

## Place de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie de la personne âgée

### *Place of psychosocial rehabilitation in psychiatry of the elderly*

GABRIELA STEFAN<sup>1</sup>  
ÉLODIE LE TUTOUR<sup>2</sup>  
JEAN-MICHEL DOREY<sup>3</sup>  
CATHERINE PADOVAN<sup>4</sup>  
DELPHINE FABRE<sup>5</sup>

Pôle de Psychiatrie de la personne âgée & Consultation mémoire, Centre hospitalier Le Vinatier, Bron, France  
<gabriela.stefan@ch-le-vinatier.fr>

**Correspondance** : G. Stefan

**Résumé.** La réhabilitation psychosociale (RPS) est une pratique axée sur le rétablissement, processus personnel dans lequel le sujet âgé chemine pour maintenir son autonomie le plus longtemps possible, et rester maître de sa vie et de ses décisions. La croyance qu'une fois âgée, la personne perd de sa capacité à agir, est souvent liée à des biais cognitifs et peut avoir des impacts négatifs sur le rétablissement. En effet, par rapport à l'adulte, le sujet âgé est doublement stigmatisé, à la fois par les troubles mentaux, et les conséquences du vieillissement. Ainsi, la population gériatrique nécessite, dans le processus de rétablissement, une prise en compte des spécificités liées au vieillissement. Par ailleurs, la RPS doit aller au-delà de la maîtrise des symptômes et viser l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être. Nous proposons ainsi de décrire dans cet article les outils de RPS adaptés à la psychiatrie du sujet âgé.

**Mots-clés** : rétablissement, autonomie, adaptation, qualité de vie, bien-être, fonctionnement optimal, soutien, citoyenneté

**Abstract.** Psychosocial rehabilitation (PSR) is a practice focused on recovery, a personal process in which the elderly subject works to maintain his autonomy for as long as possible, and to remain in control of his life and his decisions. The belief that once old, the person loses his ability to act, is often linked to cognitive biases and can have negative impacts on recovery. Indeed, compared to adults, the elderly subject is doubly stigmatized, both by mental disorders and the consequences of aging. Thus, the geriatric population requires, in the recovery process, to take into account the specificities related to aging. Moreover, PSR must go beyond the control of symptoms and aim to improve the quality of life and well-being. We thus propose to describe in this article the RPS tools adapted to the psychiatry of the elderly subject.

**Keywords:** recovery, autonomy, adaptation, quality of life, well-being, optimal functioning, cognitive-behavioral therapies, support, citizenship.

### Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale en psychiatrie ?

La réhabilitation psychosociale (RPS) s'est développée en France depuis les années 1990 et s'appuie, depuis juillet 2017, sur un décret relatif au projet territorial de santé mentale, intégré au projet régional de la santé, comme une approche complémentaire aux soins traditionnels pour favoriser l'inclusion sociale des personnes qui vivent avec un trouble psychiatrique. Ces soins doivent permettre à la personne d'identifier et de développer ses capacités tout en limitant les troubles qui entravent son fonctionnement dans ses activités quotidiennes. Ainsi, la RPS s'inscrit comme véritable objectif dans les politiques de santé mentale actuelles promouvant le rétablissement de la personne.

Il n'existe pas de définition précise, ni de théorie spécifique fondant cette approche, mais plutôt un ensemble de valeurs qui balisent la démarche de soin. Il s'agit de mettre en place des actions qui soient centrées sur la personne et son potentiel de développement (approche humaniste) sur une durée aussi longue que l'individu l'estime nécessaire, avec des objectifs qu'il aura repérés et en lien avec son cadre de vie dans un souci de résultats et de satisfaction personnelle (cf., les 8 valeurs de base dans la pratique de la RPS) [1]. Pour répondre à ces valeurs, l'action se doit d'être à la fois intégrative et fonctionnelle ; intégrative car elle emploie un ensemble de pratiques provenant d'horizons divers dont la complémentarité et la pluridisciplinarité sont mises au service du projet de rétablissement de la personne ; fonctionnelle car elle se doit d'optimiser le fonctionnement de la personne. Ces valeurs contribuent ainsi à renforcer ses capacités persistantes et à diminuer ses

doi:10.1684/pnv.2022.1051

Pour citer cet article : Stefan G, Le Tutour E, Dorey JM, Padovan C, Fabre D. Place de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie de la personne âgée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2022 ; 20(3) : xxx. doi:10.1684/pnv.2022.1051.

déficits afin qu'elle puisse, avec ou sans aide, agir (*auto-détermination*) et décider (*empowerment*) au mieux par elle-même.

À ce titre, elle est considérée comme un espace de transition entre le cadre de soin médical et la vie autonome en communauté. Elle vise également la globalité de la personne en s'adressant à l'ensemble des facteurs responsables de son handicap. Elle ne pourra donc pas être effectuée dans un seul service car implique des interventions d'une multitude de partenaires au sein d'un réseau. Il existe des services dédiés RPS qui se coordonnent avec différents acteurs du secteur médico-social impliquant l'intervention de case managers, référents qui accompagnent la personne pour garantir le suivi et l'aider à trouver des solutions à ses problèmes, réduire les ruptures de parcours.

La finalité est d'atteindre le plus d'indépendance possible par autant de moyens propres que possible, en préservant et en développant l'autonomie, en améliorant la qualité de vie et l'insertion dans la société.

## Pour qui ? Quand ? Comment ?

Sont concernées les pathologies mentales chroniques et/ou sévères stabilisées cliniquement, retentissant sur le fonctionnement et/ou comportant des comorbidités.

