

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ

Année 2024

2024 TOU3 1076

2024 TOU3 1077

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Margot BLAQUIERE

Et

Léa CASTAING

Le 10 Septembre 2024

**LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES RÉCENTES ET LEUR
EFFICACITÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION DE L'AIDANT
FAMILIAL DE PERSONNE ÂGÉE DÉMENTE AU DOMICILE. REVUE DE LA
LITTÉRATURE.**

Directeur de thèse : Docteur Florence DURRIEU

JURY :

Madame Le Professeur Julie DUPOUY

Président

Madame Le Docteur Hélène VILLARS

Assesseur

Madame Le Docteur Florence DURRIEU

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francois
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOS SAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÓS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODÈME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RÈME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIMERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard	Professeur Honoraire	M. VARENUÉ Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIGOT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VARENUÉ Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSÉ Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/03/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ANCA Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRI Anne	Radiologie
M. BOUCAÏBI Hicham (C.F.)	Chirurgie Infantile	M. LAIRRIU Vincent	Neurologie
M. ALIKIC Laurent (C.E.)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E.)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E.)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDREU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Gériatrie
M. ARNAL Jean-François (C.E.)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E.)	Biochimie
M. AJSSEIL Jérôme	Biochimie et Biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E.)	Immunologie
M. AYET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusior	M. MALAUDAUD Bernard (C.E.)	Urologie
M. BERRY A-laïne (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E.)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E.)	Biophysique	M. MARCIEUX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. B RMCIS Philippe	Pédiatrie	M. MARCUCI Philippe (C.E.)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONN-VIALLL Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARLIN BLOND L. Guilhem	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONN-VIET François	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAJURY Jean-Philippe (C.E.)	Gastrologie
M. BRGUSSET Pierre (C.E.)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREE JW Juliette	Dermatologie
Mme BURAJ-RIVIERE Alessandra (C.E.)	Médecine Vasculaire	M. MAZERES Julie (C.E.)	Pneumologie
M. BUREAJ Christophe (C.E.)	Hépatito-Castro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E.)	Hépatito-Castro-Entérologie	M. MOLINER Laurent (C.E.)	Epidémiologie Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E.)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E.)	Cancerologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E.)	Cardiologie	Mme FOUR-ASHFEM Fabienne (C.F.)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTANAT Etudic	Anatomie	M. OSWALD Cécile (C.E.)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARRI NIHIL R Sandrine (C.E.)	Médecine d'urgence	M. PAHILLI Jérôme	Neurologie
M. CHAUI OUI Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAULI Carle (C.E.)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néonrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E.)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PASTRE Bernard (C.E.)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E.)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E.)	Hépatito-Castro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurélie	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E.)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E.)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAID Monique (C.E.)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. D'AMBROSIO Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E.)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadaptation Fonct.	M. RECHER Christiant (C.E.)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E.)	Oto-rhino-aryngologie	M. RITZ Patrick (C.E.)	Nutrition
M. DELABOISSÉ Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E.)	Gériatrie
M. DEFFORT Pierre	Médecine Péculieuse	M. RONGAILLI Jérôme	Cardiologie
M. DIEZEL Jean Pierre (C.E.)	Cancerologie	M. ROUSSEL N.J Hervé (C.E.)	Radiologie
M. DIEZEL Alain (C.F.)	Pneumologie	M. ROUX François-Emmanuel (C.F.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancerologie	M. SAILLER Laurent (C.E.)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANNCK Béatrice (C.E.)	Thérapeutique	M. SALES DE CAULY Jérôme (C.E.)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E.)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVACNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E.)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E.)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E.)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E.)	Cardiologie	M. SERRANO Eliu (C.E.)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E.)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnes	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-VART M Maria-Régénin	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOYFFRON-CHIFF Anne-Madeleine (C.F.)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E.)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.F.)	Endocrinologie	M. SOULIET Michel (C.F.)	Urologie
M. GRICHAU-BAUX Jean-Marc (C.F.)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIBAUD Rosine	Cancerologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E.)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E.)	Endocrinologie	M. TEJMON Norbert (C.E.)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TRÉMOUILLEFS Florence (C.F.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E.)	Bactériologie-Virologie	Mme JUDICOSTE Emmanuelle (C.F.)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E.)	Néonrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E.)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E.)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E.)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E.)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DJOUOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E.)
Mme ROUSE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. AHSO Olivier	Chirurgie Infantile
Mme BONGARD Valérie	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASHIN Charoïa	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Elémire	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DAHNO Florence	Cancérologie
M. DE BONNEGAGE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphanie	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORDES Agnès	Otorhinolaryngologie
M. HOUJAN Thomas	Pathologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH-BILFELD Maria	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO SOWHASSI Ibrahim	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Neurologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Neurologie
M. HOUZEL CLÉMENT	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine du sommeil au travail
M. LAURENT Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDR Roger	Génétique et de la reproduction
M. LIEBOWITZ Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Cytologie
M. MATHIEU Mathieu	Otorhinolaryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PIGNET Crégory	Médecine interne
M. RHINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMICQUE Mathieu	Urologie
Mme RYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVAL Frédéric	Médecine légale
M. SIVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSÉ Charoïa	Cancérologie
Mme VEZZOSI Dolores	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTCIOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FIK-YENS Anne
	Mme IRI-DECLAIJAYC Noloko
	Mme LATROUS Laila
	M. POLTRAIN Jean-Christophe
	M. SILLI MUNKIS André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MA AVAUD Sandrine
	Mme PAVY LE TRACON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WIGARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

M ^{me} ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Paul André	Immunologie	M. CATHIEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M ^{me} ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M ^{me} GENNERO Isabelle	Biochimie
M ^{me} AUSSEIL TRUFFI Stéphanie	Biochimie	M ^{me} GENOUX Anne-Isabelle	Biochimie et biologie moléculaire
M ^{me} BASSET Céline	Cytologie et histologie	M ^{me} GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M ^{me} BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	M ^{me} GUILBEAU-FRUCIER Céline	Médecine générale: droit de la santé
M ^{me} BENEVAISE Justine	Pharmacologie fondamentale	M ^{me} GUYONNET Sophie	Nutrition
M ^{me} BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Salouane	Biochimie
M. BETHI Eric	Généraliste	M ^{me} HIRTZEL Anne	Biophysique
M ^{me} BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRIC Aurélien	Chirurgie vasculaire
M ^{me} BOUNES Fabrice	Anesthésie-Réanimation	M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M ^{me} BIRHIM Camille	Onco-hématologie	M ^{me} JONGA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Elodie	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
M ^{me} CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
M ^{me} CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M ^{me} LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M ^{me} CARFAGNA Luana	Endocrinologie	M. LAFITE-Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
M ^{me} CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LIOMMC Sébastien	Bactériologie-virologie
M ^{me} CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M ^{me} MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
M ^{me} CASSAINC Sohier	Parasitologie	M ^{me} MALLAT Charlotte	Chirurgie digestive
M ^{me} CASSICI Emmanuelle	Biophysique	M ^{me} VAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSANG Nicolas	Généraliste	M. MCNTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M ^{me} MOREAU Jessika	Biologie du développement de la reproduction
M ^{me} COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	M ^{me} MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MCU IS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M ^{me} NOGUEIRA Marie-Louise	Biologie Cellulaire
M ^{me} COURBON Christine	Pharmacologie	M ^{me} PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M ^{me} DAMASE Christine	Pharmacologie	M ^{me} PLAISANC E. Julie	Généraliste
M ^{me} D. GIBBI /INSKY Isabelle	Physiologie	M ^{me} PUISANTI Bénédicte	Immunologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine générale	M ^{me} QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGOE Yannick	Rhumatologie	M ^{me} RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M ^{me} RIBES-MAJREL Agnès	Hématologie
M. DHI /Di A. Pierre André	Médecine générale	M ^{me} SAFOURDY Frédéric	Biochimie
M. DESPAS Fabrice	Pharmacologie	M ^{me} SALLES Julie	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M ^{me} SAUNE Karina	Bactériologie Virologie
M ^{me} ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	M ^{me} SIEGFRIED Aururo	Anatomie et cytologie pathologiques
M ^{me} FABBRI Margherita	Neurologie	M ^{me} TRAMUNT Blainée	Endocrinologie-diabète
M ^{me} FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TRENER Emmanuel	Immunologie
M ^{me} FLOCH Pauline	Bactériologie Virologie	M ^{me} VALLET Marion	Physiologie
M ^{me} GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M ^{me} VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BILLETAC Thierry
M. C. BICOLLAA Bruno
M. ESCOURRCU Emile
M^{me} CIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M^{me} BOURGEOIS Odile
M^{me} BOUSSIER Nathalie
M^{me} DURRIEU Florence
M^{me} FRAVATIN Emille
M. GACHILS Hervé
M. P. R. /Denis
M. P. PONNIER David
M^{me} PUFCH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements Jury

A notre président de Jury,

Madame la Professeur Julie DUPOUY.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous sommes reconnaissantes pour l'intérêt que vous avez porté pour notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre juge,

Madame le Docteur Hélène VILLARS.

Nous vous sommes reconnaissantes de votre présence dans ce jury et de l'attention que vous portez à notre travail en acceptant de le juger. Soyez assurée de notre sincère gratitude.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Florence DURRIEU.

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de nous avoir accompagnés tout au long de ce travail. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Remerciements Margot

A Boban, merci pour toutes ces années, chacune plus belle que les autres. Merci pour ton soutien au quotidien.

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenue et d'avoir cru en moi. Merci d'avoir fait de moi qui je suis. Merci pour tous ces merveilleux souvenirs.

A mon frère et ma sœur, merci pour tous ces moments de bonheur partagés, merci d'être vous. Merci à toi Roxane pour tous tes précieux conseils pour ce travail ainsi qu'au quotidien.

A mes grand-parents, merci pour votre soutien, et pour votre inspiration.

A Léa, ma co-thésarde mais plus encore, merci d'avoir partagé toutes ces années d'études à mes côtés. Merci pour ton soutien, ta motivation, et ton aide.

A Claire, Camille, Héloïse, Salomé, Juliette et Valentine, merci pour tous ces moments, et tous ces beaux voyages partagés ensemble.

A tous mes maîtres de stages et les médecins croisés durant mes études, merci pour votre enseignement. Merci de m'avoir partagé et transmis votre médecine.

Remerciements Léa

A Tanguy, merci pour ton amour au quotidien, pour la confiance que tu me donnes pendant les moments où je me perds, pour ton soutien pendant toutes ces années. Tes retours me font toujours du bien et je sais que tu seras toujours présent. Je ne serais pas celle que je suis si on ne s'était pas rencontrés, merci.

A mes parents et à mon frère, merci pour tout. Vous avez toujours cru en moi, et êtes d'un soutien sans faille dans mes moments de doute. C'est grâce à vous que je garde confiance et vous faites de moi un meilleur médecin et une meilleure personne.

A mes fabuleuses grands-mères, merci pour vos sourires et vos encouragements. Merci mamie Jeanette et ma tante Joelle pour tous ces repas et votre présence pendant mes deux premières années. Je n'aurais jamais eu mon concours sans vous.

A mes beaux-parents, à Alaïs et Dorian, à Camille, merci de m'avoir accepté, pour votre aide et votre générosité.

A Margot, mon binôme depuis 10 ans, ma co-thésarde, mon amie. Celle avec qui je debrief des cas les plus complexes et qui a toujours les mots pour me rassurer. Tu vas être une superbe maman, et tu seras un des meilleurs médecins que je connaisse. Merci pour ton empathie, ton écoute constante et ton soutien indéfectible.

Pauline, Johanne, Caroline, Yousra et Elodie, mes amies depuis 13 ans. Il n'y a plus de doutes, je vous garde toute ma vie. A tous nos moments passés et à tous ceux qui restent à venir. Merci pour votre amour.

A Erika, Sékou, Florian, Enzo, Guigui, Johan, Hugo, Simon, Richard et tous les autres copains de lycée, merci pour tous ces moments qui m'ont permis de m'évader et de tenir.

A Claire, Juliette, Héroïse, Camille, Valentine, Salomé, la bande de copines d'externat, éparpillées aux 4 coins de la France et qui sont toujours là. A tous nos petits week-ends et nos moments, nos fous-rires et nos soirées.

A tous mes maîtres de stage qui m'ont accompagné pendant tout l'internat en me donnant envie de me donner à fond, en me faisant découvrir le monde de la médecine générale. Merci au cabinet la Clairière à Saint Orens, Françoise, Fabien, Laurence, Chloé, Margaux, Marie-Ange, Mélanie, de m'avoir accepté et si bien intégré dans cette dernière année, d'avoir accepté mes erreurs, mes peurs, et d'avoir su faire de moi un meilleur médecin.

A Florence, notre directrice de thèse mais également la personne qui m'a accueillie dans le monde de la médecine générale et qui a participé à mon choix de spécialité. Merci pour ta gentillesse et ton empathie.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Recu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	2
Liste des abréviations	3
Introduction	4
Matériel et Méthodes	6
1. Stratégie de recherche	6
2. Critères de sélection des articles : inclusion et exclusion	7
3. Sélection des articles	8
4. Évaluation de la qualité des études et extraction des données	9
Résultats	10
1. Méditation	12
2. Interventions à multicomposantes	15
3. Psychoéducation et psychothérapie	23
4. Interventions par téléphone	32
5. Réseaux sociaux	42
Discussion	48
1. Discussion des résultats	48
a. Synthèse des résultats	48
b. Discussion	48
2. Forces et limites	52
a. Forces de l'étude	52
b. Limites de l'étude	52
3. Perspectives	53
Conclusion	55
Bibliographie	56
Annexes	62
	1

Liste des tableaux et des figures

- **Tableau 1** : Critères PICO
- **Tableau 2** : Base de données et équation de recherche
- **Figure 1** : Diagramme de flux
- **Tableau 3** : Résultats
- **Tableau 4** : Définitions des méthodes
- **Tableau 5** : Résultats des articles méditation
- **Tableau 6** : Résultats des articles interventions à multicomposantes
- **Tableau 7** : Résultats des articles psychoéducation et psychothérapie
- **Tableau 8** : Résultats des articles interventions par téléphone
- **Tableau 9** : Résultats des articles réseaux sociaux

Liste des abréviations

ACT : Acceptance and Commitment Therapy

AMSTAR : Assessing the Methodological quality of SysTemAtic Reviews

BAT : Behavioral Activation Therapy

BFT : Benefit Finding Therapy

CBT : Cognitive Behavioral Therapy

CESD : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

CONSORT : CONsolidated Standards Of Reporting Trials

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

DFT : Démence fronto-temporale

GRADE : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

GDS : Échelle Gériatrique de Dépression

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

ICOPE : Integrated Care for Older People

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

MeSH : Medical Subject Headings

MMSE : Mini-Mental State Examination

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle.

NYU-ADRC : NYU Alzheimer's Disease Research Center

PICO : Patient, Intervention, Comparateur, Outcome

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses

PST : Problem-Solving Therapy

PHQ4 : patient health questionnaire 4

RCT : Randomized Controlled Trial

REACH : Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health

SIM-PE : simplified psychoeducation

START : STrAtegies for RelaTives

STD-PE : standard psychoeducation

STROBE : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUDOC : Système Universitaire de DOcumentation

UK : United-Kingdom

USA : United-States of America

TCARE : Tailored Caregiver Assessment & Referral

TCC : thérapies cognitivo-comportemental

Introduction

Chaque année, ce sont 10 millions de nouveaux cas de démence qui viennent s'ajouter aux 55 millions de personnes déjà atteintes dans le monde (1). La démence a un coût économique mondial de 1,3 billion de dollars, dont la moitié est attribuable aux soins dispensés par les aidants familiaux (1).

