

Recension des écrits sur les pratiques prometteuses de soutien psychosocial aux proches aidants d'aînés

Présentée à :
L'APPUI POUR LES PROCHES AIDANTS

Préparée par :
Caroline PELLETIER
Étudiante au doctorat en gérontologie

Julie LAMONTAGNE
Chargée de projet
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

24 mai 2016

Contexte

Être un proche aidant d'une personne présentant des troubles neurocognitifs majeurs mène souvent à éprouver des problèmes de santé physique ou psychologique. Depuis plusieurs années, des chercheurs ont travaillé à démontrer que l'aide offerte aux proches aidants pouvait, si l'on respectait certains critères, soutenir ceux-ci afin de diminuer les effets négatifs réels et perçus de ce rôle. Au Québec, dans les organismes communautaires ou à but non lucratif, plusieurs pratiques de soutien psychosocial ont été développées, mais demeurent souvent méconnues, peu valorisées et rarement évaluées en termes d'effets. Conséquemment, pour optimiser les services offerts aux proches aidants d'ânés présentant un trouble neurocognitif, il s'avère primordial de détenir des connaissances plus pointues sur les pratiques prometteuses en matière de soutien psychosocial. C'est ainsi que la compréhension de ces pratiques et des clés de leur succès contribueront à accroître l'efficacité et l'équité des services offerts sur l'ensemble du territoire québécois.

Recension des écrits

Ce mandat, confié au CESS, s'insère dans une démarche plus globale qui fera ressortir les pratiques prometteuses en termes de soutien psychosocial auprès des proches aidants. Ces pratiques, identifiées dans la littérature, pourraient être transposées en contexte québécois.

Objectif de la recension des écrits

L'objectif de cette recension des écrits est de « Faire ressortir les meilleures pratiques en termes de soutien psychosocial auprès des proches aidants d'ânés, et plus particulièrement des ânés présentant un trouble neurocognitif ».

Processus de recension

La recension des écrits répertorie les écrits scientifiques et les documents pertinents issus de la « littérature grise » concernant les services de soutien psychosocial. La stratégie de recherche est présentée dans le tableau 1, où sont compilées les banques de données et les sites Internet consultés, ainsi que les mots-clés et les limites utilisées pour effectuer les recherches.

Pour s'assurer de la qualité des écrits retenus, plusieurs critères ont été utilisés. Les écrits conservés regroupent seulement les études ou les documents ayant démontré : 1) des effets positifs, 2) des qualités méthodologiques suffisantes, 3) des critères de crédibilité suffisants et 4) des critères d'applicabilité au contexte québécois.

Rappelons que la recension des écrits effectuée dans le cadre de cette démarche regroupe des documents ayant été publiés entre 2011 et 2016. Seuls 5 pays (Canada, Angleterre, France, Écosse et États-Unis) ont été ciblés pour cette recension, de façon à ce que les pratiques prometteuses puissent être applicables au contexte québécois. Les articles retenus illustrent des effets positifs et des critères de scientificité spécifiques par rapport à ces pratiques. 20 références au total répondaient aux critères d'inclusion (voir Annexe 2 : Références).

Tableau 1 : Processus de recension des écrits

<p>Banques de données consultées</p> <p><u>Anglophones :</u> Abstracts in Social Gerontology Ageline ERIC FRANCIS PsycArticles MEDLINE with full text Social Work Abstracts SocINDEX</p> <p><u>Francophones :</u> CAIRN Érudit</p>	<p>Autres sites Internet consultés</p> <p>Google Scholar Société Alzheimer Canada Aidant.ca Ministère des Affaires sociales et de la Santé (France)</p>
<p style="text-align: center;">Mots-clés utilisés</p> <p><u>Anglophones :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Caregiver, family caregiver, no-professional caregiver 2) Intervention, psychosocial service, program 3) Alzheimer, dementia, cognitive decline 4) Home <p><u>Francophones :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Approche, pratique, soutien 2) Aidant, aidant naturel, proche aidant 3) Alzheimer, démence, pertes cognitives 	
<p style="text-align: center;">Limites</p> <p><u>Années de publication :</u> 2011-2016 <u>Pays ciblés :</u> Canada, Angleterre, France, Écosse et États-Unis. <u>Clientèle :</u> Proches aidants de personnes âgées ayant des troubles neurodégénératifs <u>Milieu de vie :</u> Domicile</p>	

Les résultats de la recherche sont présentés dans le tableau 2. Les articles recensés ont été soumis à un processus de validation. 426 articles au total répondaient aux critères de recherche avec mots-clés et limites. Après la lecture des résumés, une validation interjuge a permis de retenir 30 articles intéressants pour la recension.

Au total, huit articles sur 30 ont été rejetés après leur lecture. De ceux-ci, quatre ont été publiés dans des pays non représentatifs des pratiques québécoises. Ils provenaient du Japon, de la Hollande, de l'Italie et de l'Allemagne. Les pays ont été identifiés seulement dans l'article et non dans le résumé. Deux articles publiés dans la banque de données CAIRN avaient une applicabilité insuffisante. Un des textes était centré sur l'accompagnement à domicile des personnes avec des facultés cognitives altérées (comment mentir à la personne aidée). Le

second était en lien avec un accompagnement en soins palliatifs. Un troisième article, toujours publié dans CAIRN, présentait une qualité méthodologique insuffisante: des services y étaient nommés, mais non explicités, et aucune évaluation des effets n'a été présentée. Ces services ne concernaient pas les personnes présentant un trouble neurocognitif. Enfin, le dernier texte rejeté ne permettait aucune généralisation des résultats, puisqu'il s'agissait du suivi d'une seule famille (voir annexe 1 : Tableau des articles rejetés après lecture).

Tableau 2 : Résultats de la recension

Abstracts in Social Gerontology/Ageline/ERIC/Francis/Medline with full text/psycARTICLES/Social Work Abstract/SocIndex (8 banques de données universitaires)/ Érudit / CAIRN et autre site Internet.						
Année	N (total)	N (sans doublon) Résumés analysés	N (suite à la validation interjuge) Articles lus	N (rejetés après lecture)	N (commandés, non reçus)	N (final)
2011	323	187	10	1	1	8
2012	94	58	8	3	0	5
2013	104	53	3	1	0	2
2014	89	47	3	0	1	2
2015	109	61	2	1	0	1
2016	34	20	4	2	0	2
Total	753	426	30	8	2	20

Introduction

Le rapport « Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence », publié en 2009 par le comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la Maladie d'Alzheimer, a constitué la première étape d'une démarche de mise en place de services aux proches aidants de personnes ayant un trouble neurocognitif.

Dans ce rapport, il est mentionné que la mise en place de ressources psychosociales est essentielle au soutien des proches aidants. Une recommandation traitant des services de soutien psychosociaux ressort de ce rapport :

- Assurer l'accessibilité flexible et rapide à d'autres ressources psychosociales pour les personnes atteintes et leurs proches.

Plus précisément, pour les proches aidants, il est mentionné que le principal défi est d'offrir le soutien psychoéducatif. L'objectif est donc de faciliter l'accès à des interventions psychoéducatives et de *counseling* pour les proches aidants de toutes les régions. De plus, ce soutien peut provenir de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), ce qui ouvre la porte à des interventions sur le web.

On remarque que le Québec est à l'avant-garde comparativement à nos cousins français en ce qui a trait aux mesures de soutien au proche aidant. Le *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*, qui cible particulièrement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, comme la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques, comprend 96 mesures spécifiques pour répondre aux 4 axes stratégiques identifiés dans le plan. Parmi ces mesures, seules 4 ciblent plus particulièrement les proches aidants :

- la mesure 5 explore le développement de l'éducation thérapeutique et les programmes d'accompagnement ;
- la mesure 21 évoque le travail interprofessionnel réalisé par les équipes de soins à domicile ;
- la mesure 28 mise sur la poursuite du développement des plateformes d'accompagnement et de répit visant à soutenir les aidants ;
- la mesure 50 propose une structuration et la mise en œuvre d'une politique active visant directement les proches aidants, et plus particulièrement les aidants familiaux.

La lecture de ce plan d'action permet de constater qu'il est axé principalement sur les besoins des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. De plus, même si des interventions ou des programmes sont nommés, ils ne sont pas explicités et il n'y a aucune analyse formelle ou critique de leurs effets sur les proches aidants. Ce constat porte à croire que l'identification de pratiques prometteuses en termes de soutien psychosocial aux proches aidants est encore peu documentée dans les politiques publiques.

Ainsi, depuis 2009, nous pouvons constater qu'un effort est présent au niveau gouvernemental, que ce soit au Québec ou en France, pour investir sur des pratiques prometteuses de soutien psychosocial chez les proches aidants, et plus spécifiquement à l'endroit de ceux qui accompagnent des aînés atteints de la maladie d'Alzheimer ou ayant des atteintes neuro-cognitives. Les mesures de répit, le soutien psychosocial et/ou psychoéducatif ainsi que le travail interprofessionnel sont de mise pour favoriser l'implantation de ces pratiques. Par contre, au Québec, il semble qu'un défi majeur soit celui de l'aide financière, qui peut avoir un impact autant sur l'intégration des pratiques prometteuses auprès des proches aidants que sur la disponibilité et l'offre de services en lien avec les mesures de répit. Il s'avère donc primordial d'identifier les pratiques prometteuses démontrant le plus d'effets positifs pour le proche aidant.