Le processus de réhabilitation comprend 3 étapes : le diagnostic de réhabilitation, la planification et l'intervention [1]. La phase de diagnostic, s'appuie sur des entretiens d'évaluation et des questionnaires standardisés effectués par une équipe pluridisciplinaire, et va porter sur :

- *Les besoins et les attentes* de la personne à l'aide d'entretiens d'évaluation semi directifs (questions ouvertes) et d'échelles d'évaluation structurées (besoins repérés par la personne, l'entourage et les professionnels).
- *Les ressources* (matérielles, physiques, mentales, cognitives, comportementales, socio-relationnelles...) et *les difficultés* de la personne.
- *Les répercussions fonctionnelles* des difficultés et des limitations auto déclarées ou observées par les soignants, les proches et celles objectivées par des échelles et questionnaires standardisés.

Cette évaluation permet d'établir un *diagnostic de réhabilitation*, de fixer des objectifs avec le patient et de définir ainsi son *plan de réhabilitation*, strictement personnalisé, avec les étapes à franchir dans la réalisation de ce plan ainsi que les outils et les acteurs impliqués pour *la phase d'intervention* (avec des missions spécifiques à chacun).

## Application de la RPS à la personne âgée : particularités et limites

En population gériatrique, la RPS repose sur les mêmes outils que pour l'adulte, adaptés pour tenir compte des spécificités liées au vieillissement : problématiques cognitives, risque iatrogène, comorbidités gériatriques, perte des repères sociaux, isolement, limitations fonctionnelles, déficiences sensorielles, augmentation du sentiment de vulnérabilité. Ces outils sont résumés dans le *tableau 1*.

### La psychoéducation

Comme chez la personne jeune, la psychoéducation va porter sur la connaissance de la pathologie et l'aide à l'identification autonome des signes de décompensation. Il convient particulièrement d'insister sur les traitements psychotropes et leur risque iatrogène augmenté avec l'âge, la poly médication. La spécificité de la RPS chez le sujet âgé est d'intégrer cet aspect du soin lors de la phase de diagnostic de réhabilitation ce qui nécessite d'évaluer la part des troubles liés à un effet d'iatrogénie de ceux liés à la maladie psychique et au vieillissement. L'entourage doit également être sensibilisé au repérage de ces effets secondaires pour intervenir si nécessaire.

### La remédiation cognitive

Des programmes individualisés de remédiation cognitive destinés à diminuer ou à compenser des déficits cognitifs ont été conceptualisés. Certaines stratégies visent à ralentir les effets du vieillissement cérébral physiologique, tandis que d'autres ciblent les troubles cognitifs compliquant parfois les pathologies psychiatriques vieillissantes. La remédiation cognitive doit idéalement être intégrée dans une approche globale en lien avec les besoins et les attentes du patient en situation de vie quotidienne : aide à la mise en place de points de repère, utilisation de listes pour éviter les oublis, imagerie mentale pour renforcer l'encodage des informations etc... Les prises en charge peuvent être individuelles ou groupales permettant alors d'entretenir les compétences relationnelles et de stimuler écologiquement les capacités cognitives.

Dans ces programmes, pour obtenir un effet thérapeutique, la tâche qui est travaillée doit être ciblée, répétitive et soutenue. La répétition est une des clés de la neuroplasticité et la neuro-plasticité est un des fondements de la remédiation cognitive. Les effets de la remédiation seront

**Tableau 1.** Outils de RPS en psychiatrie du sujet âgé.**Table 1.** *Psychosocial rehabilitation tools in psychiatry of the elderly subject.*

Outils de réhabilitation psychosociale	Actions	Modalités	Cibles
<b>Psychoéducation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education pour mieux comprendre et gérer la maladie et son traitement et prévenir les rechutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations sur les aspects de la maladie et ses traitements,</li> <li>• Acquisition de connaissances</li> <li>• Apprentissage de compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insight</li> <li>• Patients et famille</li> <li>• Troubles bipolaires, dépression, troubles anxieux</li> </ul>
<b>Remédiation cognitive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraînement cognitif (exercices ciblés et répétitifs, de difficulté croissante, visant les fonctions cognitives déficitaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration,</li> <li>• Diminution,</li> <li>• Compensation des déficits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurocognition (attention, mémoire, fonctions exécutives, processus visuo-spatiaux),</li> <li>• Métacognition (conscience de ses états mentaux et ceux d'autrui),</li> <li>• Cognition sociale (capacité à comprendre les états mentaux et les émotions d'autrui et à attribuer des intentions à autrui)</li> <li>• Déficit cognitif léger</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Dépression</li> </ul>
<b>Interventions psychosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC</li> <li>• TIP</li> <li>• Pleine Conscience</li> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Ergothérapie</li> <li>• Kinésithérapie</li> <li>• Orthophonie</li> <li>• Actions sur l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies adaptatives</li> <li>• Entraînement des compétences sociales (Affirmation de soi, habiletés de communication résolution de problèmes)</li> <li>• Renforcement de l'autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insight,</li> <li>• Stress</li> <li>• Estime de soi</li> <li>• Symptômes négatifs</li> <li>• Anhédonie</li> <li>• Démotivation</li> <li>• Peur de la chute</li> <li>• Habiletés sociales (gestion des interactions sociales et de situations interpersonnelles difficiles)</li> <li>• Problématique de l'isolement</li> <li>• Bien-être</li> </ul>
<b>Soutien aux aidants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement</li> <li>• Programmes d'aide aux aidants</li> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Thérapies familiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer le fardeau des aidants</li> <li>• Améliorer la relation patient-aidant,</li> <li>• Diminuer les difficultés de la personne malade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aidants seuls</li> <li>• Dyade patient/aidant</li> </ul>
<b>Soutien social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions d'adaptation du patient à la vie en communauté (aides à domicile, soutien dans les rôles sociaux),</li> <li>• Actions d'adaptation de la communauté en regard de la personne (Inclusion sociale, Interventions de déstigmatisation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques de santé</li> <li>• Rôles des CLSM</li> <li>• Développer les ressources communautaires</li> <li>• Articulation de la psychiatrie avec les réseaux des partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'isolement</li> <li>• La précarité</li> <li>• La stigmatisation</li> </ul>