La maladie d'Alzheimer, et les démences apparentées, sont devenues un enjeu de santé publique majeur. La majorité des malades vivent au domicile jusqu'à un stade avancé, le rôle de l'aidant est primordial. Plusieurs études montrent qu'aider un malade a un impact sur la santé physique (morbi mortalité globale augmentée) et psychique (risque de dépression, anxiété...) (2).

Un aidant familial est défini depuis 2009, par la Charte Européenne de l'aidant familial, avec le soutien de la Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne (COFACE), comme "la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne" (3). Les estimations montrent qu'il y aura près de 131 millions d'aidants dans le monde d'ici 2050 (4).

La prévalence de la dépression chez les aidants de personnes démentes est plus élevée que celle de la population générale. La moitié d'entre eux en seraient victimes (5).

Depuis 2010, il existe la journée nationale des aidants, le 6 octobre, regroupant de nombreux évènements dans toute la France. Elle a été créée pour donner de la visibilité aux aidants (6).

Il est indispensable de prendre en charge l'aidant, aussi bien que l'aidé. Le système médical actuel repose sur eux pour maintenir les personnes démentes à leur domicile. La réponse aux attentes des aidants est nécessaire à différents niveaux : information et formation, solutions de répit de proximité mais aussi services d'aide, conciliation avec la vie professionnelle et personnelle, rémunération, soutien moral et solution de prise en charge de la dépression et du fardeau (7).

La dépression de l'aidant constitue également un risque pour l'aidé, avec une augmentation de maltraitance, d'hospitalisation, d'institutionnalisation, de perte d'autonomie, et des coûts pour la société.

Expliqué par le vieillissement des populations, le nombre de patients déments augmente. L'importance du maintien de l'aidant est aujourd'hui bien ancrée. Il nous a paru essentiel de parler de la place de l'aidant, mais surtout d'aborder les risques engendrés par ce rôle au niveau psychique.

En pratique de médecine générale, nous avons tous dans notre patientèle des personnes âgées démentes en perte d'autonomie, avec leur aidant, leur pilier, indispensable au maintien à domicile. Le plan Alzheimer de la HAS 2008-2012, place le médecin généraliste comme l'interlocuteur principal de l'aidant. Il doit savoir évaluer les conséquences psychiques et physiques du fardeau. En 2010, la HAS a proposé la mise en place de la consultation annuelle par le médecin généraliste (3). Elle est peu réalisée en pratique (manque de connaissances, découragement liée à la prise en charge de l'aidant, pas de cotation spécifique) (8).

La dépression et le fardeau de l'aidant sont des problématiques provoquant l'engouement de la communauté médicale (4). De nombreuses études portent sur différentes interventions concernant la prise en charge de la dépression (3).

Toutes ces interventions restent peu connues par les médecins généralistes. Ces derniers jugent utile de réaliser des formations pour améliorer leur approche à l'aidant et la prise en charge (8). Les aidants sont peu informés et hésitants quant à l'utilisation des services d'aide (9). Les services disponibles sont souvent mal utilisés. Des études ont montré que les interventions proposées par les médecins généralistes permettraient d'acquérir une meilleure qualité de vie, de réduire le fardeau, le stress, et la dépression (4).

L'objectif de notre thèse est, à partir d'une revue systématique de la littérature, de faire un point sur les interventions non médicamenteuses récentes et leur efficacité sur la prise en charge de la dépression de l'aidant de personnes âgées démentes au domicile.

Matériel et Méthodes

Cette revue de la littérature a été effectuée entre octobre 2022 et Septembre 2024, selon les recommandations PRISMA 2020 (10). Nous avons réalisé le travail de recherche à deux (BM et CL), auteures de la thèse.

1. Stratégie de recherche

Notre question de recherche a été élaboré grâce à la méthode PICO. Les critères figurent dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Critères PICO

Population	Aidants majeurs de personnes âgées atteintes de démence
Intervention	Prise en charge non médicamenteuse de la dépression de l'aidant de personnes âgées démentes, au domicile
Comparaison	Non applicable
Outcomes	Dépression

Notre question de recherche est : Quelles sont les interventions non médicamenteuses récentes et leur efficacité sur la prise en charge de la dépression de l'aidant familial de personne âgée démente au domicile ?

A partir de cette question de recherche, nous avons identifié des mots-clés pertinents, avec l'aide d'un bibliothécaire de l'Université Paul Sabatier. Nous avons retenu quatre mots-clés : dépression, aidants, démence, médecine générale.

Pour générer l'équation de recherche, une traduction en anglais de ces mots-clés a été obtenue à partir du thésaurus MeSH. Nous avons obtenu les mots-clés MeSH suivants : dépression, caregiver, dementia, general practice. Dans le but de limiter le biais de sélection, nous avons décliné l'orthographe et utilisé des synonymes des mots clés. Les équations de recherche sont présentées dans le tableau 2.

Afin de répondre à cette question, nous avons interrogé 3 bases de données : PubMed, Web Of Science et Cochrane Library. Nous avons effectué une recherche dans la littérature grise à travers le catalogue SUDOC dans le but de limiter le biais de sélection.

Tableau 2 : Base de données et équation de recherche

Base de données	Équations de recherche	Résultats
PUBMED	("family caregiver*" OR "family care-giver*" OR "family care giver" OR "family carer*" OR "informal caregiver") AND ("dementia" OR "alzheimer" OR "alzheimer disease") AND ("depression" OR "depressive disorder" OR "depress*" OR "care giver burden" OR "caregiver burden" OR "care-giver burden")	1005
WOS	(((((ALL=(family caregiver)) OR ALL=(family care-giver)) OR ALL=(family care giver)) AND ALL=(dementia)) OR ALL=(alzheimer)) AND ALL=(depression)) OR ALL=(depressive disorder)) AND ALL=(care giver burden)) OR ALL=(caregiver burden)) OR ALL=(care-giver burden)) AND ALL=(general practice)	582
Cochrane	("caregiver"):ti,ab,kw OR ("care-giving"):ti,ab,kw AND ("dementia"):ti,ab,kw AND ("depression"):ti,ab,kw OR ("burden"):ti,ab,kw	1206
SUDOC	aidants, démence	436

2. Critères de sélection des articles : inclusion et exclusion

Critères d'inclusion :

- Articles rédigés en anglais ou en français.
- Articles incluant la présence d'un abstract.
- Articles disponibles gratuitement ou via la bibliothèque universitaire.
- Articles publiés entre 2000 et 2022.
- Articles portant sur la prise en charge non médicamenteuse de la dépression des aidants familiaux principaux de personnes âgées de démence type Alzheimer.
- Articles portant sur des aidants de plus de 18 ans.

- Articles chez des patients malades à domicile.
- Études observationnelles, qualitatives, revues de la littérature et méta analyses, et études interventionnelles.
- Études de bonne qualité méthodologique selon les critères : CONSORT pour les études interventionnelles, STROBE pour les études observationnelles, PRISMA et AMSTAR pour les revues systématiques de la littérature, COREQ études qualitatives.

Critères d'exclusion :

- Articles ne répondant pas aux critères d'inclusions.
- Articles dont le critère principal n'est pas la dépression.
- Articles incluant uniquement des DFT ou des maladies à corps de Lewy.
- Articles d'études ne portant que sur un seul type de sexe ou un seul type d'ethnie.
- Étude de faisabilité, articles d'opinions, protocole d'étude, étude pilote.
- Étude incluant moins de 50 participants.

3. Sélection des articles

Les équations de recherche utilisées dans les différentes bases de données ont permis d'obtenir, après élimination des doublons, un total de 3052 articles.

La sélection des articles s'est faite en deux étapes :

- **Première étape : lecture du titre et abstract**

Le titre des articles a été analysé. L'article était exclu lorsque la lecture du titre retrouvait des critères d'exclusion. Si les titres des articles n'étaient pas assez explicites, les résumés étaient lus. Les articles étaient exclus s'ils ne retrouvaient pas nos critères d'inclusion, ou présentaient des critères d'exclusions.

Au total, 201 articles ont été gardés à la fin de cette étape.

- **Deuxième étape : récupération et analyse de la version intégrale des articles restants**

Les articles sélectionnés étaient ensuite lus dans leur intégralité. Ceux qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion ou qui présentaient des critères d'exclusion étaient rejetés.

Chaque étape de sélection a été menée par l'une et l'autre des deux chercheuses, de façon indépendante. A la fin de chacune des deux étapes, les données ont été mises en commun. Tout désaccord était résolu par la discussion entre les deux chercheuses et la directrice de thèse.

Au total 34 articles ont été retenus et analysés dans cette revue systématique de la littérature.

4. Évaluation de la qualité des études et extraction des données

Pour évaluer la qualité des articles inclus, une évaluation méthodologique et adaptée a été effectuée.

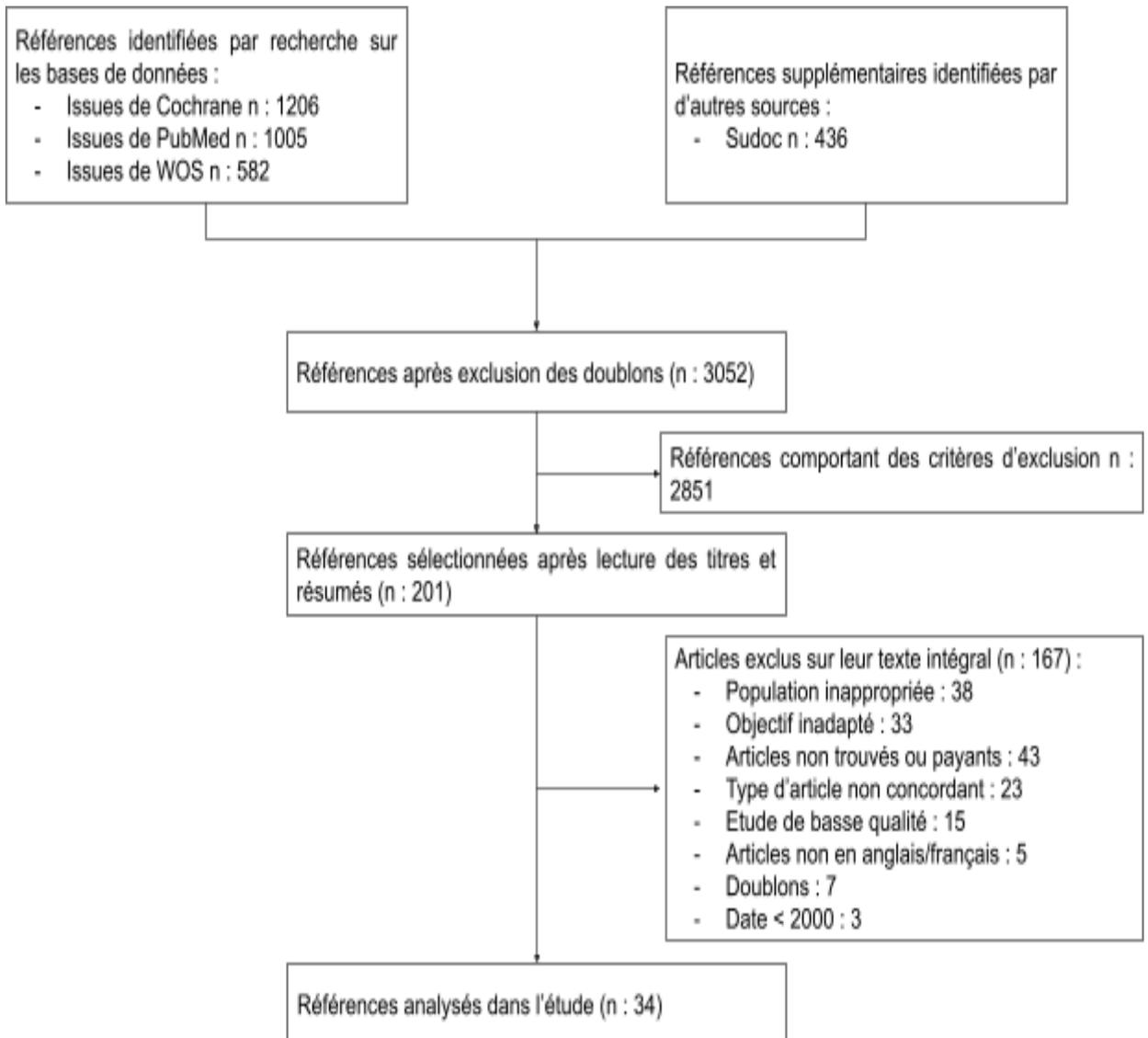
Pour les études qualitatives, nous avons utilisé la grille d'évaluation COREQ (11). Pour les études interventionnelles, nous avons utilisé la grille d'évaluation CONSORT (12). Pour les études observationnelles, nous avons utilisé la grille d'évaluation STROBE (13). Pour les revues systématiques, nous avons utilisé la grille d'évaluation PRISMA 2020 (10) pour la qualité méthodologique et la grille AMSTAR (14) pour la qualité du rapport.

Pour chaque article analysé, un recueil des données a été effectué et rapporté dans un tableau comportant les informations suivantes : titre, auteur, année de publication, année de réalisation, lieu d'étude, population étudiée, méthodologie, résultats, analyse de la qualité.

Résultats

Au total, 34 articles ont été inclus dans notre revue systématique de la littérature. L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux (Figure 1).

Figure 1 : diagramme de flux



Nous avons décidé de présenter les résultats à travers 5 grands thèmes qui ont émergé lors de la lecture de l'ensemble des articles.

Durant notre étude, nous avons découvert différentes approches de prise en charge que nous avons décidé de définir dans un tableau. Cela permet une meilleure compréhension des résultats.

Tableau 4 : Définitions des méthodes

	Méthodes	Définitions
Mé dita tion	Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) : thérapie par la pleine conscience et la concentration	La pleine conscience est définie par la prise de conscience de soi dans le moment présent, sans jugement sur le déroulement de l'expérience. La concentration encourage les individus à se focaliser sur eux même (exemple : yoga). (15)
Mul tico mp osa nte s	Multicomponent : interventions à multicomposantes	Programme combinant au moins 2 approches (34).
Psy cho thé ra pi es	Cognitive Behavioral Therapy (CBT) : thérapie cognitive comportementale (TCC)	Les TCC sont des prises en charge de la souffrance psychique, reposant sur des techniques adaptées aux patients (16). <u>Pour les aidants</u> : changement des croyances inadaptées, renforcements cognitifs aux plaisirs et loisirs.
	Acceptance and Commitment Therapy (ACT) : psychothérapie d'acceptation et d'engagement	Vise à améliorer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité d'être en contact avec ses émotions, ses pensées, au moment présent, en acceptant de changer ce que l'on va faire en fonction de ce que l'on ressent. Elle correspond à accepter les émotions négatives pour nous permettre d'atteindre notre but et l'acceptation des stratégies d'évitement (16).
	Psychoéducation	Interventions qui apportent des informations sur la démence et soutien à l'aidant (34).
	Behavioral Activation Therapy (BAT) : thérapie d'activation comportementale.	L'activation comportementale est un type de thérapie psychologique qui encourage une personne à développer ou à reprendre des activités ayant un sens pour elle (recherche de moments de plaisir, focus sur les moments heureux) (15).

