leur validité est moins bien établie.

Lorsqu'on envisage d'utiliser des outils de recherche de cas, il faut tenir compte de plusieurs facteurs, notamment le temps et la faisabilité dans la pratique clinique. L'accès et le coût constituent un obstacle potentiel à l'utilisation de tout outil. Le GAI est protégé par des droits d'auteur et son utilisation clinique est payante, ce qui constitue un obstacle dans les milieux où les ressources sont limitées. D'autres outils, tels que le GAD-7 et le PSWQ, sont disponibles gratuitement et des études supplémentaires sont nécessaires sur ces outils et d'autres pour confirmer leur validité chez les personnes âgées. Parmi les autres exigences relatives à l'utilisation des outils de recherche de cas, il convient de veiller à ce que les professionnels de la santé soient formés à l'utilisation de l'outil et d'intégrer l'utilisation des outils dans le flux de travail clinique.

### Recommandation n° 5

**Nous recommandons l'utilisation de l'outil *Rating Anxiety in Dementia* (RAID) pour identifier les symptômes d'anxiété cliniquement importants chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) dans les établissements de soins spécialisés. (Classement GRADE : certitude des données probantes : modérée; solidité de la recommandation : forte)**

Les personnes atteintes de TNCM peuvent avoir des difficultés à se souvenir de leurs symptômes ou à les décrire. Une échelle évaluée par un répondant peut s'avérer plus appropriée dans ces circonstances. Les outils qui intègrent à la fois le point de vue du patient et celui du partenaire de soins sont plus valables. L'outil le plus étudié et le plus précis est l'échelle RAID (*Rating Anxiety in Dementia*) (Shankar et coll., 1999) ([Tableau complémentaire 4](#)).

Un seuil de  $\geq 11$  permet d'optimiser sa sensibilité. L'échelle RAID a surtout été validée dans des maisons de retraite et des cliniques spécialisées (gériatrie, mémoire et anciens combattants); des données probantes supplémentaires sont donc nécessaires pour recommander son utilisation dans d'autres contextes cliniques.

### Recommandation n° 6

**Les professionnels de la santé doivent poser des questions sur la peur de tomber et l'évitement des activités dans le cadre de l'évaluation du risque de chute en gériatrie. (D)**

L'étude des antécédents de chutes et une évaluation des risques de chutes sont des éléments clés de l'évaluation gériatrique globale. Les questions importantes pour le dépistage de la peur de tomber sont : « *Avez-vous peur de tomber?* » et si la réponse est oui, « *Avez-vous limité vos activités à cause de cette peur?* » (Belloni et coll., 2020). Ces questions peuvent aider à identifier les personnes âgées qui risquent

de développer des problèmes psychologiques importants liés aux chutes ou des comportements d'évitement et qui pourraient bénéficier d'une intervention. Pour une évaluation plus approfondie de la peur de tomber, l'échelle FES-I (*Falls Efficacy Scale-International*; 16 ou 7 items) dispose de données probantes solides confirmant sa validité (McGarrigle et coll., 2023).



# Évaluation et diagnostic

## Recommandation n° 7

Les personnes âgées chez qui le dépistage de l'anxiété est positif, ou qui présentent une anxiété nouvelle ou aggravée qui affecte leur fonctionnement quotidien ou leur bien-être, doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive, comprenant une évaluation des antécédents, un examen physique et des tests appropriés. (D)

## Recommandation n° 8

L'évaluation des antécédents d'anxiété doit notamment porter sur la nature des symptômes, leur apparition et leur durée, leur gravité (en termes de répercussions sur le fonctionnement quotidien, de présence de comportements d'évitement et de degré de détresse associé aux symptômes), les facteurs de stress psychosociaux contribuant aux symptômes et les antécédents de santé mentale. (D)

Les personnes âgées souffrant d'anxiété se présentent le plus souvent dans un contexte de soins primaires, mais ne mentionnent pas nécessairement leur anxiété (Moult et coll., 2020). L'anxiété chez les aînés tend à se manifester par davantage de symptômes somatiques et d'inquiétudes pour la santé (Hunt et coll., 2003). Les aînés peuvent éprouver un sentiment de panique, mais sont moins susceptibles que les personnes plus jeunes de présenter des symptômes complets de crises de panique (Sheikh et coll., 2004).

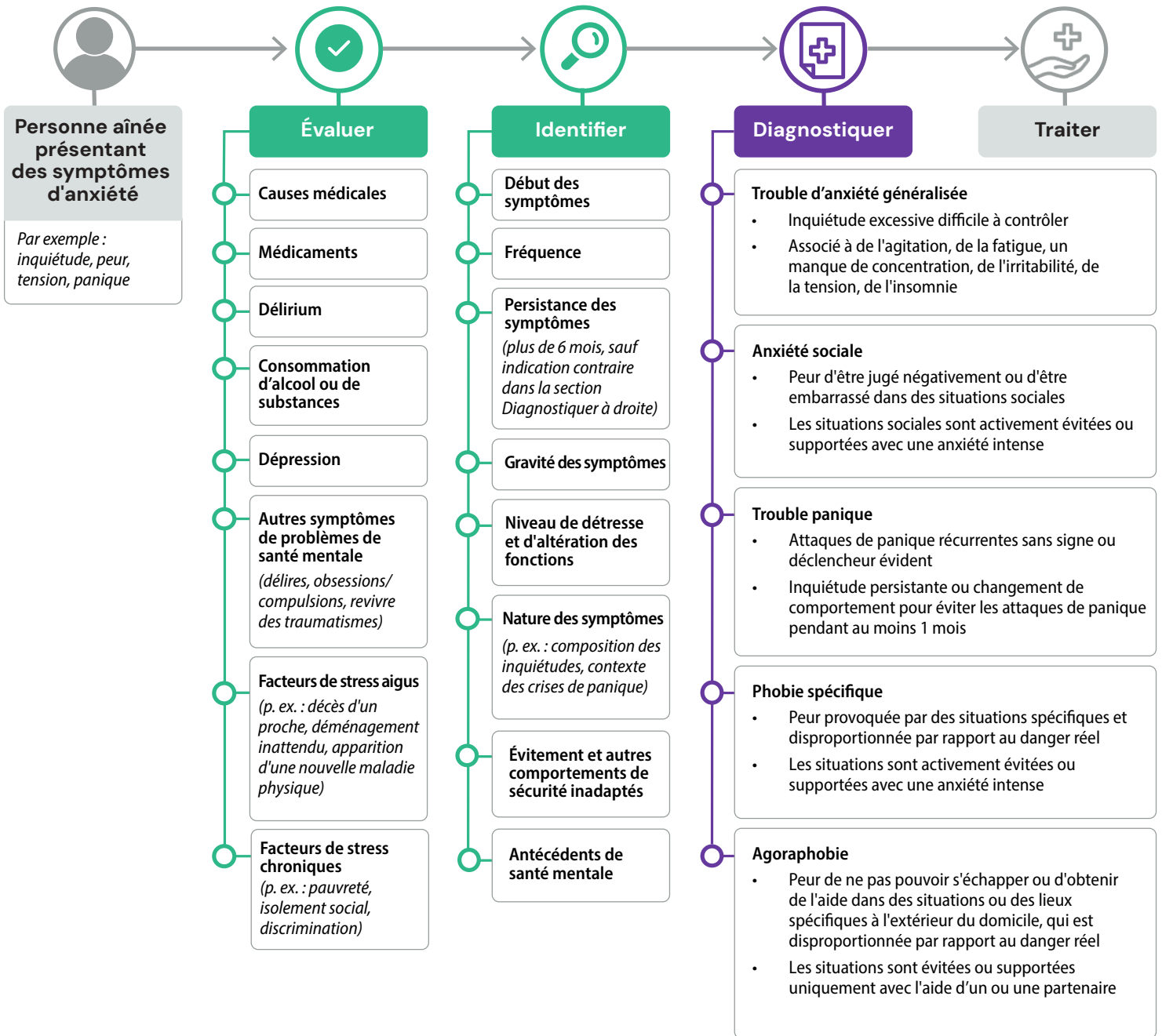
L'évolution de l'environnement social et du rôle des personnes âgées leur permet souvent de trouver des moyens d'éviter les facteurs anxiogènes. L'évaluation de ces comportements d'évitement peut être difficile, en particulier lorsqu'il s'agit de distinguer les restrictions d'activité dues à l'anxiété de celles liées à des limitations physiques. Les aînés peuvent ne pas reconnaître qu'ils présentent des symptômes d'anxiété (Wetherell et coll., 2009) et il est important de les informer sur les symptômes d'anxiété sans les stigmatiser ou invalider leur expérience. Les informations collatérales fournies par les personnes proches aidantes sont utiles pour comprendre les répercussions de l'anxiété sur les activités quotidiennes et leur étendue.

Les stéréotypes âgistes peuvent également constituer un obstacle à la détection d'une peur excessive ou

déraisonnable ou à la détection d'un comportement d'évitement. Cette démarche est particulièrement difficile lorsqu'il existe un risque. On peut notamment citer en exemple l'évaluation de la peur de tomber chez une personne qui a récemment fait une chute. Parmi les indices qui montrent que la peur peut être excessive, on compte le fait que l'évaluation du risque de chute par la personne ne correspond pas au risque réel, sur la base de résultats objectifs obtenus lors d'un examen. Ainsi, les personnes âgées peuvent adopter une démarche hypervigilante ou trop prudente qui n'est pas justifiée par une faiblesse des jambes ou par de réels problèmes d'équilibre.

Les différentes conceptions culturelles de la santé mentale ont également une incidence sur la déclaration des symptômes, de nombreuses cultures autochtones et non occidentales établissant moins de distinctions entre l'esprit et le corps, ce qui se traduit par l'expérience de la détresse émotionnelle par l'entremise de symptômes physiques (Kim et coll., 2012; Marques et coll., 2011). La stigmatisation de la maladie mentale, les barrières linguistiques, la préférence pour se confier à une personne familière et la méfiance fondée sur des expériences de soins de santé discriminatoires sont autant de facteurs importants qui peuvent constituer des obstacles à l'évaluation des symptômes d'anxiété chez les personnes âgées racialisées et autochtones.

Figure 1. Algorithme de diagnostic





## Recommandation n° 9

**Les personnes âgées souffrant d'anxiété doivent faire l'objet d'un dépistage de la dépression et des risques de suicide. (D)**

L'apparition de nouveaux symptômes d'anxiété, tels que l'inquiétude intense ou la panique, peut être un symptôme de dépression chez les personnes âgées. Environ la moitié des âgés souffrant de dépression présentent un trouble anxieux comorbide, tandis que 20 % des personnes souffrant d'un trouble anxieux primaire répondent également aux critères de la dépression (Wolitzky-Taylor et coll., 2010). Il est essentiel d'évaluer la dépression chez une personne âgée qui présente des symptômes d'anxiété nouveaux ou qui s'aggravent.

L'anxiété est également un facteur de risque de suicide, à la fois en conjonction avec des symptômes dépressifs et en l'absence de ceux-ci (Beghi et coll., 2021; Fernandez-Rodrigues et coll., 2022). Les lignes directrices de la CCSMPA pour l'évaluation et le traitement de la dépression, et l'évaluation du risque suicidaire et la prévention du suicide peuvent être utilisées pour appuyer la prestation des soins (CCSMPA, 2021; CCSMPA, 2006).

## Recommandation n° 10

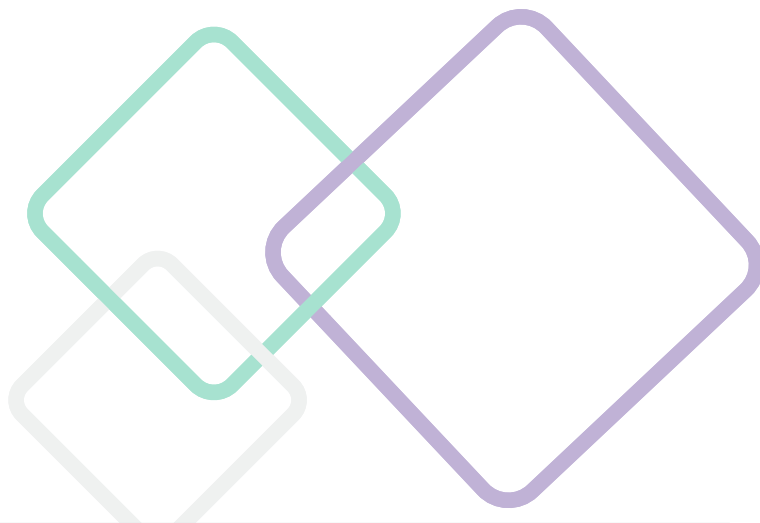
**Il est important de déterminer la présence de conditions médicales susceptibles de provoquer des symptômes d'anxiété. Une revue des antécédents médicaux, l'examen physique et des examens complémentaires (si indiqués) doivent faire partie de l'évaluation. (D)**

Il est important d'effectuer un diagnostic différentiel complet pour l'anxiété gériatrique, car les symptômes peuvent être un prodrome ou une manifestation de troubles médicaux ou neurologiques sous-jacents (p. ex. la maladie de Parkinson, les troubles neurocognitifs majeurs, les arythmies, les troubles de la thyroïde, l'apnée obstructive du sommeil) (Ann et coll., 2023; Gallagher et coll., 2011; Schrag et coll., 2015). L'anxiété et les problèmes médicaux peuvent être liés de multiples façons (American Psychiatric Association, 2013). À titre d'exemple :

1. Les symptômes d'anxiété peuvent être une conséquence physiologique directe d'une condition médicale, comme la sensation d'essoufflement dans le cas de MPOC ou les fluctuations motrices dans le cas de la maladie de Parkinson.
2. D'un point de vue psychologique, l'anxiété peut être un symptôme d'adaptation à un état pathologique ou à un handicap.
3. Une exacerbation de la maladie sous-jacente peut entraîner un délirium qui se manifeste souvent par de l'anxiété.
4. L'anxiété peut persister après la guérison d'une maladie aiguë. À titre d'exemple, l'anxiété est fréquente et peut persister pendant des mois après une infection par le virus de la COVID (Bull-Otterson et coll., 2022).