liés à des stratégies d'apprentissage (possibles jusqu'en fin de vie) et non pas à des habiletés intrinsèques. Cependant, les résultats vont être différents en fonction de l'âge et de l'état du cerveau. En effet, si les mécanismes de plasticité sont les mêmes chez le sujet adulte et âgé, les différences s'expliquent par le fait que les variables du système de plasticité cérébrale sont négativement corrélées avec l'âge et le déclin cognitif lié à l'âge. Il s'agit de modifications

atrophiées et cérébrovasculaires pouvant entraîner une réduction de la perfusion cérébrale et du métabolisme cérébral régional. En fonction de l'âge du cerveau, la récupération sera donc différente. D'autre part, les déficits cognitifs pathologiques affectent la remédiation notamment par des lésions des zones impliquées dans le fonctionnement exécutif, dont dépendent les autres fonctions cognitives.

Les programmes de remédiation peuvent viser soit une fonction cognitive isolée, soit plusieurs fonctions simultanément. Les cibles de la réadaptation cognitive sont : la neurocognition (l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et les processus visuo-spatiaux), la cognition sociale et la métacognition, le déficit cognitif léger [2-4], la maladie d'Alzheimer [4] et la dépression [5].

Dans certains cas, la remédiation cognitive peut débuter durant l'hospitalisation dans le but de renforcer le retour à domicile par des stratégies personnalisées et transposables à la vie quotidienne.

Pour les personnes atteintes de TNC majeurs, des interventions plus spécifiques sont indispensables, notamment en cas de SPCD (symptômes psycho-comportementaux de la démence), intégrées souvent dans des *approches multimodales* qui incorporent deux ou plusieurs approches différentes en un seul paquet d'intervention pour augmenter l'efficacité et incluent des volets pour les aidants et l'environnement [6]. Les activités contenant plus d'un composant semblent ainsi être plus bénéfiques [7]. Ceux-ci peuvent exercer un effet synergique, comme par exemple, le cas de l'entraînement physique guidé par l'entraînement cognitif qui facilite la neuroplasticité [8], contribuant ainsi à contrôler le déclin cognitif et à améliorer la qualité de vie [9].

### Les interventions psychosociales

Ces interventions doivent garder une vue réaliste du vieillissement, qui suppose de ne pas nier les possibilités qui restent encore chez la personne âgée, mais ne pas non plus éliminer les contraintes liées à l'âge. Elles comportent des approches thérapeutiques spécifiques et/ou des approches intégratives dans lesquelles les psychothérapies sont couplées à d'autres types d'interventions adaptées au sujet âgé, comme la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, ainsi qu'à des actions visant une optimisation de l'environnement.

Les approches psychothérapeutiques ont comme particularité d'être médiatisées et intégratives. De plus, elles prennent aussi en considération les difficultés cognitives du patient. Plusieurs approches ont montré l'intérêt chez le sujet âgé :

### Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Elles jouent un rôle significatif dans la psychoéducation, la modification de croyances dysfonctionnelles, l'entraînement aux compétences sociales, la résolution de problème et l'adaptation. Elles peuvent être individuelles ou groupales, s'adresser aux patients et /ou aux familles. Elles

utilisent les mêmes stratégies que chez l'adulte, mais en prenant en compte des adaptations liées à l'âge. Ces adaptations portent sur cinq axes, à savoir les croyances de génération, les stéréotypes négatifs intériorisés sur le vieillissement, les croyances dysfonctionnelles sur les maladies somatiques, les changements dans l'investissement de rôles, et les pertes et transitions (*tableau 2*). Les pensées dysfonctionnelles les plus courantes chez le sujet âgé, ayant un impact sur sa capacité de se rétablir, concernent les croyances négatives sur le vieillissement, sur la cognition, sur la capacité à changer avec l'âge, la banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge, la stigmatisation d'utilisation d'appareillages et d'aides externes, ainsi que les ruminations d'occasions perdues, de relations non résolues, ou de buts non atteints. Les stéréotypes négatifs du vieillissement (implicites, subconscients et explicites ou conscients) ont un impact défavorable sur les performances des tâches physiques et cognitives chez les personnes âgées [10]. Les sujets ayant une perception négative du vieillissement sont plus susceptibles de développer une fragilité et des troubles cognitifs [11]. Il s'agit alors de promouvoir des perspectives positives sur le vieillissement et des adaptations en se basant sur les valeurs de l'individu, ses forces personnelles et ses capacités antérieures à faire face à des transitions dans le passé.

Une méta-analyse a montré l'efficacité de la TCC pour réduire la peur de tomber et améliorer l'équilibre chez les personnes âgées [12].

Plusieurs programmes pour diminuer la peur de tomber sont rapportés dans la littérature : [13]. Les programmes d'exposition en réalité virtuelle ciblant les PTSD sont également prometteurs, pour traiter la peur de chuter, cette dernière pouvant émaner d'une chute ayant été vécue de manière traumatisante [14].

L'entraînement aux compétences sociales a montré également de l'efficacité chez des patients âgés atteints de schizophrénie vieillissante [15, 16].