	Benefit Finding Therapy (BFT)	Correspond à une psychoéducation "standard" avec une réévaluation positive : interprétation du soin de manière positive (18).
	"Coping strategy" : stratégies d'adaptation	L'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'événements qu'il peut percevoir comme menaçants. On parle de <i>coping</i> pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles : "ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu" (Lazarus et Launier, 1978) (17).
	Problem-solving therapy (PST) : thérapie de résolution de problèmes	Aide pour définir un problème et apprendre à le résoudre par différentes stratégies. Méthode adaptée à des situations où les patients ne sont plus en mesure de gérer et de comprendre à résoudre des problèmes existentiels, relationnels ou matériels (19).
	Self efficacy : sentiment d'auto efficacité.	Sentiment d'être capable d'exercer un contrôle sur les événements de sa vie. Technique utilisée dans la psychoéducation par activation comportementale.
	Counseling : conseils	Axée sur l'aide amenée par un professionnel et l'assistance des problèmes familiaux psychologiques (34).
	Approches alternatives	Autres interventions qui peuvent être utilisées avec des approches conventionnelles (EBM) (34).

1. Méditation

Tableau 5 : Résultats des articles méditation

Titre	Auteur principal	Année de publication	Année de réalisation	Pays	Méthodologie	Objectif principal	Population dément	Population aidant	Grilles de qualité	Intervention
Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature.	Robyn V.C. Hurleya, Tom G. Patterson b et Sam J. Cooley et al.	2013	2012	Angleterre	Revue de la littérature: 8 études, 5 cas-séries et 3 essais cliniques randomisés, publiés entre 2004 et 2012. 7 études/8 évaluent l'effet de la méditation sur la dépression. Méthode évaluée : méditation (concentration et pleine conscience).	Objectif : Évaluation de la prise en charge des symptômes dépressifs et du fardeau de l'aidant de personnes démentes par les méthodes de méditation.	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux (181).	AMSTAR 30/44 PRISMA 20/27	Chercheurs
Résultats utiles	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative de la dépression dans 5 études sur 7. • A long terme : résultats aléatoires avec une différence peu significative, mise en évidence de la nécessité d'un suivi avec des séances "booster". 									
Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	Zheng Liu et Qian-lin Chen et Yu-Ying Sun et al.	2017	2017	Chine	Revue de la littérature et méta analyse d'essais randomisés : 7 essais randomisés, publiés entre 2010 et 2017. Méthodes évaluées : MBSR et thérapies comportementales.	Objectif : Évaluer l'efficacité d'une intervention par MBSR sur les symptômes dépressifs des aidants de personnes âgées démentes.	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux (410).	AMSTAR 35/44 PRISMA 24/27	Chercheurs
Résultats utiles	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative de l'état dépressif via la pleine conscience, et amélioration de la qualité de vie. 									

Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia.	Zheng Liu + Yu-Ying Sun (+ Boa-Liang Zhong) et al	2018	2017	Chine	Revue de la littérature d'essais randomisés : 5 essais publiés entre 2010 et 2016. Méthode évaluée : MBSR.	Objectif : Évaluer l'efficacité des interventions par MBSR sur les symptômes dépressifs des aidants.	3 études uniquement sur patients déments au domicile et 2 études sur patients déments avec des atteintes neurocognitives/maladies chroniques.	Aidants familiaux (201).	AMSTAR 38/44 PRISMA 25/27	3 chercheurs
Résultats utiles	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative sur la dépression en fin d'intervention comparé à un groupe contrôle actif (relaxation par les muscles, support sociaux et éducationnels). • Pas de résultats statistiquement significatifs comparé à un groupe contrôle inactif (répit, auto-assistance), ni à long terme. • Du fait de la basse qualité méthodologique des études, la conclusion des résultats est incertaine. 									

La méditation est décrite comme une intervention contemporaine “corps-esprit” avec deux approches différentes : la concentration et la pleine conscience. Les méthodes par pleine conscience sont recommandées chez les patients vivants des situations de stress, comme les aidants de personnes âgées démentes (20). Nous avons retenu 3 revues de la littérature analysant l’efficacité des interventions par méditation sur les symptômes dépressifs des aidants. Les 3 revues regroupent 20 articles portant sur 792 aidants. Les résultats sont concordants : on retrouve une amélioration significative sur les symptômes dépressifs en fin d’intervention.

La méditation permet à l’aidant de se concentrer sur le moment présent. Ils sont en colère contre la maladie, et remplis d’émotions négatives. Les interventions passent par la prise de conscience de ces émotions et leur acceptation (22). Elles aident les patients à surmonter leur stress, ce qui participe à l’amélioration de leur qualité de vie et à la diminution du fardeau (21). Les interventions sont faisables, peu coûteuses et appréciées.

Sur le long terme, les résultats sont concordants : on ne retrouve pas d’amélioration significative sur les symptômes dépressifs, comparé à un groupe contrôle.

Ces résultats sont à nuancer vis-à-vis de la qualité moyenne des études inclus dans les différentes revues (faible nombre de participants, nombreux biais, hétérogénéité importante des résultats). Les interventions étudiées sont courtes (de 6 à 8 semaines en moyenne), et aucun suivi n’est prévu.

Les revues concluent en la nécessité de nouveaux essais cliniques à plus large échelle, et de meilleures qualités méthodologiques. Elles recommandent des interventions plus longues, avec des séances de rappel régulières pour maintenir l’effet sur les symptômes dépressifs.

2. Interventions à multicomposantes

Tableau 6 : Résultats des articles interventions à multicomposantes

Titre	Auteur principal	Année de publication	Année de réalisation	Pays	Méthodologie	Objectif principal	Population dément	Population aidant	Grilles de qualité	Intervention
A Multicomponent Home-Based Intervention for Neuropsychiatric Symptoms in People With Dementia and Caregivers' Burden and Depression: A 6-Month Longitudinal Study.	Atonis A. Mougias et al.	2021	?	Grèce	Étude longitudinale : étude transversale unicentrique, évaluation avant l'intervention puis après 6 mois d'intervention. Méthode évaluée ; Multi composante (une visite mensuelle au domicile et 2 appels téléphoniques/mois).	Objectif : Étudier l'impact d'une prise en charge par multi composante au domicile sur : 1) les symptômes neuropsychiatriques de la personne dément(e) (NPI), 2) les symptômes dépressifs (CESD) et le fardeau (ZARIT) de l'aidant, suivi pendant 6 mois.	Patients déments vivants au domicile (démences de tout type)	205 duos aidé-aidant inclus, mais 144 analysés (variables incluses avec le suivi)	STROBE 18/22	Médecins du centre mémoire, supervisés par un psychiatre
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative du fardeau et de la dépression à 6 mois et diminution significative des symptômes neuropsychiatriques de démence. • L'intervention à domicile est une solution avantageuse car permet une prise en charge centrée sur le patient. • Cette étude met en évidence le besoin de prendre en charge la dépression de l'aidant. • Un Plan d'Action National pour la prise en charge de la démence, et des aidants, a été créé en Grèce (2016-2020) pour améliorer la santé physique et mentale des aidés/aidants, et éviter les institutionnalisations. 									
Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program	Sara J. Czaja et al.	2018	?	USA	Étude longitudinale (REACH II) : programme adapté aux aidants de personnes dément(e)s. Intervention psychosociale à plusieurs volets sur 6 mois, qui comprend 6 séances individuelles	Objectif : effets de l'intervention à long terme (6 et 12 mois) sur les symptômes dépressifs (CESD) et le fardeau des aidants (Quality of life scale), et observation des	Patients déments vivants au domicile (démence)	146 aidants, 112 à 6 mois et 94 à 12 mois	STROBE 17/22	Soignants de l'United Homecare

					présentielles et six séances téléphoniques, et des groupes de soutien par téléphone. <i>Dans ces 12 sessions, on retrouve de l'éducation thérapeutique, des méthodes d'aide à la résolution de problèmes, des aides psychologiques de l'empathie et la compréhension, des stratégies d'aménagements...</i>	problèmes quotidiens des aidants (mémoire MMSE, iADL, stress...).	ces type Alzheimer)			
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative de la sensation de dépression et de fardeau chez les aidants, efficacité prolongée sur une année post-intervention. • Les aidants déclarent être mieux formés vis-à-vis du comportement des malades et ont plus de facilité à s'adresser aux services d'aides. • Ils déclarent être moins stressés et avoir une meilleure estime et confiance en eux. • On retrouve des difficultés à la mise en place (difficultés d'organisation, financières, accessibilité, manque de professionnels). 									
Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis	Rebecca Abraham s et Karen P. Y. Liu et al.	2018	2015	Australie	<p>Revue de la littérature : essais cliniques randomisés contrôlés portant sur l'effet de programme multi interventionnel.</p> <p>Sur 358 études, 22 ont été retenues et 15 incluses dans la méta analyse, portant sur différents programmes dont NYU-ADRC et REACH.</p> <p><i>Certaines étudiaient des programmes portés plutôt sur l'éducation des aidants, sur des groupes de soutien, de la psychothérapie, un mix de plusieurs interventions, mais aussi des modifications environnementales,</i></p>	<p>Objectif : évaluer les effets des programmes à multi composante, sur les symptômes anxiodépressifs des aidants, ainsi que sur le fardeau, et la qualité de vie.</p>	Patients déments vivants au domicile	Aidants familiaux depuis plus de 6 mois	AMSTAR 36/44 PRISMA 23/27	2 chercheurs

					<i>l'aménagement face aux réactions de stress...</i>					
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les programmes multi-interventionnels (comme REACH, NYU-ADRC) ont une efficacité sur l'amélioration de la dépression chez les aidants de personnes démentes, vivants à domicile. 10 études montrent une différence significative sur la dépression, et 4 non significatives (peut être lié au faible nombre de participants). 									
Impact of a Community Based Implementation of REACH II Program for Caregivers of Alzheimer's Patients	Kristine Lykens et al.	2014	1 janvier 2011 au 30 juin 2012	USA (Texas)	Étude longitudinale : questionnaires (analyse supplémentaire d'un essai clinique randomisé REACH II) de 177 aidants dans le Nord du Texas, ayant participé à l'étude REACH II.	Objectif : mesurer l'impact d'une intervention comme REACH II sur la qualité de vie et la santé mentale des aidants de personnes démentes au TEXAS.	Patients dément s vivants au domicile	177 aidants familiaux.	STROBE 15/22	Professeur d'Université de Sciences sociales
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration significative de la dépression et du fardeau en post intervention REACH II. Résultats à nuancer du fait de la faible méthodologie de l'analyse intermédiaire, mais cohérents avec ceux retrouvés dans l'essai randomisé contrôlé multisite REACH II. 									
The Effect of Psychosocial Support Intervention on Depression in Patients with Dementia and Their Family Caregivers : An Assessor-Blinded Randomized Controlled Trial	Froydis Kristine Bruvik et al.	2013	2009-2012	Norvège	Essai clinique randomisé contrôlé en aveugle : Conseils 5 séances au cours des 3 premiers mois, d'une heure, identifiant les besoins des familles (" <i>problem-solving method</i> ") dont une session sans l'aidé, éducation thérapeutique (séminaire et livret) et 6 sessions en groupe de 2h (2 fois par mois) en séparant aidants et aidés + une session "booster" à la fin des 12 mois. Contrôle : information des services disponibles dans leur autorité et étaient libres de rechercher un traitement et un	Objectif : décrire comment une intervention par multi composante peut réduire les symptômes dépressifs (GDS), à long terme sur 12 mois, chez les aidants et le malade.	Patients dément s vivants au domicile	230 couples aidants-aidés.	CONSORT 22/25	Équipe pluridisciplinaire : infirmières, docteurs, psychologues, assistants sociaux.

					soutien en plus de tout soin continu.					
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de résultat statistiquement significatif sur l'amélioration de la dépression, vs groupe contrôle, que ce soit en post intervention ou à 12 mois de suivi. 									
Reappraising the Efficacy and Acceptability of Multicomponent Interventions for Caregiver Depression in Dementia: The Utility of Network Meta-Analysis	Tau Ming Liew et al.	2018	Inclusion d'articles de 2005 à 2014.	Singa pour	<p>Méta analyse en réseau d'une revue de la littérature et d'une méta analyse de cette revue (Weinbrecht, Rieckmann, Renneberg 2016 et Ying, Yap, Gandhi et Liew en 2017) regroupant 33 articles. Une première méta analyse de la revue a retrouvé 3 points clés sur les interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Répondre aux besoins des aidés (CN)</u> : <i>aménagement de l'environnement, aides sociales, accès aux ressources et aux aides, coordination des aides, utilisation des médicaments.</i> - <u>Répondre aux besoins des aidants (CC)</u> : <i>éducation thérapeutique, aides à la communication entre les aidés et les aidants, aménagement du quotidien, méthodes de gestion du stress, psychoéducation, mise en place d'un planning...</i> - <u>Gestion du stress, de la dépression de l'aidant (ES)</u> : <i>groupe de support, psychothérapie.</i> 	<p>Objectif : évaluer l'efficacité des interventions sur la dépression et l'acceptabilité par les aidants.</p>	Patients dément s vivants au domicile	Aidants familiaux	PRISM A 21/27 AMSTAR 32/44	?
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration modeste des programmes d'interventions sur les 33 articles. • Seules les combinaisons, CC + CN et CN + CC + ES seraient efficaces et acceptables. • L'ajout du soutien émotionnel diminue l'efficacité et l'acceptabilité. 									

	<ul style="list-style-type: none"> • La combinaison CC et CN serait suffisante et assez efficace sur les symptômes dépressifs, sans rajouter de psychothérapie. Les interventions de psychothérapie sont plutôt à proposer au cas par cas. 									
A novel two-day intervention reduces stress in caregivers of person with dementia	Kelsey N. Spalding-Wilsona,1 et al.	2018	Recrutement : 11/2014 au 12/2016	USA	<p>Essai randomisé avec intervenant en aveugle : 2 jours d'intervention (7 sessions pour le groupe intervention (pleine conscience, techniques d'aménagement) et 5 pour le groupe contrôle). Évaluation à M1 M3 et M6. Étude à multicomposantes incluant une thérapie de pleine conscience et des méthodes d'aménagement du quotidien pour les aidants, d'aide à la communication avec les aidés, etc.</p>	<p>Objectif : Impact d'une intervention sur 2 jours ("<i>Meeting Alzheimer's : Effective Communication Connection and Care-Experiential Dementia Training</i>") sur les symptômes dépressifs (Beck Depression Inventory-II) de l'aidant, le stress (Perceveid Stress Scale), l'anxiété, la sensation de fardeau (Caregiver Burden Inventory).</p>	Patients déments vivants au domicile	94 aidants	CONSORT 16/25	?
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats significatifs uniquement sur la réduction du stress, de l'intervention comparé au groupe contrôle, mais pas sur l'amélioration des symptômes dépressifs à 6 mois. 									
Clinical effectiveness of the START (STrategies for RelaTives) psychological intervention for family carers and the effects on the cost of care for people with dementia: 6-year follow-up of a randomised controlled trial.	Gill Livingston et al.	2019	Recrutement novembre 2009 à juin 2011. 6 ans de suivi : dernier suivi en Avril 2017.	Anglet erre	<p>Essai randomisé de supériorité en groupe parallèle en simple aveugle de 2009 à 2011 puis 6 ans de suivi. START (<i>8 sessions délivrées par un psychologue : stratégies de communication, adaptation aux problèmes, aménagement, accessibilité aux aides, augmentation des moments de plaisir, relaxation et adaptation d'un plan d'aide</i>) vs TAU (<i>treatment as usual : interventions médicales, psychologiques, sociales, éducation thérapeutique</i>). Évaluation de l'HADS à M4, M8, M12, M24 puis tous les 6 mois.</p>	<p>Objectif : déterminer l'efficacité à long terme de START sur les symptômes dépressifs de l'aidant (HADS).</p>	Patients déments vivants au domicile	260 aidants familiaux	CONSORT : 23/25	Psychologues, infirmières

Résultats	<ul style="list-style-type: none">• L'intervention START permet une amélioration clinique mais faiblement significative, sur la dépression et cela même à 6 ans de l'intervention.
------------------	--

Nos recherches ont permis de cibler 8 articles étudiant l'efficacité de programmes à multicomposantes sur l'amélioration des symptômes dépressifs des aidants (3 essais randomisés, 3 études longitudinales et 2 revues de la littérature).