Les personnes âgées présentant des comorbidités médicales peuvent également développer un trouble anxieux primaire sans lien avec leur condition médicale, avec des symptômes physiques qu'elles peuvent ou non attribuer à une condition médicale existante. Il est important d'évaluer l'anxiété dans le contexte d'autres conditions médicales, car elle peut exacerber certaines maladies (p. ex. les maladies cardiovasculaires) et avoir une incidence sur la capacité des personnes âgées à participer au traitement et à le tolérer (p. ex. les phobies médicales).

Pour mieux comprendre la relation entre l'anxiété et les conditions médicales chez les âgés, il est important de recueillir les antécédents concernant l'apparition de l'anxiété et la relation avec l'évolution de la maladie et tout changement dans le traitement. Une anxiété aiguë ou subaiguë d'apparition tardive présentant des caractéristiques atypiques (notamment des signes neurologiques, des changements cognitifs aigus, une perte de conscience, l'incontinence) est souvent causée par un problème ou condition médicale.



Il existe une relation bidirectionnelle importante entre l'anxiété et les déficits cognitifs chez les personnes âgées. Une évaluation cognitive devrait donc être envisagée lors de l'évaluation des symptômes d'anxiété. Des niveaux élevés d'anxiété ont un effet négatif sur les performances cognitives en altérant l'attention et les fonctions exécutives. L'anxiété peut également être un symptôme précoce de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), notamment en raison de la prise de conscience et du stress liés à l'aggravation des pertes de mémoire et des erreurs. Il peut s'agir d'un signal indiquant que les exigences cognitives de la vie quotidienne dépassent désormais les capacités de la personne. Des données indiquent également que l'anxiété chronique, qui entraîne une exposition prolongée à des réactions physiologiques de stress telles que l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), une réactivité autonome soutenue et une réponse du système immunitaire, a des répercussions négatives sur la santé cérébrale et vasculaire, et constitue un facteur de risque de TNCM (Brosschot et coll., 2006).

Il n'existe pas d'exams de routine pour l'anxiété gériatrique, bien que certaines conditions médicales puissent être difficiles à détecter par un simple examen physique. Les examens indiqués dépendent de la présentation et de l'évaluation du patient et peuvent inclure :

- Formule sanguine complète, électrolytes (y compris calcium, magnésium et phosphate), tests de la fonction rénale, hépatique et thyroïdienne, vitamine B12, glucose
- Analyse d'urine
- Saturation en oxygène (oxymétrie de pouls), radiographie thoracique
- Dépistage de drogues (urine ou sérum)
- Électrocardiogramme, moniteur Holter
- Évaluation cognitive, par exemple le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et coll., 2005) et le *Mini Mental Status Examination* (MMSE) (Folstein et coll., 1975)
- La neuro-imagerie (p. ex. la tomodensitométrie crânienne) n'est généralement pas indiquée dans le bilan de l'anxiété, sauf si elle est indiquée séparément dans le cadre du bilan d'une condition connexe (p. ex. déficit cognitif), ou s'il y a des résultats neurologiques focaux dans les antécédents ou lors de l'examen.

**Tableau 2. Conditions médicales associées à l'anxiété chez les personnes âgées**

Catégories	Exemples de conditions médicales	
<b>Endocriniennes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperthyroïdie</li> <li>• Hypothyroïdie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie surrénalienne (y compris phéochromocytome)</li> <li>• Maladie parathyroïdienne</li> </ul>
<b>Cardiovasculaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infarctus du myocarde</li> <li>• Insuffisance cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angine</li> <li>• Arythmie</li> <li>• Valvulopathie</li> </ul>
<b>Respiratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MPOC</li> <li>• Asthme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumonie</li> <li>• Apnée obstructive du sommeil</li> </ul>
<b>Métaboliques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carence en vitamine B12</li> <li>• Hypoglycémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies électrolytiques</li> </ul>
<b>Neurologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Troubles neurocognitifs majeurs (p. ex. Alzheimer, vasculaire)</li> <li>• Délirium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble vestibulaire</li> <li>• Troubles épileptiques</li> <li>• Lésion centrale (tumeur cérébrale)</li> <li>• Encéphalopathie</li> </ul>

Adapté de l'*American Psychiatric Association* (2013) et *Romanazzo et coll.* (2022).

## Recommandation n° 11

**Pour toutes les personnes âgées présentant des troubles anxieux, il est important de recueillir des données sur l'utilisation de médicaments et drogues, incluant les médicaments prescrits, ceux en vente libre et les drogues à usage récréatif, ainsi que la caféine. (D)**

Les symptômes d'anxiété peuvent être secondaires à la prise de médicaments ou de drogues récréatives. Il est important d'établir un bilan complet de la prise de médicaments afin d'établir une relation temporelle (s'il y en a une) entre le début de la prise de médicaments et l'apparition des symptômes anxieux. À titre d'exemple, certains médicaments psychotropes peuvent provoquer une akathisie qui peut être ressentie ou décrite comme de l'anxiété. Il est également important d'évaluer le respect de la posologie du médicament chez les personnes âgées, en particulier lorsque des erreurs de médication peuvent entraîner un délirium ou une toxicité se manifestant par de l'anxiété (médicaments pour la thyroïde, insuline) ou lorsque l'oubli d'une dose de médicament peut entraîner un sevrage (benzodiazépines, opioïdes, antidépresseurs).

Il est également important de dépister la consommation de substances (alcool, cannabis, nicotine) et le rôle potentiel de l'intoxication, du sevrage et de la consommation chronique de ces substances sur les symptômes d'anxiété. Posez des questions sur la consommation de médicaments en vente libre, en particulier d'agents anticholinergiques. Les substances récréatives et les médicaments en vente libre sont souvent utilisés à mauvais escient pour lutter contre l'anxiété ou d'autres symptômes tels que l'insomnie. D'autres produits naturels aux propriétés psychoactives peuvent également contribuer à l'anxiété, comme le ginseng et le ginkgo biloba (Le et coll., 2022).



**Tableau 3. Médicaments et substances pouvant contribuer aux symptômes d'anxiété chez les personnes âgées**

Médicaments		
Classes	Exemples	Commentaires
Anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atropine</li> <li>• Benztropine</li> <li>• Anticholinergiques pour la vessie (p. ex. oxybutynine)</li> <li>• Antihistaminiques (p. ex. diphénhydramine)</li> </ul>	Les anticholinergiques peuvent provoquer des effets secondaires systémiques, notamment la tachycardie, l'hypertension, l'anxiété et le délirium.
Antidépresseurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISRS (p. ex. paroxétine)</li> <li>• IRSN (p. ex. venlafaxine)</li> <li>• ATC (p. ex. amitriptyline)</li> </ul>	Les effets stimulants de certains antidépresseurs peuvent imiter les symptômes d'anxiété et provoquer de l'agitation, en particulier au début du traitement.
Antipaludéens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chloroquine</li> <li>• Hydroxychloroquine</li> <li>• Méfloquine</li> </ul>	Les médicaments antipaludéens peuvent provoquer de l'insomnie, des rêves d'apparence réelle, de l'anxiété, de la dépression, des crises de panique et des hallucinations.
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alprazolam</li> <li>• Lorazépam</li> </ul>	Les benzodiazépines peuvent provoquer de l'anxiété associée au sevrage.
Agonistes bêta-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salbutamol</li> </ul>	Les effets indésirables courants du salbutamol sont les tremblements (10 à 20 %) et l'anxiété (9 à 20 %).
Traitements médicamenteux de l'insuffisance cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catégorie des diurétiques</li> <li>• Digoxine</li> <li>• Amiodarone</li> <li>• Bêta-bloquants</li> </ul>	Selon des études observationnelles, le risque d'anxiété augmente de 10 à 20 % chez les personnes qui prennent des médicaments cardiovasculaires tels que les diurétiques, les nitrates, les hypolipidémiantes, la digoxine et les bêta-bloquants (Rotvig et coll., 2022).
Corticostéroïdes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prednisone</li> <li>• Dexaméthasone</li> </ul>	La corticothérapie a été associée à des symptômes psychiatriques non spécifiques tels que la psychose, l'hyperactivité, l'irritabilité, l'anxiété, l'insomnie et la dépression.
Antagonistes des récepteurs de la dopamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipsychotiques</li> <li>• Métoclopramide</li> </ul>	Les antagonistes des récepteurs de la dopamine peuvent provoquer une akathisie, qui peut se manifester par une agitation psychomotrice et de l'anxiété.
Agonistes des récepteurs de la dopamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lévodopa</li> <li>• Pramipexole</li> </ul>	L'anxiété et les crises de panique sont des effets secondaires potentiels des agonistes dopaminergiques.

Médicaments		
Classes	Exemples	Commentaires
Antirétroviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efavirenz</li> </ul>	Des effets indésirables neuropsychiatriques, y compris l'anxiété, surviennent chez 25 à 70 % des personnes vivant avec le VIH et traitées à l'éfavirenz.
Stimulants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amphétamine</li> <li>Méthylphénidate</li> </ul>	L'anxiété est un effet indésirable fréquent des stimulants.
Endocriniens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hormone thyroïdienne (p. ex. lévothyroxine)</li> <li>Insuline</li> <li>Testostérone</li> <li>Estrogène (p. ex. estradiol)</li> </ul>	Les suppléments d'hormones peuvent contribuer aux symptômes d'anxiété, tout comme l'arrêt des hormones.
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hydromorphone</li> <li>Morphine</li> </ul>	Les opioïdes peuvent provoquer une confusion et un délirium se présentant comme de l'anxiété. Le sevrage des opioïdes peut s'accompagner de symptômes d'anxiété.
Substances psychoactives		
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bières</li> <li>Vins</li> <li>Spiritueux</li> </ul>	De petites quantités d'alcool stimulent les récepteurs GABA et provoquent des sensations de détente. Une consommation excessive d'alcool épuise le GABA, ce qui accroît la tension et les sentiments de panique. Le sevrage alcoolique peut également provoquer des symptômes d'anxiété.
Caféine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Café</li> <li>Boissons gazeuses</li> <li>Boissons énergisantes</li> <li>Thé</li> </ul>	La caféine est un stimulant du système nerveux central et peut provoquer une agitation, un sentiment de malaise et une accélération du rythme cardiaque qui évoquent l'anxiété.
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> <li>THC</li> </ul>	La consommation de cannabis et le sevrage peuvent provoquer des symptômes d'anxiété.

**Légende :** ISRS - inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN - inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine; ATC - antidépresseurs tricycliques; THC - tétrahydrocannabinol

**Remarque :** Ce tableau de médicaments et de substances n'est pas exhaustif.

*Adapté de l'American Psychiatric Association (2013) et Dong et coll. (2015).*

# Traitement des symptômes et des troubles anxieux

Cette section se concentre sur les interventions pour la prévention et le traitement des symptômes et des troubles anxieux chez les personnes âgées. Le choix du traitement chez les aînés peut se complexifier à cause des problèmes comorbides de santé mentale ou physique, ou par la présence de problèmes sociaux. Il convient d'envisager un éventail d'approches et d'intensités de traitement afin que le patient puisse recevoir la ou les interventions optimales qui répondent à ses besoins. Dans cette section, nous commençons par des recommandations consensuelles sur la séquence et l'exécution des interventions, suivies de recommandations spécifiques fondées sur des données probantes pour les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques.

## Recommandation n° 12

**Les interventions non pharmacologiques doivent être proposées en premier, compte tenu du risque d'effets indésirables associés à la pharmacothérapie, sauf dans des circonstances dictées par la préférence du patient, la gravité des symptômes et l'évaluation des risques. (D)**

Plusieurs personnes âgées présentent des symptômes d'anxiété et, dans certains cas, ces symptômes disparaissent d'eux-mêmes ou grâce à des interventions de soutien de faible intensité. Une étude a montré que jusqu'à un tiers des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs ou anxieux sous-cliniques voient leur état s'améliorer après une période d'attente vigilante de trois mois. Cependant, un cinquième des personnes interrogées ont été diagnostiquées comme souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif (van der Aa et coll., 2015). Des études ont mis en évidence un taux élevé de réponse au placebo dans les essais cliniques sur le TAG gériatrique, ce qui souligne la contribution des facteurs non pharmacologiques à l'amélioration des symptômes. De même, dans les essais testant l'efficacité de la psychothérapie pour l'anxiété chez les personnes âgées, on observe également des effets probants dans les groupes témoins « actifs », tels que le counseling de soutien. Bien que l'ampleur de l'effet global de la psychothérapie et des médicaments contre l'anxiété soit similaire (Pinquart et Duberstein, 2007), étant donné que l'état de certaines personnes âgées souffrant de symptômes d'anxiété s'améliore grâce à des interventions non pharmacologiques ou à du soutien psychosocial, nous recommandons que ces derniers soient proposés en premier lieu, avant d'utiliser des médicaments.

Pour les personnes diagnostiquées avec un TAG, une rémission spontanée est peu probable (Braam et coll., 2014; Lenze, Mulsant, Mohlman, et coll., 2005). Il est important de surveiller les symptômes et la réponse aux interventions non pharmacologiques et de continuer à revoir et à optimiser le plan de traitement en cas de mauvaise réponse. Les personnes dont les symptômes d'anxiété sont persistants et graves devraient envisager un traitement médicamenteux ou un traitement médicamenteux associé à une psychothérapie (Schuermans et coll., 2009; Wetherell et coll., 2013).

Lorsque les symptômes d'anxiété sont secondaires à une condition médicale, il convient d'abord d'adapter le traitement ou la prise en charge de la condition médicale (American Psychiatric Association, 2013). De même, le traitement de l'anxiété secondaire à la consommation de substances doit être axé sur le traitement de la consommation de substances. Ainsi, une personne souffrant d'anxiété dans le contexte d'un sevrage de benzodiazépines doit être traitée en premier lieu selon les recommandations du guide pour le sevrage de benzodiazépines. La CCSMPA dispose de lignes directrices qui fournissent aux cliniciens des conseils sur l'évaluation et la prise en charge des troubles liés à la consommation d'opioïdes, d'alcool, de benzodiazépines et de cannabis (CCSMPA, 2019a; CCSMPA, 2019b; CCSMPA, 2019c; CCSMPA, 2019d).

Les valeurs et les préférences des patients doivent toujours être prises en compte lors du choix d'un traitement, car de nombreuses études indiquent que les patients sont plus enclins à entreprendre et à suivre des traitements qui correspondent à leurs préférences (McHugh et coll., 2013; Swift et coll., 2018, 2021; Winter et Barber, 2013). Il est également important de garder à l'esprit les antécédents psychiatriques du patient (par exemple, des antécédents de troubles bipolaires qui augmentent le risque d'hypomanie ou de manie avec la consommation d'antidépresseurs, ou des événements indésirables antérieurs avec des médicaments ou des catégories de psychotropes spécifiques) lors de l'examen des options thérapeutiques.