*Les thérapies interpersonnelles (TIP)* s'intéressent aux domaines interpersonnels altérés et au réseau social de soutien actuel, se prêtent volontiers aux problématiques rencontrées chez les sujets âgés, confrontés à des périodes de deuils et de pertes comme celles des rôles sociaux (professionnels et parentaux), et de transitions de vie, comme le départ à la retraite, le vieillissement, le changement de lieu de vie et la détresse face à un proche malade ou présentant un trouble neurocognitif majeur, ou encore des conflits familiaux et dans le couple dont la dynamique au domicile est réinterrogée après le départ à la retraite. De plus, il s'agit d'un modèle médical rassurant, coopératif et psychoéducatif, sous la forme d'une thérapie brève limitée

**Tableau 2.** Adaptation des TCC chez le sujet âgé.  
**Table 2.** Adaptation of CBTs in the elderly.

Adaptation des TCC chez le sujet âgé : les 5 axes	Stratégies TCC
<b>Croyances dysfonctionnelles sur le vieillissement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restructuration cognitive</li> <li>• Modification des schémas</li> <li>• Décatastrophisation, réassurance</li> <li>• Psychoéducation sur le vieillissement</li> <li>• Mise à jour et restructuration tant chez le patient que chez le thérapeute (Laidlaw)</li> <li>• Restructuration cognitive</li> <li>• Stratégies adaptatives (investissement dans des activités et des intérêts significatifs, utiles et pertinents)</li> <li>• Le SOC (sélection, optimisation, compensation)</li> <li>• Restructuration cognitive</li> <li>• Gestion du stress et de la dépression</li> </ul>
<b>Pertes et Transitions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Physiques (sensorielles et motrices)</li> <li>– Cognitives</li> <li>– De santé</li> <li>– Deuils</li> <li>– Sociales (Retraite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croyances dysfonctionnelles que ces pertes sont définitives ou irrémédiables</li> <li>• Ou au contraire déni de ces réalités faisant obstacle à l'adaptation</li> <li>• Mise à jour et modification de ces croyances</li> <li>• Stratégies d'adaptation (investissement dans des activités et des intérêts significatifs, utiles et pertinents)</li> <li>• Gestion du stress et de la dépression</li> <li>• Hygiène de vie et prise en charge des comorbidités</li> </ul>
<b>Pensées dysfonctionnelles sur les maladies somatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croyances que les maladies sont dues à l'âge</li> <li>• Confusion entre les symptômes physiques de l'anxiété et ceux des comorbidités</li> <li>• Faire la part entre les symptômes physiques liés à la maladie somatique et ceux liés à l'anxiété ou à la dépression</li> <li>• Différencier maladie et handicap</li> <li>• Conceptualisation globale du cas et prise en charge en équipe pluridisciplinaire (10)</li> </ul>
<b>Croyances de génération</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croyances détenues par des groupes de personnes nées à des périodes similaires, reflétant des expériences partagées</li> <li>• Clarification de ces croyances</li> <li>• Considération du contexte dans lequel la personne a vécu</li> <li>• Apprentissage de compétences relationnelles et adaptatives</li> </ul>
<b>Changements dans l'investissement de rôles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte du pouvoir</li> <li>• Inversion des relations complémentaires</li> <li>• Difficultés d'adaptation aux changements du cycle de vie et au stress intergénérationnel</li> <li>• Mise à jour des différences de priorités, de valeurs et de croyances entre les générations</li> <li>• Identification et modification des dysrégulations émotionnelles</li> <li>• Flexibilisation des rôles</li> <li>• Actions à l'égard des aidants (psychoéducation, résolution de problème, apprentissage de compétences relationnelles et émotionnelles)</li> <li>• TCC familiale</li> </ul>

dans le temps, concrète et centrée sur les liens, ce qui parle aux sujets âgés et ce même en présence d'une altération cognitive modérée [17]. D'ailleurs, la TIP sous le format de maintien (rythme mensuel) a montré son efficacité en association à la nortriptyline dans la prévention des rechutes

dans le trouble dépressif récurrent dans une étude randomisée contrôlée randomisé en double aveugle [18]. Le Format réduit, appelé *counseling interpersonnel* est également efficace [19]. La TIP a été aussi adaptée par Miller et al. pour prendre en charge les sujets âgés présentant des troubles

cognitifs en y intégrant des interventions auprès des aidants dont des informations de psychoéducation adressées à ces derniers, et en aidant le sujet et ses proches à mieux gérer les nouveaux défis en termes de fonctionnement interpersonnel [20].

*Les interventions de psychologie positive (IPP)* visent le renforcement des sentiments, des comportements ou des cognitions positives afin d'améliorer tant le bien être hédonique (affect positif, satisfaction de vie, bonheur) qu'eu-daimonique (acceptation de soi, relations positives, autonomie, but dans la vie). Les résultats d'une méta-analyse de 51 interventions de durées variables (jusqu'à 4 semaines, 5 à 7 semaines, 8 à 12 semaines ou plus de 12 semaines), menées auprès de 4 266 personnes déprimées ou non déprimés, de trois classes d'âge différentes, ont révélé que les IPP améliorent de manière significative le bien-être et diminuent les symptômes dépressifs [21]. La thérapie individuelle était la plus efficace, suivie des IPP administrées en groupe, puis IPP auto-administrées.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'analyse spécifique pour le groupe « personnes âgées » et que ce groupe ait inclus des personnes à partir de 60 ans (ne correspondant pas à la population des personnes âgées telle que définie par l'OMS, c'est-à-dire à partir d'au moins 65 ans), cette méta-analyse a le mérite de montrer que les avantages des IPP augmentent de façon linéaire avec l'âge, peut-être en raison de la plus grande sagesse et d'une régulation émotionnelle plus efficace associées à l'âge avancé. Les IPP sont d'autant plus intéressantes dans la RPS car elles visent à développer les forces personnelles plutôt qu'à guérir. Bien que les IPP puissent être une option pour le traitement des troubles mentaux anxieux ou dépressifs, elles peuvent être particulièrement utiles pour aborder un manque d'affect positif, une problématique d'engagement et de sens de la vie, améliorer les capacités d'adaptation, traiter des symptômes résiduels et prévenir les rechutes dépressives chez des patients aux antécédents dépressifs. Les auteurs de cette méta-analyse conseillent ainsi aux praticiens de mettre en place des IPP dans le traitement des patients cliniquement déprimés et non déprimés, car les deux sont susceptibles d'apporter des bénéfices.