On retrouve 3 articles américains et une étude anglaise sur des programmes nationaux : REACH II, NYU-ADRC, START. Parmi les priorités de recherches fédérales américaines sur la maladie d'Alzheimer figurent "l'identification et le développement de meilleures façons de soutenir les aidants [...], pour prendre en compte les exigences de l'accompagnement au quotidien, le changement des rôles familiaux et la difficile décision de l'entrée en établissement" (23).

- Le programme NYU-ADRC est un programme de télésanté pour le conseil à distance et la formation des aidants.
- Le programme REACH II est un essai randomisé contrôlé sur une intervention psychosociale multi site, multi-ethnique (24). Il dure 6 mois et propose 12 sessions, 6 téléphoniques et 6 en groupe de soutien.
- Le programme START est une intervention par multicomposantes pour les aidants familiaux, délivrée par des psychologues agréés.

Les 4 études (24), (25), (26), (27) retrouvent des résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration des symptômes dépressifs. L'étude sur le protocole START montre une amélioration significative maintenue à long terme (utilisation des méthodes enseignées des années après l'intervention).

Nous avons inclus une étude grecque sur une intervention par multicomposantes (28) incluant des séances de psychoéducation et une prise en charge des symptômes neuropsychiatriques. Elle montre son efficacité sur les symptômes dépressifs des aidants. La prise en charge des symptômes neuropsychiatriques permet une diminution significative de la détresse associée à ces symptômes. Les interventions à multicomposantes à domicile permettent un aménagement de l'environnement ainsi qu'une aide financière. Elles ont pour objectif d'éviter les institutionnalisations.

Un essai randomisé (30) étudie une intervention par BFT. Cette méthode se base sur des exercices de réévaluation positive de situations difficiles et les intègre dans un programme psychoéducatif (31). Elle a pour objectif de cibler les aspects positifs du rôle d'aidant. Dans cet essai, la BFT est associée à une méthode par

conseils, et des groupes de soutien. Elle ne retrouve pas de résultat statistiquement significatif de cette méthode, probablement lié à un biais de recrutement (aidants peu déprimés) et un défaut d'observance. Les aidants se retrouvent en difficulté face à cette méthode nécessitant un changement de leur vision du soin et de l'aide.

Une méta analyse en réseau (32) a mis en évidence 3 points clés retrouvés dans les interventions : répondre aux besoins des aidés, répondre aux besoins des aidants et la gestion du stress et de la dépression de l'aidant. Elle conclut que les interventions répondant aux besoins des aidants et des aidés sont suffisamment efficaces, sans inclure de psychoéducation. Il est plus adapté de proposer une prise en charge basée sur les aménagements de l'environnement et les aides sociales. Ces résultats sont discordants avec ceux retrouvés dans d'autres études (29).

Une étude américaine (33) basée sur une intervention de 2 jours n'a pas trouvé de résultats significatifs sur l'amélioration des symptômes dépressifs. Ces résultats peuvent être expliqués par la difficulté liée à l'évolution de la maladie. Elle met en valeur l'importance de l'inclusion de thérapie par l'acceptation (ACT) dans les interventions à multicomposantes. On retrouve une amélioration significative du niveau de stress de l'aidant, permettant de limiter l'entrée dans une dépression.

Les interventions à multicomposantes sont efficaces sur les symptômes dépressifs et anxieux. Les plans nationaux se basent sur ce type d'intervention pour privilégier les prises en charge globales.

3. Psychoéducation et psychothérapie

Tableau 7 : résultats des articles psychoéducation et psychothérapie

Titre	Auteur principal	Année de publication	Année de réalisation	Pays	Méthodologie	Objectif principal	Population dément	Population aidant	Grilles de qualité	Intervention
A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP)	Raeanne C. Moore et al.	2013	?	USA	Essai randomisé contrôlé en aveugle : 4 sessions de thérapie d'activation comportementale d'une heure à la maison, puis 2 semaines de sessions téléphoniques vs une intervention classique (TAU) avec de l'éducation thérapeutique, aménagement, aides sociales et financières... Interventions sur 6 semaines puis 1 an de suivi.	Objectif primaire : Étude de la prise en charge par thérapie d'activation comportementale (BAT) des aidants permettant de réduire les symptômes dépressifs (CESD) et la réduction de biomarqueurs de l'inflammation.	Patients déments vivants au domicile.	100 aidants familiaux.	CONSORT : 21/25	Psychothérapeutes
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Différence significative entre les 2 groupes en fin de l'intervention, mais pas de différence significative à 1 an du suivi. • Les futures études pourraient inclure des sessions téléphoniques régulières en post intervention pour maintenir un accompagnement. 									
Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers With Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial	Andrés losada et al.	2015	?	Espagne	Essai clinique randomisé contrôlé en aveugle comparant 2 thérapies , une utilisant une TCC et l'autre utilisant l'ACT. 8 sessions de 90 minutes pendant 2 mois. <u>Intervention du groupe contrôle</u> : 2 heures avec un livre et une éducation thérapeutique sur la démence. Pas de prise en charge spécifique. Suivi et prise des mesures à 6 mois post intervention.	Objectif primaire : mesurer l'efficacité d'une thérapie par TCC et par ACT vs groupe contrôle sur les symptômes dépressifs (CES-D) d'aidants familiaux.	Personnes démentes vivants au domicile.	135 aidants (avec symptômes dépressifs)	CONSORT : 20/25	Psychologues

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● TCC : amélioration statistiquement significative vs le groupe contrôle pour les symptômes dépressifs, maintenus à long terme. ● ACT : amélioration statistiquement significative vs le groupe contrôle pour les symptômes dépressifs en post-intervention mais pas à distance (6 mois). Des sessions supplémentaires sont nécessaires pour maintenir un effet à long terme. ● A long terme, ces améliorations semblent plus modérées. ● Il semblerait que la thérapie par TCC donnerait des résultats qui dureraient plus longtemps que l'ACT. ● La thérapie par ACT est plus complexe à mettre en place. 									
<p>Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of People With Dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic review.</p>	<p>Frias CE et al.</p>	<p>2020</p>	<p>2017-2018</p>	<p>Espagne</p>	<p>Revue systématique de la littérature sur des essais randomisés contrôlés datant de 2005 à 2018. <u>2 types d'interventions</u> : basée sur la technologie avec des sessions par téléphone ("Technology-based Interventions") mais aussi l'utilisation d'une application et une thérapie de groupe ("Group-based Interventions"). <i>Total : 18 essais randomisés, 7 sur des programmes basés sur la technologie et 11 sur des groupes de soutien.</i></p>	<p>Objectif : évaluer l'efficacité de la psychoéducation sur le fardeau (ZARIT), et les symptômes anxiodépressifs (CESD) des aidants.</p>	<p>Personnes démentes vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux</p>	<p>AMSTAR 34/44, PRISMA 25/27</p>	<p>Infirmières</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Technologies : programmes "faciles" d'utilisation et accessibles depuis la maison, et permettent une amélioration des symptômes dépressifs vs groupe contrôle. ● Groupe de soutien : permet une amélioration de la dépression, surtout quand on y retrouve un suivi. ● Les programmes de psychoéducation, que ce soit en présentiel ou en distanciel, ont montré une efficacité sur l'amélioration des symptômes anxiodépressifs. Cette amélioration dépend de la situation de l'aidant. 									

Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial.	Garand L et al.	2013	Années de recrutement entre 2007-2010	USA	<p>Essai clinique randomisé contrôlé : Groupe interventionnel : 2 phases de traitement, la première correspond à 6 sessions, 1 toutes les 2 semaines, pendant 1h30 puis 2ème phase avec des contacts téléphoniques toutes les 2 semaines (3x45 minutes).</p> <p>Groupe contrôle : même nombre de sessions mais éducation thérapeutique sur la nutrition et rôle de l'aidant. Mesures à 1 mois post intervention puis à 3, 6 et 12 mois.</p>	<p>Objectif : prouver qu'une intervention basée sur la "problem-solving therapy" permet une amélioration des symptômes anxiodépressifs (CESD) chez les aidants de personnes démentes au domicile, comparé à un groupe contrôle.</p>	Personnes démentes (légère à modérée) vivants au domicile,	Aidants familiaux "nouveaux" (73)	CONSORT 19/25	Assistants sociaux
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative des symptômes dépressifs dans le groupe pris en charge par PST, par rapport au groupe contrôle. 									
Effects of the TCARE® intervention on caregiver burden and depressive symptoms: preliminary findings from a randomized controlled study.	Montgomery RJV et al.	2011	?	USA	<p>Essai clinique randomisé contrôlé TCARE : aide à la gestion du fardeau, relation avec l'aidé, le stress, et ses conséquences comme la dépression. Transmission des informations concernant les ressources disponibles, et création d'un plan d'aide personnalisé avec un suivi. On retrouve un algorithme permettant une personnalisation de la prise en charge.</p>	<p>Objectif : évaluer les effets d'un programme TCARE (<i>Tailored Caregiver Assessment and Referral</i>) sur les symptômes anxio-dépressifs (CESD) et le fardeau des aidants familiaux de personnes démentes à domicile.</p>	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux (266).	CONSORT 16/25	Assistants sociaux
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats statistiquement significatifs sur la diminution de la dépression dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle, après 9 mois de suivi. • Amélioration de la compliance et de l'acceptation aux soins par la personnalisation des prises en charge. 									

<p>Psychosocial Interventions for Family Carers of People With Dementia : A Systematic Review and Meta-Analysis.</p>	<p>Aine Teahan et al.</p>	<p>2020</p>	<p>Essais inclus datant de 2006 à 2016</p>	<p>Irlande</p>	<p>Méta analyse de 22 essais randomisés contrôlés avec 4 types de programmes : multicomposant, psychoéducation, basé sur le "conseil", et des programmes de médecine alternative.</p>	<p>Objectif : faire la synthèse des connaissances sur l'efficacité des interventions psychosociales proposées aux aidants sur les symptômes anxiodépressifs, le fardeau, la qualité de vie.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux.</p>	<p>PRISMA 22/27 AMSTAR 33/44</p>	<p>Assis-tants sociaux, infirmiers, médecins, psychologues.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention par psychoéducation aurait un impact cliniquement significatif sur l'amélioration des symptômes anxiodépressifs. • La psychoéducation est bénéfique dans l'amélioration du fardeau alors qu'un programme par multicomposantes ou médecines alternatives (thérapie par pleine conscience, "polarity therapy"...) auraient plus d'efficacité sur l'amélioration de la dépression. 									
<p>Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review.</p>	<p>Henrik Wiegelman et al.</p>	<p>2021</p>	<p>2018. Essais inclus de 2009 à 2018.</p>	<p>Allemagne</p>	<p>Revue systématique de la littérature sur 48 essais randomisés : psychoéducation (20), conseils (8), TCC (7), activité physique (9) et loisir, interventions par support social (2). Sur 48 essais gardés, 24 avaient comme mesure principale la dépression (CESD).</p>	<p>Objectif : mesurer l'efficacité des interventions sur la santé mentale (fardeau, dépression, qualité de vie) des aidants de personnes démentes vivants au domicile.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux.</p>	<p>PRISMA 22/27, AMSTAR 33/44</p>	<p>Assis-tants sociaux</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoéducation : 4/11 ont trouvé une amélioration statistiquement significative de la dépression. • Loisirs et les activités : pas d'amélioration significative de la dépression sur les 3 études mesurant la dépression. • Conseils : 1/4 a retrouvé une amélioration statistiquement significative sur la dépression. • TCC : 4/6 ont trouvé une amélioration significative de la dépression. L'intervention par TCC serait la plus efficace sur l'amélioration de la dépression. • Il n'y avait pas d'étude utilisant comme mesure principale la dépression, et étudiant la prise en charge par les supports sociaux. • Cette revue de la littérature met en évidence une baisse de l'amélioration de l'état dépressif à distance de l'intervention (> 6 mois). 									

	<ul style="list-style-type: none"> Les approches qui sont personnalisées sont souvent plus efficaces. 									
The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers.	Yuqin Pan, Ruyi Chen et al.	2019	2016-2017	Chine	<p>Essai randomisé contrôlé : <u>Intervention par TCC :</u> durée de 5 mois, 1 session/mois de 1h, en face à face, suivi par des sessions individuelles de 20 à 30 minutes par téléphone.</p> <p><u>Groupe contrôle :</u> conversations avec des infirmières 5 fois par mois, de 10 minutes. Suivi dans le temps jusqu'à 2 mois post intervention.</p>	<p>Objectif : évaluer l'effet d'une TCC par des infirmières sur les symptômes dépressifs (CESD) des aidants familiaux de personnes démentes en Chine.</p>	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux avec symptômes dépressifs légers à modérés (112).	CONSORT 19/25	Infirmières.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Résultat statistiquement significatif sur l'amélioration de la dépression, vs groupe contrôle, d'une intervention par TCC gérée par des infirmières. 									
Which interventions work for dementia family carers ? : an updated systematic review of randomized controlled trials of carers interventions.	Naoko Kishita et al.	2018	2016-2017 (études incluses de 2006-2016).	Angleterre	<p>Méta analyse sur 30 essais randomisés contrôlés : interventions par TCC (15) ou psychoéducation (15). Au total, 22 études avaient la dépression comme mesure principale : 8/16 sur la psychoéducation et 14/15 sur les TCC.</p>	<p>Objectif : évaluation de l'efficacité des interventions par psychoéducation et TCC sur la dépression, l'anxiété, le fardeau et la qualité de vie des aidants.</p>	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux.	PRISMA 20/27 AMSTAR 35/44	?
Résultats	<p>On retrouve 2 catégories d'interventions sur les 30 études inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychoéducation : les résultats retrouvés sont non significatifs pour l'amélioration de la dépression. TCC : amélioration statistiquement significative sur les symptômes anxiodépressifs. Elle suggère que l'ACT peut être une issue plus efficace sur les aidants avec un fort niveau d'anxiété. Pas de différence significative entre une TCC menée en distanciel ou en présentiel. 									