## Recommandation n° 13

**Pour réduire les symptômes d'anxiété et prévenir le développement de troubles anxieux chez les personnes âgées, il convient d'envisager des soins par étapes, en commençant par la bibliothérapie, la psychoéducation ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) autoguidée. (B)**

Pour les personnes vivant en milieu communautaire et présentant des symptômes d'anxiété mineurs, il est prouvé qu'une approche de soins par étapes peut améliorer les symptômes d'anxiété et prévenir le développement de troubles anxieux par comparaison au traitement habituel (Meuldijk et Wuthrich, 2019; van der Aa, van Rens, et coll., 2015; Van't Veer-Tazelaar et coll., 2009). Les soins par étapes désignent un modèle dans lequel les patients bénéficient d'un accès facile à des traitements psychologiques et à un soutien de faible intensité, et ceux qui restent symptomatiques après cette étape se voient proposer des interventions plus intensives de manière progressive. Il est important de noter qu'il n'existe pas de données probantes concernant ce modèle de soins pour les personnes souffrant de troubles anxieux diagnostiqués, et notre recommandation exclut cette population.

Les programmes de soins par étapes typiques commencent par des interventions de faible intensité, notamment l'auto-assistance guidée (y compris la TCC), la bibliothérapie, les techniques de relaxation, la prescription sociale et la psychoéducation. La réponse à ces interventions de faible intensité fait ensuite l'objet d'un suivi au fil du temps. Si les symptômes ne s'améliorent pas, des interventions plus intensives telles qu'une TCC individuelle ou de groupe

dirigé par un thérapeute sont alors proposées. À ce stade, des médicaments peuvent également être prescrits avec la participation des soins primaires. Enfin, suivent des services de haute intensité tels que l'orientation vers des spécialistes (psychologues, psychiatres, gérontopsychiatres, gériatres, par exemple). Les soins par étapes est l'approche utilisée par le programme national *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) au Royaume-Uni (Clark, 2011) et a eu une incidence importante sur l'accès aux interventions psychologiques dans ce pays. Cependant, les connaissances sur les avantages des soins par étapes pour les personnes âgées souffrant de troubles anxieux restent incomplètes.

Les études sur les soins par étapes excluent généralement les personnes âgées souffrant d'un déficit cognitif. Toutefois, la grande majorité des aînés peuvent bénéficier d'interventions psychologiques pour lutter contre l'anxiété. Les difficultés d'apprentissage, le déficit cognitif ou un trouble neurocognitif majeur ne sont pas des contre-indications absolues à la psychothérapie, mais justifient des modifications, notamment la simplification du matériel ou la réorientation vers des interventions comportementales plus faciles à appliquer (Rossiter et Holmes, 2013; Tay et coll., 2019).

## Recommandation n° 14

**Un soutien psychosocial doit être proposé aux personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété, en tenant compte des facteurs de risque et des facteurs de stress qui y contribuent. (D)**

Il est important d'être conscient des déterminants sociaux de la santé lors de l'élaboration d'un plan de traitement de l'anxiété. L'anxiété peut être une réaction à des facteurs de stress psychosociaux écrasants et être le signe d'une lacune dans le soutien nécessaire pour y faire face. Dans de telles situations, il est essentiel de déterminer ces facteurs de stress (finances, insécurité alimentaire, logement, isolement social, besoins de soins non satisfaits, discrimination, abus ou négligence, par exemple) (Davison et coll., 2020; Ross et coll., 2017; Thapa et coll., 2020). Il est important de travailler en collaboration avec la personne âgée pour résoudre les problèmes et de lui donner les moyens pour définir les actions appropriées et prendre les mesures adéquates. La prescription sociale est une approche de soins dans laquelle les professionnels de la santé s'efforcent d'améliorer et d'étendre le réseau de soutien existant d'une personne âgée afin de traiter de manière appropriée les facteurs de stress

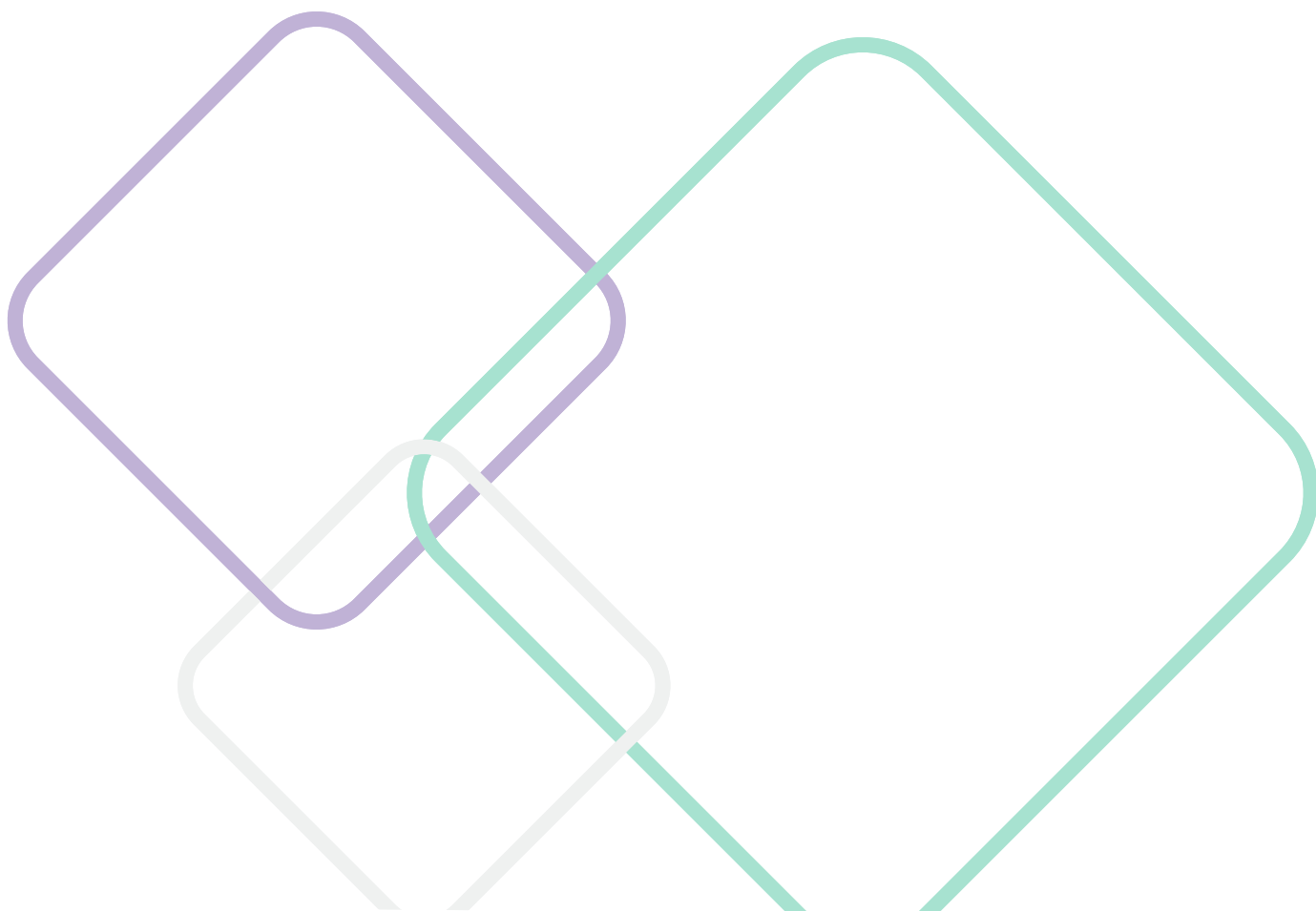
psychosociaux (Percival et coll., 2022). Le fait de faciliter l'accès à des programmes communautaires non médicaux par l'entremise de la prescription sociale peut atténuer certains facteurs de risque psychosociaux de l'anxiété, tels que l'isolement social. Parmi les autres éléments de l'offre de soutien à considérer, citons la programmation de contacts réguliers, l'utilisation d'une écoute active et la validation des émotions ressenties par la personne âgée. Des orientations personnalisées vers des organismes communautaires de services aux personnes âgées sont également utiles pour assurer à l'aîné un meilleur accès aux soutiens sociaux et instrumentaux appropriés.

## Recommandation n° 15

**La réponse au traitement et son efficacité doivent être contrôlées à l'aide d'échelles d'évaluation normalisées. (D)**

Quelle que soit la modalité de traitement mise en œuvre, il est bien établi que l'utilisation de soins fondés sur des mesures, avec des rétroactions régulières et opportunes sur les symptômes rapportés par le patient au fournisseur de soins, favorise de manière significative l'amélioration des symptômes rapportés par le patient et les taux de rémission plus élevés (Fortney et coll., 2017). Les échelles peuvent être utilisées avant le début du traitement et à intervalles réguliers pendant le traitement lui-même. Toutefois, les cliniciens doivent noter qu'il existe peu de données

probantes sur la réactivité au changement des échelles d'anxiété couramment utilisées chez les personnes âgées ou sur les différences cliniquement significatives dans les scores obtenus. Conscients de ces limites, les échelles qui peuvent être utilisées pour surveiller la réponse au traitement comprennent celles recommandées pour la recherche de cas (GAI-20, GAI-SF, RAID), ou d'autres échelles couramment utilisées telles que le HADS ou le GAD-7. Ces échelles sont présentées dans la section des lignes directrices consacrée à la recherche de cas.





## Traitements non pharmacologiques

Dans le cadre du processus d'établissement des priorités des lignes directrices, plusieurs interventions non pharmacologiques pour les symptômes et les troubles anxieux ont été sélectionnées à des fins d'examen. Il s'agit notamment de la TCC (pour l'anxiété et la peur de tomber), de la pleine conscience, de l'activité physique (pour l'anxiété et la peur de tomber) et d'autres psychothérapies à l'exclusion de la TCC. Les interventions considérées comme moins prioritaires (p. ex. le *biofeedback*, les thérapies numériques, la neurostimulation et la réalité virtuelle, entre autres) n'ont pas été examinées, bien qu'elles puissent faire partie d'une mise à jour des futures lignes directrices.

L'accès à la psychothérapie est une considération importante sur le plan de l'équité qui a été débattue au cours du processus d'élaboration des lignes directrices, en particulier pour les personnes âgées à faible revenu, vivant en milieu rural ou appartenant à des cultures différentes. Les psychothérapies développées en Occident sont soutenues par des valeurs culturelles et des modèles de maladie occidentaux, et les études examinées ne faisaient pas état de l'origine ethnique ou culturelle des participants, ou bien les participants étaient majoritairement blancs. Il y a donc une certaine incertitude quant à l'efficacité des interventions examinées dans les différents groupes ethnoculturels. Nous n'avons pas trouvé de données sur les adaptations interculturelles de la TCC pour les personnes âgées souffrant d'anxiété, bien qu'il existe une large documentation dans ce domaine (Naeem, 2019). L'augmentation de l'utilisation des psychothérapies offertes à distance ou sur le Web constitue un obstacle pour les personnes âgées qui n'ont pas accès à l'Internet en raison du coût ou de la mauvaise qualité du service dans les zones rurales et éloignées.

### Recommandation n° 16

**La psychothérapie doit être accessible aux personnes âgées souffrant d'anxiété dans tous les contextes (soins communautaires, soins de longue durée, etc.). (D)**

L'accès plus équitable à la psychothérapie pour les personnes âgées au Canada est considéré comme une priorité par notre groupe de travail. La Commission de la santé mentale du Canada a formulé d'importantes recommandations et considérations politiques pour un programme national de psychothérapie, en s'inspirant des programmes britannique et australien (Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Les investissements nationaux dans les soins de santé mentale ont conduit à la création de certains petits programmes de

soins par étapes au niveau provincial, bien que la capacité et l'efficacité de ces programmes, ainsi que leur capacité à accroître l'accès à la psychothérapie pour les personnes âgées, ne soient pas encore clairement établies.

Les aînés souffrant de troubles anxieux devraient pouvoir accéder à la psychothérapie indépendamment de leurs ressources financières, de leurs capacités physiques et de leur mobilité, de leur lieu de résidence et de leur région au Canada.

### Recommandation n° 17

**Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) doivent être proposées aux personnes âgées pour traiter l'anxiété. (Classement GRADE : certitude données probantes : faibles; solidité : forte)**

La TCC est une forme de traitement psychologique qui vise à repérer et à modifier les facteurs (p. ex. les pensées négatives, les comportements d'évitement) qui déclenchent et maintiennent l'anxiété gériatrique. Ces objectifs sont atteints par l'enseignement de stratégies qui permettent à la personne âgée anxieuse d'établir des liens entre ses pensées, ses sentiments et ses actions. Dans notre méta-analyse, pour être considérée comme une TCC, l'intervention devait inclure des stratégies cognitives et comportementales.

Comparée à l'absence d'intervention (p. ex. liste d'attente ou soins habituels), la TCC a un effet important sur la réduction des symptômes d'anxiété, la réponse ou la rémission des troubles anxieux, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des symptômes dépressifs associés à l'anxiété ([Tableau complémentaire 5](#)). Il est intéressant de noter qu'il n'y avait pas de différence significative entre la TCC et les groupes

de comparaison actifs (p. ex. soins accrus, thérapie de soutien ou autre intervention psychothérapeutique) pour la réduction des symptômes d'anxiété, même si la TCC présentait toujours des avantages pour la qualité de vie et la dépression.

La majorité des études ont porté sur des personnes âgées ayant reçu un diagnostic primaire de TAG ou présentant des symptômes de TAG. Deux études (Hendriks et coll., 2010; Livermore et coll., 2010) prouvent que la TCC peut réduire les symptômes de panique et d'anxiété chez les aînés souffrant d'un trouble panique.