Caractéristiques techniques

Le tableau 3, présente les principales caractéristiques techniques des programmes analysés dans les sections suivantes.

Tableau 3 : Caractéristiques techniques des interventions

Nom du programme	Durée du programme	Fréquence et durée des sessions	Session individuelle ou de groupe	Autres commentaires	Type de programme
L'utilisation du GBS-Scale (Gottfries-Brane-Steen scale) (Dahlrup & al., 2011)	5 semaines	1x/semaine 2h/semaine	Groupe Environ 8 proches aidants	À la fin de ce programme, une opportunité est offerte aux proches aidants, soit celle de continuer des conversations de groupes sous la supervision d'un conseiller. 2x/mois, pendant 3 mois. 90 minutes par session.	Intervention psychosociale
Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual (DBT Skills) (Drossel & al., 2011)	8 semaines	2,5h/semaine De 13h00 à 15h30	Groupe Entre 5 et 8 proches aidants	Les auteurs conseillent d'avoir une ouverture à l'idée de faire des rencontres de groupe en soirée pour les proches aidants qui travaillent le jour.	Thérapie behaviorale
Programme d'éducation en loisirs (Carbonneau & al., 2011)	6 à 8 semaines	1x/semaine Environ 105 minutes/ Rencontre	Individuelle	4 à 6 rencontres individuelles + 2 contacts téléphoniques.	Éducation (autres)
Learning to Become a Family Caregiver (Ducharme & al., 2011, Ducharme, 2014)).	7 semaines	1x/semaine 90 minutes/session	Individuelle		Psychoéducatif
Gestion du stress (Ducharme, 2014) E-Learning Mode (Adaptation	5 semaines + une 6 ^e rencontre 1 mois plus tard.	1x/semaine 30 à 45 minutes par rencontre.	Individuelle		Psychoéducatif

du programme de gestion du stress sur Internet)		1x/semaine 60 à 90 minutes/session		- Session individuelle - <i>Coach</i> disponible 3x/semaine - Forum de proches aidants	
Psycho-educational intervention focused on communication for a caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's Disease (Klondnicka & al., 2011)	5 semaines	1 session/ semaine 90 à 120 minutes/session	Individuelle		Psychoéducatif
Alzheimer family support group by community-residing caregivers (Lamore, 2011)	Indéterminé	Rencontre de groupe 1x/mois (2 ^e lundi du mois, de 18h00 à 19h30).	Individuelle et de groupe	L'horaire a été accommodé à la demande des proches aidants. L'intervention individuelle se fait à domicile.	Groupe de soutien
Aide dans la maladie d'Alzheimer (AIDMA) (De Rotrou et coll., 2011)	12 semaines	1 session /semaine 2h/session	Groupe 6 à 10 proches aidants. Groupe ouvert.		Psychoéducatif
Problem-Solving Therapy (PST) (Chiu & al. 2015)	3 semaines	3 visites de 1h sur rv	Individuelle		Thérapie cognitivo-comportementale
The Building Better Caregivers program (Lorig & al. 2012)	6 semaines	3x/semaine asynchrone selon la disponibilité du proche aidant		Chaque semaine d'activités comprend : - des lectures, - des interactions	Vidéoclip, liens Internet, documents

				<p>comme : afficher son plan d'action, présenter sa résolution de problème sur le forum,</p> <ul style="list-style-type: none"> - participer à des tests autoadministrés et - compléter des devoirs. 	Résolution de problèmes
Télesanté Steffen & Grant (2016).	10 semaines	<p>Intervention 1 : Appel 1x/semaine, durée de 30 à 50 minutes</p> <p>2 appels dans la même semaine (par le <i>coach</i>), durée de 40 minutes</p> <p>Intervention 2 les proches aidants reçoivent 7 appels téléphoniques d'une durée de 20 minutes environ.</p>	Individuelle		<p>Télesanté : WEB</p> <p>Stratégies cognitivo-comportementales</p>
Mindfulness-based stress reduction (Whitebrid & al. 2013)	8 semaines	<p>2h30/semaine</p> <p>+ une retraite de 5 heures ou une journée de bien-être.</p>	Groupe		Mindfulness
Tele-Saavy for Dementia	6 semaines.		Individuelle :	Planifié plutôt selon l'horaire du	WEB

Caregivers (Griffiths & al. 2016)			modules vidéos quotidiens sur Internet (6/ semaine) Groupe : 1 groupe vidéoconférence (1/semaine)	proche aidant Utilisation d'un iPad	Sans modèle théorique
Internet Technology for Psychoeducation and Support with Caregivers (Hayden & al., 2012)	6 mois	1x/semaine, session synchrone avec un professionnel.		Site web offrant 9 vidéos éducatifs sur différents sujets, tels que : « Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? »; « La médication et la maladie d'Alzheimer ». Toutes les vidéos sont accompagnées d'un résumé qui peut être téléchargé et imprimé. 1h/semaine, un professionnel se présente sur le site pour revoir le matériel éducatif avec les participants et les aider à résoudre des problèmes de soins courants.	Psychoéducatif (Internet)
Dementelcoach (Van Mierlo & al., 2012)	20 semaines	Appel téléphonique 1x ou 2-3x/ semaine, durée de 30 minutes.		Répétition lorsque combiné avec le centre de jour en psychogériatrie pour la personne atteinte de la MA.	

Modalités et contenus de l'intervention

Programmes psychoéducatifs

Éléments du programme communs à tous

Les programmes psychoéducatifs québécois se caractérisent comme étant des programmes courts et individualisés. La durée des programmes varie de 5 semaines (Québec) à 12 semaines (France = AIDMA) et la durée des sessions, de 30 à 120 minutes.

Chaque programme présente des objectifs qui lui sont propres. Par contre, un objectif commun à la majorité des programmes émerge, soit celui de favoriser la transition du rôle du proche aidant (ou de le préparer à son nouveau rôle). Sinon, les objectifs du programme de gestion du stress sont bien identifiés et spécifiques :

- 1) modifier la perception du stress des proches aidants liée aux situations de soins ;
- 2) améliorer l'efficacité des aidants à composer avec les exigences de leur rôle et promouvoir la qualité de vie et la santé.

Éléments plus spécifiques à certaines études

Le programme psychoéducatif *Devenir aidant, ça s'apprend!* (Ducharme et al., 2011 et Ducharme, 2014) cible des thèmes spécifiques à travailler avec les proches aidants : perception de la situation, stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés et prévenir la détresse psychologique, la communication, l'appréciation des moments passés avec l'aidé, son expérience de « prendre soin », comment obtenir de l'aide de la famille et des amis, comment faire la demande et la planification du futur.

Les effets positifs de ces programmes

- Sur le proche aidant

Le programme *Aide dans la maladie d'Alzheimer* (De Rotrou et al., 2011), a comme objectifs :

- d'améliorer les habiletés des proches aidants dans la gestion des difficultés avec l'aidé,
- améliorer les capacités de l'aidé dans les activités de vie quotidienne ainsi que ses fonctions cognitives.

Les proches aidants ayant suivi ce programme expliquent avoir une meilleure compréhension de la maladie, des symptômes comportementaux (et ce, après chacune des sessions de groupe) et vivent moins d'anxiété et de stress malgré la fluctuation de l'état de la personne aidée. Les résultats concluent à une meilleure compréhension de la maladie et à une meilleure capacité à s'adapter à cette maladie. Quant à lui, le programme *Devenir aidant, ça s'apprend !* (Ducharme et al., 2011 et Ducharme, 2014), présente des résultats concluants dans l'atteinte des objectifs initiaux du programme. Les proches aidants:

- se sentent plus confiants pour faire face aux situations liées à leur rôle de proche aidant ;

- se sentent mieux préparés à donner des soins ;
- se perçoivent plus efficaces dans leur rôle ;
- ont une meilleure planification des besoins futurs de leur proche ;
- ont une meilleure connaissance des services disponibles ;
- font une meilleure utilisation de la stratégie de résolution de problème et de recadrage.

Enfin, les résultats de ce programme démontrent que les proches aidants présentent une diminution de leur taux de détresse psychologique. Dans le même ordre d'idée, le programme de *gestion du stress* (Ducharme, 2014) permet aux proches aidants d'avoir un meilleur contrôle des soins à domicile, un meilleur soutien informel de la part de la famille ou des amis, de même qu'une meilleure utilisation des stratégies de résolution de problème. De façon plus spécifique, les proches aidants mentionnent qu'ils considèrent désormais leur rôle plus comme un défi qu'une menace.

Le programme psychoéducatif centré sur la *communication aidant-aidé* (Klondnicka et al., 2011) a permis une augmentation significative des connaissances du proche aidant sur la communication associée aux limites cognitives de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Les proches aidants mentionnent vivre moins de perturbation dans leur relation communicationnelle avec l'aidé et perçoivent un plus haut taux d'auto-efficacité dans leurs habiletés à communiquer avec l'aidé.

En résumé, les programmes psychoéducatifs démontrent tous des effets positifs chez les proches aidants. Le fait de mieux connaître la maladie, ses conséquences, son évolution possible, ainsi que le fait d'être informé sur les services disponibles, de mieux connaître les stratégies d'adaptation envisageables, permettent aux proches aidants d'être en mesure de demander du répit, d'avoir de meilleures habiletés sur différents plans, ainsi que de diminuer leur niveau de stress et de risques d'épuisement. Fait important, un des programmes soulève que la perception des proches aidants par rapport à leur rôle se modifie au fil de la participation. Ce rôle devient un défi et n'est plus considéré comme une menace, ce qui représente un effet plus que positif.

- Sur la personne atteinte de trouble neurocognitif

Le programme psychoéducatif AIDMA aurait aussi des effets positifs sur la personne aidée, dus à la combinaison du programme et à l'introduction de la médication (cholinestérase). Une stabilisation de l'état de l'aidé a été remarquée, mais les auteurs précisent que le lien n'est pas si clair.

Intervention cognitivo behaviorale ou cognitivo comportementale

Éléments du programme communs à tous

Le programme *Dialectic Behavior Therapy Skills Training* (Drossel et coll., 2011) vise l'amélioration des ajustements psychosociaux, et plus précisément l'utilisation appropriée des stratégies centrées sur le problème, l'amélioration du bien-être émotionnel et la diminution de la fatigue. Ce qu'il y a de très particulier à ce programme, ce sont les critères d'inclusion des proches aidants qui se traduisent comme ceci :

- Proches aidants qui ont eu ou ont encore des contacts avec le service de protection des aînés et/ou ;
- Proches aidants qui ont ou ont eu un problème de consommation d'alcool et/ou;
- Proches aidants ayant de difficultés à leur mobilisation.

Ce programme est donc adapté pour des proches aidants qui sont à risque de maltraitance envers leur proche.

Le *Problem-Solving Therapy* (PST) quant à lui, a comme objectif d'alléger la détresse émotionnelle et d'augmenter les compétences des proches aidants. Les techniques d'intervention utilisées sont basées sur une intervention psychosociale en face à face, qui ciblent l'identification et la définition des problèmes, suivis de la génération et de l'implantation de solutions adaptatives. Cette technique comprend 8 étapes :

- 1) Explication du traitement et de sa justification ;
- 2) Clarification et définition des problèmes ;
- 3) Identification de buts réalisables ;
- 4) Génération de solutions alternatives ;
- 5) Examen des avantages et des inconvénients de chaque solution potentielle ;
- 6) Sélection de la solution privilégiée ;
- 7) Développement et mise en œuvre d'un plan d'action, pour mettre en place la solution privilégiée ;
- 8) Évaluation des progrès.

Ce type d'intervention recoupe les interventions psychosociales présentées précédemment. La thérapie PST se concentre sur une seule stratégie d'adaptation, soit la résolution de problème, tandis que les programmes psychoéducatifs en combinent plusieurs.

Les effets positifs

○ Sur le proche aidant

Dans le programme *Dialectic Behavior Therapy Skills Training*, les proches aidants rapportent une amélioration significative de leur fonctionnement psychologique, une augmentation de l'utilisation de stratégies d'adaptation, un bien-être émotionnel renforcé et moins de fatigue. Plus précisément, les mêmes effets positifs sont observés pour les proches aidants du groupe d'intervention PST. En effet, ces derniers ont présenté une amélioration significative de l'utilisation de stratégies orientées sur les tâches, de leur maîtrise et de leurs compétences. De plus, une diminution significative des stratégies orientées sur les émotions, sur l'épuisement et sur le stress est observée. Les proches aidants deviennent des participants actifs dans l'identification et la définition de leurs problèmes spécifiques. Ils génèrent eux-mêmes des solutions. Il apparaît aussi qu'ils sont plus proactifs dans leur approche pour résoudre un problème et diminuer le stress encouru. Ils développent et améliorent leurs compétences et

leur sens de la maîtrise de soi. Cette expérience diminue l'autoperception de stress. Les résultats démontrent une réduction de l'épuisement.

- Sur la personne atteinte de trouble neurocognitif

Peu d'effets sont observés chez la personne aidée, étant donné qu'il n'y a que deux programmes identifiés. Dans le PST, il y a réduction de la dépendance aux soins primaires, psychiatriques et institutionnels chez les aidés.

Programme par Internet ou par téléphone

Éléments du programme communs à tous

Un élément commun aux programmes utilisant le média web ou le téléphone concerne l'intervention qui est disponible pour le proche aidant au moment de son choix. Cette modalité offre donc une flexibilité et une accessibilité accrue au programme. De plus, les interventions à distance permettent de rejoindre les personnes vivant loin des grands centres ou ne pouvant se déplacer à l'extérieur de la maison. Par ailleurs, les programmes d'intervention psychosociale par Internet ou par téléphone, tout comme les programmes psychoéducatifs, traitent de la stratégie de résolution de problème.

Éléments plus spécifiques à certaines études

Le programme de *gestion du stress* de Ducharme (2014) a été adapté afin de joindre les gens isolés et porte le nom d'*E-Learning Mode*. Le proche aidant peut se rendre sur Internet, une seule fois par semaine, pour compléter une session de 60 à 90 minutes au moment qui lui convient le mieux. Chaque session comprend des objectifs individuels et des activités d'apprentissage qui correspondent aux étapes du processus de la gestion du stress. Trois fois par semaine, un professionnel de la santé se connecte en ligne pour aider les participants à compléter leurs activités et se rend disponible pour répondre aux questions. Des plages horaires sont préétablies, afin que les proches aidants puissent prévoir un moment spécifique en cas de besoin. De plus, une autre opportunité est offerte, soit celle de discuter en ligne avec d'autres proches aidants sur un forum. *L'E-Learning Mode* présente des résultats statistiquement significatifs sur les indicateurs de qualité de vie. Les avantages qui en découlent sont l'accessibilité et l'asynchronisme.

Tout comme l'E-Learning, le programme présenté par Hayden & al. (2012), soit le *Internet Technology for Psychoeducation and Support with Dementia Caregivers*, un professionnel se présente sur le site pour revoir le matériel éducatif avec les participants et les aider à résoudre des problèmes de soins courants. Pour ce programme, il y a donc un moment synchrone chaque semaine.

Pour sa part, le programme *The Building Better Caregivers Program* (Lorig & al. 2012) vise à améliorer les habiletés des proches aidants. Ce programme est composé de plusieurs médias. Chaque semaine d'activités comprend les activités suivantes pour le proche aidant :

- des lectures ;
- des interactions en lien avec les leçons de la semaine ;

- l'affichage de son plan d'action de la semaine ;
- la présentation de sa résolution de problème sur le forum ;
- la participation à des tests autoadministrés;
- la complétion de devoirs.

C'est donc une intervention qui met l'aidant dans l'action. Les proches aidants ayant participé à cette intervention assurent que le programme est satisfaisant. Ils ont vu des effets positifs sur leur santé émotionnelle et sur leurs comportements.

Le programme *Telehealth Behavioral Coaching Intervention* (Steffen & Grant, 2016) vise à réduire la détresse et améliorer le fonctionnement de l'aidant en utilisant des traitements psychologiques incluant la formation sur les habiletés d'intervention et en utilisant les principes et les stratégies cognitivo-comportementales. Ce programme est appuyé par des vidéos et un manuel de travail contenant des instructions et des exemples de stratégies utilisées par des proches aidants. Les thèmes traités lors de ces interventions sont :

- 1) l'activation des comportements entre le proche aidant et la personne aidée ;
- 2) la gestion des comportements perturbateurs ;
- 3) la relaxation lors de situations de proche aidance ;
- 4) l'auto-efficacité des proches aidants.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que les améliorations initiales sont généralement maintenues pendant une période de 6 mois après l'intervention lorsque jumelées à du « coaching behavioral », et les proches aidants rapportent moins de détresse.

Le programme web *Tele-Saavy for Dementia Caregivers* (Griffiths & al. 2016) a pour objectif d'aider les proches aidants à développer et/ou à acquérir des habiletés de résolution de problèmes axées sur les stratégies d'adaptation, visant à développer des méthodes adaptées au besoin de l'aider afin de répondre adéquatement aux comportements des personnes dont ils prennent soin. De manière plus spécifique, le soutien offert au proche aidant dans cette intervention aide ces derniers à rester calmes lors d'activités ou de tâches effectuées par les aidés. Chaque jour, une leçon sur un sujet spécifique, d'une durée de 6 à 13 minutes, est présentée. Par la suite, des acteurs amateurs jouent des scènes se déroulant à la maison ou au restaurant qui illustrent des pertes au plan cognitif ou émotionnel et du contrôle des comportements. Ces scènes font émerger des stratégies efficaces pour les proches aidants dans leur vie quotidienne. Ce programme a déjà été testé en format présentiel et avait démontré une efficacité. Les résultats confirment le succès du transfert du programme vers la plateforme et les effets préliminaires dans l'amélioration de la détresse et de la maîtrise des proches aidants.

Enfin, le *Dementelcoach* (Van Mierlo et coll., 2012), une intervention de coaching téléphonique, vise à augmenter le sentiment de compétence, ainsi qu'à diminuer le fardeau et les plaintes concernant la santé des aidants. Cette intervention est basée principalement sur le *Model of Determinants of Subjective Burden of Caregivers of Persons with Dementia* qui intègre les déterminants du modèle de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle de crise de Moos et Tsu (2004). La particularité de cette intervention téléphonique, c'est qu'elle est combinée avec un service de centre de jour pour la personne ayant un trouble neurocognitif. Le *télécoaching* offre au proche aidant la possibilité :

- de raconter son histoire ;
- de s'ouvrir à l'intervenant et de ressentir du soulagement psychologique ;
- de se sentir en sécurité ;

- de ne pas se sentir jugé ;
- de recevoir du soutien émotionnel et des rétroactions positives.

Les effets positifs

- Sur le proche aidant

Les programmes de télésanté, d'E-learning et de soutien téléphonique présentés dans cette section ont démontré des effets positifs chez les proches aidants. Ils permettent :

- une perception moins menaçante du rôle d'aidant, qui comporte davantage de défis;
- une augmentation d'autocontrôle sur la situation;
- une amélioration de l'auto-efficacité;
- une réduction significative de l'épuisement ;
- une diminution de la dépression ;
- une réduction du stress ;
- la recherche d'aide pour le répit ;
- une augmentation du sentiment de compétence.

Il est donc clair que le fait d'offrir une intervention structurée à distance permet aussi bien que les programmes en présentiel d'avoir des effets positifs chez les proches aidants. Fait intéressant, la satisfaction des proches aidants est clairement nommée dans l'évaluation des bénéficiaires en lien avec l'éducation, le soutien et la promotion pour les proches aidants (en ligne) (Hayden et coll., 2012). En effet, ces derniers se disent satisfaits du matériel, de l'accès rendu possible depuis la maison, ainsi que du soutien de la part des professionnels et des autres proches aidants. Les forums de discussion sont, en quelque sorte, des groupes de soutien qui ont pour objectif d'encourager le soutien entre les membres, dans leur adaptation aux situations pénibles de la vie (Lamore, 2011). Enfin, qu'il y ait des moments synchrones et asynchrones dans un même programme ne semble pas être un élément négatif, puisque les moments synchrones donnent généralement accès à un professionnel.

Autres types de programmes

Éléments plus spécifiques à certaines études

Une recension systématique des écrits (Van't Leven et coll., 2013) a permis d'évaluer la qualité méthodologique de 41 programmes en lien avec l'intervention psychosociale en dyade pour les personnes âgées atteintes d'Alzheimer et leurs proches aidants. 20 de ces programmes ont démontré une qualité de modérée à élevée. Les programmes sont divisés en trois catégories :

- 1) Les programmes intensifs, qui s'effectuent sur une courte période (6 à 10 visites à domicile ou en groupe). Leur durée varie de 5 semaines à 6 mois ;

- 2) Les programmes plus longs, qui durent plus de 2 ans, avec visites à domicile et des contacts téléphoniques ou une combinaison avec des sessions de groupes ;
- 3) Les autres programmes, avec hospitalisation temporaire.

La majorité des programmes consistent en une multiplicité de traitements (information, formation, exercices physiques, adaptations environnementales, formation sur les compétences, stratégies d'adaptation pour les proches aidants, etc.). Certains programmes démontrent des effets positifs, statistiquement significatifs, pour les 2 membres de la dyade (10/20), d'autres seulement pour les proches aidants (6/20) et seulement pour les personnes aidées (4/10).

Un seul programme utilise le concept *théorique de l'éducation aux loisirs*. Il s'agit du programme élaboré par Carbonneau et al. (2011). La spécificité de ce programme se traduit par divers thèmes originaux, dont quelques-uns sont peu présents dans les autres programmes présentés jusqu'à maintenant. Les thèmes sont : la communication, le concept d'événements plaisants, l'approche de loisirs et les activités significatives.

Un autre programme original est celui du *Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers (MBSR)* (Whitebrid et coll., 2013). Le but de l'intervention est ici de réduire le stress et de gérer des émotions difficiles grâce à la formation « mindfulness ». Le « mindfulness » réfère à un type particulier d'attention ciblée sur le moment présent, à une sensibilisation au non-jugement et à une position d'ouverture et de curiosité. Cette formation combine les informations relatives au « mindfulness » avec de la méditation et des exercices de yoga.

Les effets positifs

- Sur le proche-aidant

L'intervention psychosociale démontre que les proches aidants ont une meilleure compréhension des différents symptômes de la maladie et vivent moins d'épuisement. 13 programmes sur 20 illustrent des effets positifs significatifs sur l'épuisement et l'amélioration des compétences des proches aidants. D'autres ont des effets significatifs sur leur qualité de vie.

En ce qui concerne le programme d'éducation en loisirs, les résultats qualitatifs démontrent :

- une augmentation du sentiment d'efficacité de l'aidant ;
- plus de facilité pour l'aidant à partager des moments plaisants avec l'aidé ;
- plus de facilité pour l'aidant à adapter ses activités aux besoins de l'aidé ;
- plus de facilité pour l'aidant à décoder les réactions de l'aidé ;
- une augmentation des réactions appropriées de l'aidant face aux comportements de l'aidé ;
- plus de facilité pour l'aidant de retrouver un sens à la relation aidant-aidé et diminution de son sentiment de culpabilité.

Il va sans dire que tous ces aspects positifs permettent d'en arriver à une amélioration ou une augmentation de la qualité de la relation des membres de la dyade.

L'intervention MBSR est une intervention « réalisable » et satisfaisant pour les proches aidants. Elle a en effet démontré une efficacité dans l'amélioration globale de la santé mentale des proches aidants, la réduction du stress et la diminution de la dépression.

- Sur la personne atteinte de trouble neurocognitif

L'intervention psychosociale prolonge le temps à domicile de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire qu'il ralentit le processus décisionnel vers un changement de milieu de vie (relocalisation) et lui assure une meilleure qualité de vie. Dans le programme d'éducation aux loisirs, les bénéfices soulevés pour les aidés se traduisent par la possibilité de faire des activités adaptées à leur condition et, ainsi, de passer de meilleurs moments avec le proche aidant.

Ici aussi, l'intervention psychosociale ainsi que l'éducation aux loisirs sont des pratiques prometteuses dans l'accompagnement des proches aidants. Les effets démontrés sont positifs. L'adaptation des activités aux capacités réelles de la personne atteinte d'un trouble neurocognitif permet à chacun d'avoir de bons moments, moments qui resteront gravés dans la mémoire du proche aidant et qui pourront devenir une source de motivation pour le proche aidant dans le maintien de son rôle.

Personnel et formation des intervenants

Selon les articles recensés, la majorité des intervenants sont des professionnels qui ont des parcours scolaires variés : psychologues, psychiatres ou intervenants psychosociaux. Ils sont formés et le matériel de soutien à ces interventions est disponible. Ceci permet d'assurer une standardisation ou une reproductivité des interventions.

Critères d'accessibilités

Proches aidant à cibler pour ces programmes

Une recension des écrits (26 interventions entre 1990-2008) (Van Mierlo et coll., 2011) a porté sur une analyse des caractéristiques des proches aidants de personne présentant un trouble neurocognitif qui ont bénéficié des effets positifs d'interventions psychosociales. Les personnes

qui en bénéficient le plus sont les femmes. Enfin, les interventions psychosociales fonctionnent mieux chez :

- les femmes proches aidantes ;
- les femmes de 49 à 82 ans proches aidantes ;
- les aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ;
- les aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (stade précoce à modéré) ;
- les aidants d'aînés vivant à domicile ;
- les aidants étant conjoints/conjointes.

Ces informations peuvent aider à cibler la clientèle des programmes d'intervention psychosociale.

Le programme *The Learning to Become a Family Caregiver* (Ducharme et coll., 2011 et Ducharme, 2014) cible les proches aidants de 65 ans et plus qui n'ont aucun suivi en psychothérapie individuelle, aucune thérapie familiale et ne participent à aucun groupe de soutien. Le programme psychoéducatif visant spécifiquement les habiletés communicationnelles (Klondicka, 2011) soutient les aidants de 55 ans et plus, parlant français et anglais, qui ne participent pas à des forums de soutien ou des forums éducatifs. Dans le cadre de ces programmes, il est spécifié que les proches aidants doivent se reconnaître comme tels pour pouvoir participer au programme. Ces derniers souhaitent joindre les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Pour la majorité, le diagnostic a été émis il y a moins de 9 mois, donc les proches aidants sont généralement en début de parcours dans leur nouveau rôle. Seul le programme français *Aide dans la maladie d'Alzheimer (AIDMA)* que le proche aidant doit fournir un minimum de 4h de soins par semaine, qu'il soit un conjoint, un enfant ou un autre proche devant participer de façon active à un programme. Plusieurs critères d'exclusion limitent cependant l'accès au programme, notamment si le proche aidant :

- souffre d'une condition physique ou mentale incompatible avec la gestion à domicile ;
- n'a pas été en mesure d'atteindre la 8^e session du programme ;
- n'a pas été en mesure de stimuler l'aîné durant la période de l'étude ;
- souffre d'anxiété ou de dépression ;
- a déjà un suivi en psychothérapie.

Aidés ciblés par ces programmes

Dans le cadre des programmes psychoéducatifs, les personnes aidées ont reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe et demeurent à domicile. Le programme AIDMA la personne ayant reçu un diagnostic doit avoir entre 65 et 90 ans et doit accepter le

traitement de cholinestérase en parallèle dudit programme. Des critères d'exclusion sont appliqués tels que :

- l'aidé qui a reçu un diagnostic autre que la maladie d'Alzheimer,
- l'aidé qui a une pathologie sévère ou instable,
- l'aidé souffrant de dépression ou de désordre comportemental,
- l'aidé qui n'a pas de proche aidant ou qui utilise actuellement un autre type de médicaments ou d'intervention pharmacologique.

Dans le programme de gestion du stress de Ducharme (2014), les personnes aidées sont définies comme étant des personnes âgées vulnérables.

Conclusion sur les programmes

En somme, les pratiques prometteuses actuelles s'inscrivent dans les programmes ou les interventions psychosociales, psychoéducatives ou cognitivo-comportementales. Des effets statistiquement significatifs ont été démontrés pour chacun des programmes identifiés dans cette recension des écrits.

En résumé, voici les éléments à considérer pour favoriser la mise en place d'une pratique prometteuse :

- Utiliser des interventions combinées semble avoir des résultats positifs importants.
- Rendre accessible le matériel et les formations de façon asynchrone permet aux proches aidants de profiter au maximum de ces éléments, au moment où cela leur convient le mieux.
- Les rencontres synchrones sur Internet entre les proches aidants et les professionnels permettent d'avoir un moment d'échanges, une possibilité de revenir sur la théorie et d'obtenir des pistes d'intervention pour des situations précises.
- La possibilité d'avoir accès à des forums de proches aidants permet aussi des moments d'échanges (entre eux).
- La possibilité pour les proches aidants d'identifier leurs propres besoins, afin de cheminer dans leur rôle de proche aidant de manière adéquate.
- Les interventions sur Internet et par téléphone permettent de joindre les gens des régions plus éloignées.

Ainsi, et considérant l'évolution rapide des différentes technologies de communication, les pratiques prometteuses, au cours des dernières années, ont commencé à s'ajuster aux nouvelles générations de proches aidants. Il est de plus en plus, clair que les interventions psychosociales passent désormais pas le 2.0.

Annexes 1

Tableau des articles rejetés après lecture

Références complètes	Banque de données	Critères d'exclusion
Vidal-Naquet, P. (2013). Le care à domicile : tact et tactiques, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 3(114), 7-13.	CAIRN	Applicabilité insuffisante : Le texte est centré sur l'accompagnement à domicile des personnes avec des facultés cognitives altérées (troubles psychiques et/ou cognitifs). Aucun lien avec les proches aidants.
Ward, J. (2012). Comprendre l'engagement dans l'aide : le modèle d'engagement processuel, <i>Vie sociale</i> , 4(4), 163-174.	CAIRN	Applicabilité insuffisante : ne concerne pas les proches aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Il s'agit d'un contexte de soins palliatifs.
Gimbert, V., & Malochet, G. (2012). Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international, <i>Vie sociale</i> , 4(4), 129-145	CAIRN	Qualités méthodologiques insuffisantes : Quelques services sont nommés, sans être explicités. Aucune évaluation des effets. Non spécifique aux personnes atteintes de troubles neurodégénératifs
Caire, J.M., Destailats, J.-M., Merceron, K., Belio, C. & Mazaux, J.-M. (2011). L'accompagnement des aidants de personne atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée : approche systémique du contexte familial, <i>La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie</i> , 18(172), 86-89.	FRANCIS	Qualités méthodologiques insuffisantes : Les résultats présentés ne concernent que le suivi d'une seule famille. Impossible de généraliser.
Hirano, A., Umegaki, H, Suzuki, Y., Hayashi, T., & Kuzuya, M. (2016). Effets of leisure activities at home on perceived care burden and the endocrine system of caregivers of dementia patients: a randomized controlled study, <i>International Psychogeriatrics</i> , 28(2), 261-268	Abstracts in Social Gerontology	Pays: Japon (information que nous n'avions pas sur la fiche du résumé).

Références complètes	Banque de données	Critères d'exclusion
Références complètes	Banque de données	Critères d'exclusion
Pot, A.M., Blom, M. & Willemse, B.M. (2015). Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia, <i>International Psychogeriatrics</i> , 27(8), 1343-1354	Abstracts in Social Gerontology	Pays: Hollande
Natale, G., Zigoura, E., Carpaneto, V., D'Angelo, M.G., Massone, L., De Pasquale, et al (2012). Telephone calls provide effective support for most caregivers of patients with dementia but not for all, <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 27(2), 215-216.	Abstracts in Social Gerontology	Pays: Italie. Qualité méthodologique insuffisante.
Wilz, G., Meichsner, F. & Soellner, R. (2016). Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention, <i>Aging & Mental</i> , 1-8	Medline with full text	Pays: Allemagne
Articles non reçus		
Marziali, E. (2011). Dementia Caregivers' Responses to 2 Internet-Based Intervention Programs, <i>American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias</i> , 26(1), 36-43.		L'article a été commandé par prêt entre bibliothèques, mais n'a pas été reçu dans les délais du projet.
Warrick, N., Peckham, A., Padjen, M. & Williams, A.P. (2014). Caring for caregivers of high-needs older person, <i>Healthcare Quartely</i> , 17(3), 24-29.	Medline	L'article a été commandé par prêt entre bibliothèques, mais n'a pas été reçu dans les délais du projet.

Annexe 2

Bibliographie des articles lus et acceptés

- Carbonneau, H., Caron, C.D., Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 31-39.
- Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D., & Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care, *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937-948.
- Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la Maladie d'Alzheimer. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Dahlrup, B., Nordell, E., Andren, S. & Elmstahl, S. (2011). Family caregivers' assessment of symptoms in persons with dementia using the GBS-scale : differences in rating after psychosocial intervention—an 18 month follow-up study, *Clinical Interventions In Aging*, 6, 9-18.
- De Rotrou, J., Cantegril, I., Fauconnau, V., Wenish, E., Chausson, C., Jegou, D., et coll. (2011). Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study, *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8), 833-842.
- Drossel, C., Fisher, J.E. & Mercier, V. (2011). A DBT Skills Training Group for Family Caregivers of Persons with Dementia, *Behavior Therapy*, 42(1), 109-119.
- Ducharme, F. (2014). Psychoeducational Interventions for Family Caregivers of Seniors across Their Life Trajectory : An Evidence-Based Research Program to Inform Clinical Practice, *Hindawi Publishing Corporation*, 15 p.
- Ducharme F., Dubé V., Lévesque L., Saulnier D., & Giroux F. (2012). Programme de formation en ligne sur la gestion du stress: une nouvelle forme de soutien pour les proches aidants de personnes âgées, *Vie et vieillissement*, 9(4), 28-35
- Ducharme, F., Dubé, V., Lévesque, L., Saulnier, D., & Giroux, F. (2011). An online stress management training program as a supportive nursing intervention for family caregivers of an elderly person, *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2).
- Ducharme, F.C., Lévesque, L., Lachance, L.M., Kergoat, M-J, Legault, A.J., Beaudet, L.M, and al (2011). « Learning to Become a Family Caregiver » Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*, 51(4), 484-494.
- Griffiths, P.C., Whitney, M.K., Kovaleva, M. (2016). Development and Implementation of Tele-Saavy for Dementia Caregivers : A Department of Veterans Affairs Clinical Demonstration Project, *Gerontologist*, 56(1), 145-154.
- Hayden, L., Glynn, S.M., Hahn, T.J., Randall, F. & Randolph, E. (2012). The use of Internet technology for psychoeducation and support with dementia caregivers, *Psychological Services*, 9(2), 215-218.
- Klondnicka Kouri, K., Ducharme, F. & Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study, *Dementia*, 10(3), 435-453.
- Lamore, K.W. (2011). Use a Alzheimer family support group by community-residing caregivers, *Groupwork*, 21 (2), 84-98.

- Lorig, K., Thompson-Gallagher, D., Traylor, L., Ritter, P.L., Laurent, D.D., Plant, K., Thompson, L.W. & Hahn, T.J. (2012). Building Better Caregivers: A Pilot Online Support Workshop for Family Caregivers of Cognitively Impaired Adults, *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 423-437.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2015*, Paris : Presses de l'Imprimerie Vit'Repro, 119 p.
- Steffen, A.M. & Grant J.R. (2016). A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 195-203.
- Van Mierlo, L.D., Meiland, F.J.M., Van Der Roest, H.G. & Dröes, R.-M. (2012). Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia, *International Journal of Geriatric psychiatry*, 27(1), 1-14.
- Van Mierlo, L.D., Meiland, F.J.M. & Dröes, R.-M. (2012). Dementel coach : effect of telephone coaching on carers of community-dwelling people with dementia, *International psychogeriatrics*, 24(2), 212-222.
- Van't Leven, N., Prick, A.-E. , Groenewoud, J.G., Roelofs, P. D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2013). Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review, *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1581-1603.
- Whitebrid, R.R., Kreitzer, M.J., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R. & Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial, *Trials*, 53(4)., 676-686.

Annexe 3

Liste des résumés lus et acceptés Hors banques de données

Ducharme, F. (2014). *Psychoeducational Interventions for Family Caregivers of Seniors across Their Life Trajectory : An Evidence-Based Research Program to Inform Clinical Practice*, Hindawi Publishing Corporation, 15 p.

Family caregivers of the elderly are growing in number and the care they are called upon to deliver in industrialized countries is becoming increasingly demanding and complex. Empirical research shows that the caregiving situation can have a significant impact on the health of these caregivers often on account of stress, physical and psychological exhaustion, and a sense of being overwhelmed. In this context, the quality of life of these caregivers depends in large part on professional educational and support interventions. The purpose of this paper is to present three innovative psychoeducational intervention programs developed and empirically tested by the research team of the Université de Montréal's (Québec, Canada) Chair in Nursing Care for Seniors and Their Families over the past fifteen years. These interventions have been developed together with family caregivers experiencing different stressful situations across their care trajectory. The results of evaluative studies of these programs provide evidence to inform professional clinical practice. Future directions for caregiving research are discussed.

Ducharme F., Dubé V., Lévesque L., Saulnier D., & Giroux F. (2012). *Programme de formation en ligne sur la gestion du stress : une nouvelle forme de soutien pour les proches aidants de personnes âgées*, *Vie et vieillissement*, 9(4), 28-35.

Cet article présente un programme psychoéducatif individuel de formation à la gestion du stress développé par le centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ce programme d'apprentissage en ligne, destiné aux aidants de parents âgés en perte d'autonomie physique ou cognitive, comporte beaucoup d'avantages : accessibilité, asynchronisme et anonymat. L'étude entreprise pour évaluer les effets sur différents indicateurs de qualité de vie et sur l'apprentissage du processus de gestion du stress des aidants a aussi mis en évidence les aspects positifs de cette forme de soutien.

BDSP. Notice produite par FNG B8FR0xEF. Diffusion soumise à autorisation.

Ducharme, F., Dubé, V., Lévesque, L., Saulnier, D., Giroux, F. (2011). An online stress management training program as a supportive nursing intervention for family caregivers of an elderly person. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2).

The aim of this study was to evaluate the effects of a stress management training program offered online to family caregivers of an elderly person with impaired physical or cognitive autonomy. The effects evaluated concerned caregiver quality of life and learning of stress management skills. A total of 26 caregivers took part in the program, comprised of seven online individual sessions along with professional coaching and exchange among participants. The mixed research design used to evaluate the effects showed that caregivers perceived greater self-efficacy in dealing with caregiving demands and perceived their caregiver role to be less threatening and more challenging after completing the program. They also gained self-control over their situation, attained the goal they set at the start of the program, and reported lower health risks. Qualitative data revealed that caregivers learned the key elements of stress management. Offering support via the Internet is an innovative intervention modality that allows nurses to reach caregivers who cannot or do not want to attend conventional supportive programs. It is recommended to offer this program at the onset of the caregiving trajectory to help caregivers learn, as soon as possible, how to deal with caregiving demands and promote their health. Repéré à :

<https://www.researchgate.net/publication/280055614> An Online Stress Management Training Program as a Supportive Nursing Intervention for Family Caregivers of an Elderly Relative Living at Home

Banques anglophones 2011

Ducharme, F.C., Lévesque, L.L., Lachance, L. M., Kergoat, M.-J., Legault, A.L., Beaudet, L.M. et al. (2011). "Learning to Become a Family Caregiver" Efficacy of an Intervention Program for Caregivers Following Diagnosis of Dementia in a Relative, *The Gerontologist*, 51(4), 484-494.

Purpose : The purpose of this experimental study was to test the efficacy of a psychoeducational individual **program** conceived to facilitate transition to the **caregiver** role following diagnosis of **Alzheimer** disease in a relative. Design and Methods: **Caregivers** were recruited in memory clinics and randomized to an experimental group (n = 62) or a control group (n = 49) receiving usual care. Eligible participants--primary **caregivers** of a relative diagnosed with **Alzheimer** in the past 9 months--were assessed blindly before randomization, at the end of the **program** (post-test), and 3 months later (follow-up) on different outcomes associated with healthy role transition. Results : The analyses indicated that at post-test and follow-up, **caregivers** in the experimental group were more confident in dealing with caregiving situations, perceived themselves to be better prepared to provide care and more efficacious in their **caregiver** role, were better able to plan for the future care needs of their relative, had better knowledge of available **services**, and made more frequent use of the coping strategies of problem solving and reframing. The **program** had **no** significant effect on use of stress-management strategies, perceived informal support and **family** conflicts.

Implications : This **program** underscores that a proactive **intervention** approach from the onset of the care trajectory is key to fostering **caregiver** adaptation to the new challenges they must meet.

Klondnicka Kouri, K., Ducharme, F. & Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study, *Dementia*, 10(3), 435-453.

A psycho-educational **intervention** focused on communication was conceived for **caregivers** of **family** members in the early stage of **Alzheimer's** disease (i.e., persons with **dementia**), and tested on five proximal outcome variables : **caregiver** knowledge, perceptions of communication difficulties and degree of perceived disturbance related to these difficulties, self-efficacy and skills. Guided by a theoretical framework that encompassed geragogy, the McGill model of nursing and self-efficacy theory, the **intervention** was evaluated via an experimental design with pre-post tests. Fifty **family caregivers** were randomly assigned to an experimental group (**intervention program**), or to a control group (information flier on communication and memory). Statistically significant effects were found on four dependent variables: **caregiver** knowledge, degree of disturbance related to communication difficulties, self-efficacy and skills. No significant effects were observed in regard to the perceived presence of communication difficulties. This communication **program** serves as a useful tool to prepare **caregivers** for their new role.

De Rotrou, J., Cantegril, I., Fauconnau, V., Wenish, E., Chausson, C., Jegou, and al. (2011). Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study, *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8), 833-842.

Objective : The Aide dans la Maladie d'Alzheimer (AIDMA) study was conducted to determine whether a psycho-educational **programme** (PEP) for primary **caregivers** in addition to standard anti-**dementia** drugs for patients improves **caregivers'** psychological condition and patients' activities of daily life. Method: Multicentre randomised controlled **intervention** trial. One hundred and sixty-seven dyads 'patient-**caregiver**' were recruited from 15 French memory clinics and randomised in two parallel groups. The **intervention** group was offered the PEP in 12 group sessions for 3 months. The control group had usual care. Patients in both groups with mild to moderate **Alzheimer's** disease (AD) were diagnosed and treated with pharmacotherapy. Patients' primary efficacy variable was functional status assessed with the Disability Assessment Scale for **Dementia** (DAD) scale. **Alzheimer** Disease Assessment Scale (ADAS-Cog) and Neuropsychiatric Inventory (NPI) were secondary criteria. **Caregivers'** first outcome measure was depressive symptoms assessed with the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) scale. Zarit scale, Sense of Competence Questionnaire (SCQ) and Visual Analogue Scales (VAS) were secondary criteria. Assessment was done at baseline, 3 months (M3, end of **intervention**) and 6 months (M6). Results: Patients' stabilisation was observed in both groups. In **caregivers**, significant improvement in disease understanding at M3 ($p = 0.007$) and M6 ($p = 0.0001$) and in ability to cope with care-recipients' disease at M6 (0.02) was evidenced. Conclusion: The PEP had **no** additional impact

on patients but carers developed more effective disease understanding and ability of coping. Results support the idea that the PEP although improving **caregivers'** condition is not sufficient to improve patients' activities in daily life which requires additional individually tailored **interventions** provided by professionals. (English)

Lamore, K.W. (2011). Use a Alzheimer family support group by community-residing caregivers, *Groupwork*, 21 (2), 84-98.

Abstract : This article describes the author's experience as a new co-facilitator for an **Alzheimer's Disease Family Support Group** and reviews the preliminary phase of group practice and the dynamics of the beginning phase of co-facilitating the **Alzheimer's Family Support Group**. The article reviews the needs that **Alzheimer Support Group** would meet, purpose of the group, agency and sponsorship support for **Alzheimer Support Group**, recruitment, group composition, group timing and structure, leadership of group, orientation of group members, content of group meetings, group sessions, and anticipated obstacles, and concludes with the importance of empowerment-oriented social workers who share the message that change is possible with others who are struggling, while working side-by-side with them to achieve changes and provide a new beginning - a new path for **caregivers** - a path of self discovery. As **Alzheimer's** disease progresses **caregivers** and loved ones of people with the disease are often challenged on a daily basis - emotionally, mentally, and physically. Being with other people in similar situations encourages group members to share information, exchange coping skills, give and receive mutual support, vent their frustrations and share their success stories. Caregiving for a person with **cognitive** impairments can be a very difficult task, but knowing that you are 'all in the same boat' provides the life preserver to the **caregiver** - giving nourishment to the soul. (Journal abstract) , Database: Social Work Abstracts.

Drossel, C., Fisher, J.E. & Mercier, V. (2011). A DBT Skills Training Group for Family Caregivers of Persons With Dementia, *Behavior Therapy*, 42(1), 109-119.

A Dialectical Behavior Therapy Skills training manual (DBT Skills) was adapted for use with **caregivers** of individuals with **dementia**. Implementation occurred in a community clinic with a heterogeneous **caregiver** group at risk for elder abuse. Sixteen **caregivers** completed the 9-week group. The results point to improved **psychosocial** adjustment, particularly increased problem-focused coping, enhanced emotional well-being, and less fatigue. **Caregivers** tended to utilize individual therapeutic **services** at a higher rate during the period of group attendance, indicative of appropriate help-seeking behavior in highly demanding situations. Six of the 16 **caregivers** repeated the training sequence in 'booster' groups. Follow-up data from the booster groups suggest that high-risk **caregivers** may require continuing support to maintain treatment gains. In addition to demonstrating the feasibility of DBT Skills with **caregivers**, the results warrant a controlled outcome evaluation. (English). (AN : 23953447), Database: FRANCIS

Carbonneau, H. Caron C.D. & Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia, *Archives of Gerontology And Geriatrics*, 53(1), 31-39.

The loss of autonomy associated with **dementia** affects the people with **dementia** themselves as well as their **caregivers** who are often left feeling powerless and incompetent in their caregiving role. Most of the programs developed to support **caregivers** focus on burden and do not consider the positive aspects of caregiving. Leisure represents a way to enhance the presence of positive aspects in the caring experience. Moreover, leisure might contribute to the maintenance of satisfactory relationships between the **caregivers** and the person with **dementia**. An adapted leisure education **program** was developed as a means of support to **caregiver** involvement. This study (n=49) aims to evaluate the impact of this **program on caregivers'** well-being, self-efficacy towards adapted leisure, and quality of the relationship with the care receiver. Mixed methods were used. Pretest-posttest with a follow-up design made up the quantitative part. In addition, open-end interviews (n=10) were conducted. The quantitative results showed few impacts of the **program on caregivers**. However, the qualitative analysis revealed that the **intervention** had positive impacts for the **caregivers**, care receivers and other **family** members. This study introduces **caregiver** support in a new, positive perspective by focusing on the positive aspects of caregiving rather than the burden. Copyright © 2010 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved., Database : MEDLINE with Full Text

Dahlrup, B., Nordell, E., Andren, S. & Elmstahl, S. (2011). Family caregivers' assessment of symptoms in persons with dementia using the GBS-scale: differences in rating after psychosocial intervention—an 18 month follow-up study, *Clinical Interventions In Aging*, 6, 9-18.

The purpose of this study was to examine if **psychosocial intervention** for **family caregivers** made any differences in describing symptoms of **dementia** in the persons they cared for. The study population comprised **family caregivers** of persons aged 70 years and older receiving social **services** and diagnosed with **dementia** disorders. A group of 129 **family caregivers** underwent **psychosocial intervention** including education, information, and provision of a support group, while 133 **family caregivers** did not and these formed the control group. **Family caregivers** were followed-up every 6 months for a total of 18 months. They rated intellectual, emotional, and activity of daily living (ADL) functions in persons with **dementia** using the Gottfries-Bråne-Steen scale (GBS-scale). **Family caregivers** who underwent **psychosocial intervention** rated the intellectual and emotional symptoms of **dementia** significantly higher 6 months later compared to controls and the effect was sustained during the 18-month follow-up irrespective of relationship and education. Most notably, decrease in function of recent memory, ability to increase tempo, long-windedness, distractibility, and blunting were better identified. Our findings suggest that the **family caregivers** who underwent **psychosocial intervention** achieved better understanding of different symptoms and the behaviors of **dementia**. These findings may explain earlier findings of positive effects after **psychosocial intervention** on **family caregivers'** sense of burden, satisfaction, and ability to delay nursing home placement.

2012

Lorig, K., Thompson-Gallagher, D., Traylor, L., Ritter, P.L., Laurent, D.D., Plant, K., and al. (2012). Building Better Caregivers: A Pilot Online Support Workshop for Family Caregivers of Cognitively Impaired Adults, *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 423-437.

An aging population and wartime injuries has led to a growing population needing **caregivers**. This article evaluates a pilot study of an Internet-based, skills-enhancement workshop developed for the United States Department of Veteran Affairs. Sixty **caregivers** are enrolled. Either the **caregivers** or people being cared for are Veterans living in California, Southern Nevada, or Hawaii. Measures include health indicators, health behaviors, and health care utilization. Baseline measures are compared to the same measures at 3 months using paired t tests. Participation in the **program** is examined, including number of sessions and number of posts. **Caregivers** show significant reductions in **caregiver** burden, depression, pain, and stress. **Caregiver** self-efficacy and two exercise measures show improvement. The care partners' overall health show improvement ($p < .05$). The **program** successfully reaches rural residents, and participation is high. The Building Better **Caregivers program** is acceptable to **caregivers**, whose health, emotional health, and health behaviors show improvement. **Caregivers** successfully participate in the **program**. [ABSTRACT FROM PUBLISHER]

Hayden, L., Glynn, S.M., Hahn, T.J., Randall, F. & Randolph, E. (2012). The use of Internet technology for psychoeducation and support with dementia caregivers, *Psychological Services*, 9(2), 215-218.

Abstract: A large randomized trial evaluated the benefits of online education, support, and self-care promotion for **caregivers** of persons with **dementia**. Anecdotal reports from participants indicated enjoyment of the materials, convenient access from home, and support from professionals and other **caregivers**. A substantial number of screened **caregivers** experienced obstacles of access, cost, and time regarding use of technology. Telephone options are being explored, and future caregiving generations are expected to have increased exposure and willingness to use computer technology, such as the **program** described here. (PsycINFO Database Record (c) 2013 APA, all rights reserved), Database: PsycARTICLES

Van Mierlo, L.D., Meiland, F.J.M., Van Der Roest, H.G. & Dröes, R.-M. (2012). Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia, *International Journal of Geriatric psychiatry*, 27(1), 1-14.

Abstract : Objective: Insight into the characteristics of **caregivers** for whom **psychosocial interventions** are effective is important for care practice. Until now **no** systematic reviews were conducted into the effectiveness of **psychosocial interventions** for **caregiver** subgroups. Methods: To gain insight into this relationship between **caregiver** subgroups and **intervention** outcomes, a first review study was done. This study reviews the personal characteristics of **caregivers** of people with **dementia** for whom **psychosocial interventions** were effective. Results: Electronic databases and key articles were searched for reviews on **psychosocial interventions** for **caregivers** studies published between January 1990 and February 2008. Based on these reviews, twenty-six studies met the inclusion criteria (i.e. having positive outcomes described in subgroups). Most positive effects were found in **caregivers** of people with a diagnosis of '**dementia** not otherwise specified' and in the subgroup of female **caregivers**. Examples of outcomes were decreased depression and improved self- efficacy. Conclusions: This study gives a first overview of successful **psychosocial interventions** in subgroups of **caregivers** of people with **dementia**. It makes clear that until now, relatively little research has been done into subgroups of these **caregivers**. It also suggests that more research is needed to better understand which **psychosocial interventions** are effective for specific subgroups of **caregivers** of people with **dementia**. (English) . (AN: 25262542), Database: FRANCIS

Van Mierlo, L.D., Melland, F.J.M. & Dröes, R.-M. (2012). Dementel coach : effect of telephone coaching on carers of community-dwelling people with dementia, *International psychogeriatrics*, 24(2), 212-222.

Abstract: Background: Dementelcoach is a new telephone **intervention** to support informal **caregivers** of community- dwelling people with **dementia**. The effectiveness of this **intervention** was evaluated on burden and mental health problems of informal **caregivers**. Methods: A pre-test/post-test comparison group design was used with three groups of informal **caregivers**. Two of the groups were experimental and received either (1) telephone coaching or (2) telephone coaching in combination with respite care (psychogeriatric day care); the third was a comparison group which received day care only. Telephone coaching was offered by trained coaches once every two to three weeks over a period of 20 weeks. Results: Informal **caregivers** who received telephone coaching in combination with respite care reported significantly less burden compared to **caregivers** who received telecoaching only, and they experienced significantly fewer mental health problems than those who received day care only. Conclusion: Telecoaching according to the principles of Dementelcoach combined with respite care (psychogeriatric day care) is more effective in reducing burden and health complaints in informal **caregivers** of community-dwelling people with **dementia** than telecoaching or day care only. (English) . (AN: 25639298), Database: FRANCIS

2013

Van't Leven, N., Prick, A.-E. , Groenewoud, J.G., Roelofs, P. D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2013). Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review, *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1581-1603.

Background: In this review, we study the effects of dyadic **psychosocial interventions** focused on community-dwelling people with **dementia** and their **family caregivers**, and the relationship of the effects with **intervention** components of **programs**. Methods: A search from January 2005 to January 2012 led to 613 hits, which we reviewed against our inclusion criteria. We added studies from 1992 to 2005 reviewed by Smits et al. (Smits, C. H. M., De Lange, J., Drees, R.-M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M. and Pot, A. M. (2007). Effects of combined **intervention programs** for people with **dementia** living at **home** and their **caregivers**: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1181–1193). We assessed the methodological quality of 41 **programs** with the Cochrane criteria and two items of the Oxford Centre of Evidence-based Medicine guidelines. Results: Studies of moderate to high quality concerning 20 different dyadic **psychosocial programs** for people with **dementia** and **caregivers** were included. Nineteen of these **programs** show significant effects on the patient with **dementia**, the **caregiver**, or both. Due to differences in the **programs** and the studies, this study does not provide an unequivocal answer about which **programs** are most effective. **Programs** with **intervention** components that actively train one or more specific functional domains for the person with **dementia** and/or the **caregiver** seem to have a beneficial impact on that domain, although there are exceptions. Reasons can be found in the **program** itself, the implementation of the **program**, and the study design. Conclusions: Dyadic **psychosocial programs** are effective, but the outcomes for the person with **dementia** and the **caregiver** vary. More attention is needed for matching the targeted functional domains, **intervention** components, and delivery characteristics of a **program** with the needs of the person with **dementia** and the **family caregiver**. [ABSTRACT FROM PUBLISHER] DOI: 10.1017/S1041610213000860. (AN: 89926949), Database: Abstracts in Social Gerontology

Whitebrid, R.R., Kreitzer, M.J., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R. & Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial, *Trials*, 53(4), 676-686.

Caring for a **family** member with **dementia** is associated with chronic stress, which can have significant deleterious effects on **caregivers**. The purpose of the Balance Study was to compare a mindfulness-based stress reduction (MBSR) **intervention** to a community **caregiver** education and support (CCES) **intervention** for **family caregivers** of people with **dementia**. Design and Methods: We randomly assigned 78 **family caregivers** to an MBSR or a CCES **intervention**, matched for time and attention. Study participants attended 8 weekly **intervention** sessions and participated in **home**-based practice. Surveys were completed at baseline, post intervention, and at 6 months. Participants were 32- to 82-year-old predominately non-Hispanic White women caring for a parent with **dementia**. Results: MBSR was more effective at improving overall mental health, reducing stress, and decreasing depression than CCES. Both **interventions** improved **caregiver** mental health and were similarly effective at improving anxiety, social support, and burden. Implications: MBSR could reduce stress and improve mental health in **caregivers** of **family** members with **dementia** residing in the community. [ABSTRACT FROM PUBLISHER] (AN: 89102468), Database: Abstracts in Social Gerontology.

2015

Chiu, M ., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D.& Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care, *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937-948.

The value of care provided by informal carers in Canada is estimated at \$26 billion annually (Hollander et al., 2009). However, carers' needs are often overlooked, limiting their capacity to provide care. Problem-solving therapy (PST), a structured approach to problem solving (PS) and a core principle of the Reitman Centre CARERS **Program**, has been shown to alleviate emotional distress and improve carers' competence (Chiu et al., 2013). This study evaluated the effectiveness of problem-solving techniques-based **intervention** based on adapted PST

methods, in enhancing carers' physical and emotional capacity to care for relatives with **dementia** living in the community. Methods : 56 carers were equally allocated to a problem-solving techniques-based **intervention** group or a control arm. Carers in the **intervention** group received three 1 hr visits by a care coordinator (CC) who had been given advanced training in PS techniques-based **intervention**. Coping, mastery, competence, burden, and perceived stress of the carers were evaluated at baseline and post-**intervention** using standardized assessment tools. An intention-to-treat analysis utilizing repeated measures ANOVA was performed on the data. Results: Post-**intervention** measures completion rate was 82% and 92% for the **intervention** and control groups, respectively. Carers in the **intervention** group showed significantly improved task-oriented coping, mastery, and competence and significantly reduced emotion-oriented coping, burden and stress ($p < 0.01-0.001$). Control carers showed **no** change. Conclusion: PS techniques, when learned and delivered by CCs as a tool to coach carers in their day-to-day caregiving, improves carers' caregiving competence, coping, burden, and perceived stress. This may reduce dependence on primary, psychiatric, and institutional care. Results provide evidence that establishing effective partnerships between inter-professional clinicians in academic clinical health science centers, and community agencies can extend the reach of the expertise of specialized health care institutions. [ABSTRACT FROM AUTHOR] DOI: 10.1017/S1041610214002798. (AN: 102337404), Database: Abstracts in Social Gerontology

2016

Griffiths, P.C., Whitney, M.K., Kovaleva, M. (2016). Development and Implementation of Tele-Savvy for Dementia Caregivers: A Department of Veterans Affairs Clinical Demonstration Project, *Gerontologist*, 56(1), 145-154.

Abstract: Purpose of the Study: To test fidelity and preliminary efficacy of Tele-Savvy, an internet-based version of the in-person, evidence-based psychoeducation Savvy **Caregiver Program** (SCP) for **dementia caregivers**. Tele-Savvy used synchronous (tele-conferences) and asynchronous components (video modules) to provide **program** access to **caregivers** in their **homes**. Design and Methods: SCP experts were surveyed to evaluate Tele-Savvy's fidelity to SCP. A convenience sample of 30 **dementia caregivers** from the Atlanta VA Medical Center enrolled in the Tele-Savvy clinical demonstration **program**. Twenty-two **caregivers** completed both pre- and postprogram evaluations, which included measures of **caregiver** stress and competence and behavioral and psychological symptoms of **dementia** (BPSD). Results: Expert review confirmed Tele-Savvy's fidelity with and, in certain domains, improvement on the original. Participants demonstrated moderately high initial levels of burden, anxiety, and depressive symptoms all of which decreased significantly postprogram in an intention to treat analysis. Similar reductions were seen in care recipients' BPSD and **caregivers'** reactions to them. Marginally significant increases in **caregiver** competence were observed. **Caregiver** and expert panel evaluations of **program** quality were enthusiastic. Implications: An effective online **caregiver**psychoeducation **program** could provide greatly expanded access for **caregivers** who cannot attend in person for reasons of distance, transportation limitations, and caregiving responsibilities. Further testing in a controlled trial is needed to establish **program** efficacy. [ABSTRACT FROM AUTHOR] DOI: 10.1093/geront/gnv123. (AN : 112362569), Database: Abstracts in Social Gerontology.

Steffen, A.M. & Grant J.R. (2016). A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 195-203.

Abstract: Objectives: This study examined the differential impact of two telehealth **programs** for women caring for an older adult with a neurocognitive disorder. Outcomes examined were depressive symptoms, upset following disruptive behaviors, anxious and angry mood states, and caregiving self-efficacy. Methods: Women cohabitating with a **family** member diagnosed with a neurocognitive disorder were assigned via random allocation to either of the following: (1) a 14-week behavioral **intervention** using video instructional materials, workbook and telephone coaching in behavioral management, pleasant events scheduling, and relaxation or (2) a basic education guide and telephone support comparison condition. Telephone assessments were conducted by interviewers blind to treatment condition at pre-**intervention**, post-**intervention**, and 6 months following **intervention**. Results: For those providing in-**home** care at post-

treatment, depressive symptoms, upset following disruptive behaviors, and negative mood states were statistically lower in the behavioral coaching condition than in the basic education and support condition. Reliable change index analyses for Beck Depression Inventory II scores favored the behavioral coaching condition. Caregiving self-efficacy scores for obtaining respite and for managing patient behavioral disturbances were significantly higher in the coaching condition. Effect sizes were moderate but not maintained at the 6-month follow-up. Conclusions: This study provides some initial evidence for the efficacy of a telehealth behavioral coaching **intervention** compared with basic education and telephone support. Carers' abilities to maintain strategy use during progressive disorders such as **Alzheimer's** disease likely require longer **intervention** contact than provided in the current study. **Dementia** carers, including those living in rural areas, can benefit from accessible and empirically supported **interventions** that can be easily disseminated across distances at modest cost. © 2015 The Authors. International Journal of Geriatric Psychiatry Published by John Wiley & Sons, Ltd. [ABSTRACT FROM AUTHOR] DOI: 10.1002/gps.4312. (AN: 112193117), Database: Abstracts in Social Gerontology