<p>Long-Term Outcomes of the Benefit-Finding Group Intervention for Alzheimer Family Caregivers: A Cluster-Randomized Double-Blind Controlled Trial</p>	<p>Sheung-Tak Cheng et al.</p>	<p>2019</p>	<p>?</p>	<p>Chine</p>	<p>Essai clinique randomisé en double aveugle : avec un groupe d'aidants dans le programme BFT (<i>STD PE avec une composante psychothérapeutique : exercices de réévaluation positive, vidéos sur la BFT, scénarios, journal personnel, support de groupes</i>) vs 2 groupes contrôles (<i>SIM PE : éducation thérapeutique simplifiée, et l'éducation standard STD PE avec une mise en pratique de ce qui a été appris dans la SIM PE</i>), 1 session/semaine pendant 8 semaines (session de 2h).</p>	<p>Objectif primaire : mesure de la dépression (Hamilton) en post intervention, à 4 mois et 10 mois d'une intervention basée sur la BFT.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile</p>	<p>129 aidants</p>	<p>CONSORT 18/25</p>	<p>Psychologues</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La BFT est supérieure par rapport aux deux groupes contrôles sur la réduction de la dépression. • Ces résultats montrent que les programmes d'intervention pour les aidants doivent inclure une partie psychothérapeutique pour pouvoir être efficaces sur le long terme. 									
<p>Benefit-Finding Intervention Delivered Individually to Alzheimer Family Caregivers: Longer-Term Outcomes of a Randomized Double-Blind Controlled Trial</p>	<p>Shueng-Tak Cheng et al.</p>	<p>2019</p>	<p>?</p>	<p>Chine</p>	<p>Essai randomisé avec double contrôle et en double aveugle : vs 2 groupes contrôles (psychoéducation standard sans méthode avec PAC (<i>positive aspects of caregiving</i>) et méthode simplifiée de psychoéducation). 1 session de 3 heures toutes les 2 semaines + vidéos disponibles + journal tenu par les aidants permettant une partie qualitative (pour la méthode BFT).</p>	<p>Objectif primaire : Étude de l'impact à court (fin d'intervention) et long terme (4 et 10 mois) sur les symptômes dépressifs (Hamilton) des aidants, d'une intervention par BFT (Benefit-Findings Intervention).</p>	<p>Patients déments vivants à domicile</p>	<p>96 aidants randomisés dans les 3 groupes</p>	<p>CONSORT 19/25</p>	<p>Psychologues</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats statistiquement significatifs et montrent une efficacité plus importante de l'amélioration de la dépression avec la BFT vs les 2 groupes contrôles, mais cette différence est plus faible avec le temps. 									

Nos recherches ont permis de cibler 11 articles étudiant l'efficacité de la psychoéducation sur l'amélioration des symptômes dépressifs des aidants (7 essais randomisés, 4 revues de la littérature).

Sur les 4 revues incluses, 3 portent sur différentes stratégies de prise en charge. La psychoéducation peut être proposée par des groupes de soutien ou via les nouvelles technologies, sans que l'on retrouve une supériorité d'une technique par rapport à l'autre (37). Elle permet une amélioration cliniquement significative des symptômes dépressifs (34) mais cette affirmation est à nuancer. Les résultats sont discordants. Une revue conclut à une absence d'efficacité sur les symptômes dépressifs (35). Une autre (36) conclut en une amélioration que dans 4 essais sur les 11 inclus portant sur la psychoéducation. Les programmes à multicomposantes sont plus efficaces sur les symptômes dépressifs.

La prise en charge par les loisirs et par "conseils" n'ont pas montré d'amélioration des symptômes dépressifs (36).

Sur les 7 essais randomisés inclus, 3 portent sur les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies d'activation comportementale (38) (39) (40).

Pour les deux types de techniques, on retrouve une amélioration significative des symptômes dépressifs (38). Seule la TCC permet une amélioration à long terme (38) (39). L'ACT est facile à mettre en place, avec une formation rapide des professionnels. L'adhésion par les malades est plus complexe que pour une TCC classique.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont considérées comme les techniques les plus efficaces sur les symptômes anxiodépressifs (36). L'ACT, technique basée sur les méthodes de TCC, est adaptée aux aidants soumis à un fort niveau de stress (37). Elle propose une prise en charge par l'acceptation des émotions négatives. La TCC peut être proposée en distanciel ou en présentiel sans que l'on retrouve une supériorité d'une technique par rapport à l'autre (35).

Nous avons inclus un essai clinique qui porte sur le programme d'aide TCARE (41). Il se base sur un questionnaire pour les aidants, permettant de créer une prise en charge personnalisée. Le but est de cibler les besoins de l'aidant. Cela permet une amélioration de la compliance et l'acceptation aux soins. L'essai

retrouve des résultats statistiquement significatifs. Il est important d'adapter les interventions proposées aux caractéristiques de l'aidant (pas d'interventions digitales chez des personnes âgées ne sachant pas utiliser ces méthodes, adaptation à un emploi du temps d'un aidant qui travaille...) (38).

Deux essais randomisés (29), (30) traitent d'une méthode de psychoéducation par BFT. Cette psychoéducation travaille sur le côté positif du soin et du rôle d'aidant. Ils retrouvent des résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration des symptômes dépressifs, comparés à des groupes contrôles. Ces résultats sont maintenus à 10 mois de suivi (29). La BFT est accessible, faisable en ville, et peu coûteuse. La psychoéducation par BFT demande une adaptation des mentalités et un aménagement du quotidien, certains aidants n'y adhèrent pas (30).

Le dernier essai (55) porte sur une prise en charge par "résolution des problèmes". Il retrouve des résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration de l'état dépressif. Il met en évidence l'importance de prendre en charge de façon précoce ces troubles. Plus l'intervention arrive tôt après le diagnostic (< 6 mois), plus elle sera efficace.

Les méthodes de psychothérapie sont efficaces, mais le maintien à long terme nécessite des séances de rappel. Une prise en charge personnalisée est à privilégier.

4. Interventions par téléphone

Tableau 8 : résultats des articles interventions par téléphone

Titre	Auteur principal	Année de publication	Année de réalisation	Pays	Méthodologie	Objectif principal	Population dément	Population aidant	Grilles de qualité	Intervention
Living With Dementia: Care Partner Needs and Outcomes of a Dementia Support Program in Primary Care	Hannah Schara et al.	2022	Septembre 2018 à Mai 2021	USA	<p>Étude longitudinale : LWD (<i>Living With Dementia</i>), programme basé sur des visites à domicile et des contacts téléphoniques (<i>Care Ecosystem model</i>) aux aidants directement à leur domicile, un programme en ligne incluant différentes sessions de formation, psychologie, aménagement, et sur un livret d'information du programme REACH... Appel tous les mois, suivi entre 6 mois et 20 mois. Problématique du COVID : pas de visite à domicile incluent initialement dans le protocole.</p>	<p>Objectif : Décrire le programme "Vivre avec la démence" (LWD) et évaluer son efficacité sur le fardeau (Zarit), la dépression (PHQ4) et la sensation d'efficacité personnelle (Care Ecosystem Caregiver Self-Efficacy Scale) en médecine de ville.</p>	Patients déments vivants au domicile	57 Aidants familiaux au domicile	STROBE : 16/22	Équipe pluridisciplinaire : médecins, pharmaciens, psychologues, assistants sociaux.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ● Différence significative retrouvée pour les 2 groupes (long et court suivi) sur la sensation d'efficacité personnelle. ● Pas de différence significative sur la dépression et le fardeau, avec une stabilisation de l'état. ● Le fait d'augmenter la sensation d'efficacité personnelle pourrait permettre de réduire le risque de dépression et d'anxiété. 									

<p>Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention.</p>	<p>Wilz G et al.</p>	<p>2016</p>	<p>Recrutement 2008-2010</p>	<p>Allemagne</p>	<p>Etude randomisée contrôlée : <u>Intervention TeleTAnDem</u> : 7 sessions de 1h, étalées sur 3 mois, basée sur une TCC ("problem-solving therapy", isolement, savoir utiliser les supports, réduction du stress, régulation des émotions, renforcement positif et ACT). <u>Groupe contrôle</u> : informations d'éducation thérapeutique sur la démence et le rôle d'aidant et adresses de centre d'aide (disponibles pour les 2 groupes).</p>	<p>Objectif : évaluer à long terme (2 ans) l'efficacité d'une intervention par téléphone (TeleTAnDem) comparée à un groupe contrôle sur les symptômes anxiodépressifs (CESD).</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux (105)</p>	<p>CONSORT 17/25.</p>	<p>Psychologues.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de résultat significatif sur l'amélioration de la dépression, la santé des aidants et la qualité de vie à 2 ans post intervention. 									
<p>Can brief telephone interventions reduce caregiver burden and depression in caregivers of people with cognitive impairment? - long-term results of the German day-care study (RCT).</p>	<p>Donath C et al.</p>	<p>2019</p>	<p>2014-2017</p>	<p>Allemagne</p>	<p>Etude randomisée contrôlée : <u>DeTaMAKS</u> : intervention à multicomposantes, basée sur une intervention sur un jour de répit (pour les aidés : protocole MASK therapy), et prise en charge des aidants par téléphone (3 appels de 1h) avec des conseils. <u>Groupe contrôle</u> : jour de répit sans le protocole MASK ni les appels téléphoniques pour les aidants. Mesure à la fin des 6 mois puis à 6 mois post intervention.</p>	<p>Objectif : analyse de l'efficacité de l'intervention DeTaMAKS à long terme sur les symptômes dépressifs (WHO 5) et le fardeau des aidants.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux (359)</p>	<p>CONSORT 21/25</p>	<p>Non dit.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de résultat statistiquement significatif sur l'amélioration des symptômes dépressifs dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle, même en analyse intermédiaire sur le degré de la démence, que ce soit en fin d'intervention ou à 6 mois post intervention. • Dans le groupe contrôle on retrouve une augmentation des symptômes dépressifs alors qu'on retrouve une stabilisation dans le groupe intervention. 									

<p>Developing Volunteer-Assisted Behavioral Activation Teleprograms to Meet the Needs of Chinese Dementia Caregivers.</p>	<p>Au A et al.</p>	<p>2015</p>	<p>Non dit.</p>	<p>Chine</p>	<p>Étude randomisée contrôlée. 4 premières semaines : <i>mêmes sessions d'appel pour les 2 groupes avec de la discussion sur le stress, l'expérience, de l'éducation thérapeutique sur l'aide et l'aidé. Puis 8 appels bi hebdomadaires pendant 3 mois avec pour le groupe contrôle une psychoéducation classique (PsyEDOnly) et pour le groupe intervention une psychoéducation (PsyED-BA) basée sur l'activation comportementale du programme Coping With Caregiving.</i> <u>Mesures à 3 temps</u> : avant l'intervention, après les 4 premières semaines et une semaine après le dernier appel.</p>	<p>Objectif : mesurer l'efficacité d'une psychothérapie par téléphone basée sur l'activation comportementale sur le bien-être et les symptômes dépressifs (CESD) des aidants vs une psychoéducation classique.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux (93)</p>	<p>CONSOR T 17/25</p>	<p>3 étudiants (Hong Kong Polytechnic University) + 5 citoyens entre 55 et 60 ans.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration de la dépression de l'activation comportementale et psychoéducation comparée à une psychoéducation seule. • D'autant plus efficace si le temps passé en tant qu'aidant est long. 									
<p>Effectiveness of a telephone intervention based on motivational health coaching for improving the mental health of caregivers of people with dementia: a randomised controlled trial.</p>	<p>Sarabia-Cobo C et al.</p>	<p>2021</p>	<p>Non dit.</p>	<p>Espagne</p>	<p>Étude randomisée contrôlée. Plusieurs thèmes abordés pendant l'intervention ("<i>Partner in Balance</i>"). <i>Premier entretien en face à face permettant la personnalisation de l'intervention (choix de 4 thèmes). Suivi d'une période d'appels (20 minutes une fois par semaine sur une période d'un mois et demi) puis entretien final en présentiel.</i> Évaluation avant, pendant et à 3 mois de l'intervention.</p>	<p>Objectif : évaluer l'impact d'un programme basé sur l'entretien et le coaching motivationnel via téléphone sur les symptômes dépressifs des aidants (CESD), comparé à un groupe contrôle.</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux (106)</p>	<p>CONSOR T 17/25</p>	<p>Infirmières</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats statistiquement non significatifs de l'intervention sur la diminution de la dépression. 									

	<ul style="list-style-type: none"> Mais amélioration de la confiance en soi, persistante à 3 mois de suivi post intervention. 									
<p>Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial.</p>	Tremont G et al.	2015	2008-2012	USA	<p>Étude randomisée contrôlée.</p> <p>- <u>FITTC</u> (<i>Family Intervention Telephone Tracking - Caregiver</i>) : 16 contacts téléphoniques personnalisés sur 6 mois -> éducation thérapeutique, support émotionnel, services d'aide, renforcement positif, stratégies d'aide.</p> <p>- <u>Groupe contrôle</u> : écoute téléphonique, support, pas d'éducation thérapeutique ni de stratégies d'aide proposées. Intervention pendant 6 mois.</p>	<p>Objectif : évaluer l'efficacité d'un programme par téléphone (<i>FITTC</i>) vs groupe contrôle sur la réduction des symptômes dépressifs (CESD) et du fardeau chez les aidants.</p>	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux (250)	CONSORT 19/25.	Psychologues
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration des symptômes dépressifs en post intervention comparé à un groupe contrôle. 									
<p>Telephone-based behavioral activation intervention for dementia family caregivers: Outcomes and mediation effect of a randomized controlled trial.</p>	Au A et al.	2019	2015-2016	Chine	<p>Étude randomisée contrôlée en double aveugle :</p> <p><i>4 premières sessions équivalentes le premier mois (1 par semaine), puis 8 sessions de 20 min, espacées de 2 semaines.</i></p> <p><u>Groupe contrôle</u> : sessions de psychoéducation classique</p> <p><u>TBA</u> (<i>Telephone-based Behavioral Activation</i>) : sessions de psychoéducation par activation comportementale</p> <p>Mesure à la fin de l'intervention, puis 20 semaines après.</p>	<p>Objectif : évaluer les effets d'un programme de psychoéducation (activation comportementale) par téléphone (<i>TBA</i>) pour les aidants, sur les symptômes dépressifs (CESD) et le fardeau (ZARIT).</p>	Patients déments vivants au domicile.	Aidants familiaux (96)	CONSORT 23/25.	Psychologues et assistants sociaux.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> L'étude retrouve des résultats statistiquement significatifs de l'intervention par TBA, comparé à une psychoéducation classique, par téléphone, sur l'amélioration des symptômes dépressifs chez les aidants. 									