La plupart des preuves de l'efficacité de la TCC dans le traitement de l'anxiété chez les aînés proviennent d'études portant sur des personnes âgées relativement en bonne santé. Trois essais cliniques randomisés (ECR) ont démontré un bénéfice pour la TCC dans le traitement de l'anxiété ou de la panique chez les personnes atteintes de MPOC (Bove et

coll., 2016; Heslop-Marshall et coll., 2018; Livermore et coll., 2010) et de la maladie de Parkinson (Lawson et coll., 2013). Chez les personnes atteintes de cancer (Trevino et coll., 2021), de troubles neurocognitifs majeurs (TNM) (Spector et coll., 2015) ou les proches aidants des personnes atteintes de TNM (Tamura et coll., 2023), les données probantes sont moins concluantes en ce qui concerne l'efficacité de la TCC dans le soulagement de l'anxiété.

Bien que notre examen systématique n'ait fourni que peu de données empiriques sur le traitement des personnes âgées souffrant d'anxiété et de troubles physiques ou cognitifs comorbides, la TCC devrait être considérée comme une option thérapeutique pour cette population. Ne faisant pas partie de notre examen, il existe des données probantes indiquant que la TCC peut être adaptée avec succès à un large éventail de personnes âgées souffrant de différents troubles anxieux, et ayant différentes capacités physiques et cognitives, y compris les personnes souffrant de troubles cognitifs légers (TCL) et

de TNM (Jin et coll., 2021). En règle générale, tant que l'ainé est disposé à participer et à trouver des moyens concrets de gérer son anxiété dans le « ici et maintenant », la TCC peut être proposée comme intervention. Cependant, il est nécessaire d'adapter la TCC en simplifiant et en répétant les stratégies de gestion des émotions, et en ajoutant des stratégies qui favorisent l'apprentissage (p. ex. la personne âgée souffrant d'un déficit cognitif est encouragée à noter les exercices de gestion des émotions sur un aide-mémoire qu'elle pourra afficher à la maison). D'autres formes d'aménagements peuvent être utiles pour les personnes souffrant d'un déficit cognitif, notamment des appels téléphoniques entre les séances de TCC pour résoudre les problèmes et rappeler les exercices à faire à la maison, ainsi qu'une réduction de la durée des séances de TCC et de la taille du groupe. L'inclusion d'un proche aidant dans le processus thérapeutique, qui aide la personne atteinte d'un déficit cognitif à utiliser les stratégies de TCC enseignées, peut également s'avérer bénéfique.

### Recommandation n° 18

#### Les TCC individuelles et de groupe sont efficaces et peuvent être proposées pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées. (A)

Dans notre examen systématique, nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative entre la TCC individuelle et la TCC de groupe en ce qui concerne la réduction des symptômes d'anxiété par rapport aux soins habituels. Cependant, la TCC individuelle a été associée à une plus grande probabilité d'atteindre les critères de réponse pour les symptômes d'anxiété ou d'obtenir une rémission du TAG comparativement à la thérapie de groupe.

Le format le plus approprié dépend du contexte clinique, de la faisabilité et des ressources disponibles, ainsi que des

besoins et des préférences des patients. Du point de vue de la prestation des soins de santé, la TCC de groupe peut accroître l'accessibilité du traitement à un plus grand nombre de personnes âgées, ce qui est avantageux lorsque les ressources sont limitées. Toutefois, la TCC en format individuel permet au clinicien de mieux adapter les stratégies/outils thérapeutiques enseignés aux besoins et aux préférences de la personne.

### Recommandation n° 19

#### Les TCC brèves et complètes sont efficaces et peuvent être proposées pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées. (A)

Dans notre examen systématique, la TCC brève a été définie comme une TCC nécessitant moins de contacts thérapeutiques (maximum 6 heures de contact et de séances) que la TCC complète, et qui peut être dispensée par des cliniciens ou des prestataires ayant reçu une formation moins spécialisée, souvent à l'aide de matériel en ligne. Les résultats ont montré que la TCC brève et la TCC complète ne différaient pas significativement dans leur efficacité pour réduire les symptômes d'anxiété ou de dépression comparativement aux soins habituels. L'intensité des interventions brèves de TCC étudiées allait d'une TCC composée d'une seule séance (1 heure à domicile) suivie d'une séance de rappel de 20 minutes (Bove et coll., 2016) à 6 séances bihebdomadaires de TCC de 30 minutes sur trois mois (Heslop-Marshall et coll., 2018),

toutes deux étudiées chez des personnes âgées atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'anxiété. Les trois autres études (Dear et coll., 2015; Jones et coll., 2016; Silfvernagel et coll., 2018) classées comme TCC brève ont testé l'efficacité de la TCC en ligne chez des personnes âgées en bonne santé souffrant d'anxiété.

La TCC brève est une bonne option pour les personnes âgées souffrant d'anxiété depuis peu ou d'une anxiété légère à modérée, ainsi que pour les personnes souffrant de comorbidités qui peuvent trouver difficile de participer à une TCC complète de plus longue durée.

## Recommandation n° 20

**La TCC à distance est efficace et doit être proposée comme option de traitement de l'anxiété chez les personnes âgées. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faibles; solidité : forte)**

Pour les besoins de notre examen systématique, la TCC à distance a été définie comme toute forme de TCC sans contact en personne avec un thérapeute. Nous avons inclus cinq études sur la TCC à distance chez les personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété ou un TAG, y compris la TCC par Internet (TCC-I) et la TCC par téléphone. Les résultats ont montré que la TCC à distance était efficace pour réduire les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées par rapport aux soins habituels ([Tableau complémentaire 6](#)). Lorsque l'on compare la TCC à distance et en personne, il n'y a pas de différence entre les modalités pour la réduction

des symptômes d'anxiété, mais la TCC en personne a eu une plus grande incidence sur la réduction des symptômes de dépression que la TCC à distance.

De plus en plus d'ânés canadiens sont désormais connectés à Internet et ont accès à des ordinateurs, des tablettes ou des téléphones intelligents. La TCC à distance est efficace pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées et favorise l'accès à la psychothérapie pour les personnes vivant dans des zones mal desservies ou celles qui ont des problèmes de mobilité.

## Recommandation n° 21

**Des stratégies de TCC spécifiques peuvent être utilisées seules pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées, notamment l'exposition, la thérapie de relaxation, la respiration abdominale, la restructuration cognitive et l'entraînement à la résolution de problèmes. (B)**

Les stratégies de TCC utilisées par les cliniciens peuvent être divisées en deux catégories : les stratégies cognitives (p. ex. la restructuration cognitive, la psychoéducation) et les stratégies comportementales (p. ex. l'exposition, la thérapie de relaxation). Bien que ces stratégies soient généralement utilisées en combinaison, elles peuvent également être utilisées individuellement en tant que compétences et techniques pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées. À titre d'exemple, un examen systématique (Jayasinghe et coll., 2017) a révélé qu'une gamme de techniques d'exposition (*in vivo*, intéroceptives, en imagination) chez les personnes âgées étaient efficaces pour traiter le TAG, les phobies spécifiques et la panique. La thérapie de relaxation, telle que l'apprentissage de la respiration diaphragmatique, la relaxation musculaire progressive et l'imagerie guidée, est

également une intervention efficace et acceptable pour les personnes âgées.

Les stratégies de TCC peuvent aider les ânés à acquérir les outils dont ils ont besoin pour trouver des solutions à leurs problèmes dans le « ici et maintenant ». Ainsi, le clinicien peut proposer une psychoéducation pour présenter le concept du cycle de l'anxiété, afin d'aider la personne à comprendre la relation entre ses pensées, ses sentiments et ses comportements. Le clinicien peut également enseigner à la personne âgée de nouveaux comportements (p. ex. des stratégies d'adaptation au lieu de l'évitement) et de nouvelles compétences (relaxation, respiration abdominale) qui l'aideront à affronter ses peurs et à réduire son anxiété.

## Recommandation n° 22

**La TCC doit être dispensée par des professionnels de la santé mentale (p. ex. psychologues agréés, psychothérapeutes, psychiatres, travailleurs sociaux, personnel infirmier) ayant reçu une formation appropriée, ou sous leur supervision. (D)**

Il est nécessaire de planifier le personnel de santé mentale de manière à disposer d'un nombre suffisant de thérapeutes formés et compétents ayant une connaissance de la TCC, de la santé mentale et du vieillissement. Il est important que les thérapeutes aient des connaissances et des compétences sur la manière d'adapter la thérapie aux personnes âgées, y compris à celles qui souffrent d'un déficit cognitif (Laidlaw, 2021). Par exemple, il peut être important de prendre en compte les pertes sensorielles, d'utiliser la thérapie cognitive pour remettre en question les croyances âgistes internalisées (auto-âgisme) ou d'inclure des stratégies dans la thérapie pour

aider la personne âgée à mieux faire face aux changements/pertes/transitions de la vie qui peuvent déclencher de l'anxiété. Les thérapeutes doivent également apprendre à détecter et à remettre en question leurs propres croyances âgistes, qui peuvent constituer un obstacle à un traitement efficace (Bodner et coll., 2018). Outre la théorie, la formation doit comprendre une supervision clinique afin que les professionnels nouvellement formés puissent être observés par un professionnel de la santé mentale chevronné lors de l'application des connaissances et stratégies spécifiques à la santé mentale des personnes âgées.

## Recommandation n° 23

**Les cliniciens doivent envisager l'utilisation de la TCC pour les personnes âgées qui ont peur de tomber, en particulier pour les personnes dont les fonctions ou la qualité de vie sont gravement limitées en raison de l'anxiété liée aux chutes. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)**

La peur de tomber doit être évaluée en même temps qu'une évaluation complète du risque de chute. Lorsque la peur de tomber est excessive, c'est-à-dire qu'elle dépasse le risque réel de chute, et qu'elle a des répercussions négatives sur le fonctionnement et la qualité de vie, une TCC peut être envisagée.

Dans les examens systématiques existants (Liu et coll., 2018; Papadimitriou et Perry, 2020) et notre examen actualisé, la TCC s'est avérée bénéfique pour réduire la peur de tomber et améliorer l'efficacité en matière de chutes (définie comme la confiance en sa capacité à rester debout et à ne pas tomber) avec un effet de grandeur petit ([Tableau complémentaire 7](#)). Ces bénéfices perdurent après l'intervention. La TCC pour la peur de tomber comprend des interventions cognitives pour restructurer les croyances erronées sur la chute et des interventions comportementales pour soutenir les comportements qui réduisent la peur, principalement l'exposition à l'activité physique. La majorité des études ont utilisé une adaptation du programme *Matter of Balance*:

*Managing Concerns About Falls* (Question d'équilibre : Gérer les inquiétudes liées aux chutes) (Haynes et coll., 2014). Ce programme est une approche manuelle de huit modules qui intègrent des éléments de TCC, dispensés par deux accompagnateurs formés. Presque toutes les études incluaient également une forme d'exercice ou d'activité physique, bien que l'objectif de l'activité ait varié (p. ex. entraînement à l'équilibre, force/endurance).

Bien que les cliniciens devraient envisager l'utilisation de la TCC pour aider les personnes âgées qui ont peur de tomber, la recommandation est conditionnelle, car il n'est pas clair si l'intervention est généralisable à l'ensemble de la population et il n'y a pas de preuves pour la TCC en tant qu'intervention autonome (sans exercices physiques). De plus, les études se sont principalement concentrées sur les personnes âgées vivant dans la communauté, ce qui fait que l'on en sait moins sur celles vivant dans d'autres milieux où la peur de tomber est plus fréquente, comme les soins de courte ou de longue durée, et sur les personnes souffrant de déficit cognitif.

## Recommandation n° 24

**Les interventions de pleine conscience peuvent être utilisées pour traiter efficacement l'anxiété chez les personnes âgées. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle)**

Les interventions basées sur la pleine conscience (MBI) peuvent prendre différentes formes, notamment la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) et la thérapie de la pleine conscience centrée sur les émotions (EFMT). La pleine conscience est la compétence centrale des MBI. Elle se concentre sur le moment présent avec une orientation particulière vers l'ouverture, la curiosité et l'acceptation (Bishop et coll., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Grâce à des pratiques de sensibilisation et de méditation (p. ex. remarquer, accepter, calmer l'esprit, respirer en pleine conscience), les MBI favorisent un changement positif des biais cognitifs, de la dysrégulation affective et de la réactivité émotionnelle, de la réactivité physiologique et de l'excitation, ainsi que de l'efficacité interpersonnelle (K. W. Brown et coll., 2007; Curtiss et coll., 2017; Feldman et coll., 2016; Hicks et coll., 2020).

Notre recommandation conditionnelle en faveur de la pleine conscience dans le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées est fondée sur les données probantes disponibles de trois essais cliniques randomisés portant sur la MBSR, la MBCT et l'EFMT. Dans les trois essais, on a constaté une amélioration significative des symptômes d'anxiété et de la qualité de

vie ([Tableau complémentaire 8](#)). Il reste encore beaucoup à apprendre sur les caractéristiques des personnes âgées qui peuvent bénéficier de la pleine conscience par comparaison à d'autres options thérapeutiques. Des recherches supplémentaires sur les avantages à long terme de la pleine conscience sur la prévention de la rechute de l'anxiété chez les personnes âgées sont nécessaires.

La disponibilité et l'accessibilité des MBI varient d'une région à l'autre. Les MBI autoguidés, en ligne et virtuelles peuvent contribuer à promouvoir l'accessibilité, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour comprendre leur incidence sur les symptômes d'anxiété et les troubles anxieux en gériatrie, notamment leur acceptabilité, leur efficacité et les recommandations concernant les personnes qui peuvent en tirer le plus grand bénéfice (Denkova et coll., 2023; Hatch et coll., 2023).

## Recommandation n° 25

**D'autres formes de psychothérapie ou de traitements psychosociaux (p. ex. thérapie de soutien, thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie par réminiscence, thérapie de relaxation) peuvent être proposées aux personnes âgées souffrant d'anxiété. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)**

Si la TCC est l'intervention psychothérapeutique la plus étudiée pour traiter l'anxiété, il existe d'autres psychothérapies dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées, notamment la thérapie de relaxation, diverses formes de thérapie de soutien/counseling, la thérapie par réminiscence et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ([Tableau complémentaire 9](#)). Le point commun entre ces interventions est qu'elles offrent un soutien psychologique qui va au-delà de ce qui est proposé dans le cadre des soins habituels.