*Les interventions de Pleine Conscience (PC)* ont montré des effets positifs chez le sujet âgé [22] sur le contrôle attentionnel, la conscience de soi et la régulation des émotions mais aussi sur les problèmes de santé physique, notamment la douleur [23].

Plusieurs études ont rapporté des baisses significatives de la solitude, de la dépression, de l'anxiété, du stress, la peur de chuter, des problèmes de sommeil et de la rumination, ainsi que des augmentations significatives de l'humeur

générale et de l'affect positif [24-27]). Raes *et al.* ont découvert que les diminutions des affects négatifs liées à l'âge étaient médiées par la pleine conscience auto-déclarée [28].

Sur le plan cognitif, la PC apporte des améliorations de certains aspects de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives [29].

L'utilisation thérapeutique d'outils technologiques concerne des applications visant à aider les sujets âgés atteints d'un déclin cognitif à maintenir régulièrement un niveau d'activité physique et à leur fournir des exercices de stimulation cognitive. Svoboda *et al.* [30, 31] ont mis au point un programme pour permettre aux personnes atteintes de troubles de la mémoire modérés à sévères, d'étiologies neurologiques, de fonctionner de manière plus indépendante au quotidien. 10 patients avec des troubles cognitifs ont été inclus et ont montré une amélioration dans le fonctionnement quotidien jusqu'à 19 mois après la fin du programme, quantifiée à travers de mesures fonctionnelles et basées sur des questionnaires écologiquement valides. Le maintien des gains de l'intervention sur le long terme a été considéré comme un indicateur d'une généralisation réussie. Les outils technologiques tels que les assistants numériques personnels et les smartphones ont un immense potentiel pour les personnes souffrant de troubles de la mémoire, car elles offrent une capacité de stockage élevée, des alertes auditives et vibratoires, une capacité multimédia riche et une grande acceptabilité par l'utilisateur. Malheureusement, la plupart des personnes ayant des troubles de mémoire ne les utilisent pas spontanément ; ainsi, les auteurs ont mis au point une formation systématique permettant à ces personnes d'utiliser efficacement ces aides informatisées. Leur programme, administré individuellement, comportait deux phases : l'acquisition de compétences d'utilisation de base (phase I) et la généralisation dans la vie réelle (phase II). Ces études comportent néanmoins des limites méthodologiques. Ainsi, la conception des études était limitée à la mesure pré-post et n'incluait pas de groupe témoin, difficile à mettre en œuvre dans le cadre clinique ; par ailleurs, tous les participants avaient suivi un programme hospitalier traditionnel et, dans certains cas, une réadaptation externe. Enfin, l'âge limite des patients a été de 55 ans, donc en dehors du seuil d'âge de l'OMS pour la personne âgée ; cependant, compte tenu de la nature neurologique des troubles étudiés, le programme pourrait s'appliquer par extension à des patients plus âgés.

Des travaux originaux suggèrent l'intérêt des **thérapies à médiation animale** et en particulier de la médiation équine sur la prévention de la chute [32, 33], sur les symptômes thymiques [34, 35], la qualité du sommeil, l'image de soi et le sentiment d'efficacité personnelle [36]. L'équipe

d'Ecot (2018) a mené une étude sur la stimulation cognitive assistée par le cheval chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés [37]. Le cheval est un facilitateur du processus de changement. Dans la perspective des RPS, la prise en charge avec le cheval a pour but de maintenir le niveau des ressources émotionnelles et cognitives et/ou l'émergence de comportements alternatifs pour œuvrer, dans la mesure du possible, vers le maintien et/ou l'amélioration du niveau d'autonomie et de qualité de vie en fonction du projet de soin. Le travail s'articule autour de la gestion des émotions et des pensées dysfonctionnelles, de l'image de soi et de la relation à l'autre et du sentiment d'efficacité personnelle [36]. Être en contact avec un cheval procure un sentiment de sécurité affective et favorise l'alliance thérapeutique. Les facteurs « motivation + être acteur » participent à l'augmentation du potentiel de maîtrise et donc du sentiment d'efficacité personnelle perçue qui représentent les pierres angulaires du modèle de rétablissement. Or, les qualités naturelles du cheval, à savoir, sa taille imposante et la décentration nécessaire du sujet pour entrer en communication avec un tiers sensible à l'état émotionnel de l'Autre et présentant des codes de communication différents, favorisent l'adhésion et l'implication du sujet via la motivation externe apportée par le cheval qui, in fine, accroît la motivation interne du sujet et le rend acteur de sa prise en charge.

La finalité de toutes ces interventions vise la prévention de la perte d'autonomie et le maintien de l'indépendance en agissant sur plusieurs dimensions à la fois :

- *clinique* : stabilisation de la pathologie psychiatrique, interventions psychosociales, gestion des troubles psycho-comportementaux, dépistage des troubles psychiatriques notamment les troubles dépressifs et anxieux, l'éducation à l'hygiène du sommeil et/ou la TCC ciblée sur l'insomnie ; importance de la psychoéducation, de l'accessibilité aux soins, de l'observance médicamenteuse (supervision infirmière si besoin) ;
- *fonctionnelle* : aménagement ergonomique du logement, étayages sur mesure (aides aux domiciles, portage des repas, etc) ;
- *physique* : diminution des risques de chutes, des risques cardiovasculaires, des problématiques d'iatrogénie, préparation d'un retour à domicile après une période d'hospitalisation (en présence d'ergothérapeutes, etc.). Les soins de suite de réadaptation physique intègrent ainsi la réhabilitation, et le rôle des médecins somaticiens et des paramédicaux prend ici toute sa place. L'évaluation du risque de chute déterminera s'il s'agit d'un risque réel ou d'une peur (phobie) de la chute. L'isolement social, la sédentarisation et la clinophilie secondaires à la dépression sont à l'origine d'un décondition-

nement à l'activité physique, d'insomnies et d'une aggravation de l'humeur dépressive. D'après une méta-analyse espagnole de 2013, la mise en place de *programmes d'activité physique* se montre efficace sur trois objectifs, à savoir la synchronisation des rythmes, l'activation comportementale et la rééducation motrice, et sont adaptés aux intérêts du patient [38]. L'exercice a montré également son efficacité sur les déficits fonctionnels secondaires au déclin cognitif [39] ;

- *psychologique* : reconstruction identitaire positive, espoir, sentiment de contrôle et d'auto-efficacité, soutien et renforcement des capacités adaptatives. *Les processus adaptatifs* sont beaucoup plus sollicités chez le sujet âgé du fait de nombreuses ruptures (pertes, deuils...) et contraintes du vieillissement (temporelles, comorbidités, angoisse de mort). Chaque personne s'adapte différemment aux conditions de son propre vieillissement et à la survenue de maladies somatiques liées à l'âge. Par leur effet limitant sur le fonctionnement, ces difficultés peuvent affecter l'estime de soi et rendre le sujet plus passif et isolé.

Ainsi, réhabiliter la personne âgée suppose également de l'aider à s'adapter aux troubles et aux difficultés, lorsque cette adaptation ne se fait pas naturellement et entraîne des conséquences sur le fonctionnement.

Sur le modèle de plusieurs articles s'étant intéressés à la réhabilitation des sujets âgés en post-AVC, *les groupes de soutien par les pairs et la thérapie de résolution de problème* sont des leviers intéressants pour travailler les stratégies de coping et d'adaptation [40, 41]). *La paire-aidance* permet également de promouvoir la réinsertion sociale et les connaissances nécessaires à l'autogestion.

### Les interventions pour les proches et les aidants

Elles peuvent s'adresser uniquement aux familles ou à la dyade patient/famille. Plusieurs approches psychothérapeutiques ont été développées et étudiées chez des aidants, notamment les TCC, mais également la PC, et la thérapie familiale systémique. La TIP a été aussi adaptée pour des sujets âgés présentant des troubles cognitifs en y intégrant des interventions auprès des aidants dont des informations de psychoéducation adressés à ces derniers, et en aidant le sujet et ses proches à mieux gérer les nouveaux défis en termes de fonctionnement interpersonnel [42].

Le vieillissement cérébral dans les troubles psychiques est associé au risque d'une involution marquée des compétences cognitives et parfois celle-ci s'intègre dans un processus dégénératif. Or, l'émergence de symptômes psycho-comportementaux concernent un tiers des patients ayant des troubles cognitifs modérés et deux tiers de ceux dont les troubles cognitifs sont plus sévères [43]. Ces symptômes ont un impact négatif direct sur la qualité de vie des

aidants familiaux et sur la qualité du soutien qu'ils procurent à leur proche. Ce soutien est déterminant dans l'évolution des troubles et l'épuisement des aidants remet en cause le projet de maintien à domicile des personnes concernées. À ce titre, il est nécessaire d'anticiper cette problématique avec des interventions familiales. Agir sur l'environnement des personnes âgées avec des SPCD liés à des troubles cognitifs et notamment sur les aidants (en améliorant leurs connaissances sur le trouble de leur proche et en renforçant leurs compétences d'accompagnement) s'avère efficace pour réduire la fréquence des SPCD.

*L'éducation thérapeutique des aidants* est une formation pour les aidants dont l'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances relatives au trouble dont souffre leur proche et de développer/renforcer des compétences pour l'accompagner au mieux ainsi que pour prendre soin d'eux-mêmes. Elles sont associées à une réduction du fardeau, de la dépression, à une amélioration du bien-être subjectif, des compétences et des connaissances des aidants [44]. Leur efficacité a été aussi démontrée sur la qualité de vie et la santé mentale des aidants [45]. En outre, elles favorisent les expériences positives associées à la relation d'aide. Une spécificité des aidants des sujets âgés est qu'ils ne se reconnaissent pas comme tels, probablement parce qu'ils jugent normal de venir en aide à leurs parents.

Ainsi, des formations courtes, précoces, peuvent être proposées aux aidants, tel que *le programme BREF-MA2* qui s'organise autour de trois séances de psychoéducation individuelles et personnalisées.

*Le programme de formation « BREF »* (éducation thérapeutique des aidants) répond à plusieurs objectifs : informer systématiquement les aidants, les accompagner dans la prise de conscience de leur rôle d'aidants, les encourager à bénéficier des formations complètes proposées par France Alzheimer, réduire le délai de formation des aidants en les connectant avec France Alzheimer.

BREF a été initialement développé dans le champ de la santé mentale. Il s'agit d'un dispositif cocréé par le CLAP (Centre lyonnais des aidants en psychiatrie – Dr Rey, Centre hospitalier le Vinatier, Lyon-Bron) et l'association de famille Unafam [46]. Il s'agit d'un programme de formation court (trois rendez-vous d'une heure et un contact téléphonique à 3 mois), unifamilial, à destination des aidants accompagnant un proche avec un trouble psychiatrique. Les objectifs de la formation BREF sont conformes aux recommandations internationales concernant les aidants :

- proposer des formations précoces et systématiques aux aidants ;
- individualiser l'accueil des aidants ;

- connecter les aidants aux ressources et associations disponibles pour eux ;
- accélérer le parcours de rétablissement des aidants.

BREF est une formation efficace pour les aidants en psychiatrie. Il est associé à une réduction significative de la symptomatologie dépressive des aidants au décours immédiat de la formation.

Ce programme de psychoéducation doit compléter ainsi le plan de réhabilitation.

## Le soutien social

Deux types d'actions y concourent :

- *actions d'adaptation du patient à la vie en communauté* (soutien dans les rôles sociaux, associations), et maintien à domicile ou dans les substituts de domicile (résidences, EHPAD) avec des étayages nécessaires. La présence d'un réseau de soutien contribue au sentiment d'appartenance, élément essentiel au fonctionnement social [47].
- *actions d'adaptation de la société en regard de la personne* :
  - *l'inclusion sociale*, les garanties des ressources de base (lutte contre la précarité, options de milieux de vie adéquates),
  - *la destigmatisation* : les sujets âgés atteints des troubles mentaux sont concernés par une double stigmatisation, liée au problème de santé mentale d'une part, et de l'âgisme d'autre part. Une méta-analyse a révélé de fortes associations entre la stigmatisation des maladies mentales intériorisées et des ressources psychologiques plus faibles (espoir, estime de soi, autonomie), une observance plus faible du traitement et une plus grande gravité des symptômes de maladie mentale [48],
  - *la citoyenneté* : accès aux droits, aides financières (APA, MDPH), mise à disposition de ressources communautaires (loisirs et activités récréatives, activités sociales et civiques) ;
  - *les politiques de santé* : rôle des CLSM dans l'information, la promotion et l'amélioration de la santé mentale du territoire. Ils offrent un espace de concertation entre les différents acteurs de la psychiatrie publique, des associations et des institutions locales, des élus politiques du territoire, des représentants des usagers et leurs aidants. Ils permettent d'élaborer et de coordonner des pratiques et des actions dans les champs médico-sociaux, sanitaire et sociétal, telles que l'accès aux dispositifs de soins et d'accompagnement, la prévention, l'éducation à la santé, la lutte contre la déstigmatisation et l'exclusion sociale, l'aide à l'inclusion sociale, la gestion de situations psychosociales complexes, la

promotion de l'entraide, l'accès aux loisirs et à la culture, l'accès au logement.

## Conclusion

Au regard de toutes ces dynamiques, la RPS trouve toute sa place dans le rétablissement de la personne âgée, s'adressant au sujet dans sa globalité et intégrant les différents champs de la personne : *clinique* (diminution des symptômes, acceptation de la maladie et des soins, prévention des rechutes, des iatrogénies), *fonctionnel* (préservation et renforcement des capacités cognitives, comportementales, émotionnelles, relationnelles, d'autonomie, et familiales) et *social* (gestion du logement, de la vie quotidienne, citoyenneté). Un *mode de vie autodéterminé* contribue ainsi à la santé et au bien-être [49].

Les interventions de RPS, nécessairement intégratives, doivent s'appuyer sur les points forts de la personne et non pas sur ses faiblesses, s'adapter au rythme du sujet, favoriser les actions en faveur du rétablissement et diminuer

### Points clés

- La rééducation psychosociale est une pratique axée sur le rétablissement du processus mental qui permet de préserver l'autonomie et la maîtrise de ses décisions en cause par les modifications mentales associées au vieillissement et par les stéréotypes sociaux qui les concernent.
- Elle repose sur l'action intégrative d'un ensemble d'interventions cognitives et psychosociales adaptées aux besoins et au rythme spécifiques de la personne âgée.
- Elle intègre processus psychologiques et cognitifs en s'appuyant sur les points forts de la personne et non sur ses faiblesses.

les facteurs qui l'impactent négativement, qu'ils soient individuels, environnementaux ou socio-relationnels.

L'indicateur global de ces actions serait l'augmentation de la qualité de vie et du bien-être émotionnel.

**Liens d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## Références

1. Anthony WA, Cohen M, Farkas MD, Gagne C. *La réhabilitation psychiatrique* (2<sup>e</sup> éd.). Charleroi : Socrate Promarex Editions, 2004.
2. Chi SY. Applying a Metacognitive Framework in the Neuropsychological Assessment of Subjective Cognitive Decline and Mild Cognitive Impairment. City University of New York (CUNY). CUNY Academic Works. All Dissertations, Theses, and Capstone Projects Dissertations, Theses, and Capstone Projects, 2020.
3. Bitaneh M, Zare H, Alizadeh Fard S, Erfani N. The effect of social cognition and interaction training on facial emotion recognition in the elderly with mild cognitive impairment. *Iranian Journal of Ageing* 2022 (article in press).
4. Roy P, Kessels RPC, Elferink MW-O, Van Tilborg I. Social cognition and social functioning in patients with amnesic mild cognitive impairment or Alzheimer's dementia. *J Neuropsychol* 2021 ; 15 : 186-203.
5. Clinical Neuropsychology Working Group of the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. *Metacognitive Training for Depression in later life (MCT-Silver)*. <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-training-for-depression-mct-silver/>.
6. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010 ; 30 : 161-78.
7. Karp A, Paillard-Borg S, Wang H-X, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L, et al. Mental, physical and social components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006 ; 21 : 65-73.
8. Bamidis PD, Fissler P, Papageorgiou SG, Zilidou V, Konstantinidis EI, Billis AS, et al. Gains in cognition through combined cognitive and physical training: the role of training dosage and severity of neurocognitive disorder. *Frontiers Aging Neurosci* 2015 ; 7 : 1-15.
9. Aliev G, Md Ashraf G, Kaminsky YG, Sheikh IA, Sudakov SK, Yakhno NN, et al. Implication of the nutritional and nonnutritional factors in the context of preservation of cognitive performance in patients with dementia/depression and Alzheimer Disease. *Am J Alzheimer Dis Other Dement* 2013 ; 28 : 660-70.
10. Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011 ; 67 : 13-7.
11. Robertson DA, King-Kallimanis BL, Kenny RA. Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychol Aging* 2016 ; 31 : 71-81.
12. Liu T-W, Ng YFG, Chung CKR, Ng SMS. Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2018 ; 47 : 520-7.
13. Jayasinghe N, Sparks MA, Kato K, Wilbur K, Ganz SB, Chiamonte GR, Stevens BL, et al. Exposure-Based CBT for Older Adults After Fall Injury: Description of a Manualized, Time-Limited Intervention for Anxiety. *Cogn Behav Pract* 2014 ; 21 : 432-45.
14. Marivan K, Bouilly C, Benveniste S, Reingewirtz S, Rigaud AS, Kemoun G, et al. Rehabilitation of the psychomotor consequences of falling in an elderly population: A pilot study to evaluate feasibility and tolerability of virtual reality training. *Technol Health Care* 2016 ; 24 : 169-75.
15. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, et al. Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills Training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *J Psychother Pract Res Summer* 2000 ; 9 : 149-56.
16. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, et al. A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 520-9.

17. L'Hégaret Y, Carof-BenHamida M, Guillard V, Boële A, Lemarié C, Didillon A, *et al.* Les thérapies interpersonnelles et la dépression de la personne âgée. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2018 ; 18 : 366-71.
18. Reynolds III CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, *et al.* Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression A Randomized Controlled Trial in Patients Older Than 59 Years. *JAMA* 1999 ; 281 : 39-45.
19. Mossey JM, Knott KA, Higgins M, Talerico K. Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996 ; 51 : 172-8.
20. Miller MD, Reynolds III CF. Expanding the usefulness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 22 : 101-5.
21. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly metaanalysis. *J Clin Psychol* 2009 ; 65 : 467-87.
22. Geiger PJ, Boggero IA, Brake CA, Caldera CA, Combs HL, Peters JR *et al.* Mindfulness-based interventions for older adults: a review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness (NY)* 2016 ; 7 : 296-307.
23. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* 2015 ; 16 : 213-25.
24. Creswell JD, Pacilio LE, Lindsay EK, Brown KW. Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology* 2014 ; 44 : 1-12.
25. Gallegos AM, Hoerger M, Talbot NL, Moynihan IA, Duberstein PR. Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: the moderating roles of age and depressive symptom severity. *Aging Ment Health* 2013 ; 17 : 823-9.
26. Lenze EJ, Hickman S, Hershey T, Wendleton L, Ly K, Dixon D, *et al.* Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014 ; 29 : 991-1000.
27. Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *Int J Clin Health Psychol* 2021 ; 21 : 2-9.
28. Raes AK, Bruyneel L, Loeys T, Moerkerke B, De Raedt R. Mindful Attention and Awareness Mediate the Association Between Age and Negative Affect. *J Gerontology* 2015 ; 70 : 179-88.
29. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev* 2011 31 : 449-64.
30. Svoboda E, Richards B, Leach L, Mertens V. PDA and smartphone use by individuals with moderate-to-severe memory impairment: Application of a theory-driven training programme. *Neuropsychological Rehabilitation* 2012 ; 22 : 408-27.
31. Svoboda E, Richards B, Yao C, Leach L. Long-term maintenance of smartphone and PDA use in individuals with moderate to severe memory impairment. *Neuropsychological Rehabilitation* 2015 ; 25 : 353-73.
32. Homnick TD, Henning KM, Swain CV, Homnick DN. The effect of therapeutic horseback riding on balance in community-dwelling older adults: a pilot study. *J Applied Gerontol* 2015 ; 34 : 118-26.
33. Stergiou A, Tzoufi M, Ntzani E, Varvarousis D, Beris A, Ploumis A. Therapeutic Effects of Horseback Riding Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Phys Med Rehab* 2017 ; 96 : 717-25.
34. O'haire ME, Guérin NA, Kirkham AC. Animal-assisted intervention for trauma: A systematic literature review. *Front Psychol* 2015 ; 6 : 1-13.
35. Romaniuk M, Evans J, Kidd C. Evaluation of an equine-assisted therapy program for veterans who identify as "wounded, injured or ill" and their partners. *PLoS One* 2018 ; 1-18.
36. Faure P, Padovan C. Protocole d'activités psychothérapeutiques associant le cheval avec le modèle APACHE. *Poster Congrès Equimeeting, Médiation. IFCE* 2020.
37. Ecot P, Yvon-Galloux C, Mos J. Médiation équine des personnes âgées en perte d'autonomie. *Institut français du cheval et de l'équitation* 2020 : 1-22.
38. Patiño Villada FA, Vélez EFA, Baena LZ. Physical exercise and depression in the elderly: a systematic review. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013 ; 42 : 198-211.
39. Laver K, Dyer S, Whitehead C, Clemson L, Crotty M. Interventions to delay functional decline in people with dementia: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2016 ; 6 : 1-13. *BMJ Open* 2017 ; 7 : e010767corr1.
40. Visser MM, Heijnenbrok-Kal MH, Van't Spijker A, Lannoo E, Busschbach JJV, Ribbers GM. Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life randomized controlled trial. *Stroke* 2016 ; 47 : 135-42.
41. Weltermann BM, Homann J, Rogalewski A, Brach S, Voss S, Ringelstein EB. Stroke Knowledge Among Stroke Support Group Members. *Stroke* 2000 ; 31 : 1230-3.
42. Miller MD, Reynolds CF. Expanding the usefulness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 22 : 101-5.
43. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002 ; 288 : 1475-83.
44. Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006 ; 18 : 577-95.
45. Brodaty H, Draper B, Low L-F. Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *J Adv Nursing* 2003 ; 44 : 583-90.
46. Rey R, Lourieux C, Vehier A, Dorion V, D'Amato T, Bohec A. BREF est associé à une réduction du fardeau des aidants. *Poster, 18<sup>e</sup> Congrès de L'Encéphale : 22-24 janvier 2020, Paris.*
47. DeWall CN, Deckman T, Pond Jr. RS, Bonser I. Belongingness as a Core Personality Trait: How Social Exclusion Influences Social Functioning and Personality Expression. *J Personality* 2011 ; 79 : 1281-314.
48. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010 ; 71 : 2150-161.
49. Windsor TD, Curtis RG, Luszcz MA. Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Dev Psychol* 2015 ; 51 : 975-86.