<p>The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia.</p>	<p>Wilz G et al.</p>	<p>2017</p>	<p>2015</p>	<p>Allemagne</p>	<p>Étude randomisée contrôlée. <i>Tele.TAnDem : programme personnalisé (utilisation de différentes techniques en fonction des besoins de l'aidant) de psychothérapie par téléphone.</i> <i>12 sessions de 50 minutes en 6 mois (1 session par semaine pendant 1 mois puis 1 toutes les deux semaines pendant 3 mois puis 1 par mois pendant 2 mois). Mesure en fin d'intervention et à 6 post interventions.</i> <u>Groupe contrôle : traitement usuel (accès aux ressources communautaires).</u></p>	<p>Objectif : évaluer l'efficacité de l'intervention Tele.TAnDem sur les symptômes dépressifs (CESD, Beck) et le fardeau comparé à un traitement usuel, en fin d'intervention et à long terme (6 mois).</p>	<p>Patients déments vivants au domicile.</p>	<p>Aidants familiaux (273)</p>	<p>CONSORT 22/25.</p>	<p>Psychologues.</p>
<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration des symptômes dépressifs à T1 (en fin d'intervention) ● Pas de différence retrouvée à T2 (6 mois après l'intervention) entre les 2 groupes. ● L'efficacité de l'intervention sur les symptômes dépressifs ne dure pas dans le temps du fait des changements dans la situation de la maladie. 									

Nos recherches ont permis de cibler 8 articles étudiant l'efficacité de différentes interventions via téléphone sur l'amélioration des symptômes dépressifs des aidants (essais cliniques randomisés contrôlés).

Quatre de ces essais ciblent des interventions par multicomposantes (42), (43), (44), (45). Sur ces 4 essais, un seul retrouve des résultats statistiquement significatifs, avec l'intervention personnalisée FITTC (45). Les 3 autres interventions montrent une stabilité de l'état dépressif en post-intervention, sans amélioration. Ces résultats peuvent s'expliquer par un temps d'intervention trop court. Du fait de l'avancée dans la maladie, les aidants nécessitent un accompagnement au long cours.

Les interventions par téléphone sont acceptées par les patients. Elles permettent un meilleur suivi et évitent les déplacements. Elles sont peu coûteuses et facilement accessibles.

Deux essais portent sur une intervention de psychothérapie par téléphone *TeleTAnDem* (46), (47). *TeleTAnDem* est basée sur une TCC, mais accompagnée d'autres méthodes comme la "problem-solving therapy". On retrouve des résultats statistiquement significatifs sur les symptômes dépressifs après 6 mois d'intervention, comprenant des sessions régulières (47). Cette efficacité n'est pas maintenue dans le temps, que ce soit à 6 mois post-intervention ou 2 ans (46). Il est indispensable de maintenir un suivi au long cours. Les situations des aidants évoluent avec la maladie (nouveaux conflits, nouveaux symptômes démentiels...), ce qui nécessite une adaptation des prises en charge proposées.

Deux essais traitent de psychothérapie par téléphone basée sur l'activation comportementale (BAT) (48), (49). Ils retrouvent des résultats statistiquement significatifs sur l'amélioration de la dépression, comparée à une psychoéducation classique. Cette thérapie permet un renforcement positif des émotions et de la perception du soin. Les aidés déclarent être plus enclins à demander de l'aide, et prennent conscience de leurs limites vis-à-vis des difficultés rencontrées.

Les prises en charge des aidants par téléphone sont possibles et efficaces sur les symptômes dépressifs. Elles nécessitent une personnalisation et un suivi dans le temps.

5. Réseaux sociaux

Tableau 9 : résultats des articles réseaux sociaux

Titre	Auteur principal	Année de publication	Année de réalisation	Pays	Méthodologie	Objectif principal	Population dement	Population aidant	Grilles de qualité	Intervention
Online support for family caregivers of people with dementia : a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies.	Ignone Etxeberria et al.	2020	2019	Espagne	Revue systématique de la littérature : 8 essais cliniques randomisés et 2 études quasi expérimentales. 8 études/10 avaient comme mesure principale la dépression.	Objectif : analyser l'efficacité d'un support en ligne sur la santé psychique des aidants.	Patients dément s vivants au domicile	Aidants familiaux (251).	PRISM A 23/27, AMSTAR 34/44	Chercheurs en psychologie.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultat statistiquement significatif sur l'ensemble des essais. • Les meilleurs programmes (selon l'étude et les recommandations de 2014) sont : Mastery over Dementia, DIAPASON, SCORE, UnderstandAID, ALADDIN. • Tous ces programmes sont à multicomposantes : psychoéducation, psychothérapie, forum, stratégies d'apprentissage aux soins. 									

Supporting Family Caregivers With Technology for Dementia Home Care: A Randomized Controlled Trial.	Kristine N. Williams et al.	2019	2018	USA	<p>Essai clinique randomisé contrôlé :</p> <p><u>Groupe intervention :</u> FamTechCare, application par internet où les aidants se connectent et envoient des vidéos de situations complexes. Les vidéos vues par un groupe pluriprofessionnel d'experts (plusieurs appels, toutes les semaines pendant 3 mois).</p> <p><u>Groupe contrôle :</u> la même chose, mais sans la révision par le groupe expert. Révision des vidéos et des situations après les 3 mois d'intervention.</p> <p>Évaluation en pré intervention, à 1 mois puis en post intervention.</p>	<p>Objectif : évaluer l'efficacité d'un programme par vidéo et téléphone (the FamTechCare") pour les aidants, sur la dépression (CESD), le fardeau, les troubles du sommeil, le sentiment de compétence, l'institutionnalisation et les réactions des aidants envers les symptômes psychocomportementaux.</p>	Patients dément s vivants au domicile	Aidants familiaux (84).	CONSO RT 23/25	Psychologues, infirmières, gériatres, travailleurs sociaux.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats cliniquement significatifs sur la diminution de la dépression comparé à un groupe contrôle (uniquement téléphone), surtout pour les aidants ruraux. Les aidants ont trouvé l'intervention utile, facile et acceptable. 									
Video-based coping skills to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers.	Virginia P. Williams et al.	2010	2007-2009	USA	<p>Essai clinique randomisé contrôlé : <u>The Williams LifeSkills Video en 10 modules d'entraînement des aidants (identifier et aménager le stress) + coachs par téléphone (1 fois par semaine pendant 5 semaines) avec format standardisé + workbook. Suivi pendant 6 mois post intervention (1ère visite en début d'intervention puis 7 semaines, 3 et 6 mois après).</u></p> <p><u>Groupe contrôle :</u> appel 1 fois par semaine pendant 5 semaines (2 coachs : apprendre des stratégies de réduction de stress).</p>	<p>Objectif : déterminer l'efficacité d'un programme par vidéo avec coaching sur la réduction des marqueurs psychiques (CESD) et biologiques de stress chez les aidants.</p>	Patients dément s vivants au domicile	Aidants familiaux (116).	CONSO RT 20/25	Docteurs en psychologie.

Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats statistiquement significatifs sur la réduction de la dépression dans le groupe "video-based coping skills" (VCS) par rapport au contrôle. • Bénéfices toujours présents après 6 mois post intervention. 									
<p style="text-align: center;">Web-Based Interventions to Improve Mental Health in Home Caregivers of People With Dementia: Meta-Analysis.</p>	Zhao Y et al.	2019	2018	Chine	<p>Revue systématique de la littérature : 6 essais randomisés contrôlés dont 4 utilisant la dépression comme objectif principal. Intervention multicomposantes ou composante unique (2). <i>Caregiver's Friend; Une iCare stress Management; STAR (European Skills Training and Reskilling); Mastery of dementia ; Diapason ; ALADDIN (A technology pLatform for the Assisted living of Dementia elDerly INdividuals and their carers).</i></p>	<p>Objectif : examiner les effets des interventions par internet sur la santé mentale des familles d'aidants et explorer les mécanismes.</p>	Patients déments vivants au domicile	Aidants familiaux.	PRISM A 23/27, AMSTAR R 36/44	Docteurs en psychologie.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats, statistiquement significatifs dans les 4 études, sur l'amélioration de la dépression après les interventions par internet. • L'impact clinique est faible. 									

Nos recherches ont permis de cibler 4 articles étudiant l'efficacité de différentes interventions via internet et les réseaux sociaux sur l'amélioration des symptômes dépressifs des aidants (2 essais cliniques randomisés contrôlés, 2 méta analyses).

Les deux méta analyses (50) (51) regroupent 16 études. La majorité traite d'interventions à multicomposantes. Les meilleurs programmes, selon les recommandations de 2014 sont Mastery of Dementia, DIAPASON, SCORE, UnderstandAID et ALADDIN. Tous ces programmes utilisent de la psychoéducation. Les résultats sont statistiquement significatifs sur l'amélioration de la dépression. Ils peuvent être proposés via différentes techniques de visionnage (télévision, téléphone, ordinateur, application...). Ils sont faciles d'utilisation et appréciés par les aidants. Les deux méta analyses concluent en la nécessité de personnaliser les interventions (statut de l'aidant, stade de la maladie, vie en zone urbaine ou rurale...). Aucune étude de supériorité d'un programme n'a encore été faite.

Un essai randomisé (52) traite du programme à multicomposantes *FamTechCare*, application par internet. Elle permet l'interaction des aidants avec une équipe pluriprofessionnelle via des vidéos. Les résultats de l'étude sont cliniquement significatifs sur l'amélioration de la dépression des aidants. L'utilisation de ce programme permet de limiter l'isolement des aidants vivants dans des zones rurales. Des variables peuvent modifier l'efficacité comme le statut marital de l'aidant, le niveau d'éducation, la vie en zone urbaine ou rurale, le stade de démence ou le temps d'aide. Cette étude insiste sur l'importance de la personnalisation des interventions.

Le dernier essai (53) étudie un programme par vidéo *The Williams LifeSkills Video*, utilisant la stratégie d'adaptation. Les résultats de l'étude sont statistiquement significatifs sur l'amélioration de la dépression, maintenue dans le temps. Elle met en évidence que le coaching par téléphone permet une personnalisation de la prise en charge.

L'utilisation des réseaux sociaux ou des applications est possible pour la prise en charge de la dépression des aidants. Ils permettent une personnalisation des suivis et du plan de soin.

Discussion

1. Discussion des résultats

a. Synthèse des résultats

L'objectif de notre travail est d'explorer les interventions non médicamenteuses récentes et leur efficacité sur la prise en charge de la dépression de l'aidant familial de personne âgée démente au domicile, via une revue de la littérature. Nous avons analysé 34 articles dont 11 revues de la littérature, 20 essais cliniques randomisés, 3 études longitudinales.

L'analyse de ces articles met en lumière l'existence d'une multitude d'interventions dédiées aux aidants. Elles ont toutes une efficacité différente sur les symptômes dépressifs. Les plus performantes sont les interventions à multicomposantes. On y retrouve de la psychoéducation, des séances de psychothérapie par différentes techniques, l'apport d'aides sociales, une prise en charge de l'aidé, la proposition de jours de répit...

Quel que soit les outils utilisés, le programme proposé doit être personnalisé avec un suivi à long cours pour avoir une efficacité significative.

b. Discussion

La dépression chez l'aidant est un problème de santé publique mondial. Sur 34 articles, on retrouve 10 études Américaines, 9 Asiatiques, 14 Européennes et une Australienne. Notre étude met en évidence l'engouement de la communauté médicale autour de la prise en charge de l'aidant, ainsi que son importance.

En France, depuis 2010, le 6 octobre est devenu "la journée nationale de l'aidant" (6). Cette journée mise en place par le gouvernement donne de la visibilité aux aidants français.

La majorité des patients atteints de démence vivent chez eux. Leurs proches deviennent des aidants (28). La prévalence de la dépression est élevée chez cette partie de la population, ce qui suggère la nécessité de prise en charge efficace. Prendre soin d'une personne démente est un engagement à long terme provoquant un stress chronique (32). Des études ont montré l'augmentation du risque dépressif, de troubles du sommeil mais également une augmentation du risque cardiovasculaire (53).

S'occuper d'une personne démente est considéré comme le plus difficile des rôles d'aidants, avec une nécessité d'adaptation constante (20). On retrouve un impact lié au côté incurable de la maladie. Voir son proche perdre progressivement la mémoire et son autonomie participe à l'anxiété liée au rôle d'aide (33). Le manque de connaissance et de compréhension de la maladie est une des causes du syndrome dépressif (51).

Nous avons décidé de séparer notre thèse en 5 thèmes différents en fonction des interventions étudiées.

Les études portant sur la méditation comme prise en charge de la dépression retrouvent une amélioration significative. La méditation utilise la pleine conscience et la concentration. Ces deux techniques permettent une meilleure gestion des émotions. Les études montrent une bonne acceptabilité par les patients, ainsi qu'un coût limité (21). Il est important de promouvoir ce type de techniques (21), peu connues par la population. En cabinet de médecine générale, lorsque l'on propose des prises en charge par des méthodes de méditation, nous sommes confrontés à une réticence de la part des patients. Les études sont peu nombreuses et de basse qualité méthodologique (peu de participants) avec une forte hétérogénéité (20).

Les programmes à multi composante sont nombreux et nationaux. On retrouve REACH, NYU-ADRC aux USA et START en Angleterre. Dans notre revue, nous avons inclus des essais cliniques randomisés contrôlés de bonne qualité méthodologique. Ce sont les interventions les plus efficaces (34), bien que les plus coûteuses. Elles correspondent à des prises en charge globales, pluri professionnelles et centrées patient. Elles combinent plusieurs techniques : la psychothérapie (psychoéducation, ACT, TCC, méditation, ect), les aides sociales, la prise en charge de l'aidé, l'éducation thérapeutique...

Les études inclus traitent de programmes en présentiel ou en distanciel. On ne retrouve pas de supériorité d'une méthode par rapport à une autre. Les méthodes en distanciel permettent d'inclure une population plus large (37) (aidants en zone rurale, aidants avec contraintes professionnelles...) mais sont parfois inadaptées pour des patients moins habitués aux nouvelles technologies (36).

Des auteurs abordent la nécessité de la prise en charge de l'aidé aussi bien que de l'aidant pour être efficace sur la dépression de ce dernier (32). Des études montrent un impact important des symptômes neuropsychiatriques de la démence sur l'état psychologique de l'aidant (28). Ces symptômes augmentent l'épuisement et participent au risque d'institutionnalisation. Ils augmentent les coûts liés aux soins.

Il semble indispensable de créer des plans nationaux incluant des prises en charge des aidants. Les programmes à multi composante sont adaptés à la prise en charge globale. L'aménagement de l'environnement et l'apport d'aides sociales doivent faire partie intégrante. Ces programmes ne sont encore accessibles que dans des centres spécialisés. Ils nécessitent un financement important et mobilise un grand nombre de professionnels.

Nous retrouvons un débat sur la place de la psychothérapie dans les programmes à multi composante. Une étude remet en question son inclusion systématique (32). Ces propositions doivent être adaptées selon la situation de l'aidant. Comme pour la méditation, nous sommes confrontés à une réticence à ce type de prise en charge par certains patients. Ils n'y trouvent pas d'utilité. Dans notre revue, les articles portant sur la psychothérapie retrouvent une amélioration significative de la dépression.

La psychothérapie par TCC est la méthode la plus évaluée. Elle a prouvé son efficacité sur les symptômes dépressifs. Les aidants se sentent accompagnés dans ce type de prise en charge. Elle peut être proposée par différents soignants formés en TCC (40). Les médecins ne sont pas les seuls intervenants possibles. Du fait de la conjoncture actuelle de pénurie de médecins, il est intéressant de pouvoir proposer des prises en charge utilisant différents professionnels. Il existe d'autres psychothérapies comme l'ACT, ayant un fort retentissement sur les troubles anxieux (35). Une étude conclut en la nécessité de psychothérapie pour maintenir les effets des programmes à long terme (29). Elle est à proposer en fonction de la personnalité et des besoins de notre patient.

L'Organisation Mondiale de la Santé en 2012 prône la psychoéducation dans la prise en charge précoce de l'aidant (34).

La période du COVID a permis le développement de techniques en distanciel (36). Elles sont acceptables et accessibles. Elles permettent l'intégration d'une prise en charge malgré un emploi du temps lourd.

Dans notre revue, nous avons inclus des articles proposant des interventions par appels téléphoniques ou via des applications par internet.

Les différentes interventions peuvent être proposées par appels téléphoniques. On retrouve des TCC (44), des thérapies par conseil (43), des interventions à multicomposantes (47), et autres. Les méthodes de coaching par téléphone permettent une personnalisation et une adaptation à chaque situation. Tout cela permet une prise en charge globale et centrée patient (44). Les aidants apprennent à connaître leur limite et à demander de l'aide en fonction de leurs besoins. Via les psychothérapies, ils arrivent à prendre du recul et à retrouver du plaisir dans leur quotidien avec l'aidé (49). On retrouve une amélioration significative à court terme de la dépression. Il est intéressant de réaliser des essais cliniques évaluant l'efficacité de ces interventions en distanciel à long terme. Du fait de l'avancée rapide de la maladie démentielle, il est nécessaire de prévoir des prises en charge au long cours des aidants avec un suivi régulier. Une adaptation des interventions est nécessaire en fonction des nouvelles problématiques (47).

De nombreuses applications ont été développées. Sur la région Occitanie, depuis Avril 2020, le CHU de Toulouse a mis en place une application ICOPE basée sur un programme de l'OMS. Cette application travaille sur la prise en charge de l'aidé ainsi que de l'aidant (54).

On retrouve des variables inhérentes à l'aidant pouvant modifier l'efficacité des interventions : le statut marital vis-à-vis de l'aidé, la vie en zone urbaine ou rurale, le niveau d'éducation, le temps d'aide, le niveau de démence (52) ... Par l'accès à internet, via téléphone, ordinateurs ou tablettes, ces applications permettent de limiter l'isolement. Le suivi au long cours est possible.

Par internet, il est possible de proposer différents outils de prise en charge à l'aidant : des vidéos, des textes, des appels téléphoniques, ou même le présentiel. Toutes ces possibilités permettent une adaptation et un choix laissé au patient de sa propre prise en charge. Elles permettent de faciliter l'accès à plusieurs professionnels (52).

Il est évident que les interventions à multi-composante sont faisables via des méthodes en distanciel, mais il est difficile de savoir quel est le type de prise en charge la plus efficiente pour les aidantes, et la moins coûteuse (51).

2. Forces et limites

a. Forces de l'étude

Une des forces principales de notre étude est qu'elle correspond, à notre connaissance, à la première étude évaluant toutes les solutions non médicamenteuses proposées pour la prise en charge de la dépression de l'aidant vivant au domicile. Ce qui lui donne un intérêt plus important. Toutes les autres études ciblent un seul type d'intervention.

Nous avons inclus des études internationales ce qui augmente la généralisation de nos résultats. La prise en charge de l'aidant est une problématique mondiale et actuelle.

Nous avons pu inclure 34 articles, ce qui participe à la force de notre revue. La majorité des articles inclus sont de bonne qualité méthodologique.

Les études incluses parlent d'interventions disponibles pour les aidants vivants au domicile, pouvant être proposées par le médecin de premier recours. Ces interventions sont peu connues des médecins généralistes et notre thèse permet un résumé de l'état des connaissances actuel.

Notre revue a été réalisée en tenant compte des critères PRISMA (10). Nous avons passé en revue les bases de données principales ainsi que la littérature grise (Pubmed, Web of Science, Cochrane, SUDOC). Nous avons ensuite effectué une recherche manuelle à travers la bibliographie des articles lus en intégralité, afin d'obtenir un résultat relativement exhaustif. Enfin, la qualité des articles inclus a été évaluée à l'aide de grilles validées. Les désaccords lors de la mise en commun ont été résolus avec l'aide de notre directrice de thèse.

b. Limites de l'étude

L'une des limites de notre revue est le faible nombre de participants dans certaines études incluses.

Nous retrouvons une hétérogénéité dans nos résultats. En fonction des interventions, nous retrouvons des études de qualités non équivalentes. Dans la

partie méditation, nous retrouvons 3 études de faible qualité méthodologique. Dans la partie interventions à multicomposantes, nous retrouvons 8 études de bonne qualité. Cette hétérogénéité peut limiter la cohérence de nos résultats.

Nous n'avons pu inclure que des articles écrits en français et en anglais ce qui peut diminuer la généralisation des résultats.

Certaines études n'ont pas pu être incluses du fait du coût excessif d'obtention ou de résultats non publiés, ce qui a pu entraîner un biais d'information.

3. Perspectives

Les programmes à multicomposantes semblent être les prises en charge les plus efficaces sur les symptômes dépressifs des aidants, que ce soit par des méthodes en présentiel ou en distanciel. Notre revue ne permet pas de conclure en la supériorité d'un programme à multicomposantes par rapport à un autre. Il serait intéressant de les comparer dans des essais cliniques de comparabilité.

L'ère des réseaux sociaux permet l'arrivée de différentes applications facilement accessibles pour les aidants. La période du COVID a accéléré le déploiement de ce type de prise en charge.

Le gérontopôle du CHU de Toulouse, en collaboration avec l'OMS, a lancé une application mobile ICOPE MONITOR. Ce dispositif permet d'évaluer en quelques minutes le maintien des capacités intrinsèques des personnes âgées. On retrouve une triade soignant-aidé-aidant. La prise en charge est pluri professionnelle avec la participation d'infirmières, mais également du médecin traitant. Ce programme expérimental est en cours d'évaluation.

Le médecin généraliste a une place primordiale dans la prise en charge de l'aidant, étant le premier interlocuteur. Il semble important d'inclure dans la formation des internes de médecine générale une partie sur la communication et l'évaluation du risque dépressif et du fardeau de l'aidant.

Il est important que la création de programmes tels que ICOPE inclut le médecin traitant des patients. Ces applications permettent une amélioration de la communication entre professionnels, et une prise en charge plus efficiente. Être informé des prises en charge possibles permet aux médecins généralistes de pouvoir proposer des solutions aux aidants en souffrance. Le dispositif ICOPE

prévoit une délégation de tâches vers les médecins généralistes via un protocole de coopération interprofessionnel "fragilité" (56).

L'impact attendu par cette expérimentation vise l'impulsion d'une démarche de prévention dans les pratiques des acteurs de soins primaires, mais également une aide à l'optimisation de l'offre de prévention des territoires et un appui pour les équipes de soins primaires pour améliorer la prise en charge des seniors vulnérables et leurs aidants (56). Via cette expérimentation, le gouvernement espère pouvoir évaluer la pertinence des CPTS comme levier de mise en œuvre, la place du médecin traitant et les articulations possibles entre acteurs de soins primaires et hospitaliers (56).

Dans l'ère du développement de MSP, on peut imaginer que les médecins généralistes associés à différents professionnels pourront créer des projets de soin visant la prévention de l'état de santé de l'aidant. Dans ces projets, il est possible d'organiser des services pour les aidants. On retrouve 7 catégories de services : soins (consultations médicales, aides infirmiers...), répit (aide à domicile, accueil de jour...), information (conférences, forums...), formation (avec l'aide d'un psychologue), accompagnement (assistants sociaux...), soutien psychologique, aides techniques (59). Sur l'Occitanie, nous retrouvons les haltes répits via l'association ASA (Alliance Sage Adages). On retrouve des haltes répits itinérantes (Blagnac, Cornebarrieu, Nailloux et Ayguesvives) et fixes (l'Union, Villeneuve-Tolosane). L'un des objectifs de ces haltes est d'éviter l'isolement et l'épuisement des aidants.

Le développement de CPTS laisse envisager la création de projets comme l'expérimentation ICOPE dans plusieurs territoires (58). Les programmes à multi composantes, nécessitant un financement important et des moyens humains, peuvent être réalisables dans le cadre de projets via les CPTS.

Des outils rapides et accessibles permettant d'évaluer l'état psychique existent. Ils sont peu connus et peu utilisés en pratique. La création d'une cotation spécifique et d'un temps dédié à une consultation pour l'aidant permettrait d'améliorer le dépistage des symptômes dépressifs. Améliorer le dépistage permettrait d'améliorer la prise en charge.

Conclusion

Du fait du vieillissement de la population, la prévalence de patients atteints de démence va augmenter. Les malades sont maintenus au domicile via leurs proches, qui deviennent des aidants. Parallèlement, leur nombre va augmenter, ainsi que les risques psychiques inhérents à leur rôle. Les médecins généralistes seront de plus en plus confrontés à des aidants en souffrance. Il semble important d'être informé et formé aux différentes interventions non médicamenteuses à proposer.

Les programmes à multicomposantes semblent être les plus efficaces pour prendre en charge la dépression de l'aidant. Il existe de multiples thérapies. Ces programmes peuvent permettre de créer des plans de soins personnalisés, avec une prise en charge globale et centrée patient. Ils doivent inclure des aides sociales. La participation d'une psychothérapie est à discuter selon les besoins. Le suivi doit être fait au long cours et doit s'adapter à l'évolution de la maladie.

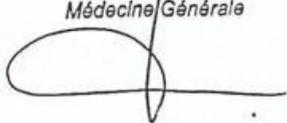
Notre revue met en évidence la nécessité de futurs essais cliniques avec une évaluation sur le long terme.

Les nouvelles technologies permettent l'inclusion de patients isolés. Du fait de la conjoncture actuelle avec la pénurie de soins dans certaines zones, de nombreux programmes en distanciel sont en cours de développement. Ces technologies pourraient également permettre de réduire le coût lié à la prise en charge.

La prise en charge de la dépression des aidants permet également une économie au niveau de la santé. Elle joue un rôle dans la diminution du taux d'hospitalisation et d'institutionnalisation.

Notre revue met en lumière la multitude de thérapies existantes et accessibles pour les aidants. Elles ne sont pas forcément coûteuses, et peuvent être adaptables selon l'emploi du temps et les besoins de nos patients. Il est important d'informer les médecins des programmes disponibles dans leurs territoires (programme ICOPE en Occitanie) pour diminuer l'appréhension liée à la prise en charge des aidants.

le 21/06/2024
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale



Toulouse le 1^{er} juillet 2024
Vu, permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Maieutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Bibliographie

1. Article de l'OMS. La démence. 15 mars 2023.
2. Steinfeldt VØ, Aagerup LC, Jacobsen AH, Skjødt U. Becoming a Family Caregiver to a Person With Dementia: A Literature Review on the Needs of Family Caregivers. *SAGE Open Nurs.* déc 2021;7:23779608211029070.
3. Dufour N, Pellerin L, Université de Rouen Normandie. Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste *Revue de la littérature.* [s.l.]: [s.n.]; 2013.
4. Wang M, Shao S, Li J, Liu Y, Xu X, Du J. The needs of informal caregivers and barriers of primary care workers toward dementia management in primary care: a qualitative study in Beijing. *BMC Family Practice.* 20 déc 2018;19.
5. Huang SS. Depression among caregivers of patients with dementia: Associative factors and management approaches. *World J Psychiatry.* 19 janv 2022;12(1):59-76.
6. Mon Parcours Handicap. Journée des aidants le 6 octobre 2023 : connaître les évènements organisés en France et zoom sur le congé de proche aidant. Publié le 4 Octobre 2023.
7. Villars H. Place de l'éducation thérapeutique, dans une approche dyadique, sur la qualité de vie du patient atteint de maladie d'Alzheimer et son aidant. 2022.
8. Zegerman V; G Pierre. Évaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée [Internet]. 2018.
9. Clemmensen TH, Kristensen HK, Andersen-Ranberg K, Lauridsen HH. Development and field-testing of the Dementia Carer Assessment of Support Needs Tool (DeCANT). *Int Psychogeriatr.* avr 2021;33(4):405-17.
10. PRISMA Statement Checklist. 2020.
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue.* janv 2015;15(157):50-4.

12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):28-33.
13. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):34-8.
14. Kung et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence--Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R--AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. *The Open Dentistry Journal*, 2010, 4: 84--91
15. Apprendre la Psychologie. 2023. La pleine conscience (ou mindfulness).
16. Uphoff E et al. Thérapie d'activation comportementale pour la dépression chez les adultes. *Cochrane*. 17 Juillet 2020.
17. Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*. 2001;64(1):45-59.
18. Cheng ST, Lau RWL, Mak EPM, Ng NSS, Lam LCW, Meeks S. Benefit-Finding Intervention for Alzheimer Caregivers: Conceptual Framework, Implementation Issues, and Preliminary Efficacy. *The Gerontologist*. 1 déc 2014;54(6):1049-58.
19. AFTCC. Les Thérapies Comportementales et Cognitives.
20. Hurley RVC, Patterson TG, Cooley SJ. Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. *Aging Ment Health*. 2014;18(3):281-8.
21. Liu Z, Chen QL, Sun YY. Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1521-9.
22. Liu Z, Sun YY, Zhong BL. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 août 2018;8(8):CD012791.
23. Fondation Médéric Alzheimer. Aide aux aidants : priorité de recherche américaines. 15 Janvier 2013.

24. Lykens K, Moayad N, Biswas S, Reyes-Ortiz C, Singh KP. Impact of a community based implementation of REACH II program for caregivers of Alzheimer's patients. *PLoS One*. 2014;9(2):e89290.
25. Czaja SJ, Lee CC, Perdomo D, Loewenstein D, Bravo M, Moxley PhD JH, et al. Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program. *Gerontologist*. 19 mars 2018;58(2):e130-7.
26. Abrahams R, Liu KPY, Bissett M, Fahey P, Cheung KSL, Bye R, et al. Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Aust Occup Ther J*. juin 2018;65(3):208-24.
27. Livingston G, Manela M, O'Keeffe A, Rapaport P, Cooper C, Knapp M, et al. Clinical effectiveness of the START (STrategies for RelaTives) psychological intervention for family carers and the effects on the cost of care for people with dementia: 6-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. janv 2020;216(1):35-42.
28. Mougias AA, Christidi F, Kontaxopoulou D, Zervou M, Kostoglou D, Vlami MA, et al. A Multicomponent Home-Based Intervention for Neuropsychiatric Symptoms in People With Dementia and Caregivers' Burden and Depression: A 6-Month Longitudinal Study. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. juill 2022;35(4):535-43.
29. Cheng ST, Chan WC, Lam LCW. Long-Term Outcomes of the Benefit-Finding Group Intervention for Alzheimer Family Caregivers: A Cluster-Randomized Double-Blind Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. sept 2019;27(9):984-94.
30. Bruvik FK, Allore HG, Ranhoff AH, Engedal K. The effect of psychosocial support intervention on depression in patients with dementia and their family caregivers: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2013;3(1):386-97.
31. Cheng ST, Mak EPM, Kwok T, Fung H, Lam LCW. Benefit-Finding Intervention Delivered Individually to Alzheimer Family Caregivers: Longer-Term Outcomes of a Randomized Double-Blind Controlled Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 16 oct 2020;75(9):1884-93.
32. Liew T, Lee C. Reappraising the Efficacy and Acceptability of Multicomponent Interventions for Caregiver Depression in Dementia: The

- Utility of Network Meta-Analysis. *GERONTOLOGIST*. août 2019;59(4):E380-92.
33. Spalding-Wilson KN, Guzmán-Vélez E, Angelica J, Wiggs K, Savransky A, Tranel D. A novel two-day intervention reduces stress in caregivers of persons with dementia. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2018;4:450-60.
34. Teahan Á, Lafferty A, McAuliffe E, Phelan A, O'Sullivan L, O'Shea D, et al. Psychosocial Interventions for Family Carers of People With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Health*. oct 2020;32(9):1198-213.
35. Kishita N, Hammond L, Dietrich CM, Mioshi E. Which interventions work for dementia family carers?: an updated systematic review of randomized controlled trials of carer interventions. *Int Psychogeriatr*. nov 2018;30(11):1679-96.
36. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert LM, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review. *BMC Geriatr*. 1 févr 2021;21(1):94.
37. Frias CE, Garcia-Pascual M, Montoro M, Ribas N, Risco E, Zabalegui A. Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of People With Dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic review. *J Adv Nurs*. mars 2020;76(3):787-802.
38. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, López J, Fernández-Fernández V, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. août 2015;83(4):760-72.
39. Moore RC, Chattillion EA, Ceglowski J, Ho J, von Känel R, Mills PJ, et al. A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behav Res Ther*. oct 2013;51(10):623-32.
40. Pan Y, Chen R. The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers. *J Nurs Res*. déc 2019;27(6):e55.

41. Montgomery RJV, Kwak J, Kosloski K, O'Connell Valuch K. Effects of the TCARE® intervention on caregiver burden and depressive symptoms: preliminary findings from a randomized controlled study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* sept 2011;66(5):640-7.
42. Schara H, Johnson T, Brungardt A, Marcus AM, Cassidy J, Shanbhag P, et al. Living With Dementia: Care Partner Needs and Outcomes of a Dementia Support Program in Primary Care. *Gerontol Geriatr Med.* déc 2022;8:23337214221129466.
43. Donath C, Luttenberger K, Graessel E, Scheel J, Pendergrass A, Behrnt EM. Can brief telephone interventions reduce caregiver burden and depression in caregivers of people with cognitive impairment? - long-term results of the German day-care study (RCT). *BMC Geriatr.* 25 juill 2019;19(1):196.
44. Sarabia-Cobo C, Pérez V, de Lorena P, Sáenz-Jalón M, Alconero-Camarero A. Effectiveness of a telephone intervention based on motivational health coaching for improving the mental health of caregivers of people with dementia: a randomised controlled trial. *International journal of older people nursing.* 2021;16(5):e12398.
45. Tremont G, Davis JD, Papandonatos GD, Ott BR, Fortinsky RH, Gozalo P, et al. Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement.* mai 2015;11(5):541-8.
46. Wilz G, Meichsner F, Soellner R. Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging Ment Health.* juill 2017;21(7):774-81.
47. Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R. The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia. *Gerontologist.* 19 mars 2018;58(2):e118-29.
48. Au A. Developing Volunteer-Assisted Behavioral Activation Teleprograms to Meet the Needs of Chinese Dementia Caregivers. *Clinical Gerontologist.* 27 mai 2015;38(3):190-202.
49. Au A, Yip HM, Lai S, Ngai S, Cheng ST, Losada A, et al. Telephone-based behavioral activation intervention for dementia family caregivers: Outcomes

- and mediation effect of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* nov 2019;102(11):2049-59.
50. Etxeberria I, Salaberria K, Gorostiaga A. Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies. *Aging Ment Health.* juill 2021;25(7):1165-80.
51. Zhao Y, Feng H, Hu M, Hu H, Li H, Ning H, et al. Web-Based Interventions to Improve Mental Health in Home Caregivers of People With Dementia: Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 6 mai 2019;21(5):e13415.
52. Williams KN, Perkhounkova Y, Shaw CA, Hein M, Vidoni ED, Coleman CK. Supporting Family Caregivers With Technology for Dementia Home Care: A Randomized Controlled Trial. *Innov Aging.* juill 2019;3(3):igz037.
53. Williams VP, Bishop-Fitzpatrick L, Lane JD, Gwyther LP, Ballard EL, Vendittelli AP, et al. Video-based coping skills to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosom Med.* nov 2010;72(9):897-904.
54. ICOPE MONITOR, une application pour prévenir le déclin des fonctions chez les personnes âgées - Communiqué de presse. Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Le 6 mai 2020.
55. Garand L, Rinaldo DE, Alberth MM, Delany J, Beasock SL, Lopez OL, et al. Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry.* août 2014;22(8):771-81.
56. Cahier des charges : expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge ICOPE. Ministère des solidarités et de la santé - DGS - DGCS - DGOS.
57. Sardas JC, Gand S, Hénaut L. Des services de qualité pour les proches aidants. Coconstruire des plans d'aide personnalisés et structurer une offre territoriale: *Informations sociales.* 4 juill 2019;n° 198(3):58-67.
58. Eudes N. Les aides aux aidants. Comment une CPTS peut-elle répondre aux besoins des aidants et organiser leur aide au sein de son territoire?

Annexes

1. Critères Consort 2010

Tableau I. Traduction française de la liste de contrôle CONSORT 2010 proposée par Cannac et al. [6].

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RÉSUMÉ			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	
MÉTHODES			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	
	4b	Structures et lieux de recueil des données	
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	
Critères de jugement	6a	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION			
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	
RÉSULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	

Tableau I. Traduction française de la liste de contrôle CONSORT 2010 proposée par Cannac et al. [6] (suite).

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires	
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir "CONSORT for harms")	
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	

Il est instamment recommandé de lire cette liste CONSORT 2010 à l'aide du document 'CONSORT 2010 Explanation and Elaboration' pour mieux comprendre les clarifications apportées à cette nouvelle version. Si opportun, il est aussi recommandé de lire les extensions CONSORT pour les essais en grappes randomisées, les essais de non-infériorité et d'équivalence, les traitements non médicamenteux, les interventions à base d'herbes, les essais pragmatiques. D'autres futures extensions sont attendues. Pour ces extensions et pour des références récentes en rapport avec cette liste CONSORT 2010, aller à : <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview/>

2. Critères STROBE

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

Item N° Recommandation		
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

3. Critères COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

4. Critères PRISMA 2020

Items	Chaque item est noté « 1 » ou « 0 »	
TITRE	N°	
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.
RÉSUMÉ		
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré: contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats.
INTRODUCTION		
Objectifs	4	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.
Contexte	3	Déclarer explicitement les questions traitées
MÉTHODE		
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où.
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude et les caractéristiques du rapport utilisées comme critères d'éligibilité
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information de recherche et la date de la dernière recherche.
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées
Risque de biais de chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats.
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, y compris les tests d'hétérogénéité.
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global.
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires en indiquant celles qui étaient prévues a priori.
RÉSULTATS		
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études incluses dans la revue et les raisons d'exclusion à chaque étape (diagramme de flux)
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites et fournir les références
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude
Résultats de chaque étude	20	Présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, avec les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études
Analyses complémentaires	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires
DISCUSSION		
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats, ainsi qu'au niveau de la revue
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.
FINANCEMENT		
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide; rôle des financeurs pour la revue systématique.
Score		
Pourcentage		

5. Grille AMSTAR

<p>1. Plan de recherche établi "a priori"</p> <p>A- Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance B- Description des critères d'inclusion. C- Question de recherche bien ciblée (critères PICO)</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>	<p>2. Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes</p> <p>A- Données extraites indépendamment par au moins deux personnes B- Énoncé sur le processus de consensus pour le règlement des différends C- Résolution des désaccords conformément à la méthode établie</p> <p>3 critères : 4 pts ; 2 critères : 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>
<p>3. Recherche documentaire exhaustive</p> <p>A- Au moins deux sources électroniques utilisées B- L'horizon temporel et les bases de données sont indiqués C- Les mots clés et (ou) les termes MeSH sont indiqués et si possible la stratégie de recherche est exposée D- Recherches complétées par la consultation des tables des matières, de revues de la littérature, de manuels et de registre et par l'examen des références fournies dans les études E- Une recherche manuelle a été effectuée dans les revues</p> <p>4 ou 5 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt</p>	<p>4. La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion</p> <p>A- Les auteurs indiquent qu'ils ont cherché tous les rapports, quel que soit le type de publication B- Les auteurs indiquent s'ils ont exclu des rapports sur la base du type de publication, de la langue, etc. C- Les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ont été traduits ou les auteurs maîtrisaient assez bien la langue du rapport D- Aucune restriction fondée sur la langue ou prise en compte des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>
<p>5. Liste des études exclues et incluses</p> <p>A- Les études incluses sont regroupées dans un tableau/figure/liste. Une simple liste de référence ne suffit pas B- Les études exclues sont regroupées dans un tableau/liste/figure qui sera intégré à l'article ou à un supplément C- Les raisons de l'exclusion des études sont exposées clairement et prises sérieusement en considération D- Le lecteur peut retracer aisément les études incluses et exclues dans la bibliographie, les références ou le supplément de l'article.</p> <p>4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt</p>	<p>6. Caractéristiques des études incluses</p> <p>A- Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions et les résultats sont regroupés, sous forme de tableau par exemple. B- Les auteurs précisent l'étendue des données sur les caractéristiques pertinentes des sujets des études analysées C- L'information fournie semble complète et exacte</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>
<p>7. Plan de recherche établi "a priori"</p> <p>A- Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance B- Description des critères d'inclusion. C- Question de recherche bien ciblée (critères PICO)</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>	<p>8. Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion</p> <p>A- Les auteurs ont tenu compte de la qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue B- La qualité scientifique est formulée explicitement dans les recommandations C- Les conclusions sont orientées vers la production de guides de pratique D- L'énoncé de consensus clinique laisse entrevoir la révision ou la confirmation des recommandations de pratique</p> <p>4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt</p>
<p>9. Méthodes utilisées pour combiner les résultats</p> <p>A- Les auteurs exposent les critères à partir desquels ils ont déterminé que les études analysées étaient assez semblables pour être combinées. B- Dans le cas des résultats regroupés, les auteurs ont fait un test d'homogénéité pour s'assurer que les études étaient combinables. C- Les auteurs ont pris acte du caractère hétérogène (ou non) des études D- S'il y a hétérogénéité, les auteurs ont utilisé un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifié si la nature des données justifiait la combinaison E- S'il y a homogénéité, les auteurs exposent la justification ou le test statistique.</p> <p>4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt</p>	<p>10. Evaluation du biais de publication</p> <p>A- Prise en compte du biais de publication ou de l'effet tiroir B- Outils graphiques (diagramme de dispersion des études par exemple) C- Tests statistiques (Test de régression d'Egger, par exemple)</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>
<p>10. Conflits d'intérêt</p> <p>A- Présentation des sources de soutien. B- Absence de conflit d'intérêt. On est ici dans la subjectivité, peut-être faudra-t-il y aller par déduction ou fouiller quelque peu C- Prise en compte ou énoncé des sources de soutien ou des conflits d'intérêt dans les principales études incluses</p> <p>3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt</p>	

Résumé / Abstract

AUTEURS : Margot Blaquière, Léa Castaing.

TITRE : Les interventions non médicamenteuses récentes et leur efficacité sur la prise en charge de la dépression de l'aidant familial de la personne âgée démente au domicile.

DIRECTEUR DE THESE : Florence Durrieu.

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 10 septembre 2024

INTRODUCTION : La démence est devenue un problème de santé publique mondial. La prévalence de la démence augmente parallèlement au vieillissement de la population. De nombreux patients vivent au domicile, et leurs proches deviennent des aidants, indispensables à leur maintien. Le rôle d'aidant est à risque de développement de troubles, qu'ils soient somatiques ou psychiques. En tant que médecins généralistes, nous pouvons être confrontés à des aidants en souffrance. Il existe des interventions non médicamenteuses qui ont montré une efficacité dans la prise en charge de la dépression de l'aidant.

MÉTHODE : L'objectif de notre travail était de réaliser une revue systématique de la littérature sur les interventions non médicamenteuses récentes existantes et leur efficacité sur la prise en charge de la dépression de l'aidant familial de la personne âgée démente au domicile. Cette revue a été réalisée selon les recommandations PRISMA, sur des articles publiés à partir des années 2000. Les bases de données utilisées étaient PubMed, Cochrane, Web of science, Sudoc. Les étapes de sélection des articles ont été réalisées indépendamment par 2 chercheurs, puis les articles sélectionnés ont été évalués par des grilles validées. Sur 3052 références, 34 ont été inclus.

RÉSULTATS : Nous avons scindé notre revue en 5 thématiques. La méditation pourrait être efficace dans la prise en charge de la dépression des aidants, mais les résultats sont à nuancer par la faible méthodologie des études incluses. Les interventions à multicomposantes sont efficaces sur les symptômes anxiodépressifs et sont utilisées comme base dans les programmes nationaux. La psychothérapie est efficace sur les symptômes anxiodépressifs, si proposée sur le long terme. L'ère des nouvelles technologies permet le développement de prise en charge en distanciel, qui sont efficaces sur les symptômes dépressifs. Elles peuvent être proposées par téléphone ou via des applications. Elles permettent l'inclusion d'une partie isolée de la population.

CONCLUSION : La prise en charge de la dépression de l'aidant est un enjeu de santé publique. Des aidants en bonne santé, mentale et somatique, permettent une diminution des coûts de santé en lien avec les personnes âgées dementes. Les interventions à multicomposantes sont adaptées à une prise en charge biopsychosociale de l'aidant. Il est important de former et d'informer les soignants pour optimiser la prise en charge.

Recent non-medication interventions and their effectiveness in managing depression in the family caregiver of the demented elderly at home

BACKGROUND : Dementia has become a global public health problem. The prevalence of dementia is increasing as the population ages. Many patients live at home, and their relatives become caregivers, essential to their care. However, the caregiver risks developing disorders, whether somatic or psychological. As general practitioners, we may encounter caregivers in distress, but several non-medicinal interventions have been shown to be effective in treating caregiver depression.

METHOD : The aim of our work was to carry out a systematic review of the literature on existing recent non-medication interventions and their effectiveness in managing depression among the family caregiver of the demented elderly person at home. This review was conducted according to PRISMA recommendations, focusing on articles published from the 2000s onwards. The databases used were PubMed, Cochrane, Web of science and Sudoc. Article selection stages were independently carried out by 2 researchers, then the selected articles were evaluated using validated criteria. Out of 3052 references, 34 were included.

RESULTS : We have divided our review into 5 themes. Meditation could be efficient in managing caregiver depression, although results are limited by the weak methodology of the included studies. Multicomponent interventions have shown effectiveness in reducing anxiety and depressive symptoms and are used as the basis for national programs. Psychotherapy is effective on anxiety-depressive symptoms, if provided on a long-term basis. The era of new technologies has led to the development of remote treatment, which is efficient for depressive symptoms. They can be offered by telephone or via applications, thus facilitating access for isolated populations.

CONCLUSION : The management of caregiver depression is a public health issue. Healthy caregivers, both mentally and somatically, help to reduce the healthcare costs associated with dementia, and multi-component interventions are well suited to the biopsychosocial management of caregivers. It is essential to train and educate caregivers to optimize their caregiving.

Keywords : depression, caregiver, dementia, general practice

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France