D'une manière générale, les données probantes disponibles sur les psychothérapies et les interventions psychosociales autres que la TCC sont peu nombreuses, mais elles mettent

en évidence des options thérapeutiques importantes qui peuvent être proposées aux personnes âgées présentant des symptômes ou des troubles anxieux, en particulier lorsque les traitements de première intention tels que la TCC ne sont pas disponibles ou accessibles. Des données supplémentaires sont cependant nécessaires pour évaluer les résultats à plus long terme de ces études et leur généralisation à des populations plus larges et à des contextes divers, y compris pour les personnes âgées ayant un déficit cognitif, qui ont été exclues de la plupart des études. Des études sont également nécessaires pour tester l'utilisation de thérapies autres que la TCC (p. ex. la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie de résolution de problèmes, la thérapie psychodynamique) dans les populations âgées souffrant d'anxiété.

## Recommandation n° 26

**L'exercice, qu'il s'agisse d'exercices d'aérobic ou de musculation, réduit l'anxiété et peut être recommandé aux personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle)**

D'après notre examen systématique et notre méta-analyse, l'exercice physique atténue les symptômes d'anxiété avec un effet modéré, bien que notre confiance dans cet effet soit réduite en raison de graves incohérences et du risque de biais ([Tableau complémentaire 10](#)). Les interventions en matière d'exercice physique comprenaient des programmes en gymnase, des programmes d'exercice à domicile et des programmes individuels et en groupe. Les études ont porté sur l'exercice aérobic, l'entraînement musculaire ou une combinaison des deux. Lorsque l'on examine des sous-groupes d'exercices de résistance ou aérobic, ou que l'on se limite à des études portant sur des personnes âgées en bonne santé, l'effet bénéfique sur l'anxiété persiste, mais les résultats sont moins inconstants.

La plupart des études portaient sur des aînés vivant dans la communauté et présentant des symptômes d'anxiété légers à modérés au départ, et une seule étude portait sur des personnes âgées souffrant de troubles anxieux. Ainsi, nous ne disposons pas de données probantes pour recommander l'exercice physique spécifiquement pour le traitement des troubles anxieux.

Nous avons fait une recommandation conditionnelle de l'exercice pour les symptômes d'anxiété sur la base de données probantes de très faible certitude. Cependant, jumelé à d'autres données probantes de meilleure qualité sur l'exercice, comme la réduction des chutes, de l'ostéoporose, des maladies cardiovasculaires et de la dépression (Hallal et coll., 2012; Heart and Stroke Canada, 2023; Ostéoporose

Canada, 2023; Tricco et coll., 2017), nous concluons que l'exercice est une intervention importante et ayant une incidence chez les personnes âgées anxieuses, avec relativement peu de risques ou d'inconvénients.

Bien que l'augmentation de l'activité physique chez les personnes âgées présente de nombreux avantages pour la santé, 60 % des Canadiens âgés de plus de 65 ans n'atteignent pas les niveaux d'activité physique recommandés (Statistique Canada, 2023). Les interventions axées sur le changement de comportement sont importantes pour augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées (Grande et coll., 2020). Par exemple, Fontaine de la santé est une intervention manuelle développée au Canada et conçue pour aider les professionnels des soins de santé à avoir des conversations avec leur clientèle afin de les encourager à changer de comportement en matière de santé, notamment en augmentant leur niveau d'activité physique (Thoo et coll., 2015).

Il existe des obstacles à l'accès aux interventions ou aux programmes d'exercice pour les personnes âgées, mais ils peuvent être atténués (Bethancourt et coll., 2014; Costello et coll., 2011). Il existe des options gratuites ou peu coûteuses (notamment la marche) et les professionnels de la santé peuvent orienter leurs patients vers des exercices de groupe ou des séances de physiothérapie, le cas échéant, afin de mettre au point un programme d'exercice qu'ils pourront poursuivre seuls. De nombreux établissements proposent des abonnements à prix réduit et des cours dédiés aux personnes

âînées. Il existe de nombreuses ressources canadiennes pour aider les personnes âînées à choisir des exercices en fonction de leur condition physique et de leurs capacités (Vieillir activement Canada, 2023; Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2011; Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2021). Des lignes directrices nationales sur l'activité

physique des personnes âînées sont également disponibles (SCPE, 2021). Les professionnels de la santé peuvent responsabiliser leur clientèle, leur prescrire des exercices, les orienter vers des programmes locaux et s'assurer qu'elle comprenne l'importance de l'exercice pour leur santé mentale et physique (Mathews et coll., 2010).

### Recommandation n° 27

**L'exercice, notamment le tai-chi et le yoga, est efficace pour réduire la peur de tomber et peut être recommandé aux personnes âînées ayant peur de tomber. (A)**

Plusieurs examens systématiques ont confirmé que les interventions incluant des exercices physiques sont efficaces pour réduire la peur de tomber chez les personnes âînées, avec des effets faibles à modérés, bien que l'on ne sache pas exactement combien de temps ces avantages persistent une

fois que le programme d'exercice a pris fin. Certains programmes d'exercice ne se contentent pas de réduire la peur de tomber et conduisent à des améliorations objectives de l'équilibre et à une réduction du nombre de chutes (Kendrick et coll., 2014; Kumar et coll., 2016; Zhang et coll., 2023).



## Traitements pharmacologiques

Ces lignes directrices portent sur les médicaments qui ont fait l'objet d'essais cliniques randomisés contrôlés par placebo pour le traitement des personnes âgées (plus de 60 ans) souffrant de troubles anxieux et de symptômes d'anxiété cliniquement significatifs. Les médicaments qui n'ont pas ce niveau de données probantes chez les aînés ne sont pas inclus dans nos recommandations à l'heure actuelle. Bien que certains médicaments soient couramment utilisés dans la pratique clinique (notamment la mirtazapine et la trazodone), il est important de noter qu'il n'existe pas de données probantes sur leur efficacité, leur tolérabilité ou leur innocuité chez les personnes âgées traitées pour des troubles anxieux. D'autres substances telles que le cannabidiol (CBD) n'ont pas non plus été incluses dans notre examen : les récentes lignes directrices de la CCSMPA sur l'utilisation du cannabis n'ont relevé aucune donnée probante de qualité soutenant l'utilisation du CBD ou d'autres cannabinoïdes dans le traitement de l'anxiété gériatrique (CCSMPA, 2019d). Cette question sera réexaminée dans les prochaines mises à jour.

La plupart des essais de médicaments ont porté sur des personnes souffrant d'un trouble anxieux diagnostiqué (principalement le trouble anxieux généralisé (TAG) et le trouble panique), bien que quelques études aient porté sur des personnes présentant des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs (intenses et invalidants), mais inférieurs au seuil clinique pour diagnostiquer un trouble anxieux formel. Il est important de noter que nous n'avons pas trouvé de données probantes concernant l'utilisation de médicaments pour des phobies spécifiques ou la peur de tomber chez les personnes âgées : le traitement des phobies est basé sur la TCC, en particulier la thérapie d'exposition.

Nos recommandations concernant l'utilisation de médicaments pour prendre en charge l'anxiété dépendent de l'accès aux médicaments recommandés. Au Canada, une personne âgée sur six ne peut pas prendre ses médicaments tels qu'ils lui ont été prescrits en raison de problèmes relatifs à l'accessibilité financière (Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, 2019). En outre, nous traversons une période de défis sans précédent avec des pénuries de médicaments qui rendent les médicaments abordables inaccessibles dans certaines circonstances (Lau et coll., 2022). L'accès aux pharmacies, en particulier dans les communautés rurales, constitue un autre obstacle (Grootendorst, 2022; Timony et coll., 2022). Les professionnels de la santé doivent être conscients de ces obstacles et défendre l'accès aux médicaments.

La pertinence de la prescription est une autre question d'équité importante. Les femmes et les personnes âgées à faible revenu sont plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments inappropriés, en particulier des benzodiazépines, ce qui augmente le risque de polypharmacie, d'effets indésirables ou d'interactions médicamenteuses (Institut canadien d'information sur la santé, 2016).

Des informations détaillées sur la prescription et le suivi des médicaments recommandés ici sont disponibles au [www.gerimedrisk.com/CCSMH.htm](http://www.gerimedrisk.com/CCSMH.htm)

### Recommandation n° 28

**Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (IRSN) doivent être utilisés comme traitement pharmacologique de première intention des troubles anxieux chez les personnes âgées. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faibles; solidité : forte)**

Notre méta-analyse a porté sur sept études contrôlées par placebo portant sur des médicaments de type ISRS ou IRSN chez des personnes âgées. Quatre études ont porté sur le traitement du TAG (Alaka et coll., 2014; Davidson et coll., 2008; Katz et coll., 2002; Lenze et coll., 2009), deux études sur un ensemble de troubles anxieux (Lenze, Mulsant, Shear, et coll., 2005; Schuurmans et coll., 2006), et une étude sur les symptômes d'anxiété dans la maladie respiratoire obstructive chronique (Usmani et coll., 2018). Les antidépresseurs se sont avérés supérieurs au placebo en ce qui concerne l'atténuation des symptômes d'anxiété, la réponse ou la rémission des troubles anxieux, le fonctionnement et la qualité de vie ([Tableau complémentaire 11](#)). Les essais cliniques sur les ISRS et les IRSN n'ont pas révélé de différences entre le médicament et le placebo en ce qui concerne l'arrêt du traitement en raison d'effets secondaires. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que des ISRS et des IRSN bien choisis sont efficaces et bien tolérés dans le traitement à court terme du TAG chez les

personnes âgées. En tenant compte à la fois du petit nombre de données probantes concernant le traitement d'autres troubles anxieux chez les personnes âgées et de la base de données plus large concernant les adultes jeunes et d'âge moyen, nous recommandons également les antidépresseurs pour le traitement du trouble panique et du trouble d'anxiété sociale chez les personnes âgées.

Voir le tableau 4 pour des recommandations spécifiques sur les médicaments et les doses, ainsi que des liens vers des résumés de médicaments évalués par des experts et fondés sur des données probantes, afin de guider la prescription et le suivi. N'importe lequel des agents de première intention énumérés dans le tableau 4 serait un choix raisonnable pour le traitement du TAG gériatrique. L'escitalopram, la sertraline et la venlafaxine ont des profils pharmacocinétiques et de tolérabilité favorables chez les personnes âgées, avec une persistance minimale aux interactions médicamenteuses.

Outre le traitement du TAG, la sertraline est l'ISRS de première intention pour le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale, étant donné qu'elle a été approuvée par Santé Canada et la Federal Drug Administration pour le traitement de ces troubles, sur la base d'études portant sur des échantillons d'âges divers. La sertraline offre également une grande souplesse de dosage sans le risque d'allongement de l'intervalle QT corrigé à des doses élevées, qui est un problème avec l'escitalopram et le citalopram.

La duloxétine est à la fois un inhibiteur et un substrat du CYP2D6 et présente donc un potentiel d'interaction avec d'autres médicaments métabolisés par cette enzyme; cette propriété de la duloxétine nous a conduits à la recommander en tant qu'agent de deuxième intention.

Lors de la prescription d'un antidépresseur, il est important de tenir compte des risques et bénéfices pour la personne, étant donné son état de santé et les médicaments qu'elle prend. Les effets indésirables rares, mais graves, associés aux ISRS et aux IRSN comprennent l'hyponatrémie (en particulier chez les personnes ayant un faible taux de sodium), le risque de saignement (en particulier chez les personnes présentant un risque de saignement ou ayant des antécédents de saignement récent) et le syndrome sérotoninergique (chez les personnes prenant plusieurs agents sérotoninergiques).

S'ils sont administrés à une dose initiale trop élevée, les médicaments sérotoninergiques peuvent initialement exacerber les symptômes d'anxiété et, par conséquent, une dose initiale se situant dans le bas de la fourchette du tableau 4 (ou même la moitié de la dose initiale chez les personnes ayant des antécédents d'exacerbation de l'anxiété avec des antidépresseurs) est souvent indiquée chez les personnes âgées. Une fois qu'il a été établi que le patient tolère la dose initiale, celle-ci doit être augmentée progressivement jusqu'à la fourchette thérapeutique habituelle.

Les personnes âgées anxieuses attribuent souvent à tort les symptômes somatiques de leur anxiété aux effets indésirables des médicaments. Il est possible d'améliorer l'adhésion au traitement en discutant des effets secondaires potentiels

(ainsi que de l'attribution erronée des symptômes d'anxiété aux effets secondaires) au début du traitement, en surveillant fréquemment le patient au cours des premières semaines de traitement et en veillant à ce que le clinicien soit disponible par téléphone entre les rendez-vous pour répondre à toute question ou préoccupation que le patient pourrait avoir au sujet du traitement. Afin de réduire les attentes du patient, il est également important de discuter du temps nécessaire avant d'observer des effets bénéfiques. Dans la plupart des essais cliniques, on ne constate pas d'amélioration des symptômes avant 4 à 6 semaines après l'obtention d'une dose thérapeutique, et la plupart des améliorations se produisent entre 6 et 8 semaines de traitement.

En cas de réponse incomplète au traitement, il convient de s'assurer que l'essai thérapeutique a été adéquat en termes de dose, de durée et d'observance. Étant donné que les ISRS et les IRSN sont des catégories de médicaments différentes, le passage d'une catégorie à l'autre est une approche raisonnable en cas de réponse inadéquate à un essai thérapeutique du premier médicament - en général, l'ISRS est le médicament de première intention. Le traitement peut être complété par une psychothérapie (Wetherell et coll., 2013). Il n'existe pas de données probantes sur les stratégies d'augmentation avec un autre médicament pour le traitement des troubles anxieux chez les personnes âgées, et les personnes souffrant de troubles anxieux résistants au traitement devraient être orientées vers une consultation psychiatrique spécialisée.

Les antidépresseurs qui ne sont pas inclus dans cette recommandation de traitement sont la paroxétine, la mirtazapine, la vortioxétine, le bupropion et la trazodone. La paroxétine a un profil pharmacocinétique moins favorable chez les personnes âgées (y compris une puissante inhibition du CYP2D6) et peut entraîner des effets indésirables anticholinergiques. Les autres médicaments énumérés ci-dessus n'ont pas de données probantes ou d'indications spécifiques pour l'anxiété ou n'ont pas de données probantes chez les personnes âgées.



## Recommandation n° 29

**Les benzodiazépines ne doivent pas être utilisées dans la gestion de l'anxiété chez les personnes âgées, sauf lorsque les interventions non pharmacologiques et les options pharmacologiques de première intention ont échouées, ou pour une utilisation à court terme (2 à 4 semaines) jusqu'à ce que les traitements de première intention deviennent efficaces. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle contre)**

Il n'existe aucune donnée probante sur l'efficacité à long terme des benzodiazépines dans le traitement des troubles anxieux chez les personnes âgées. Toutes les études que nous avons trouvées ont une durée de quatre semaines ou moins et présentent un risque important de biais ([Tableau complémentaire 12](#)). Des décennies de recherche observationnelle montrent que les benzodiazépines sont mal tolérées chez les personnes âgées et qu'elles sont associées à un risque de préjudice, notamment de chutes, de fractures, de déficit cognitif, de troubles neurocognitifs majeurs, de délirium, de sédation et d'accidents de la route (CCSMPA, 2019b). Par ailleurs, l'utilisation chronique de benzodiazépines peut entraîner une dépendance physiologique (c'est-à-dire une tolérance ou un sevrage) et une dépendance psychologique. Le risque d'abus, de mauvais usage ou de dépendance est élevé, en particulier chez les personnes souffrant de troubles anxieux. Si les benzodiazépines peuvent soulager à court terme les symptômes d'anxiété, elles entraînent souvent des réactions paradoxales, notamment une aggravation de l'anxiété à long terme, probablement en raison de l'anxiété de rebond, de l'inhibition du traitement cognitif, de la promotion de l'évitement et de la prévention de l'extinction de la peur (Guina et Merrill, 2018).

Lorsque la prescription à court terme de benzodiazépines est envisagée, il existe des méthodes de prescription fondées sur des données probantes qui contribuent à réduire les risques d'effets néfastes, notamment la prévention des troubles liés à l'utilisation des benzodiazépines. Celles-ci sont décrites plus en détail dans les lignes directrices de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées sur les troubles liés à l'utilisation des benzodiazépines (CCSMPA, 2019b) et

comprennent notamment :

1. Évaluer les risques associés à l'utilisation des benzodiazépines, incluant les effets secondaires et autres effets néfastes.
2. Informer la personne âgée des risques et des avantages limités associés à la consommation prolongée de benzodiazépines et présenter les traitements alternatifs disponibles.
3. Développer une compréhension commune de la façon d'utiliser la benzodiazépine (pour une durée maximale de 2 à 4 semaines) et un plan de surveillance de la réponse au traitement, des effets indésirables ou du développement d'un trouble lié à l'utilisation de la benzodiazépine.

En ce qui concerne le choix de l'agent, les benzodiazépines à demi-vie très longue ou très courte doivent être évitées, et les doses doivent être ajustées avec soin, car les risques dépendent de la dose (tableau 4).

Plusieurs lignes directrices (Pottie et coll., 2018; [www.cfp.ca/content/64/5/339](http://www.cfp.ca/content/64/5/339)) et outils didactiques (Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription, 2023; [www.deprescribingnetwork.ca/patients-and-public](http://www.deprescribingnetwork.ca/patients-and-public)) sont disponibles pour favoriser la déprescription des benzodiazépines chez les personnes âgées. Il est important d'aider les patients à développer une confiance quant à leurs capacités de pouvoir fonctionner sans le médicament et de leur apprendre à faire la distinction entre les symptômes d'anxiété de sevrage limités dans le temps qu'ils peuvent ressentir lors de la déprescription et l'aggravation de leurs symptômes d'anxiété présents avant la prescription du médicament.

## Recommandation n° 30

**La buspirone peut être envisagée pour le traitement des troubles anxieux généralisés légers à modérés chez les personnes âgées, lorsque les traitements de première intention ne sont pas efficaces ou ne sont pas tolérés. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle)**

Dans trois petites études, la buspirone a eu un léger effet bénéfique sur le TAG de sévérité légère à modérée, accompagné d'effets secondaires légers et peu nombreux ([Tableau complémentaire 13](#)). Cependant, le fait qu'elle doive être administrée trois fois par jour limite la faisabilité du traitement. La buspirone peut être envisagée chez les

personnes souffrant d'un TAG léger à modéré qui ne tolèrent pas les traitements antidépresseurs, mais il n'y a pas de données probantes pour suggérer son utilisation dans le traitement des troubles anxieux graves ou difficiles à traiter chez les personnes âgées.

## Recommandation n° 31

**La quétiapine ne doit pas être utilisée de façon systématique dans la prise en charge des troubles anxieux chez les personnes âgées, sauf en cas d'échec des traitements non pharmacologiques et des traitements de première intention. (Classement GRADE : certitude des données probantes : faible; solidité : conditionnelle contre)**

À l'exception d'une seule étude sur la quétiapine à libération prolongée, il n'existe pas de données probantes en faveur de l'utilisation d'antipsychotiques pour traiter les troubles anxieux chez les personnes âgées (Mezhebovsky et coll., 2013). Cet essai randomisé en double aveugle a comparé le fumarate de quétiapine à libération prolongée en monothérapie à un placebo pendant 11 semaines chez 450 aînés (âge moyen de 71 ans) souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée, à raison d'un maximum de 300 mg par jour (dose moyenne de 168 mg par jour). Bien que le groupe de traitement ait enregistré une réduction statistiquement significative des symptômes d'anxiété, une augmentation du taux de rémission et une amélioration de la qualité de vie, l'ampleur du bénéfice est restée modeste ([Tableau complémentaire 14](#)). Il y a eu peu d'abandons, mais un niveau de sédation plus élevé dans le groupe quétiapine. Les risques connus associés à la quétiapine, notamment la sédation, les

chutes, l'hypotension, le déficit cognitif, les effets secondaires métaboliques et l'allongement de l'intervalle QT corrigé chez les personnes âgées, ainsi que le risque d'accident vasculaire cérébral et de décès chez les aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs, font qu'il est difficile de recommander la quétiapine sur la base de cette seule étude.

Dans l'ensemble, nous recommandons de ne pas utiliser systématiquement les antipsychotiques dans le traitement des troubles anxieux en gériatrie. En cas d'échec des essais raisonnables des options de prise en charge de première intention, notamment la psychothérapie et les médicaments, la quétiapine peut être considérée comme une option, moyennant une discussion approfondie avec les patients sur les risques et les effets secondaires. De plus, nous suggérons d'ajuster lentement et prudemment la posologie du médicament tout en surveillant les effets secondaires.

## Recommandation n° 32

**La prégabaline ne doit pas être utilisée de manière systématique dans la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées, sauf en cas d'échec des traitements non pharmacologiques et des traitements de première intention. (Classement GRADE : certitude des données probantes : très faible; solidité : conditionnelle contre)**

Nous déconseillons l'utilisation systématique des médicaments gabapentanoïdes (prégabaline, gabapentine) dans la prise en charge des troubles anxieux en gériatrie, en raison des preuves limitées de leur efficacité dans cette population et des inquiétudes concernant leur tolérabilité.

La seule étude disponible sur la prégabaline (dose totale moyenne de 270 mg/jour) chez des personnes âgées (âge moyen de 72 ans) pour le traitement du TAG a montré un bénéfice statistiquement significatif d'une importance clinique discutable sur les symptômes d'anxiété et aucun bénéfice pour la rémission de l'anxiété sur 8 semaines de traitement ([Tableau complémentaire 15](#)). Il n'y a pas eu de différences dans les événements indésirables graves, mais des inquiétudes subsistent quant à la tolérabilité, compte tenu du nombre d'abandons.

Ces résultats chez les personnes âgées contrastent avec l'ensemble des données probantes concernant l'utilisation de la prégabaline pour le traitement des troubles anxieux chez les jeunes adultes (généralement âgés de 18 à 65 ans; Feltner et coll., 2011; Greist et coll., 2011; Hadley et coll., 2012; Kasper et coll., 2014), et son approbation pour cette indication dans certains pays (mais pas en Amérique du Nord). Les effets

indésirables observés avec la prégabaline augmentent avec l'âge, la comorbidité (p. ex. les maladies rénales et cardiaques), la fragilité, et dépendent de la dose (Muanda et coll., 2022). Les effets indésirables comme les troubles gastro-intestinaux et les vertiges sont fréquents, mais il existe aussi des risques plus graves comme les accidents cardiovasculaires (Pan et coll., 2022). Compte tenu des inquiétudes concernant la tolérance et le potentiel d'effets indésirables, il est nécessaire de procéder à une évaluation individualisée du risque en fonction de l'âge, de l'état de santé et des antécédents de réponse au traitement. Il pourrait y avoir des indications distinctes pour les gabapentanoïdes chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques, mais l'efficacité et la tolérance pour cette indication et cette population de patients n'ont pas fait partie de notre examen.

Dans l'ensemble, la prégabaline ne doit pas être utilisée de manière systématique, mais peut être envisagée chez les personnes âgées souffrant d'anxiété difficile à traiter, après une discussion approfondie sur les risques et les avantages. Aucune étude n'a examiné la gabapentine pour le traitement des troubles anxieux chez les aînés et, par conséquent, aucune recommandation ne peut être formulée à son sujet.

## Tableau 4. Résumé de la pharmacothérapie pour les troubles anxieux chez les personnes âgées

Des informations détaillées sur la prescription et la surveillance des médicaments recommandés ici sont disponibles au [www.gerimedrisk.com/CCSMH.htm](http://www.gerimedrisk.com/CCSMH.htm)

	Dose de départ	Dose thérapeutique	Dose maximale	Considérations
<b>Première intention</b> (l'un des médicaments suivants)				
Escitalopram	2,5 à 5 mg par jour	10-20 mg par jour	10 mg* par jour	Allongement de l'intervalle QT corrigé
Citalopram	5 à 10 mg par jour	20 à 30 mg par jour	20 mg* par jour	
Sertraline	25 à 50 mg par jour	50 à 200 mg par jour	200 mg par jour	Indications pour le TAG, le trouble panique, trouble d'anxiété sociale
Venlafaxine	37,5 mg par jour	150 à 300 mg par jour	300 mg par jour	
<b>Deuxième intention</b>				
Duloxétine	30 mg par jour	60 à 120 mg par jour	120 mg par jour	Inhibiteur et un substrat du CYP2D6, risque d'interactions médicamenteuses
Buspirone	5 mg deux à trois fois par jour	10 mg trois fois par jour	10 mg trois fois par jour	Pour l'anxiété modérée, si le traitement de première intention n'est pas toléré
<b>Non recommandée</b> (sauf dans des circonstances spécifiques)				
Fumarate de quétiapine à libération prolongée	50 mg par jour	100 à 200 mg par jour	300 mg par jour	Mal toléré chez les personnes âgées fragiles
Fumarate de quétiapine	12,5 à 25 mg une à deux fois par jour	50 à 100 mg deux fois par jour	150 mg deux fois par jour	
Prégabaline	25 mg par jour	75 à 150 mg deux fois par jour	150 mg deux fois par jour	Problèmes de tolérance, données probantes limitées sur l'efficacité
Lorazépam	0,25 à 0,5 mg une fois par jour	0,25 à 0,5 mg deux fois par jour	Ne pas dépasser 2 mg par jour	Court terme, limité dans le temps
Clonazépam	0,125 mg à 0,25 mg par jour	0,125 mg à 0,25 mg deux fois par jour	Ne pas dépasser 1 mg par jour	Action prolongée, à éviter chez les personnes âgées

\*Santé Canada indique des doses maximales sur la base de données d'observation concernant l'allongement de l'intervalle QT corrigé chez les personnes âgées, bien qu'il subsiste une controverse quant à la signification clinique de ces résultats (Crépeau-Gendron et coll., 2019; Kimura et coll., 2023). Si l'on choisit d'optimiser la dose au-delà du maximum fixé par Santé Canada, il faut discuter de ce risque avec le patient, surveiller périodiquement l'intervalle QT corrigé et éviter les autres médicaments allongeant l'intervalle QT corrigé.

## Références

- Alaka, K. J., Noble, W., Montejó, A., Dueñas, H., Munshi, A., Strawn, J. R., Lenox-Smith, A., Ahl, J., Bidzan, L., Dorn, B., & Ball, S. (2014). Efficacy and safety of duloxetine in the treatment of older adult patients with generalized anxiety disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(9), 978–986. <https://doi.org/10.1002/gps.4088>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ann, L., Lee, C.-H., Yarns, B., & Kevin Im, K. (2023). Positional Obstructive Sleep Apnea is Strongly Associated with Older Age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 31*(3), S67–S68. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.12.228>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 127*, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Bellamy, S., & Hardy, C. (2015). Les troubles anxieux et les peuples autochtones au Canada : L'état actuel des connaissances et les pistes de recherche futures. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*. <https://www.ccnca-nccah.ca/docs/emerging/RPT-AnxietyDisorders-Bellamy-Hardy-FR.pdf>
- Belloni, G., Büla, C., Santos-Eggimann, B., Henchoz, Y., & Seematter-Bagnoud, L. (2020). A Single Question as a Screening Tool to Assess Fear of Falling in Young-Old Community-Dwelling Persons. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(9), 1295–1301.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.01.101>
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn, D. E. (2014). Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. *Clinical Medicine & Research, 12*(1–2), 10–20. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1171>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. In L. Alayon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (Vol. 19, pp. 241–262). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15)
- Bove, D. G., Lomborg, K., Jensen, A. K., Overgaard, D., Lindhardt, B. Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomised controlled trial. *Respiratory Medicine, 121*, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.11.009>
- Bower, E. S., Wetherell, J. L., Mon, T., & Lenze, E. J. (2015). Treating Anxiety Disorders in Older Adults: Current Treatments and Future Directions. *Harvard Review of Psychiatry, 23*(5), 329–342. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000064>
- Braam, A. W., Copeland, J. R. M., Delespaul, P. A. E. G., Beekman, A. T. F., Como, A., Dewey, M., Fichter, M., Holwerda, T. J., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnússon, H., Prince, M. J., Reischies, F., Wilson, K. C., & Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders, 155*, 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.011>
- Brenes, G. A., Penninx, B. W. J. H., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Wetherell, J. L. (2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging & Mental Health, 12*(1), 158–163. <https://doi.org/10.1080/13607860601124115>
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(2), 113–124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry, 18*(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, L. L., Mitchell, U. A., & Ailshire, J. A. (2020). Disentangling the Stress Process: Race/Ethnic Differences in the Exposure and Appraisal of Chronic Stressors Among Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B, 75*(3), 650–660. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby072>
- Bull-Otterson, L., Baca, S., Saydah, S., Boehmer, T. K., Adjei, S., Gray, S., & Harris, A. M. (2022). Post-COVID Conditions Among Adult COVID-19 Survivors Aged 18–64 and ≥65 Years—United States, March 2020–November 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 71*(21), 713–717. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7121e1>
- Burton, C., Campbell, P., Jordan, K., Strauss, V., & Mallen, C. (2013). The association of anxiety and depression with future dementia diagnosis: A case-control study in primary care. *Family Practice, 30*(1), 25–30. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms044>
- Carden, K. D., McDuffie, D. L., Murry, K., Bui, C., & Allen, R. S. (2022). Minority stress process among older Black Americans: The role of age, perceived discrimination, and anxiety. *Aging & Mental Health, 26*(4), 852–859. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1904380>
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry, 23*(4), 318–327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [CCSMPA]. (2006). *Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide*. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/Suicide-final-french-aug-08.pdf>

- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2019a). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées*. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Alcohol\\_Use\\_Disorder\\_FR.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Alcohol_Use_Disorder_FR.pdf)
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2019b). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées*. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Benzodiazepine\\_Use\\_Disorder\\_FR.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Benzodiazepine_Use_Disorder_FR.pdf)
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2019c). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées*. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Cannabis\\_Use\\_Disorder\\_FR.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Cannabis_Use_Disorder_FR.pdf)
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2019d). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées*. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Canadian\\_Guidelines\\_Opioid\\_Use\\_Disorder\\_FR.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Canadian_Guidelines_Opioid_Use_Disorder_FR.pdf)
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2021). *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées (lignes directrices mises à jour)*. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH\\_Depression\\_Guidelines\\_FR\\_FINAL.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Le temps est venu : Considérations relatives à un programme national de psychothérapie*. Ottawa, Ontario. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/02/Le-temps-est-venu-Considerations-relatives-a-un-programme-nationale-de-psychotherapie.pdf>
- Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. (2019). *Une ordonnance pour le Canada : l'assurance médicaments pour tous : Rapport final*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/images/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/final-report/rapport-final.pdf>
- Cosco, T. D., Randa, C., Hopper, S., Wagner, K. R., Pickering, J., & Best, J. R. (2022). Ageing and Mental Health in Canada: Perspectives from Law, Policy, and Longitudinal Research. *Journal of Population Ageing*, 15(3), 863–878. <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09389-z>
- Costello, E., Kafchinski, M., Vrazel, J., & Sullivan, P. (2011). Motivators, Barriers, and Beliefs Regarding Physical Activity in an Older Adult Population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34(3), 138–147. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31820e0e71>
- Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2017). The correlates of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(2), 141–154. <https://doi.org/10.1002/gps.4604>
- Crépeau-Gendron, G., Brown, H. K., Shorey, C., Madan, R., Szabuniewicz, C., Koh, S., Veinish, S., & Mah, L. (2019). Association between citalopram, escitalopram and QTc prolongation in a real-world geriatric setting. *Journal of Affective Disorders*, 250, 341–345. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.060>
- Curtiss, J., Klemanski, D. H., Andrews, L., Ito, M., & Hofmann, S. G. (2017). The conditional process model of mindfulness and emotion regulation: An empirical test. *Journal of Affective Disorders*, 212, 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.027>
- Davidson, J., Allgulander, C., Pollack, M. H., Hartford, J., Erickson, J. S., Russell, J. M., Perahia, D., Wohlreich, M. M., Carlson, J., & Raskin, J. (2008). Efficacy and tolerability of duloxetine in elderly patients with generalized anxiety disorder: A pooled analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled studies. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(6), 519–526. <https://doi.org/10.1002/hup.949>
- Davison, K. M., Lung, Y., Lin, S. (Lamson), Tong, H., Kobayashi, K. M., & Fuller-Thomson, E. (2020). Psychological distress in older adults linked to immigrant status, dietary intake, and physical health conditions in the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *Journal of Affective Disorders*, 265, 526–537. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.024>
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Sheehan, J., Staples, L. G., Gandy, M., Fogliati, V. J., Klein, B., & Titov, N. (2015). Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 206–217. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.007>
- Denkova, E., Barry, J., Zanesco, A. P., Rooks, J., Rogers, S. L., & Jha, A. P. (2023). Online mindfulness training for older adults during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial using a multi-method assessment approach. *Aging & Mental Health*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2242301>
- Dong, Y., Noorani, F., Vyas, R., Balgobin, C., Torres-Llenza, V., & Crone, C. (2015). Managing Anxiety in the Medically Ill. *Psychiatric Times*, 32(1). <https://www.psychiatristimes.com/view/managing-anxiety-medically-ill>
- Feldman, G., Lavallee, J., Gildawie, K., & Greeson, J. M. (2016). Dispositional Mindfulness Uncouples Physiological and Emotional Reactivity to a Laboratory Stressor and Emotional Reactivity to Executive Functioning Lapses in Daily Life. *Mindfulness*, 7(2), 527–541. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0487-3>
- Feltner, D. E., Liu-Dumaw, M., Schweizer, E., & Bielski, R. (2011). Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder: Results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(4), 213–220. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32834519bd>
- Fernandez-Rodrigues, V., Sanchez-Carro, Y., Lagunas, L. N., Rico-Urbe, L. A., Pemau, A., Diaz-Carracedo, P., Diaz-Marsa, M., Hervas, G., & de la Torre-Luque, A. (2022). Risk factors for suicidal behaviour in late-life depression: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), 187–203. <https://doi.org/10.5498/wjpv.12.i1.187>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, G. R., Schoenbaum, M., & Harbin, H. T. (2017). A Tipping Point for Measurement-Based Care. *Psychiatric Services*, 68(2), 179–188. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500439>

- Gallagher, D., Coen, R., Kilroy, D., Belinski, K., Bruce, I., Coakley, D., Walsh, B., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2011). Anxiety and behavioural disturbance as markers of prodromal Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 166–172. <https://doi.org/10.1002/gps.2509>
- Goetz, C. J., Mushquash, C. J., & Maranzan, K. A. (2023). An Integrative Review of Barriers and Facilitators Associated With Mental Health Help Seeking Among Indigenous Populations. *Psychiatric Services*, 74(3), 272–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100503>
- GRADEpro GDT. (2023). Outil d'élaboration de lignes directrices GRADEpro [logiciel]. Université McMaster et Evidence Prime. <https://www.grade.pro>
- Grande, G. D., Oliveira, C. B., Morelhão, P. K., Sherrington, C., Tiedemann, A., Pinto, R. Z., & Franco, M. R. (2020). Interventions Promoting Physical Activity Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 60(8), e583–e599. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz167>
- Greist, J. H., Liu-Dumaw, M., Schweizer, E., & Feltner, D. (2011). Efficacy of pregabalin in preventing relapse in patients with generalized social anxiety disorder: Results of a double-blind, placebo-controlled 26-week study. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(5), 243–251. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3283491fd5>
- Grenier, S., Payette, M.-C., Gunther, B., Askari, S., Desjardins, F. F., Raymond, B., & Berbiche, D. (2019). Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(3), 397–407. <https://doi.org/10.1002/gps.5035>
- Grenier, S., & Richer, M.-J. (2021). Subthreshold Anxiety in Later Life: Epidemiology and Treatment Strategies. In G. Byrne & N. Pachana (Eds.), *Anxiety in Older People* (1st ed., pp. 33–62). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139087469.004>
- Grootendorst, P. (2022). Pharmacy location and medical need: Regional evidence from Canada. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1309. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08709-5>
- Guidelines International Network & Université McMaster. (2002). Liste de contrôle pour l'élaboration des lignes directrices GIN-McMaster. *Guidelines International Network*. <https://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html>
- Guina, J., & Merrill, B. (2018). Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. *Journal of Clinical Medicine*, 7(2), 17. <https://doi.org/10.3390/jcm7020017>
- Gulpers, B., Ramakers, I., Hamel, R., Köhler, S., Oude Voshaar, R., & Verhey, F. (2016). Anxiety as a Predictor for Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 823–842. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.05.015>
- Hadley, S. J., Mandel, F. S., & Schweizer, E. (2012). Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 26(4), 461–470. <https://doi.org/10.1177/0269881111405360>
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247–257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
- Hatch, S., Finlayson, M., Rej, S., & Kessler, D. (2023). Virtually-Delivered Emotion Focused Mindfulness Therapy (EFMT) Group vs. Wait-List Control for Late-Life Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(10), 767–782. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.04.007>
- Haynes, M., League, P., & Neault, G. (2014). A matter of balance: Older adults taking control of falls by building confidence. *Frontiers in Public Health*, 2, 274. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00274>
- Heart and Stroke Canada. (2023). *How much physical activity do you need?* <https://www.heartandstroke.ca/healthy-living/stay-active/how-much-physical-activity-do-you-need>
- Hendriks, G.-J., Keijsers, G. P. J., Kampman, M., Oude Voshaar, R. C., Verbraak, M. J. P. M., Broekman, T. G., & Hoogduin, C. A. L. (2010). A randomized controlled study of paroxetine and cognitive-behavioural therapy for late-life panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 11–19. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01517.x>
- Heslop-Marshall, K., Baker, C., Carrick-Sen, D., Newton, J., Echevarria, C., Stenton, C., Jambon, M., Gray, J., Pearce, K., Burns, G., & De Soyza, A. (2018). Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD. *ERJ Open Research*, 4(4), 00094–02018. <https://doi.org/10.1183/23120541.00094-2018>
- Hicks, A., Siwik, C., Phillips, K., Zimmaro, L. A., Salmon, P., Burke, N., Albert, C., Fields, O., Dorsel, D., & Sephton, S. E. (2020). Dispositional mindfulness is associated with lower basal sympathetic arousal and less psychological stress. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 88–92. <https://doi.org/10.1037/str0000124>
- Hunt, S., Wisocki, P., & Yanko, J. (2003). Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00229-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00229-3)
- Hwang, Y., Massimo, L., & Hodgson, N. (2020). Modifiable factors associated with anxiety in persons with dementia: An integrative review. *Geriatric Nursing*, 41(6), 852–862. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.003>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2022 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de première ligne dans 10 pays - Notes méthodologiques*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cmwf-2022-meth-notes-fr.pdf>
- Jayasinghe, N., Finkelstein-Fox, L., Sar-Graycar, L., Ojje, M.-J., Bruce, M. L., & Difede, J. (2017). Systematic Review of the Clinical Application of Exposure Techniques to Community-Dwelling Older Adults with Anxiety. *Clinical Gerontologist*, 40(3), 141–158. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1291546>

- Jin, J. W., Nowakowski, S., Taylor, A., Medina, L. D., & Kunik, M. E. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for Mood and Insomnia in Persons With Dementia: A Systematic Review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 35(4), 366–373. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000454>
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Soucy, J. N. (2016). A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.10.006>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1093%2Fclipsy.bpg016>
- Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 233372142210870. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>
- Kasper, S., Iglesias-García, C., Schweizer, E., Wilson, J., DuBrava, S., Prieto, R., Pitman, V. W., & Knapp, L. (2014). Pregabalin long-term treatment and assessment of discontinuation in patients with generalized anxiety disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(05), 685–695. <https://doi.org/10.1017/S1461145713001557>
- Katz, I. R., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., & Hackett, D. (2002). Venlafaxine ER as a Treatment for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Pooled Analysis of Five Randomized Placebo-Controlled Clinical Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 18–25. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50003.x>
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A. R., Skelton, D. A., Cook, J. R., Stevens, Z., Belcher, C. M., Haworth, D., Gawler, S. J., Gage, H., Masud, T., Bowling, A., Pearl, M., Morris, R. W., Iliffe, S., & Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>
- Kim, B. H., Newton, R. A., Sachs, M. L., Glutting, J. J., & Glanz, K. (2012). Effect of Guided Relaxation and Imagery on Falls Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(6), 1109–1114. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03959.x>
- Kimura, K., Narita, H., Imai, H., Akiyama, H., Ishikawa, S., Sawagashira, R., Itoyama, T., Nohara, M., Kawamura, M., Kono, Y., Saito, T., & Kusumi, I. (2023). Cardiovascular adverse reactions associated with escitalopram in patients with underlying cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1248397. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1248397>
- Kumar, A., Delbaere, K., Zijlstra, G. A. R., Carpenter, H., Iliffe, S., Masud, T., Skelton, D., Morris, R., & Kendrick, D. (2016). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 45(3), 345–352. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw036>
- Laidlaw, K. (2021). Cognitive behavioral therapy with older people. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications* (Vol. 2). (pp. 751–771). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-024>
- Lau, B., Tadrous, M., Chu, C., Hardcastle, L., & Beall, R. F. (2022). COVID-19 and the prevalence of drug shortages in Canada: A cross-sectional time-series analysis from April 2017 to April 2022. *Canadian Medical Association Journal*, 194(23), E801–E806. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212070>
- Lawson, R. A., Millar, D., Brown, R. G., & Burn, D. J. (2013). Guided Self-Help for the Management of Worry in Parkinson's Disease: A Pilot Study. *Journal of Parkinson's Disease*, 3(1), 61–68. <https://doi.org/10.3233/JPD-120156>
- Le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription. (2023). *Brochures pour vos patients*. <https://www.reseaudeprescription.ca/ressources-patients/>
- Le Roux, H., Gatz, M., & Wetherell, J. L. (2005). Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00005>
- Le, T. T., McGrath, S. R., & Fasinu, P. S. (2022). Herb-drug Interactions in Neuropsychiatric Pharmacotherapy – A Review of Clinically Relevant Findings. *Current Neuropharmacology*, 20(9), 1736–1751. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210809100357>
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., Tracey, B., & Reynolds, C. F. (2005). Generalized Anxiety Disorder in Late Life: Lifetime Course and Comorbidity With Major Depressive Disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 77–80. <https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00011>
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Dew, M. A., Miller, M. D., Pollock, B. G., Houck, P., Tracey, B., & Reynolds, C. F. (2005). Efficacy and Tolerability of Citalopram in the Treatment of Late-Life Anxiety Disorders: Results From an 8-Week Randomized, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 146–150. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.146>
- Lenze, E. J., Rollman, B. L., Shear, M. K., Dew, M. A., Pollock, B. G., Ciliberti, C., Costantino, M., Snyder, S., Shi, P., Spitznagel, E., Andreescu, C., Butters, M. A., & Reynolds, C. F. (2009). Escitalopram for Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 301(3), 295. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.977>
- Lin, S. L. (2023). Inequities in Mental Health Care Facing Racialized Immigrant Older Adults With Mental Disorders Despite Universal Coverage: A Population-Based Study in Canada. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(9), 1555–1571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad036>
- Liu, T.-W., Ng, G. Y. F., Chung, R. C. K., & Ng, S. S. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47(4), 520–527. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy010>
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2010). Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *European Respiratory Journal*, 35(3), 557–563. <https://doi.org/10.1183/09031936.00060309>
- Marques, L., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., & Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 313–322. <https://doi.org/10.1586/ern.10.122>

- Mathews, A. E., Laditka, S. B., Laditka, J. N., Wilcox, S., Corwin, S. J., Liu, R., Friedman, D. B., Hunter, R., Tseng, W., & Logsdon, R. G. (2010). Older adults' perceived physical activity enablers and barriers: A multicultural perspective. *Journal of Aging and Physical Activity, 18*(2), 119–140. <https://doi.org/10.1123/japa.18.2.119>
- McGarrigle, L., Yang, Y., Lasrado, R., Gittins, M., & Todd, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of the measurement properties of concerns-about-falling instruments in older people and people at increased risk of falls. *Age and Ageing, 52*(5), afad055. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad055>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(06), 595–602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- Meuldijk, D., & Wuthrich, V. M. (2019). Stepped-care treatment of anxiety and depression in older adults: A narrative review. *Australian Journal of Rural Health, 27*(4), 275–280. <https://doi.org/10.1111/ajr.12524>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Mezhebovsky, I., Mägi, K., She, F., Datto, C., & Eriksson, H. (2013). Double-blind, randomized study of extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in older patients with generalized anxiety disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(6), 615–625. <https://doi.org/10.1002/gps.3867>
- Moult, A., Kingstone, T., & Chew-Graham, C. A. (2020). How do older adults understand and manage distress? A qualitative study. *BMC Family Practice, 21*(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01152-7>
- Muanda, F. T., Weir, M. A., Ahmadi, F., Sontrop, J. M., Cowan, A., Fleet, J. L., Blake, P. G., & Garg, A. X. (2022). Higher-Dose Gabapentinoids and the Risk of Adverse Events in Older Adults With CKD: A Population-Based Cohort Study. *American Journal of Kidney Diseases, 80*(1), 98–107.e1. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2021.11.007>
- Naeem, F. (2019). Cultural adaptations of CBT: A summary and discussion of the Special Issue on Cultural Adaptation of CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e40. <https://doi.org/10.1017/S1754470X19000278>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nelson, S. E., & Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine, 176*, 93–112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>
- Nguyen, A. W. (2020). Religion and Mental Health in Racial and Ethnic Minority Populations: A Review of the Literature. *Innovation in Aging, 4*(5), igaa035. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa035>
- Ostéoporose Canada. (2023). *Recommandations concernant l'activité physique - Comment se forme l'os*. <https://osteoporosecanada.ca/recommandations-concernant-lactivite-physique>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics, 19*(01), 103–103. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pai, H.-C., Li, C.-C., Tsai, S.-M., & Pai, Y.-C. (2019). Association between illness representation and psychological distress in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 94*, 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.015>
- Pan, Y., Davis, P. B., Kaebler, D. C., Blankfield, R. P., & Xu, R. (2022). Cardiovascular risk of gabapentin and pregabalin in patients with diabetic neuropathy. *Cardiovascular Diabetology, 21*(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12933-022-01610-9>
- Papadimitriou, A., & Perry, M. (2020). Systematic Review of the Effects of Cognitive and Behavioral Interventions on Fall-Related Psychological Concerns in Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity, 28*(1), 155–168. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0408>
- Percival, A., Newton, C., Mulligan, K., Petrella, R. J., & Ashe, M. C. (2022). Systematic review of social prescribing and older adults: Where to from here? *Family Medicine and Community Health, 10*(Suppl 1), e001829. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
- Petkus, A. J., Reynolds, C. A., Wetherell, J. L., Kremen, W. S., & Gatz, M. (2017). Temporal dynamics of cognitive performance and anxiety across older adulthood. *Psychology and Aging, 32*(3), 278–292. <https://doi.org/10.1037/pag0000164>
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2007). Treatment of Anxiety Disorders in Older Adults: A Meta-analytic Comparison of Behavioral and Pharmacological Interventions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(8), 639–651. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31806841c8>
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., & Lenze, E. J. (2009). The Burden of Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health-Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(6), 473–482. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819b87b2>
- Pottie, K., Thompson, W., Davies, S., Grenier, J., Sadowski, C. A., Welch, V., Holbrook, A., Boyd, C., Swenson, R., Ma, A., & Farrell, B. (2018). Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician, 64*(5), 339–351. <https://www.cfp.ca/content/64/5/339.long>
- Roest, A. M., Zuidersma, M., & de Jonge, P. (2012). Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 200*(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103549>
- Romanazzo, S., Mansueto, G., & Cosci, F. (2022). Anxiety in the Medically Ill: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 873126. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.873126>



- Ross, L., Jennings, P., & Williams, B. (2017). Psychosocial Support Issues Affecting Older Patients: A Cross-sectional Paramedic Perspective. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 004695801773196. <https://doi.org/10.1177/0046958017731963>
- Rossiter, R., & Holmes, S. (2013). Access all areas: Creative adaptations for CBT with people with cognitive impairments – illustrations and issues. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, e9. <https://doi.org/10.1017/S1754470X13000135>
- Rotvig, C., Christensen, A. V., Juel, K., Svendsen, J. H., Jørgensen, M. B., Rasmussen, T. B., Borregaard, B., Thrysoe, L., Thorup, C. B., Mols, R. E., & Berg, S. K. (2022). The association between cardiac drug therapy and anxiety among cardiac patients: Results from the national DenHeart survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02724-4>
- Schrag, A., Horsfall, L., Walters, K., Noyce, A., & Petersen, I. (2015). Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: A case-control study. *The Lancet Neurology*, 14(1), 57–64. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70287-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70287-X)
- Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. *The GRADE Working Group*. <https://www.guidelinedevelopment.org/handbook>
- Schuermans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M. G., Gundy, C. M. M., Weijnen, I., van den Hout, M., & van Dyck, R. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Cognitive–Behavioral Therapy and Sertraline versus a Waitlist Control Group for Anxiety Disorders in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 255–263. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000196629.19634.00>
- Schuermans, J., Comijs, H., Emmelkamp, P. M. G., Weijnen, I. J. C., van den Hout, M., & van Dyck, R. (2009). Long-term effectiveness and prediction of treatment outcome in cognitive behavioral therapy and sertraline for late-life anxiety disorders. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1148–1159. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990536>
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39–49. <https://doi.org/10.1080/13607869956424>
- Sheikh, J. I., Swales, P. J., Carlson, E. B., & Lindley, S. E. (2004). Aging and panic disorder: Phenomenology, comorbidity, and risk factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12(1), 102–109. [https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(12\)61877-6/fulltext](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(12)61877-6/fulltext)
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: Developing guidelines. *BMJ*, 318(7183), 593–596. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7183.593>
- Silfvernagel, K., Westlinder, A., Andersson, S., Bergman, K., Diaz Hernandez, R., Fallhagen, L., Lundqvist, I., Masri, N., Viberg, L., Forsberg, M.-L., Lind, M., Berger, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2018). Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 286–300. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1388276>
- Silva, S., Bártolo, A., Santos, I. M., Pereira, A., & Monteiro, S. (2022). Towards a Better Understanding of the Factors Associated with Distress in Elderly Cancer Patients: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3424. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063424>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2011). Conseils pour être actif : Conseils sur l'activité physique pour les adultes (18-64 ans). Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/assets/pdfs/07paap-fra.pdf>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice (2021). L'activité physique pour les aînés. [https://www.activeagingcanada.ca/assets/pdf\\_fr/participants/soyez-actifs-et-actives/gens-ages-actifs-au-canada/L-activite-physique-pour-les-aines-2021.pdf](https://www.activeagingcanada.ca/assets/pdf_fr/participants/soyez-actifs-et-actives/gens-ages-actifs-au-canada/L-activite-physique-pour-les-aines-2021.pdf)
- Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). (2021). Profitez au maximum de votre journée. Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 h pour les adultes (65 ans et plus). [https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/adultes\\_65/](https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/adultes_65/)
- Spector, A., Charlesworth, G., King, M., Lattimer, M., Sadek, S., Marston, L., Rehill, A., Hoe, J., Qazi, A., Knapp, M., & Orrell, M. (2015). Cognitive–behavioural therapy for anxiety in dementia: Pilot randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 509–516. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.140087>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistique Canada. (2021). *Tableau 13-10-0788-01 Problèmes de santé chroniques chez les aînés de 65 ans et plus, Enquête canadienne sur la santé des aînés*. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310078801&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310078801&request_locale=fr)
- Statistique Canada. (2023). *Activité physique, autodéclaré chez les adultes, selon le groupe d'âge (13-10-0096-13)*. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009613&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009613&request_locale=fr)
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924–1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Swift, J. K., Mullins, R. H., Penix, E. A., Roth, K. L., & Trusty, W. T. (2021). The importance of listening to patient preferences when making mental health care decisions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 316–317. <https://doi.org/10.1002/wps.20912>
- Tamura, N. T., Shikimoto, R., Nagashima, K., Sato, Y., Nakagawa, A., Irie, S., Iwashita, S., Mimura, M., & Fujisawa, D. (2023). Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: A randomised controlled study (3C study). *Psychogeriatrics*, 23(1), 141–156. <https://doi.org/10.1111/psyg.12919>
- Tan, M., Bhanu, C., & Frost, R. (2023). The association between frailty and anxiety: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(5), e5918. <https://doi.org/10.1002/gps.5918>

- Tay, K.-W., Subramaniam, P., & Oei, T. P. (2019). Cognitive behavioural therapy can be effective in treating anxiety and depression in persons with dementia: A systematic review. *Psychogeriatrics*, 19(3), 264–275. <https://doi.org/10.1111/psyg.12391>
- Thapa, D. K., Visentin, D. C., Kornhaber, R., & Cleary, M. (2020). Prevalence and factors associated with depression, anxiety, and stress symptoms among older adults: A cross-sectional population-based study. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1139–1152. <https://doi.org/10.1111/nhs.12783>
- Thoo, V., Freer, J., & Cassidy, K.-L. (2015). The Fountain of Health: Bringing Seniors' Mental Health Promotion into Clinical Practice. *Canadian Geriatrics Journal*, 18(4), 217–224. <https://doi.org/10.5770/cgj.18.197>
- Timony, P., Houle, S. K. D., Gauthier, A., & Waite, N. M. (2022). Geographic distribution of Ontario pharmacists: A focus on rural and northern communities. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des pharmaciens du Canada*, 155(5), 267–276. <https://doi.org/10.1177/17151635221115411>
- Trevino, K. M., Stern, A., Hershkowitz, R., Kim, S. Y., Li, Y., Lachs, M., & Prigerson, H. G. (2021). Managing Anxiety from Cancer (MAC): A pilot randomized controlled trial of an anxiety intervention for older adults with cancer and their caregivers. *Palliative and Supportive Care*, 19(2), 135–145. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000286>
- Tricco, A. C., Thomas, S. M., Veroniki, A. A., Hamid, J. S., Cogo, E., Striffler, L., Khan, P. A., Robson, R., Sibley, K. M., MacDonald, H., Riva, J. J., Thavorn, K., Wilson, C., Holroyd-Leduc, J., Kerr, G. D., Feldman, F., Majumdar, S. R., Jaglal, S. B., Hui, W., & Straus, S. E. (2017). Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 318(17), 1687–1699. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.15006>
- Usmani, Z. A., Carson-Chahhoud, K., Esterman, A., & Smith, B. (2018). A randomized placebo-controlled trial of paroxetine for the management of anxiety in chronic obstructive pulmonary disease (PAC Study). *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 11*, 287–293. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S166022>
- van der Aa, H. P. A., Krijnen-de Bruin, E., van Rens, G. H. M. B., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2015). Watchful waiting for subthreshold depression and anxiety in visually impaired older adults. *Quality of Life Research*, 24(12), 2885–2893. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1032-5>
- van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Comijs, H. C., Margrain, T. H., Gallindo-Garre, F., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2015). Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: Multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, h6127. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6127>
- Van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van Hout, H. P. J., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., Smit, F., & Beekman, A. T. F. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 297–304. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.555>
- Vieillir activement Canada. (2023). *Vie active pour les personnes âgées*. <https://www.activeagingcanada.ca/fr>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1–2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Vo, M. T. H., Thonglor, R., Moncatar, T. J. R., Han, T. D. T., Tejavivaddhana, P., & Nakamura, K. (2023). Fear of falling and associated factors among older adults in Southeast Asia: A systematic review. *Public Health*, 222, 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.012>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., McChesney, K., Stein, M. B., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., & Patterson, T. L. (2009). Older Adults Are Less Accurate Than Younger Adults at Identifying Symptoms of Anxiety and Depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(8), 623–626. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b0c081>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., White, K. S., Nguyen, H., Kornblith, S., Andreescu, C., Zisook, S., & Lenze, E. J. (2013). Antidepressant Medication Augmented With Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 782–789. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081104>
- Williams, D. R., Mohammed, S. A., Leavell, J., & Collins, C. (2010). Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 69–101. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05339.x>
- Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. *American Journal of Public Health*, 93(2), 200–208. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.200>
- Williams, M. T., Beckmann-Mendez, D. A., & Turkheimer, E. (2013). Cultural Barriers to African American Participation in Anxiety Disorders Research. *Journal of the National Medical Association*, 105(1), 33–41. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30083-3](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30083-3)
- Winter, S. E., & Barber, J. P. (2013). Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Preference and Adherence*, 7, 1047–1057. <https://doi.org/10.2147/PPA.S52746>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Zhang, W., Sun, J., Feng, X., Zhang, H., Zhang, Y., & Zhao, M. (2023). Effectiveness of Tai Chi exercise on fear of falling and balance in older adults: A meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 51, 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.019>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>





**Coalition canadienne pour  
la santé mentale des personnes  
âgées (CCSMPA)**

---

[info@ccsmh.ca](mailto:info@ccsmh.ca)

---

1-888-214-7080 poste 102

---

[www.ccsmpa.ca](http://www.ccsmpa.ca)



**CCSMH**  
Canadian Coalition for  
Seniors' Mental Health

**CCSMPA**  
Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées