Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste. Revue de la littérature
Noémie Dufour

▶ To cite this version:

HAL Id: dumas-00905022
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905022
Submitted on 15 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L’archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.
UNIVERSITE DE ROUEN

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

Année 2012-2013

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d’Etat)
Par

DUFOUR Noémie
Née le 01 Avril 1985 à Soissons (O2)

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2013

Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste:

Revue de la littérature

Président du jury : Monsieur le Professeur Jacques WEBER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Lucille PELLERIN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain MERCIER
Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
## ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
### U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

---

### DOYEN :
Professeur Pierre FREGER

### ASSESSEURS :
Professeur Michel GUERBET  
Professeur Benoît VEBER  
Professeur Pascal JOLY  
Professeur Bernard PROUST

### DOYENS HONORAIRES :
Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

### PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- 
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. 
FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND 
- G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. 
LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET 
- F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIE 
- B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - 
L.M.WOLF

---

### I - MEDECINE

#### PROFESSEURS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nom</th>
<th>Titre</th>
<th>Unité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M. Frédéric ANSELME</td>
<td>HCN</td>
<td>Cardiologie</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Isabelle AQUIT AUCKBUR</td>
<td>HCN</td>
<td>Chirurgie Plastique</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Bruno BACHY</td>
<td>HCN</td>
<td>Chirurgie pédiatrique</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Fabrice BAUER</td>
<td>HCN</td>
<td>Cardiologie</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Soumeya BEKRI</td>
<td>HCN</td>
<td>Biochimie et Biologie Moléculaire</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jacques BENICHOU</td>
<td>HCN</td>
<td>Biostatistiques et informatique médicale</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Paul BESSOU</td>
<td>HCN</td>
<td>Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Françoise BEURET-BLANQUART</td>
<td>CRMPR</td>
<td>Médecine physique et de réadaptation</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Guy BONMARCHAND</td>
<td>HCN</td>
<td>Réanimation médicale</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Olivier BOYER</td>
<td>UFR</td>
<td>Immunologie</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-François CAillard</td>
<td>HCN</td>
<td>Médecine et santé au Travail</td>
</tr>
<tr>
<td>M. François CARON</td>
<td>HCN</td>
<td>Maladies infectieuses et tropicales</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Philippe CHASSAGNE</td>
<td>HB</td>
<td>Médecine interne (Gériatrie)</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Vincent COMPERE</td>
<td>HCN</td>
<td>Anesthésiologie et réanimation chirurgicale</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Alain CRIBIER (Surnombre)</td>
<td>HCN</td>
<td>Cardiologie</td>
</tr>
<tr>
<td>Nom</td>
<td>Profession</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>-----------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Antoine CUVELIER</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre CZERNICHOW</td>
<td>HCH</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean - Nicolas DACHER</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Stéfan DARMONI</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre DECHELOTTE</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Danièle DEHESDIN</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean DOUCET</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Bernard DUBRAY</td>
<td>CB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Philippe DUCROTTE</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Frank DUJARDIN</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Fabrice DUPARC</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Bertrand DUREUIL</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mle Hélène ELTCHANINOFF</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Thierry FREBOURG</td>
<td>UFR</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre FREGER</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean François GEHANNO</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Emmanuel GERARDIN</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Priscille GERARDIN</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Michel GODIN</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Philippe GRISE</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Didier HANNEQUIN</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Fabrice JARDIN</td>
<td>CB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Luc-Marie JOLY</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pascal JOLY</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Marc KUHN</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Annie LAQUERRIERE</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Vincent LAUDENBACH</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Joël LECHEVALLIER</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Hervé LEFEBVRE</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Thierry LEQUERRE</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Eric LEREBOURS</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mle Anne-Marie LEROI</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Hervé LEVESQUE</td>
<td>HB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Agnès LIARD-ZMUDA</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre Yves LITZLER</td>
<td>HCN</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pneumologie
Epidémiologie, économie de la santé
Radiologie et Imagerie Médicale
Informatique Médicale/Techniques de communication
Nutrition
Oto-Rhino-Laryngologie
Thérapeutique/Médecine – Interne – Gériatrie.
Radiothérapie
Hépato – Gastro - Entérologie
Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Cardiologie
Génétique
Anatomie/Neurochirurgie
Médecine et Santé au Travail
Imagerie Médicale
Pédopsychiatrie
Néphrologie
Urologie
Neurologie
Hématologie
Médecine d'urgence
Dermato - vénéréologie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Anatomie cytologie pathologiques
Anesthésie et réanimation chirurgicale
Chirurgie infantile
Endocrinologie et maladies métaboliques
Rhumatologie
Nutrition
Physiologie
Médecine interne
Chirurgie Infantile
Chirurgie Cardiaque
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nom</th>
<th>Prénom</th>
<th>Titre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M. Bertrand</td>
<td>MACE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Eric</td>
<td>MALLET (Surnombre)</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Christophe</td>
<td>MARGUET</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mlle Isabelle</td>
<td>MARIE</td>
<td>HB</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Paul</td>
<td>MARIE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Loïc</td>
<td>MARPEAU</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Stéphane</td>
<td>MARRET</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Véronique</td>
<td>MERLE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre</td>
<td>MICHEL</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Francis</td>
<td>MICHOT</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Bruno</td>
<td>MIHOUT (Surnombre)</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-François</td>
<td>MUIR</td>
<td>HB</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Marc</td>
<td>MURNAINE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Philippe</td>
<td>MUSETTE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Christophe</td>
<td>PEILLON</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Marc</td>
<td>PERON</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Christian</td>
<td>PFISTER</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Christophe</td>
<td>PLANTIER</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Didier</td>
<td>PLISSONNIER</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Bernard</td>
<td>PROUST</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. François</td>
<td>PROUST</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Nathalie</td>
<td>RIVES</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Christophe</td>
<td>RICHARD (Mise en dispo)</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Horace</td>
<td>ROMAN</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Christophe</td>
<td>SABOURIN</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Guillaume</td>
<td>SAVOYE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Céline</td>
<td>SAVOYE – COLLET</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Michel</td>
<td>SCOTTE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mme Fabienne</td>
<td>TAMION</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>Mlle Florence</td>
<td>THIBAULT</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Luc</td>
<td>THIBERVILLE</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Christian</td>
<td>THUILLEZ</td>
<td>HB</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Hervé</td>
<td>TILLY</td>
<td>CB</td>
</tr>
<tr>
<td>M. François</td>
<td>TRON (Surnombre)</td>
<td>UFR</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Jacques</td>
<td>TUECH</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Jean-Pierre</td>
<td>VANNIER</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Benoît</td>
<td>VEBER</td>
<td>HCN</td>
</tr>
<tr>
<td>M. Pierre</td>
<td>VERA</td>
<td>C.B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Histologie, embryologie, cytogénétique
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine Interne
ORL
Gynécologie - obstétrique
Pédiatrie
Épidémiologie
Hépato - Gastro - Entérologie
Chirurgie digestive
Neurologie
Pneumologie
Ophtalmologie
Dermatologie - Vénérérologie
Chirurgie générale
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Urologie
Bactériologie - Virologie
Chirurgie vasculaire
Médecine légale
Neurochirurgie
Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
Réanimation Médicale, Médecine d’urgence
Gynécologie Obstétrique
Anatomie – Pathologie
Hépato – Gastro
Imagerie Médicale
Chirurgie digestive
Thérapeutique
Psychiatrie d’adultes
Pneumologie
Pharmacologie
Hémato logie et transfusion
Immunologie
Chirurgie digestive
Pédiatrie génétique
Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
Biophysique et traitement de l’image
M. Eric VERIN  
M. Eric VERSPYCK  
M. Olivier VITTECOQ  
M. Jacques WEBER

MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

HCN  
Gynécologie obstétrique

HB  
Rhumatologie

HCN  
Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG  
M. Jeremy BELLIER  
Mme Carole BRASSE LAGNEL  
Mme Mireille CASTANET  
M. Gérard BUCHONNET  
Mme Nathalie CHASTAN  
Mme Sophie CLAEYSSENS  
M. Moïse COEFFIER  
M. Manuel ETIENNE  
M. Guillaume GOURCEROL  
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER  
M. Serge JACQUOT  
M. Joël LADNER  
M. Jean-Baptiste LATOUCHE  
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT  
M. Thomas MOUREZ  
M. Jean-François MENARD  
Mme Muriel QUILLARD  
M. Vincent RICHARD  
M. Francis ROUSSEL  
Mme Pascale SAUGIER-VEBER  
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN

Bactériologie – Virologie

Pharmacologie

Biochimie

Pédiatrie

Hématologie

Physiologie

Biochimie et biologie moléculaire

Nutrition

Maladies infectieuses et tropicales

Physiologie

Anesthésie - Réanimation chirurgicale

Immunologie

Épidémiologie, économie de la santé

Biologie Cellulaire

Neurologie

Bactériologie

Biophysique

Biochimie et Biologie moléculaire

Pharmacologie

Histologie, embryologie, cytogénétique

Génétique

Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ  
Mme Cristina BADULESCU

Anglais

Communication
II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry Besson
M. Jean-Jacques Bonnet
M. Roland Capron (PU-PH)
M. Jean Costentin (Professeur émérite)
Mme Isabelle Dubus
M. Loïc Favenne (PU-PH)
M. Jean Pierre Goulle
M. Michel Guerbet
M. Olivier Lafont
Mme Isabelle Leroux
M. Paul Mulder
Mme Martine Pestel-Caron (PU-PH)
Mme Elisabeth Seguin
M Jean-Marie Vagueois
M. Philippe Verite

Chimie Thérapeutique
Pharmacologie
Biophysique
Pharmacologie
Biochimie
Parasitologie
Toxicologie
Toxicologie
Chimie organique
Physiologie
Sciences du médicament
Microbiologie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile Barbot
Mme Dominique Boucher
M. Frédéric Bounoure
M. Abdeslam Chagraoui
M. Jean Chastang
Mme Marie Catherine Conce-Cheftob
Mme Elizabeth Chosson
Mlle Cécile Corbiere
M. Eric Dittmar
Mme Nathalie Dourmap
Mlle Isabelle Dubuc
Mme Roseline Duclos
M. Abdelhakim Elomri

Chimie Générale et Minérale
Pharmacologie
Pharmacie Galénique
Physiologie
Biomathématiques
Législation pharmaceutique et économie de la santé
Botanique
Biochimie
Biophysique
Pharmacologie
Pharmacologie
Pharmacognosie
Pharmacie Galénique
M. François ESTOUR
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)
Mme Najla GHARBI
Mle Marie-Laure GROULT
M. Hervé HUE
Mme Laetitia LE GOFF
Mme Hong LU
Mme Sabine MENAGER
Mme Christelle MONTEIL
M. Mohamed SKIBA
Mme Malika SKIBA
Mme Christine THARASSE
M. Rémi VARIN (MCU-PH)
M. Frédéric ZIEGLER

Chimie Organique
Parasitologie
Chimie analytique
Botanique
Biophysique et Mathématiques
Parasitologie Immunologie
Biologie
Chimie organique
Toxicologie
Pharmacie Galénique
Pharmacie Galénique
Chimie thérapeutique
Pharmacie Hospitalière
Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU
Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS
Anglais

ATTECHE TEMPORAIRE D’ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI
Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN
Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE
Parasitologie
III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL
UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER
UFR Médecine générale
M. Alain MERCIER
UFR Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH
UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE
UFR Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD
UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX
UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTEAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BEQUEREL
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT
M. Thierry BESSON
M. Roland CAPRON
M. Jean CHASTANG
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB
Mlle Elisabeth CHOSSON
M. Jean-Jacques BONNET
Mme Isabelle DUBUS
M. Loïc FAVERNEC
M. Michel GUERBET
M. Olivier LAFONT
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET
Mme Martine PESTEL-CARON
Mme Elisabeth SEGUIN
M. Mohamed SKIBA
M. Philippe VERITE

Chimie Générale et Minérale
Chimie thérapeutique
Biophysique
Mathématiques
Législation, Economie de la Santé
Botanique
Pharmacodynamie
Biochimie
Parasitologie
Toxicologie
Chimie organique
Physiologie
Microbiologie
Pharmacognosie
Pharmacie Galénique
Chimie analytique
MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH
Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENYOELLE
Biochimie et biologie moléculaire
(UMR 1079)

Mme Carine CLEREN
Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline GAILDRAT
Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)

M. Antoine OUVRARD-PASCALD
Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle TOURNIER
Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV
Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN
Génie Informatique
Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni improbation.
A la mémoire

De ma grand-mère Guislaine TEILLARD, mamy et de mon grand-père André TEILLARD, papy
Dont le soutien et l’amour ont fait de moi ce que je suis, ils m’ont donné envie de m’orienter dans le monde passionnant de la médecine et m’ont toujours encouragée.

De ma grand-mère Ginette DUFOUR, mémère et de mon grand-père Rock DUFOUR, pépère
Qui ont pris soin de moi toute mon enfance.

Je vous aime et je ne vous oublierai jamais.
Remerciements

A Monsieur le Professeur Jacques WEBER,
De me faire l’honneur d’accepter de juger mon travail de thèse et de présider ce jury de thèse
Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect à votre égard.

A Madame le Docteur Lucille PELLERIN,
De m’avoir fait l’honneur de travailler avec toi sur ce projet de thèse.
Ta disponibilité permanente et plus particulièrement lors de ces derniers mois, ton écoute et ta participation active et avisée m’ont été d’une aide précieuse.
Merci encore de ta gentillesse et de tout ce temps passé en relecture, corrections et conseils.
J’ai appris à ton contact la persévérance dans le travail...

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,
De faire l’honneur d’accepter de juger mon travail de thèse.
Merci de votre implication dans notre formation de médecine générale que ce soit sur le plan de l’enseignement théorique ou sur le plan de nos conditions de stage.
Je suis ravie d’avoir choisi votre région pour me former en médecine générale.

A Monsieur le Professeur Alain MERCIER,
De me faire l’honneur d’avoir accepté de participer au jugement de ce travail.
Merci pour vos conseils, de votre confiance et de votre implication dans le département de médecine générale.
A l’équipe du CIC INSERM 0204 du CHU de Rouen, pour son accueil chaleureux, sa bonne humeur et ses moments de partage autour d’une tasse de café.

A Monsieur Benoit THIRION de l’équipe Cismef du CHU de Rouen pour ses conseils avisés et son aide dans la recherche bibliographique sur PubMed.

A Madame Catherine WEILL de l’équipe du service des périodiques et ressources électroniques de la Bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris Descartes pour son aide et sa formation à la recherche bibliographique dans Embase.

Au Groupe Recherche du Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen pour leur contribution à ce travail.

A Madame Estelle HOUIVET, biostatisticienne du CHU de Rouen pour ses explications statistiques de certains articles.

A toutes les équipes des services des Urgences, de Gynécologie Obstétrique et de Pédiatrie d’Evreux, A l’équipe de Gériatrie de Louviers,

A mes maîtres de stage de médecine générale, le docteur Salaün, le docteur Dintimille, le docteur Boulet et le docteur Hyest,

De m’avoir accueillie et formée à la médecine générale, et de votre disponibilité.

Merci surtout à mes derniers maîtres de stage le docteur Boulet et le docteur Hyest de m’avoir libéré du temps pour mon travail de thèse.
A Pierre-Luc, mon amour, mon loulou,
Déjà 5 ans que nous nous aimons et bientôt la promesse d’un amour pour toujours. Tu m’as toujours soutenue dans mes choix et surtout dans la vie mouvementée que mes études de médecine, mes examens, mes stages et mes gardes imposaient. Tu as suivi les péripéties de la fin de mes études avec amour et patience. Merci de m’avoir conseillée dans mes moments de doutes au début de mon internat, de m’avoir rassurée aux moments de mes derniers examens et surtout de m’avoir supportée et aidée durant ces derniers mois.
Merci pour ta participation à ma thèse, tu as été mon petit « technicien » Excel-Word-PDF-Visio et mon traducteur, sans ton anglais parfait, je n’aurais jamais pu y arriver ! J’ai hâte que nous reprenions les préparatifs de nos projets maintenant que ce travail est terminé. (Ça va être génialissime !) Je t’aime plus que tout.

A Elisabeth, ma maman chérie,
Merci de ton amour et de ton soutien inconditionnels depuis toujours. L’éducation que tu m’as donnée m’a permis d’avoir des valeurs dont je suis fière. Merci de m’avoir laissée libre de mes choix dans les études que je voulais entreprendre même si cela m’obligeait à m’éloigner de la maison.
Et un grand merci pour ta contribution à cette thèse, tu as été un excellent comité de lecture (et correcteur d’orthographe !☺) Je t’aime maman.

A Rémi, mon petit papa,
Merci d’être toujours présent et si disponible. Tu m’as appris la valeur du travail, la générosité. Je pense avoir hérité de ta bonne humeur et de ton humour ce qui me permet de relativiser les situations les plus difficiles rencontrées en médecine. J’espère que toutes ces années d’études et ce travail seront à la hauteur de tes espérances. Je t’aime p’tit Papa.

A Marion, ma petite « grande » sœur, la râleuse, la boudeuse mais la plus bosseuse. Ton courage et ta ténacité m’impressionnent depuis 2 ans. Tu mérites de réussir et tu y parviens, ce qui ne m’étonne guère ! Je suis fière de ta réussite dans tes études d’infirmière et souhaite de tout cœur que tu réussisses à t’épanouir aussi bien dans ta vie privée que professionnelle. Je te « prescris » une bonne dose de confiance en toi afin d’y parvenir ! Je t’aime petite sœur.

A Maëlys, ma petite puce, ta joie de vivre et ton esprit libre sont ta force. Reste ainsi et sois en fière. N’oublie tout de même pas de suivre en classe afin de pouvoir réaliser ton rêve dans le monde de l’équitation. Quand je repense au début de mes études, je ne peux m’empêcher de penser aux retrouvailles les week-ends à la maison pendant lesquelles vous ne me « lâchez » pas d’une semelle, toi et les autres sisters, j’adore repensar à ces moments ! Je t’aime ma lili !

A Malorie, la marmotte, J’adore quand tes petites blagues te font rire aux éclats, et que tu continues à me sauter dans les bras dès que je débarque à la maison. Tu seras toujours la petite dernière dont nous nous sommes toutes occupées et dont les bêtises font toujours autant rire (ne le dis pas à Maman …). N’oublie jamais de garder ton âme joueuse et blagueuse et ta joie de vivre. Je t’aime ma lolotte !
A Marie-Andrée, ma marraine chérie, qui m’a soutenue durant toutes ces années et m’a vue débarquer chez elle à n’importe quelle heure du jour et de la nuit. Merci de ton soutien, de ton écoute, de tes conseils et de ton amour, Love.

A mes cousins d’amour, Frédéric le tyrannique ; Stéphanie, ma Pépète, Nicolas Much, je suis ravie du parcours professionnel que vous êtes en train de construire. Papy et Mamy seraient fiers de la brochette de couz’ que nous sommes ! Love

A ma future belle famille : Christel et Christian, Maude, Claire et Jeanne-Marie ; Didier, et bien sûr les loustiques Lilian et Timothée, pour leur soutien cet été.

A ma meilleure amie, Charlotte,
Toujours présente depuis toutes ces années, ton amitié et ton soutien sont très importants pour moi. Je suis fière de cette amitié que nous avons su préserver malgré l’éloignement géographique et nos études prenantes.
Vivement mon retour en Picardie, nos soirées entre filles vont pouvoir redeviend notre quotidien !

Aux pintades, Elsa, Julie et Marie,
Nos soirées à Reims sont à jamais dans mon cœur.

A mes fidèles amies de Reims, Manar, Charlotte, Cynthia, Anne-Charlotte,
Que de souvenirs toutes ces années et bien d’autres à venir !!

A mes amis Rouannais, Aline, Jean mon coloc, Barbara, Sophie, Camille T et Camille A...
Ces années d’internat ont été facilitées par votre présence et votre soutien, n’oublions pas ces liens qui nous unissent à jamais !

A mes amies Soissonnaises, Justine, Aurore et Parisiennes, Mary.
Pour votre amitié,

A nos amis parisiens, Prisca et Edgar,
Pour le coaching « positive attitude ». Je vous souhaite de réussir dans votre projet familial et beaucoup de bonheur.
Serment d’Hippocrate

« Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.


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

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque. »
FIGURES ET TABLEAUX .............................................................................................................................................. 18
SIGLES ET ABBREVIATIONS ................................................................................................................................. 19
ARTICLES SOUMIS ....................................................................................................................................................... 20
  Page de Titre ............................................................................................................................................................... 20
  Article ........................................................................................................................................................................... 22
  Bibliographie de l’article ............................................................................................................................................... 42
ANNEXES ................................................................................................................................................................. 87
  Annexe 1 : Mesure n°3 du Plan Alzheimer 2008-2012 ............................................................................................ 87
  Annexe 2 : Recommandations de bonne pratique-Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels- HAS février 2010 ......................................................... 88
  Annexe 3 : Algorithme de recherche utilisé sur Medline ....................................................................................... 92
  Annexe 4 : Algorithme de recherche utilisé sur Embase ....................................................................................... 93
  Annexe 5 : Fiche de lecture ..................................................................................................................................... 94
  Annexe 6 : Check-list Prisma ................................................................................................................................... 95
  Annexe 7 : Neuropsychiatric Inventory (Version française) .................................................................................. 97
  Annexe 8 : Patients Health Questionnaire-9 ....................................................................................................... 100
  Annexe 9 : Echelle du fardeau de BSFC (Burden Scale of Family Caregivers) ..................................................... 101
  Annexe 10 : Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression) .............................................................. 102
  Annexe 11 : Echelle de fardeau révisé de Zarit (version française) ................................................................. 104
  Annexe 12 : Check-list de Hopkins ........................................................................................................................ 105
  Annexe 13 : Codification de l’autogestion des symptômes et utilisation des services de soutien ........................................................... 107
  Annexe 14 : Score de dépression gériatique (GDS) ............................................................................................... 108
  Annexe 15 : Le score de qualité de vie EQ-VAS .................................................................................................. 109
BIBLIOGRAPHIE des annexes ................................................................................................................................ 110
Figures et tableaux

Figure 1 : Processus de Sélection des articles ................................................................. 47
Figure 2 : Calcul du Score de Kappa .................................................................................. 48

Tableau 1 : Exclusion par les Titres et la forme ................................................................ 49
Tableau 2 : Exclusions par les Résumés et la forme ............................................................ 61
Tableau 3 : Exclusions par la lecture intégrale .................................................................. 77
Tableau 4 : Tableaux des résultats des articles inclus ....................................................... 84
Sigles et abréviations

OPEPS : Office Parlementaire d’Evaluation des Politiques de Santé
COFACE: Confederation of Family Organizations in the European Union
HAS: Haute Autorité de Santé
BDSP : Banque de Données en Santé Publique
NPI: « Neuropsychiatric Inventory »
BSFC: « Burden Scale for Family Caregivers »
CES-D: « Center For Epidemiological Studies Depression »
DAISY: « Danish Alzheimer Intervention Study »
GDS: « Geriatric Depression Scale »
EQ VAS : « EQ Visual Analogue Scale »
HID: Handicap-Incapacité-Dépendance
Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste: Revue systématique de la littérature

(Dedicated interventions for dementia caregivers by general practitioners: a systematic review)

Auteurs :

Noémie Dufour, Interne de Médecine Générale, Université de Rouen, UFR Médecine et Pharmacie, Département Universitaire de Médecine Générale, 22 Boulevard Gambetta, 76183 Rouen Cedex.

Alain Mercier, Professeur Associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste, Université de Rouen, UFR Médecine et Pharmacie, Département Universitaire de Médecine Générale, 22 Boulevard Gambetta, 76183 Rouen Cedex.

Jacques Weber, Professeur et Chef de service de Neurophysiologie, Médecin coordonateur du Centre d’Investigation Clinique, INSERM 0204, CHU de Rouen, Hôpital Charles Nicolle, 1 rue Germont, 76031 Rouen Cedex.

Jean-Loup Hermil, Professeur de Médecine Générale, Directeur du DUMG, Médecin Généraliste, Université de Rouen, UFR Médecine et Pharmacie, Département Universitaire de Médecine Générale, 22 Boulevard Gambetta, 76183 Rouen Cedex.

Lucille Pellerin, Assistante spécialiste régionale de recherche au CIC CHU de Rouen, INSERM 0204, Médecin Généraliste, Université de Rouen, UFR Médecine et Pharmacie, Département Universitaire de Médecine Générale, 22 Boulevard Gambetta, 76183 Rouen Cedex.

Décompte du texte : 42156 signes, espaces compris.

Auteur en charge de la correspondance :

Lucille Pellerin, Assistante spécialiste régionale de recherche au CIC CHU de Rouen, INSERM 0204, Médecin Généraliste, Université de Rouen, UFR Médecine et Pharmacie, Département Universitaire de Médecine Générale, 22 Boulevard Gambetta, 76183 Rouen Cedex.

lucille.pellerin-kurtz@chu-rouen.fr
Remerciements : Les auteurs remercient grandement l’équipe du CIC INSERM 0204 du CHU de Rouen, Monsieur Benoit Thirion de l’équipe Cismef du CHU de Rouen, le Groupe Recherche du Département de Médecine générale de Rouen, Madame Catherine Weill de l’équipe du service des périodiques et ressources électroniques de la Bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris Descartes et Madame le Docteur Estelle Houivet, biostatisticienne au CHU de Rouen.

Sources de financement :
Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen
Fondation Médéric Alzheimer

Conflit d’intérêt : Aucun
Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste: Revue systématique de la littérature

Introduction :
850 000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence en France selon le rapport de l’Office Parlementaire des Politiques de Santé (OPEPS) de 2005 [1]. Le nombre de personnes atteintes devrait doubler en France d’ici 2050 avec plus de 1 800 000 cas soit 3% de la population. Une personne sur 4 âgée de plus de 65 ans sera atteinte de démence et particulièrement la maladie d’Alzheimer [2]. L’évolution de la maladie engendre une diminution progressive de l’autonomie des patients déments. Les aidants familiaux prennent majoritairement en charge ces patients déments pour qu’ils continuent de vivre à domicile tout en préservant leur qualité de vie. Le nombre d’aidants toutes pathologies confondues est estimé à 8,3 millions en France en 2008, dont 300 000 aidants de malades atteints de la maladie d’Alzheimer [3,4]. Les aidants familiaux sont le soutien de première ligne des patients atteints de démence, les acteurs des systèmes de santé se félicitant de pouvoir compter sur le soutien des familles pour prendre en charge ces patients complexes [5]. Un aidant familial est défini depuis 2009 par la Charte Européenne de l’aidant familial, avec le soutien de la Confédération des Organisations Familiales de l’Union Européenne (COFACE) comme « la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l’éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques, (…)» [6]. D’après l’étude PIXEL, les aidants familiaux sont dans 43% les conjoints, dans 48% les enfants, dont 68% de femmes.
La charge de travail que représente l’aide est estimée à plus de 6 heures par jour pour 70% des époux et pour 49% des enfants. L’impact négatif de l’aide apportée, qualifié de fardeau est bien décrit: les aidants familiaux, très impliqués dans l’accompagnement et les soins de leur proche peuvent progressivement négliger leurs propres états de santé. Un aidant sur 5 est obligé de différer voire de renoncer à une consultation, une hospitalisation ou un soin par manque de temps [7]. Ces patients sont qualifiés par certains auteurs de patients cachés [8]. Ils présentent une qualité de vie altérée et un fardeau élevé qui témoignent de leur épuisement [9]. Le retentissement psychologique est élevé chez ces patients avec une prévalence de dépression plus importante en comparaison à une population non aidante. D’autres retentissements psychiques et physiques sont aussi plus fréquemment retrouvés chez les aidants familiaux: les troubles du sommeil, les pathologies cardio-vasculaires, une diminution de la réponse immunitaire, des troubles de la cicatrisation et une mortalité plus importante [10-15].

La santé des aidants familiaux est une problématique majeure qui a été abordée dans les différents plans Alzheimer gouvernementaux en France. Le plan 2008-2012 prévoyait d’évaluer et d’améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles [16]. Il a abouti à une recommandation sur le suivi des aidants familiaux par la Haute Autorité de Santé Française (HAS). Dans cette recommandation, le médecin généraliste est l’interlocuteur principal de l’aidant. Il doit évaluer sa souffrance et ses problèmes de santé [17]. En effet, le médecin généraliste réalise le suivi du patient atteint de démence depuis des années. Il entretient une relation de confiance forte avec ses patients qui s’accentue après le diagnostic de démence. Il est ainsi le plus proche professionnel de santé à prendre en charge de façon régulière le patient dément et sa famille et peut repérer la souffrance et les besoins des aidants familiaux [18]. Le médecin généraliste a donc un rôle important dans la prise en charge des aidants mais peu d’études intègrent ce rôle majeur [19].
De nombreuses interventions ont été mises en place pour améliorer la santé des patients déments. Depuis peu, la littérature illustre l’importance donnée aux interventions ayant pour objectifs supplémentaires l’amélioration conjointe de la santé des aidants familiaux. Des revues de la littérature récentes illustrent la variété des interventions proposées aux aidants [20,21]. Elles prennent la forme de formations éducationnelles, de programmes de soutien, d’un accompagnement socio-psychologique (« counseling »). Ces interventions ont amélioré les symptômes de dépression de l’aidant, le fardeau et sa qualité de vie [22,23]. Elles font intervenir de nombreux professionnels de santé du champ médico-psycho-social. Cependant, les interventions qui incluent le médecin généraliste comme collaborateur de soin sont peu explorées. La place qu’il occupe dans la réflexion et la mise en place de ces interventions reste floue malgré sa position privilégiée dans la prise en charge des aidants familiaux.

Notre objectif était donc d’identifier les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments faisant intervenir le médecin généraliste et d’évaluer leur efficacité ainsi que le rôle occupé par le médecin généraliste, à partir d’une revue systématique de la littérature.

**Méthodologie :**

**Sélection des articles**

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature à partir des bases de données Medline (PubMed) en utilisant l’outil CisMef, Embase, The Cochrane Library et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), jusqu’au 1er juin 2013 sans limite d’ancienneté. Une veille bibliographique a été établie tout au long de la recherche.

Pour interroger le moteur de recherche PubMed, un algorithme a été construit en utilisant les mots MeSH « dementia » AND « caregivers », AND (« family physician » OR « general
practitioner » OR« primary care »). Pour la recherche sur la banque de données Embase, une équation équivalente a été réalisée. Pour interroger la banque de données Cochrane, l’équation suivante a été réalisée: « dement* » [Title, Abstracts or Keywords] AND « care* » [Title, Abstracts or Keywords] AND « general practice » [Title, Abstracts or Keywords] AND « primary care » [Title, Abstracts or Keywords]. Pour interroger la BDSP, deux équations de recherche ont été combinées en raison d’un thésaurus limité : « médecin généraliste démence aidant » et « médecin généraliste démence relation famille soignant ». D’autres ressources ont été explorées comme la consultation de Google et Google Scholar, les articles non publiés, les communications orales, les références bibliographiques des recommandations et la bibliographie des articles sélectionnés retrouvée sur la prise en charge des aidants familiaux. La seule limite posée a été la langue (Anglais ou Français). Nous avons éliminé les doublons retrouvés dans les différents moteurs de recherche.

**Analyse des articles**

Une première étape de lecture des titres et des résumés a permis d’exclure les articles ne correspondant pas de manière certaine à la thématique de notre question de recherche c’est à dire les interventions d’aides aux aidants en médecine générale. Cette première étape a aussi permis d’éliminer les références dont la forme ne correspondait pas à un article médical original. Une deuxième étape a permis une sélection d’articles selon des critères de fond et de forme. Sur le fond, les articles devaient indiquer la mention d’un aidant familial de patients déments. La population devait être ambulatoire pour les aidants et les patients déments. Ces aidants devaient être la cible d’une intervention directe visant à améliorer leur santé. Les interventions devaient être réalisées par ou en collaboration avec le médecin généraliste. Les articles devaient comporter un moyen de mesure de ces interventions sur l’aidant. Sur la forme, les articles devaient être des essais d’intervention, des revues de littératures ou des méta-analyses. L’étape finale a permis la sélection des articles après l’analyse en texte...
intégral à l’aide de la grille de lecture du manuel de lecture du « Joanna Briggs Institute » [24]
Les items décrits : le titre, l’auteur principal, l’année de publication, le lieu d’étude, le type d’étude et les objectifs pour l’aidant, la durée de l’étude, les populations cibles et les populations effectrices, les critères de jugement et leurs moyens de mesure, les résultats des auteurs, le score de Jadad et la place du médecin généraliste (annexe 1).
La qualité méthodologique des essais randomisés contrôlés sélectionnés a été validée selon le score de Jadad [25]. Le score était calculé, il était fonction de l’existence d’une randomisation (un point), d’une procédure en double aveugle (un point) et de la justification et notification des perdus de vue (un point). Un point supplémentaire était ajouté si la technique de randomisation était appropriée et décrite dans l’article et un autre point si la procédure en double aveugle était appropriée et décrite. Il a été estimé que les essais de bonne qualité étaient ceux donc le score de Jadad était supérieur ou égal à 3 et les articles dont le score était inférieur ont été éliminés. La qualité méthodologique des revues de littérature a été validée par la check-list de Prisma [26]. Deux chercheurs (ND et LP) ont réalisé de façon indépendante les différentes étapes de sélection. Un coefficient de kappa a été établi pour comparer chaque sélection [27]. Un 3e lecteur a été consulté pour faire consensus en cas de désaccord.

Résultats :
sélectionnés à l’issue de la dernière étape d’analyse. L’échantillon comportait 4 essais contrôlés randomisés et 2 revues de littérature (figure 1).

Description des articles sélectionnés
Les caractéristiques et résultats des articles sélectionnés sont résumés dans un tableau (tableau I). Parmi les 4 essais randomisés contrôlés retenus, trois étaient réalisés en insu. Ils étaient tous multicentriques ; 1 essai était réalisé en Allemagne, 1 au Danemark et 2 aux États-Unis. Les essais étaient des essais d’intervention et duraient entre 6 mois à 4 ans. Un essai avait un score de Jadad de 5 et les 3 autres avaient des scores de 3 à 4 ; les perdus de vue n’étaient pas clairement décrits dans 2 des 4 essais et 1 essai était réalisé en simple insu.

Description des populations et des professionnels de santé

Description des résultats des articles
Les interventions du médecin généraliste étaient psycho-socio-éducatives
collaboration avec un médecin généraliste et une infirmière. Une équipe pluridisciplinaire de gériatres, géronto-psychiatres et psychologues supervisait hebdomadairement la prise en charge des patients inclus. L’intervention comportait une partie initiale minimale informative et éducationnelle sur les capacités de communications, les stratégies d’adaptation, des informations légales et financières, des guides d’exercices ainsi qu’un guide pour les aidants délivré par l’association Alzheimer locale. A l’issue de l’intervention minimale, 8 protocoles individualisés pouvaient être appliqués, dont un protocole concernant la santé physique des aidants et la possibilité de participer à des groupes de soutien. L’intervention durait maximum 1 an avec des consultations initialement bimensuelles puis mensuelles. Le stress des aidants était mesuré par le « Neuropsychiatric Inventory » (NPI) appliqué à l’aidant. La dépression était mesurée par le « Patient Health Questionnaire-9 ». Les résultats montraient une amélioration du stress de l’aidant dans le groupe intervention à 12 mois, avec un résultat significatif (P = 0,03) mais pas à 18 mois (P = 0,33). Les résultats montraient une amélioration de la dépression des aidants dans le groupe intervention avec un résultat significatif à 18 mois (P = 0,02).

formation des médecins généralistes avait été effectuée par 5 neurologues et psychiatres dont un expert gérionto-psychiatre. L’intervention avait duré entre 2 et 4 ans. Le groupe C recevait l’intervention spécifique dès le début de l’étude et le groupe B à 1 an. Le fardeau était mesuré à 2 ans par le « Burden Scale for Family Caregivers » (BSFC) et montrait une augmentation de 5 points indiquant une hausse du fardeau des aidants dans tous les groupes. Après ajustement, il n’y avait pas de différence significative (P = 0,78).

Fortinsky et al [30] publiaient en 2009 un essai réalisé dont l’objectif composite était de montrer l’effet d’une intervention pour les aidants sur le fardeau, les symptômes de dépression, les symptômes physiques, la satisfaction ainsi que la capacité des aidants à utiliser les services de soutien. Quatre-vingt quatre aidants familiaux étaient randomisés dans un groupe intervention (n: 54) et dans un groupe contrôle (n: 30). L’essai comparait un groupe intervention avec un groupe contrôle qui recevait une information initiale. Le groupe intervention recevait la même information initiale suivie de consultations mensuelles aboutissant à l’élaboration d’un plan de soin adapté. Ce plan de soin était élaboré à partir des besoins évalués et renforcé par une collaboration entre médecins généralistes et infirmières. La consultation initiale comportait des informations sur l’évolution des démences, les solutions financières et légales existantes, l’existence de groupes de soutien et les programmes de soins de répit. L’intervention était réalisée sur 12 mois. Les symptômes de dépression de l’aidant étaient mesurés par l’échelle CES-D (« Center for Epidemiological Studies-Depression »), le fardeau mesuré par la « Revised Caregiver Burden Scale » de Zarit. Les symptômes de bonne santé de l’aidant étaient mesurés par la check-list de Hopkins sur 12 items, la mesure de l’autogestion des symptômes sur 4 items et la mesure de l’utilisation des services de supports à disposition sur 5 items. La satisfaction des aidants était mesurée selon 4 questions. Les résultats montraient une amélioration à 12 mois de tous les critères en dehors des symptômes de bonne santé dans le groupe intervention. 82% des aidants étaient satisfaits.
Les résultats n’étaient pas significatifs (Autogestion des symptômes P = 0,89 ; Utilisation des services P = 0,80 ; CES-D P=0,41 ; Zarit P = 0,73 ; Hopkins P = 0,87). 


Robinson [32] publiaient une revue de la littérature en 2010 dont l’objectif était d’évaluer le rôle des médecins de premiers recours sur la prise en charge au long cours des déments vivant à domicile, avec une attention centrée sur les interventions psychosociales, l’information et le soutien aux aidants. Les interventions à plusieurs dimensions, éducationnelle, soutien, conseil et formation pratique étaient les plus efficaces. Elles améliorait la connaissance, le bien-être, la dépression et le fardeau des aidants familiaux, quand elles intervenaient dès l’annonce du diagnostic. Les résultats montraient l’intérêt d’une prise en charge des aidants et des déments en soin primaire ; le médecin pouvait développer plus facilement une relation thérapeutique avec ses patients. Il était aussi le mieux placé pour promouvoir une attitude positive devant la maladie, des consultations de soutien et discuter du besoin d’adresser ses patients à d’autres spécialistes. Les aidants ne trouvaient pas recevoir une information adéquate de leurs médecins. Les auteurs mettaient en évidence que le médecin généraliste

Waldorff et al publiaient en 2012 un essai contrôlé randomisé, le Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY) [33] sur 330 patients atteints de la maladie d’Alzheimer et 330 aidants familiaux. L’objectif était d’évaluer l’efficacité d’une intervention de conseils, de soutien et d’éducation sur la dépression et la qualité de vie des aidants familiaux. L’essai comparait un groupe intervention de patients déments et leurs aidants familiaux (n : 163) à un groupe contrôle (n : 167). L’intervention comportait un programme en plusieurs volets, semi-individualisé en fonction des besoins des participants qui se décomposait en 7 sessions de conseils, en 10 cours éducatifs et en 5 à 8 appels téléphoniques. Lors des sessions, des conseils psychosociaux et des techniques d’adaptation étaient délivrés. Lors des cours, des informations sur la maladie, ses conséquences étaient délivrées. Lors des appels téléphoniques, les difficultés mises en évidence par les sessions et les cours étaient spécifiquement abordées. L’intervention était réalisée par une équipe, dont un médecin généraliste qui intervenait quand des soins urgents étaient nécessaires pour l’aidant. L’intervention durait entre 6 et 12 mois. La dépression de l’aidant était mesurée par le GDS (le score de dépression gériatrique) et la qualité de vie par l’EQ-VAS. A 6 mois, la qualité de
vie était améliorée dans le groupe intervention des aidants. Il n’y avait pas d’amélioration de
la dépression à 6 et 12 mois. Les résultats n’étaient pas significatifs (P = 0,06).

Discussion :
Notre revue a été consacrée à identifier et évaluer les interventions dédiées aux aidants faisant
intervenir le médecin généraliste. Elle a exploré l’efficacité des interventions et le rôle du
médecin généraliste dans les interventions. La recherche a identifié 6 articles de bonne qualité
méthodologique (score de Jadad au moins égal à 3) dans lesquels une intervention dédiée aux
aidants faisait intervenir un médecin généraliste et était évaluée. Ce nombre est faible et
paradoxal dans un contexte pourtant riche en recherches sur les aidants et où la place du
médecin généraliste est mise en avant.

Le médecin généraliste : un rare intervenant direct qui est plus souvent satellite de
l’intervention
Notre revue a mis en évidence deux essais associant une bonne qualité méthodologique. Ces
essais comportent une participation active du médecin généraliste à une intervention ayant
pour objectif l’amélioration de la santé des aidants familiaux. Dans l’essai de Callahan [28] et
de Menn [29], le médecin intervient en collaboration ou en amont de consultations avec une
infirmière et les résultats retrouvent une amélioration du stress et de la dépression des aidants.
Ces essais permettent d’affirmer que le médecin généraliste trouve sa place dans la prise en
charge des aidants au sein d’une action efficace. Mais il interroge sur la faible représentativité
des actions directes du médecin généraliste. Ce constat est repris par Fortinsky [30] qui
montre que peu d’études d’interventions intègrent le médecin généraliste comme
collaborateur.
Le plus souvent, la participation du médecin généraliste est satellite de l’intervention ; il participe au recrutement des populations, à la centralisation des informations sur l’aidant et la prise en charge des soins en parallèle des interventions.

Ainsi dans 3 des essais, le médecin généraliste a une action dans le recrutement initial des populations [28-30]. Les médecins généralistes repèrent puis orientent leurs patients vers les investigateurs des études. Ces derniers valident l’inclusion finale des participants. Ce rôle est de plus en plus décrit et valorisé par les chercheurs et cet apport du médecin généraliste dans le recrutement est mis en avant par Menn [29] qui en fait une des conclusions principales de son essai. Les médecins généralistes permettent de cibler une population d’étude la plus représentative de la population générale. Cette action permet d’augmenter la validité externe des essais, les populations qui sont identifiées par les médecins généralistes sont issues de leur environnement habituel. Ils ne sont pas présélectionnés par des services hospitaliers de gériatrie, neurologie ou médecine interne, ni par les consultations mémoires, ce qui est pourtant le type de recrutement le plus retrouvé dans la littérature sur la démence.

Dans 3 essais, le médecin généraliste a un rôle de centralisation [28-30]. Dans 2 essais, il intervient en parallèle des interventions pour prendre en charge les soins urgents des aidants [28,33]. Dans deux essais, le médecin généraliste n’est pas acteur de l’intervention principale mais sert de relai à la prise en charge de la santé des aidants : le médecin généraliste revoit les patients et leurs aidants familiaux et adapte leur prise en charge médicale en fonction des données de l’intervention. Cette action de centralisation et d’adaptation n’est plus à démontrer et fait partie de la prise en charge classique des patients par un médecin généraliste. Elle est définie dans l’action classique du médecin traitant dans le parcours de soins défini par l’Assurance Maladie et n’apparaît pas ici comme une spécificité de la prise en charge des aidants: « Le médecin traitant oriente dans le système de santé et coordonne le parcours de soins, c’est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de
la santé. De plus, il centralise toutes les informations relatives à la santé, il connaît les antécédents, les éventuels facteurs de risque et joue ainsi un rôle central en matière de prévention ». Dans les revues incluses dont l’objectif est pourtant axé sur le rôle du médecin généraliste, la place du médecin n’était peu ou pas renseignée. On ne peut reléguer le rôle du médecin généraliste au seul recrutement des populations ni aux rôles parallèles qu’il occupe dans les autres essais retrouvés dans cette revue, tant son rôle potentiel envers les aidants est mis en avant dans d’autres études [18].

Des interventions psycho-socio-édagogiques aux résultats variés

Dans notre revue, le médecin généraliste participe exclusivement à des interventions socio-psycho-éducatives qui sont mesurées par des échelles de fardeau, dépression et stress [28-30]. Ces interventions sont les plus développées et testées dans la littérature, qu’elles incluent ou non le médecin généraliste. Elles montrent une amélioration sur les symptômes de dépression, de fardeau et de qualité de vie des aidants [22,23,34]. Comme beaucoup d’essais dans la littérature qui testent l’amélioration de la santé des aidants, ces critères de jugement explorent seulement la facette négative du retentissement de l’aide apportée par les aidants.

Or, le retentissement des situations d’aide sur les aidants est aujourd’hui bien décrit et se décline en deux composantes négatives et positives. Les composantes négatives sont bien connues. Sur le plan organique, les aidants ont une santé globale détériorée avec une augmentation des troubles du sommeil et de la cicatrisation, des symptômes de dépression, des facteurs de risque cardio-vasculaires et une diminution de la réponse immunitaire [10-13,15]. Mais les différents auteurs regroupent le plus souvent l’ensemble du retentissement négatif sous le terme de fardeau (« burden ») et des instruments de mesure à l’exemple de l’échelle de Zarit sont validés et utilisés pour mesurer le fardeau des aidants [35,36]. Ce regroupement comporte des limites puisque les échelles de fardeau explorent mal le retentissement organique de l’aide apportée. Quelques échelles existent, comme la check-list
de Hopkins et Patient Health Questionnaire (PHQ-9) mises en évidence dans cette revue, qui évaluent la composante organique du retentissement mais qui sont bien moins utilisées dans la littérature que les échelles de fardeau [37,38]. Les moyens de mesure utilisés dans notre revue semblent méconnaître un pan du retentissement négatif organique de l’aide. Ce retentissement pourrait faire partie de la prise en charge spécifique de l’aidant par le médecin généraliste.

Les essais inclus explorent peu la composante positive de l’aide. La littérature retrouve plusieurs aspects positifs démontrés : la satisfaction de vie, les bénéfices, la satisfaction et le sentiment de maîtrise [39-41]. La mention d’un vécu positif rapporté par les aidants n’est pas rare ; d’après l’étude Handicap Incapacité Dépendance (HID), sur 4091 aidants interrogés, 21% ressentent un impact exclusivement positif, 10% un impact négatif et positif [42].

Il apparaît utile pour la prise en charge des aidants de rechercher un impact positif de l’aide. L’évaluation des aspects positifs et du sens donné à l’aide pourrait permettre d’identifier les forces de l’aidant [43].

Les résultats des essais de cette revue sont variés. Un seul essai retrouve une amélioration significative du stress de l’aidant après une intervention où le médecin généraliste collabore avec une infirmière [28]. Un autre essai retrouve un résultat négatif sur la dépression de l’aidant après une intervention initiale du médecin généraliste mais le résultat n’est pas significatif. Les objectifs d’amélioration de la santé des aidants sont le plus souvent des objectifs secondaires des essais, ce qui peut expliquer des résultats non concluants. D’autre part, le recrutement ambulatoire sélectionne des populations hétérogènes difficilement comparables, ce que Menn [29] met en avant pour expliquer ses résultats paradoxaux.

Ces résultats sont en accord avec Pinquart et Sorensen [44] repris par Thomas [45] qui montrent que les interventions psychosociales ont un impact modéré sur les aidants et concluent que ces interventions sont peu efficaces. Ils proposent de réfléchir à un modèle.
d’intervention plus élaboré et personnalisé pour les aidants. Dans le cadre de cette revue il convient de définir le rôle du médecin généraliste et le modèle de l’intervention à mettre en place pour améliorer la santé des aidants incluant activement les médecins généralistes.

**Le rôle du médecin généraliste**

Notre revue met en évidence que peu d’études explorent la prise en charge des aidants par le médecin généraliste. Il a un pourtant rôle indispensable pour l’aidant car « il est le seul professionnel de santé dont la relation avec la famille et le patient s’inscrit dans le temps » [18]. Ce rôle envers les aidants est décrit comme central car le médecin généraliste voit très souvent les aidants et peut très vite dépister des altérations de leur santé comme des symptômes de dépression et évaluer leurs besoins [46]. Le rôle du médecin généraliste est une idée mise en évidence dans plusieurs études qualitatives : dans un travail américain, le médecin généraliste est rapporté comme le professionnel de santé le plus à même de voir les aidants familiaux de patients déments [47]. Dans la littérature, les médecins généralistes eux-mêmes valident la nécessité d’un rôle spécifique pour l’aidant [19,48]. D’autres auteurs proposent que le médecin généraliste ajoute à sa pratique une variété d’interventions individuelles de psychothérapie pour améliorer la santé des aidants [46]. Les aidants interrogés attendent une prise en charge adaptée de leur médecin généraliste et 50% d’entre eux sont satisfaits de la prise en charge de leur médecin généraliste, comme le soulignent les revues incluses et d’autres revues de la littérature explorant le rôle du médecin généraliste [31,49].

Les aidants souhaitent que l’information soit fournie par les professionnels de santé et en particulier par le médecin de famille car ils ont plus confiance dans l’information quand elle est donnée par leur médecin généraliste.[50]. Dans le domaine social, une étude montre par exemple que les aidants vont plus facilement utiliser des services d’aides lorsqu’ils sont préconisés par leur médecin généraliste [51]. Des études vont même plus loin en analysant
qu’une information apportée par leur médecin généraliste apporte une motivation et conduit à une utilisation significativement supérieure des services d’aide par l’aidant [52].

s’axaient majoritairement sur le retentissement psychosocial. L’impact de cette prise en charge du retentissement organique par le médecin généraliste sur l’aidant n’est cependant pas évalué dans la littérature. Les objectifs de médecine préventive de la consultation dédiée sont retrouvés dans notre revue chez Robinson [32] qui souligne que le médecin généraliste a un rôle proactif, de prévention et d’adaptation des besoins des aidants. Le volet psycho-social recommandé par la HAS pose plusieurs questions : s’il est établi dans cette revue et la littérature que le médecin généraliste a un rôle psychosocial vis à vis des aidants, les résultats montrent que les interventions psycho-sociales faisant intervenir les médecins généralistes sont peu concluantes. Les médecins conviennent eux-mêmes des limites de leur prise en charge sociale par manque d’information et de formation [55,56]. L’organisation et le contenu d’une consultation dédiée réalisée par un médecin généraliste demandent à être explorés au préalable en fonction des attentes et des besoins des aidants et des médecins pour répondre à la question d’un rôle pertinent du médecin généraliste. Robinson [32] retrouve par ailleurs que l’aspect non centralisé des soins aux aidants et patients déments est rapporté et critiqué : les difficultés de prise en charge pourraient être améliorées par un modèle collaboratif. Le modèle serait axé sur une consultation dédiée par un médecin généraliste initiant des collaborations prédéfinies dans lesquelles les différents professionnels de santé optimiseraient leurs compétences au service des aidants.

**Vers un modèle de soin collaboratif pluridisciplinaire centré sur une consultation dédiée**

Les résultats de notre revue illustrent l’utilité d’une prise en charge collaborative et pluridisciplinaire puisque le médecin seul n’apparaît pas suffisamment efficace ni satisfait, et que les études collaboratives semblent les plus prometteuses : dans notre revue, le seul article montrant des résultats positifs significatifs repose sur une collaboration médico-psycho-sociale étroite entre des médecins généralistes et des infirmières associée à une collaboration supplémentaire avec d’autres spécialistes de santé si nécessaire [28]. Dans un autre essai,
l’intervention repose sur un plan de soin réalisé au préalable par des infirmières spécialisées et adapté secondairement par le médecin généraliste [57]. Robinson [32] met l’accent sur l’utilité d’un modèle médico-bio-psycho social collaboratif avec un lien étroit entre le médecin généraliste et les autres professionnels de soins primaires et secondaires. Cohen souligne que le médecin ne peut pas prodiguer tous les soins et l’assistance dont l’aident a besoin mais doit savoir s’orienter vers ceux qui pourront l’aider [18]. La littérature renforce l’importance des modèles collaboratifs multidisciplinaires : au Canada, la pénurie de gériatres, géronto-psychiatres et neurologues oblige les autorités à réfléchir à un modèle novateur de prise en charge des démences et un projet pluridisciplinaire collaboratif impliquant le médecin généraliste est à l’étude. Ce projet consiste en la création d’un modèle de « clinique de la mémoire ». Il propose une intervention avec des médecins généralistes impliqués, en partenariat rapproché avec d’autres spécialistes de santé et centralisé par un médecin généraliste coordonnateur de l’intervention [58]. Le modèle proposé est intéressant pour plusieurs raisons : il implique activement et de manière continue les médecins généralistes dans les soins prodigués aux aidants. Le médecin intervient dès la première consultation à l’issue de laquelle les décisions de soin aux aidants sont discutées ; il intervient dans le suivi conjoint de l’aident entre la clinique de la mémoire et le cabinet de médecine générale ; au long cours, le médecin peut obtenir une assistance de la clinique si la prise en charge de l’aident la nécessite. Ce modèle est un exemple intéressant de collaboration entre professionnels : il propose un partenariat standardisé entre différents partenaires spécialistes, infirmières, pharmaciens et assistants sociaux clairement identifiés. Les médecins impliqués ont la possibilité de discussions et d’avis à tout moment de la prise en charge des aidants. La satisfaction des médecins et des aidants sur ce modèle proposé est mesurée et positive sur de nombreux points. Les médecins sont satisfaits de leur implication au sein de ce modèle, ils pensent que la qualité des soins prodigués aux aidants est améliorée par cette forme de prise
en charge. Ils sont satisfaits par la collaboration étroite établie dans ce modèle avec les gériatres pour les prises en charges les plus complexes. Les aidants sont satisfaits de l’aide supplémentaire fournie par le modèle en plus de leur prise en charge classique par leur médecin généraliste. Bien que les résultats en termes d’impact sur la santé des aidants ne soient pas encore connus, ces modèles pluridisciplinaires collaboratifs sont prometteurs. Ils pourraient être étudiés en France en s’articulant autour d’une consultation dédiée de médecine générale. Il conviendrait d’explorer au préalable les besoins et attentes des différents acteurs de santé et des aidants pour construire un modèle efficace et réaliste de prise en charge de la santé des aidants, en tenant compte des spécificités du système de santé français.

**Forces et limites de notre revue**

Notre revue de la littérature est innovante dans sa thématique de recherche centrée sur l’intervention du médecin généraliste et la sélection de populations d’aidants ambulatoires. Une attention majeure a été portée à la qualité méthodologique dans la construction de cette revue et dans la sélection des articles. Les scores de Kappa s’échelonnent entre bon et excellent (K1=0,86 ; K2=0,89 ; K3=0,67), les articles inclus ont un score de Jadad au moins égal à 3. Le domaine des interventions sur les aidants est étendu et a nécessité des choix dans la construction des algorithmes. La collaboration avec un professionnel expérimenté a cependant permis la construction d’un algorithme final le plus exhaustif possible. De nombreuses données manquantes (intervenants, populations, mesure de l’intervention) dans les étapes de présélection des articles ont nécessité l’exclusion d’articles dont les thématiques étaient pourtant en accord avec la revue mais ne permettaient pas l’exploitation des résultats.
Conclusion

Bibliographie


Figure 1
Processus de sélection des articles
Figure 2
Calcul du score de Kappa

### Étape 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Réponses</th>
<th>Inclusion</th>
<th>Exclusion</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Inclusion</td>
<td>346</td>
<td>13</td>
<td>359</td>
</tr>
<tr>
<td>Exclusion</td>
<td>38</td>
<td>175</td>
<td>213</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>384</td>
<td>188</td>
<td>572</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$P_0 = 0.91$

$P_e = 0.54$

Kappa1 = 0.86

### Étape 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Réponses</th>
<th>Inclusion</th>
<th>Exclusion</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Inclusion</td>
<td>131</td>
<td>9</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Exclusion</td>
<td>8</td>
<td>217</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>139</td>
<td>226</td>
<td>365</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$P_0 = 0.95$

$P_e = 0.52$

Kappa2 = 0.89

### Étape 3

<table>
<thead>
<tr>
<th>Réponses</th>
<th>Inclusion</th>
<th>Exclusion</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Inclusion</td>
<td>22</td>
<td>9</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Exclusion</td>
<td>9</td>
<td>73</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>31</td>
<td>82</td>
<td>113</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$P_0 = 0.84$

$P_e = 0.57$

Kappa3 = 0.67

Degré d'accord et valeur de Kappa proposé par Landis et Koch [27]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Accord</th>
<th>Kappa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Excellent</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>Bon</td>
<td>0,80 - 0,61</td>
</tr>
<tr>
<td>Modéré</td>
<td>0,60 - 0,21</td>
</tr>
<tr>
<td>Mauvais</td>
<td>0,20 - 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Très mauvais</td>
<td>&lt; 0,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tableau 1
Exclusion par les titres

<table>
<thead>
<tr>
<th>Numéro</th>
<th>TITRE ARTICLE</th>
<th>Année</th>
<th>Raison de l’exclusion par le titre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>Early diagnosis beneficial in Alzheimer's disease.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>The effects of dependence and function on costs of care for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Ireland.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Reviewing the definition of crisis in dementia care.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>From forgetfulness to dementia: clinical and commissioning implications of diagnostic experiences.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Behavioral management in the person with dementia.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur la PEC de la démence hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>A new assessment for episodic memory. Episodic memory test and caregiver's episodic memory test.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Attitudes of the German General Population toward Early Diagnosis of Dementia - Results of a Representative Telephone Survey.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team.</td>
<td>2012</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia.</td>
<td>2012</td>
<td>Guide sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Collaboration between the specialties in provision of end-of-life care for all in the UK: reality or utopia?</td>
<td>2012</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Classification</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia.</td>
<td>2012</td>
<td>Guide sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>A qualitative study of professional and client perspectives on information flows and decision aid use.</td>
<td>2012</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer.</td>
<td>2012</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Predicting the Risk of Dementia Among Canadian Seniors: A Useable Practice-friendly Diagnostic Algorithm.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>A taboo within a stigma? a qualitative study of managing incontinence with people with dementia living at home.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: self and caregiver report and comparison with standardized symptom assessment measures.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Autonomy and dementia Part II: autonomy and representation: a possible combination?].</td>
<td>2011</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>The accuracy of family physicians' dementia diagnoses at different stages of dementia: a systematic review.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>[Can dementia be diagnosed in primary care?].</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>74</td>
<td>Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital.</td>
<td>2011</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>83</td>
<td>Confronting Alzheimer's disease and other dementias.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur les démences</td>
</tr>
<tr>
<td>84</td>
<td>The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>85</td>
<td>Improving the skills of rural and remote generalists to manage mental health emergencies</td>
<td>2011</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>88</td>
<td>Screening for cognitive impairment, Alzheimer's disease and other dementias: opinions of European caregivers, payors, physicians and the general public.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>90</td>
<td>Screening for Dementia [Internet]</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>91</td>
<td>Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carers in UK.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur les déments hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>92</td>
<td>[Which information do GPs use to rate the cognitive status of elderly non-demented patients?].</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>94</td>
<td>Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>95</td>
<td>Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le dément hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>101</td>
<td>Cohort study on somatoform disorders in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le dément hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>106</td>
<td>Discussing dementia-related behaviors during medical visits for people with Alzheimer's disease.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>109</td>
<td>Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: a naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up.</td>
<td>2010</td>
<td>Article épidémiologique sur les aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>112</td>
<td>Medical care for the final years of life: &quot;When you're 83, it's not going to be 20 years&quot;.</td>
<td>2009</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>115</td>
<td>Alzheimer's disease: Seeing the signs early.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>118</td>
<td>Long-term treatment of patients with Alzheimer's disease in primary and secondary care: results from an international survey</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur les démences</td>
</tr>
<tr>
<td>122</td>
<td>Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>124</td>
<td>Comparison of recruitment efforts targeted at primary care physicians versus the community at large for participation in Alzheimer disease clinical trials.</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>126</td>
<td>Overcoming barriers to osteoporosis care in vulnerable elderly patients with hip fractures.</td>
<td>2009</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>127</td>
<td>Supporting people who have dementia to die with dignity.</td>
<td>2009</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>133</td>
<td>Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice.</td>
<td>2009</td>
<td>Guide sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>136</td>
<td>Cost-effectiveness of post-diagnosis treatment in dementia coordinated by Multidisciplinary Memory Clinics in comparison to treatment coordinated by general practitioners: an example of a pragmatic trial.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>137</td>
<td>Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>Number</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type of Article</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>138</td>
<td>Glaucoma screening of patients with and without dementia.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>141</td>
<td>The basis for disease-modifying treatments for Alzheimer's disease: the Sixth Annual Mild Cognitive Impairment Symposium.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>143</td>
<td>Multiple views reveal the complexity of dementia diagnosis.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>145</td>
<td>Preventing aggression in persons with dementia.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>146</td>
<td>The pathway to dementia diagnosis.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>147</td>
<td>General practitioners’ experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>148</td>
<td>The process of definitive institutionalization of community dwelling demented persons vs non demented elderly: information issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>149</td>
<td>The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary information.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>153</td>
<td>Complications of and controversies associated with percutaneous endoscopic gastrostomy: report.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>154</td>
<td>Practical treatment strategies for patients with Alzheimer’s disease.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>Palliative care in advanced dementia: A mixed methods approach for the development of a complex intervention.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>156</td>
<td>Behaviour disorders in Alzheimer’s disease.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>157</td>
<td>Can an EASY-care based dementia training programme improve diagnostic assessment and management?</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>158</td>
<td>Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>159</td>
<td>Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>160</td>
<td>Can an EASY-care based dementia training programme improve diagnostic assessment and management?</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>161</td>
<td>Late life psychosis: assessment and general treatment strategies.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Category</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>173</td>
<td>Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>174</td>
<td>Application of assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators to patients with advanced dementia.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>178</td>
<td>Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>183</td>
<td>Moving to new settings: pilot study of families’ perceptions of professional caregivers’ pain.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>184</td>
<td>Can the recognition of clinical features of mental illness at clinical presentation in ethnic elders be improved?</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>187</td>
<td>The differential diagnosis of cognitive disorders in general practice: dementia and delirium.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>188</td>
<td>[The differential diagnosis of cognitive disorders in general practice: dementia and delirium].</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>191</td>
<td>Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>193</td>
<td>Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: definitions and treatment options.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>194</td>
<td>Psychosis-related disturbances: psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>202</td>
<td>A literature review of palliative care, end of life, and dementia.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>203</td>
<td>Clinical practice with anti-dementia drugs: a consensus statement from British Association for Psychopharmacology.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>205</td>
<td>Specific symptomatic changes following donepezil treatment of Alzheimer's disease: a multi-centre, open-label study.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>207</td>
<td>An individualized psychosocial approach for &quot;treatment resistant&quot; behavioral symptoms of dementia among aged care residents.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>208</td>
<td>Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>211</td>
<td>Who refuses the diagnostic assessment for dementia in primary care?</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>213</td>
<td>Assessment of health-related quality of life in chronic dialysis patients with the COOP/WONCA charts.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Section</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>215</td>
<td>Urinary incontinence in dementia - a practical approach.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur les démêts</td>
</tr>
<tr>
<td>217</td>
<td>[The GPcog for detecting a population with a high risk of dementia].</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>232</td>
<td>Cost of illness and its predictors for Parkinson's disease in Germany.</td>
<td>2005</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>235</td>
<td>Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care.</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>237</td>
<td>Home care for older people.</td>
<td>2005</td>
<td>Article Hors démences</td>
</tr>
<tr>
<td>239</td>
<td>A workshop for nursing home staff: recognizing and responding to their own and resident's emotions.</td>
<td>2004</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>240</td>
<td>Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study.</td>
<td>2005</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>242</td>
<td>Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study.</td>
<td>2005</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>252</td>
<td>Pathways to dementia diagnosis: evidence for cross-ethnic differences.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>255</td>
<td>Better mental health care for older people in India.</td>
<td>2004</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>262</td>
<td>Long-Term Cholinesterase Inhibitor Therapy for Alzheimer's Disease: Practical Considerations for the Primary Care Physician.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>263</td>
<td>Measures to Assess the Noncognitive Symptoms of Dementia in the Primary Care Setting.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>264</td>
<td>Efficacy of risperidone for treating patients with behavioral and psychological symptoms of dementia.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>268</td>
<td>An evidence-based clinical approach to the diagnosis of dementia.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>280</td>
<td>Does aspirin affect outcome in vascular dementia? A retrospective case-notes analysis.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>289</td>
<td>Cognitive and motor symptoms in dementia: focus on dementia with Lewy bodies.</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>291</td>
<td>Diagnosing dementia in primary care: the accuracy of informant reports.</td>
<td>2002</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>294</td>
<td>Cost-effective recognition and diagnosis of dementia.</td>
<td>2002</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>306</td>
<td>The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis.</td>
<td>2002</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>310</td>
<td>Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse.</td>
<td>2001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>315</td>
<td>Life story books for the elderly mentally ill.</td>
<td>2001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>318</td>
<td>Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly.</td>
<td>2001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>319</td>
<td>The use of medications for cognitive enhancement.</td>
<td>2001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>320</td>
<td>A practical guide to caring for caregivers.</td>
<td>2000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>323</td>
<td>Clinical characteristics of community-dwelling black Alzheimer's disease patients.</td>
<td>2000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>333</td>
<td>Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia.</td>
<td>1999</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>335</td>
<td>Methodological issues in a cost-of-dementia study in Belgium: the NAitional Dementia Economic Study (NADES).</td>
<td>1999</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>342</td>
<td>Initiating and monitoring cholinesterase inhibitor treatment for Alzheimer's disease.</td>
<td>1999</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>347</td>
<td>Alzheimer's disease: seeking new ways to preserve brain function. Interview by Alice V. Luddington.</td>
<td>1999</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>349</td>
<td>The early diagnosis of dementia: triggers, early signs and luxating events.</td>
<td>1998</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>357</td>
<td>Elderly care. Early warning system.</td>
<td>1998</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>358</td>
<td>Case management, client risk factors and service use.</td>
<td>1997</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Volume</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Status</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>364</td>
<td>The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving: a brief report. Swedish National Road Administration.</td>
<td>1997</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>365</td>
<td>Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression.</td>
<td>1997</td>
<td>Article sur les déments</td>
</tr>
<tr>
<td>374</td>
<td>Prevention of suicide in old age.</td>
<td>1995</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>378</td>
<td>The teaching of bioethics to the health care team: the neurologist's role.</td>
<td>1995</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>379</td>
<td>Referral patterns and diagnosis in presenile Alzheimer's disease: implications for general practice.</td>
<td>1994</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>381</td>
<td>How do general practitioners diagnose dementia?</td>
<td>1994</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>384</td>
<td>Communities respond to common disease of aging.</td>
<td>1994</td>
<td>Article sur les démences</td>
</tr>
<tr>
<td>389</td>
<td>Weight loss in Alzheimer's disease: an international review of the literature.</td>
<td>1994</td>
<td>Article sur les démences</td>
</tr>
<tr>
<td>390</td>
<td>Managing patients with Alzheimer's: the primary care role of dentists.</td>
<td>1993</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>397</td>
<td>Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state.</td>
<td>1991</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>399</td>
<td>Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease.</td>
<td>1989</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>400</td>
<td>Treatment considerations in dementing illness.</td>
<td>1988</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>405</td>
<td>The memory clinic. A new approach to the detection of early dementia.</td>
<td>1987</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>EMBASE</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>Assessing Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients</td>
<td>2013</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Selecting the Best Instruments to Measure Quality of End-of-Life Care and Quality of Dying in Long Term Care</td>
<td>2013</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Physician-related factors predicting reporting of drivers with mild dementia and mild cognitive impairment to transportation authorities</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Development of a national position paper for chronic care: Example of Belgium</td>
<td>2013</td>
<td>Article Hors déméninge</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Integrated management and polypharmacy review of vulnerable elders: Can we improve outcomes?</td>
<td>2013</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>The effects of dependence and function on costs of care for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Ireland</td>
<td>2013</td>
<td>Article économique sur la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Psychosocial barriers to individualized diabetes care in frail elderly veterans</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011</td>
<td>2013</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Decisional aides to train non-psychiatrists in evidence-based use of antipsychotics for dementia</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la prise en charge de la dément hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia</td>
<td>2012</td>
<td>Guide sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>EFNS guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia</td>
<td>2012</td>
<td>Guide sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Alzheimer's disease and its treatment with a novel transdermal patch therapy: Survey of caregiver experiences</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la prise en charge de la dément hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Predictors of severity of cognitive impairment in rural patients presenting to a memory clinic</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Cognitive impairment prevalence and correlations with subjective memory impairment: Findings from Brasov, Romania</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Recognising early dementia in the team of family practice</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>State of the art lecture 5-impact of population aging on health-implication to urology in Asia</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Assessment and management of patients with cognitive impairment and dementia in primary care</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la prise en charge de la dément hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Researchers and frontotemporal dementia caregivers: Partnering for brain donation</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur les démences</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>Training family physicians and primary care nurses improves diagnostic assessment of dementia: Results of a randomized controlled trial</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>Who refuses diagnostic assessment for dementia?</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>71</td>
<td>Depression, falls and cognitive changes among community-dwelling elderly people</td>
<td>2011</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Category</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>85</td>
<td>Screening of Alzheimer's disease in elderly diabetes using self-reported questionnaire and physical parameters</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>88</td>
<td>Dementia diagnosis in primary care: Thinking outside the educational box</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur le diagnostic de déméntie</td>
</tr>
<tr>
<td>96</td>
<td>Long-term safety and tolerability of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease switched from donepezil: An open-label extension study</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démesie hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>97</td>
<td>A 70-year-old woman with dementia and no insight: The best approach</td>
<td>2008</td>
<td>Article Hors déménce</td>
</tr>
<tr>
<td>98</td>
<td>Documentation of antipsychotic use and indications for newly diagnosed, nonaggressive dementia patients</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démesie hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>101</td>
<td>Treatment guidelines for Alzheimer's disease: Redefining perceptions in primary care</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur le diagnostic de déménce</td>
</tr>
<tr>
<td>102</td>
<td>Disclosure of the diagnosis of dementia</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démesie hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>113</td>
<td>Drugs minimally effective for neuropsychiatric symptoms of dementia</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démesie hors aidants aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>114</td>
<td>Carers as partners in mental health services for older people</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démesie hors aidants aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>115</td>
<td>Avoidance as a strategy of (not) coping: Qualitative interviews with carers of Huntington's Disease patients</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démesie hors aidants aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>122</td>
<td>Clinical question - Does donepezil treatment benefit community resident patients with mild to moderate Alzheimer-type dementia?</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démesie hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>125</td>
<td>The Qualidem project in Belgium. A two-center study on care needs and provision in dementia care: Inclusion criteria and description of the population</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur le dément</td>
</tr>
<tr>
<td>133</td>
<td>Service innovations: Multi-disciplinary team assessments: A method of improving the quality and accessibility of old age psychiatry services</td>
<td>2003</td>
<td>Article Hors déménce</td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Description</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>--------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>142</td>
<td>Tell me the truth' - Empowering the person with dementia</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>152</td>
<td>Improving diagnosis of dementia in primary care</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>153</td>
<td>The social construction of risk by community psychiatric nurses and family carers for people with dementia</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>157</td>
<td>Importance of behavioral and psychological symptoms of dementia in primary care</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur le dément Hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>158</td>
<td>A systematic review of the evidence for the value of functional assessment of older people with dementia</td>
<td>1999</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>165</td>
<td>Towards a consensus on continuing care for older adults with psychiatric disorder: Report of a meeting on 27 March 1995 at the Royal College of Psychiatrists</td>
<td>1996</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>169</td>
<td>A trial of buspirone for the control of disruptive behaviors in community-dwelling patients with dementia</td>
<td>1994</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démence hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>170</td>
<td>Chronic disease in the elderly and its impact on the family: A review of the literature</td>
<td>1994</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**COCHRANE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Title</th>
<th>Year</th>
<th>Description</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Vitamin E for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démence hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Interventions for preventing falls in older people living in the community</td>
<td>2012</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Interventions for fatigue and weight loss in adults with advanced progressive illness</td>
<td>2012</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démence hors aidants</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia</td>
<td>2010</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Interventions for preventing delirium in hospitalised patients</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur la démence hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>-------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Vitamin B6 for cognition</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démence hors aides aux aidants</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>BDSP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Des trajectoires de maladie d'Alzheimer.</td>
<td>2004</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>La relation patient-médecin-aidant dans la maladie d'Alzheimer. Enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels des patient, et de focus groupe de médecins généralistes et d'aidants.</td>
<td>2010</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours.</td>
<td>2009</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Prise en charge du patient Alzheimer vivant au domicile par le médecin traitant : étude qualitative.</td>
<td>2009</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.</td>
<td>2005</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Des trajectoires de maladie d'Alzheimer.</td>
<td>2004</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Les personnes âgées en pratique de ville.</td>
<td>2002</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : problèmes et solutions au quotidien.</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la prise en charge de la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Que fait le généraliste face à des présomptions de maladies neurodégénératives ?</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Psychothérapie des dément et suivi psychologique de la famille : une nouvelle réalité clinique pour le généraliste.</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Diagnostic de démence en médecine générale : mise au point d'un &quot;consensus&quot;.</td>
<td>1999</td>
<td>Article sur le diagnostic de démence</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Guide pratique de psycho-gériatrie. Tome 1.</td>
<td>1992</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>La démence dans nos pratiques quotidiennes en gérontologie.</td>
<td>1986</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Le soutien à domicile de la personne âgée démente.</td>
<td>1985</td>
<td>Pas article original</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>L’entrée en institution des personnes âgées en Alsace : rapport final 2010.</td>
<td>2009</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>Numéro</td>
<td>Titre</td>
<td>Année</td>
<td>Raison de l’exclusion par les résumés</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-----------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEDLINE</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers.</td>
<td>2013</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Assessing Health Status Differences between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients.</td>
<td>2013</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Multisite qualitative study of primary care physicians' and midlevel providers' self-reported practices and perceptions about maintaining cognitive health.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain.</td>
<td>2013</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Dementia skills and competencies for primary care liaison: a model for improving identification and timely diagnosis.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Case-finding of dementia in general practice and effects of subsequent collaborative care; design of a cluster RCT.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>[Risk and benefits of disclosing a diagnosis of dementia].</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Now where was I going? The challenge of care transitions for the cognitively impaired.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Assessment and management of patients with cognitive impairment and dementia in primary care.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Quality of care provided to people with dementia: utilisation and quality of the annual dementia review in general practice.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur aidants professionnels</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Description</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers.</td>
<td>2012</td>
<td>Article descriptif sur les aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Ageing in general practice (AGP) trial: a cluster randomised trial to examine the effectiveness of peer education on GP diagnostic assessment and management of dementia.</td>
<td>2012</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Resources for people with dementia: the Alzheimer Society and beyond.</td>
<td>2011</td>
<td>Article hors soins primaires et médecine générale</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Feasibility and accuracy of fall reports in persons with dementia: a prospective observational study.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Methodology for the systematic reviews on occupational therapy for adults with Alzheimer's disease and related dementias.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Family triad perceptions of mild cognitive impairment.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Identity cues and dementia in nursing home intervention.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: a long and winding road.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>Treating sleep problems in dementia caregivers based on parent-child interventions.</td>
<td>2011</td>
<td>Article hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>Caregiver and noncaregiver attitudes toward dementia screening.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>70</td>
<td>Developing a Dementia Research Registry: a descriptive case study from North Thames DeNDRoN and the EVIDEM programme.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>73</td>
<td>Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>Frontotemporal dementia: a review for primary care physicians.</td>
<td>2011</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>76</td>
<td>GIS and spatial analysis for costs and services optimization in neurological telemedicine.</td>
<td>2011</td>
<td>Article hors soins primaires et médecine générale</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
<td>[Geriatric day care hospital, an apport for the general practitioner in the management and follow-up of cognitive disorders].</td>
<td>2010</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff.</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>89</td>
<td>Dementia care in the acute district general hospital.</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>93</td>
<td>Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>98</td>
<td>Awareness of local dementia services among general practitioners with academic affiliation.</td>
<td>2011</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>99</td>
<td>Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study).</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
<td>Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled trial.</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>103</td>
<td>Lewy body dementia: the caregiver experience of clinical care.</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>110</td>
<td>User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: a qualitative study.</td>
<td>2010</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>114</td>
<td>Self-reported pain in persons with dementia predicts subsequent decreased psychosocial functioning.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>117</td>
<td>Dementia - who cares?: a comparison of community needs and primary care services.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>120</td>
<td>Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>123</td>
<td>Feasibility of a patient-driven approach to recruiting older adults, caregivers, and clinicians for provider-patient communication research.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>128</td>
<td>Dementia care initiative in primary practice: study protocol of a cluster randomized trial on dementia management in a general practice setting.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>130</td>
<td>Can pharmacological treatment of behavioural disturbances in elderly patients with dementia lower the burden of their family caregiver?</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>131</td>
<td>Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>135</td>
<td>Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial.</td>
<td>2009</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>139</td>
<td>An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>140</td>
<td>Pharmacological interventions in primary care: hopes and illusions.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>Information issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration.</td>
<td>2009</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>151</td>
<td>Alzheimer's disease--towards more patient-centred and meaningful clinical outcomes.</td>
<td>2008</td>
<td>Format hors article original</td>
</tr>
<tr>
<td>152</td>
<td>Acute care utilization by dementia caregivers within urban primary care practices.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>159</td>
<td>Alzheimer's disease: an elusive thief.</td>
<td>2008</td>
<td>Article démence hors médecine générale</td>
</tr>
<tr>
<td>163</td>
<td>Impact of a care coordination and support strategic partnership on clinical outcomes.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>164</td>
<td>Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of a postal survey.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>168</td>
<td>Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: cost effectiveness study.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>170</td>
<td>Family physicians' recommendations for help-seeking for a person with Alzheimer's disease.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>175</td>
<td>Knowing the resident with dementia: perspectives of assisted living facility caregivers.</td>
<td>2007</td>
<td>Article hors prise en charge par le GP</td>
</tr>
<tr>
<td>176</td>
<td>Can primary care meet the biopsychosocial needs of older adults with dementia?</td>
<td>2007</td>
<td>Format hors article original</td>
</tr>
<tr>
<td>177</td>
<td>Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>179</td>
<td>[Perspectives of general practitioners on the role of patients' caregivers in the process of consultation and treatment].</td>
<td>2007</td>
<td>Article non spécifique de la démence</td>
</tr>
<tr>
<td>180</td>
<td>The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>181</td>
<td>Treatment guidelines for Alzheimer's disease: redefining perceptions in primary care.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>182</td>
<td>Development of quality indicators for memory clinics.</td>
<td>2008</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>190</td>
<td>Management of dementia by family physicians in academic settings.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>192</td>
<td>Person-centred dementia services are feasible, but can they be sustained?</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>195</td>
<td>The primary care of Alzheimer disease.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>196</td>
<td>Behavioural disturbance triggers recognition of dementia by family informants.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>197</td>
<td>Envisioning better approaches for dementia care.</td>
<td>2006</td>
<td>Format hors article original</td>
</tr>
<tr>
<td>198</td>
<td>The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>201</td>
<td>Patients with dementia and their carers in general practice.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>206</td>
<td>The impact of location on satisfaction with dementia services amongst people with dementia and their informal carers: a comparative evaluation of a community-based and a clinic-based memory service.</td>
<td>2007</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>209</td>
<td>Managing problem behaviors associated with dementia.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>210</td>
<td>Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>216</td>
<td>The bathing of older adults with dementia.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>219</td>
<td>Do general practitioners disclose correct information to their patients suspected of dementia and their caregivers? A prospective observational study.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>220</td>
<td>Alzheimer's disease: issues and challenges in primary care.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>221</td>
<td>Effect of a dementia care management intervention on primary care provider knowledge, attitudes, and perceptions of quality of care.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>225</td>
<td>Levels of integration and specialisation within professional community teams for people with dementia.</td>
<td>2006</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>226</td>
<td>[Consensus statement on severe dementia].</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>233</td>
<td>Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.</td>
<td>2005</td>
<td>Article hors soins primaires et médecine générale</td>
</tr>
<tr>
<td>236</td>
<td>Screening for dementia: family caregiver questionnaires reliably predict dementia.</td>
<td>2005</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>244</td>
<td>Self-care in elders with dementia: a concept analysis.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>248</td>
<td>Alzheimer's Disease in the Family Practice Setting: Assessment of a Screening Tool.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>249</td>
<td>Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>251</td>
<td>Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>254</td>
<td>Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>256</td>
<td>Finding the person the disease has'-the case for multisensory environments.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>260</td>
<td>Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>265</td>
<td>The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>266</td>
<td>Part of the family': sources of job satisfaction amongst a group of community-based dementia care workers.</td>
<td>2004</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>269</td>
<td>Psychological and social aspects in management of Alzheimer's patients: an inquiry among caregivers.</td>
<td>2003</td>
<td>Article hors soins primaires et médecine générale</td>
</tr>
<tr>
<td>272</td>
<td>Family carers' responses to behavioural and psychological symptoms of dementia.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>274</td>
<td>A continuing medical education initiative for canadian primary care physicians: the driving and dementia toolkit: a pre- and postevaluation of knowledge, confidence gained, and satisfaction.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>276</td>
<td>Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description.</td>
<td>2003</td>
<td>Article hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>279</td>
<td>Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>282</td>
<td>Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>284</td>
<td>Health service utilization by Alzheimer's disease patients: a 2-year follow-up of primary versus subspecialty care.</td>
<td>2003</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>285</td>
<td>Pursuit of psychological well-being (ikigai) and the evolution of self-understanding in the context of caregiving in Japan.</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>286</td>
<td>Person-centred care in dementia.</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>292</td>
<td>The pressures felt by informal carers of people with dementia.</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>297</td>
<td>Dementia care in general practice. What can the BEACH survey tell us?</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>298</td>
<td>How should clinicians discuss hospice for patients with dementia? Anticipating caregivers' preconceptions and meeting their information needs.</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>304</td>
<td>Association of life events and psychological distress in family caregivers of dementia patients.</td>
<td>2002</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>305</td>
<td>Connected and disconnected support: the impact on the caregiving process in Alzheimer's disease.</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>309</td>
<td>Measuring the opinions of memory clinic users: patients, relatives and general practitioners.</td>
<td>2001</td>
<td>Article hors soins primaires</td>
</tr>
<tr>
<td>311</td>
<td>Dementia and the Over-75 Check: the role of the primary care nurse.</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>313</td>
<td>Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions.</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>314</td>
<td>Long-term care in dementia: patients and caregivers.</td>
<td>2001</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>316</td>
<td>Identifying dementia in the primary care practice.</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>Number</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Category</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>327</td>
<td>What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia?</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>328</td>
<td>Husbands caring for wives with dementia: a longitudinal study of continuity and change.</td>
<td>2000</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>330</td>
<td>Primary vs subspecialty care: a structured follow-up of dementia patients and their caregivers.</td>
<td>2000</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>340</td>
<td>The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia.</td>
<td>1999</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>343</td>
<td>Beyond the Folstein: dementia in primary care.</td>
<td>1999</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>350</td>
<td>Dementia in the primary care setting.</td>
<td>1998</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>352</td>
<td>The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL).</td>
<td>1998</td>
<td>Article Hors démence</td>
</tr>
<tr>
<td>355</td>
<td>A multidisciplinary approach to Alzheimer's disease: who should be members of the team?</td>
<td>1998</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>356</td>
<td>The psychosocial health status of carers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill.</td>
<td>1998</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>360</td>
<td>Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society.</td>
<td>1997</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>361</td>
<td>Alzheimer's disease: a review of clinical assessment and management issues.</td>
<td>1997</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>363</td>
<td>Predictors of change and continuity in home care for dementia patients.</td>
<td>1997</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>368</td>
<td>When primary and secondary caregivers disagree: predictors and psychosocial consequences.</td>
<td>1996</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>369</td>
<td>Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness.</td>
<td>1996</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>370</td>
<td>Outcomes of hospitalization: factors influencing the discharges of African American and white dementia patients.</td>
<td>1996</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>Number</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>376</td>
<td>Progressive dementia: strategies to manage new problem behaviors.</td>
<td>1995</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>382</td>
<td>Expanding adult day care successfully.</td>
<td>1993</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>385</td>
<td>General practice and dementia. A national survey of Australian GPs.</td>
<td>1994</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>386</td>
<td>Efficacy of a support group programme for care-givers of demented patients in the community: a randomized controlled trial.</td>
<td>1994</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>388</td>
<td>Caring for demented elderly in rural primary health care.</td>
<td>1994</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>391</td>
<td>The disabled elderly living in the community: care received from family and formal services.</td>
<td>1993</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>392</td>
<td>Is it dementia?</td>
<td>1992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>393</td>
<td>Dementia in old age.</td>
<td>1992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>394</td>
<td>Aging and mental health: primary care of the healthy older adult. A roundtable discussion: Part I.</td>
<td>1992</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>395</td>
<td>Managing the care of patients with dementia. How to maximize level of functioning and minimize behavior problems.</td>
<td>1991</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>396</td>
<td>Alzheimer's disease: answering questions commonly asked by patients' families.</td>
<td>1991</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>401</td>
<td>Intergenerational conflict: middle-aged women caring for demented older relatives.</td>
<td>1988</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>402</td>
<td>Audit of support given to lay carers of the demented elderly by a primary care team.</td>
<td>1998</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>404</td>
<td>Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches.</td>
<td>1987</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>406</td>
<td>Dementia: a three-pronged strategy for primary care.</td>
<td>1986</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EMBASE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Number</th>
<th>Title</th>
<th>Year</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>Communicating with carers about dementia</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Influence of adherence to a systematic care program for caregivers of dementia patients</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Suitability of Healthcare Robots for a Dementia Unit and Suggested Improvements</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Medical foster care provides an alternative to repeat arrests</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>The needs of patients with early onset dementia</td>
<td>2013</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Electronic consults to facilitate specialty dementia assessment and care</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Cancer screening in patients with dementia: Family caregiver perspectives</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Examining the discontinuation of cholinesterase inhibitor therapy from the perspectives of Alzheimer's disease caregivers and physicians</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>12-month cost of illness study of moderate Alzheimer's disease patients in Spain: The evocost study</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Caregiver burden and health care utilization in the homebound</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Dedicated consultation in general practice for caregivers who support demented patients</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Goals of care in communication between healthcare professionals and caregivers regarding the use of medicines in people with advanced dementia in end of life care</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Modeling of Functional Assessment Questionnaire (FAQ) as continuous bounded data from the ADNI database</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Predictors of institutionalisation in dementia patients - The role of patients' and caregivers' gender</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Unmasking ptsd in dementia</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Current change in Alzheimer's disease care in quebec: From the proposed action plan to innovative approaches in family medicine groups (fmgs)</td>
<td>2012</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>59th Annual Scientific Meeting of the Irish Gerontological Society</td>
<td>2011</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: A long and winding road</td>
<td>2011</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Perception of well being predicts incident harm in cognitively impaired seniors who live alone: A prospective study</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Dementia care in family practices in germany: Primary data on figures and attitudes</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Integrating care coordination home telehealth (CCHT) and home based primary care (HBPC) in rural Oklahoma: A pilot study</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>Letter to the editor: The primary care physician and alzheimer's disease: An international position paper (1)</td>
<td>Article sur la démence hors aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer disease: A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: Self and caregiver report and comparison with a standardized symptom assessment measure</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>The association between Alzheimer's disease symptom severity and caregiver outcomes: A cross-sectional study</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>An exploratory analysis of the relationship between dependence and costs of care, both formal and informal, for people with dementia in ireland</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>Letter to the editor</td>
<td>Format hors article original</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>Psychometric evaluation of the Italian version of the AADS questionnaire: a caregiver-rated tool for the assessment of behavioral deficits and excesses in persons with intellectual disabilities and dementia</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>69</td>
<td>Dementia screening in primary care becky</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>70</td>
<td>Dementia screening in primary care</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>72</td>
<td>Health literacy &amp; caregiver stress as a barrier to appropriate care</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>73</td>
<td>Characteristics and perceived supports of primary caregivers of home-based older adults with dementia in India, Taiwan, and the United States</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>74</td>
<td>Psychological health of primary caregivers of home-based older adults with dementia in India, Taiwan, and the United States</td>
<td>Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>Topics in Geriatric Rehabilitation: Introduction and overview</td>
<td>Format hors article original</td>
</tr>
<tr>
<td>No</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>76</td>
<td>Health status and cost of care in patients with dementia in Germany</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
<td>Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer's disease - a randomized, controlled trial. Study protocol</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>Editorial: Care of dementia in Canada: A collaborative care approach with a central role for the primary care physician</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>79</td>
<td>Evidence-based interventions in dementia: A pragmatic cluster-randomised trial of an educational intervention to promote earlier recognition and response to dementia in primary care (EVIDEM-ED)</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>81</td>
<td>Evaluation of exercise on individuals with dementia and their carers: A randomised controlled trial</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>82</td>
<td>Guideline watch - Alzheimer's disease and other dementias: French guidelines are biased</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>83</td>
<td>The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: Design of a longitudinal, quasi-experimental study</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>84</td>
<td>Systematic care for caregivers of people with dementia in the ambulatory mental health service: Designing a multicentre, cluster, randomized, controlled trial</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>86</td>
<td>Facilitators and barriers for implementation of an easy, care-based dementia training programme for general practitioners and primary care nurses: A qualitative study</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>87</td>
<td>Connecting research discovery and care delivery in dementia</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>89</td>
<td>Dementia care initiative in primary practice study protocol of a cluster randomized trial on dementia management in a general practice setting</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>90</td>
<td>Innovative treatment approaches in Alzheimer's disease: Current and future, part 1</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>91</td>
<td>Attitudes of AD caregivers regarding thier own AD screening</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>92</td>
<td>Can an EASYcare based dementia training programme improve diagnostic assessment and management of dementia by general practitioners and primary care nurses? The design of a randomised controlled trial</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>93</td>
<td>Health-related quality of life in dementia caregiving: Relationships with sleep quality and daytime sleepiness</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>94</td>
<td>Targets for telephone-based behavioral health interventions</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>95</td>
<td>Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>99</td>
<td>Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
<td>Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>103</td>
<td>Ethical considerations for decision making for treatment and research participation</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>104</td>
<td>Dementia screening tools for the primary care physician</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>105</td>
<td>Alzheimer's disease: Implications for primary care</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>107</td>
<td>The IMAGINE study</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>108</td>
<td>Making the most of our time [2]</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>109</td>
<td>Making the most of our time [1]</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>110</td>
<td>How to increase awareness of Alzheimer's disease among general practitioners and patients: Care, social support and diagnostic disclosure</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>111</td>
<td>Dementia neuropsychiatric symptom severity, help-seeking patterns, and family caregiver unmet needs in the Sacramento Area Latino Study on Aging (SALSA)</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>117</td>
<td>Vision for the future. Role of family doctors in public and population health</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>118</td>
<td>Dementia: Update for the primary care physician</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>119</td>
<td>Alzheimer disease: Update on diagnosis and treatment</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>120</td>
<td>Caregivers of patients with Alzheimer's disease: A population at risk</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>121</td>
<td>Alzheimer Scotland guide praised</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>123</td>
<td>Behaviors and concepts</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>127</td>
<td>A 'shared care' model for people with dementia</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>128</td>
<td>DCM training: Three or five day courses?</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>Issue</td>
<td>Title</td>
<td>Publication Date</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>129</td>
<td>Assessment prior to institutional care: Time to move past the Support Needs Assessment Form (SNAF)</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>130</td>
<td>A drop in the ocean</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>131</td>
<td>GP referral project is already bearing fruit</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>132</td>
<td>Family carer's responses to behavioural and psychological symptoms of dementia</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>134</td>
<td>Cooking up a problem in the kitchen</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>136</td>
<td>The case for specialist home care for people with dementia</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>137</td>
<td>The Best of JGIM in 2003</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>138</td>
<td>Chatter matters - Advice on communication for carers</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>139</td>
<td>Care monitoring must itself be monitored</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>140</td>
<td>'You say you deliver person-centred care? Prove it!'</td>
<td>2003</td>
</tr>
<tr>
<td>141</td>
<td>Which way is home?</td>
<td>2002</td>
</tr>
<tr>
<td>143</td>
<td>Early-stage dementia: Towards better services</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>144</td>
<td>Looking after well-being: A community perspective</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>145</td>
<td>Pioneers' progress</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>147</td>
<td>Breaking down the walls of silence: The development of an integrated care pathway for dementia</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>148</td>
<td>Across the gaps in primary care</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>149</td>
<td>IAG World Congress is showcase for research</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>150</td>
<td>Dementia doesn't discriminate</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>151</td>
<td>Sugaring the pill-taking</td>
<td>2001</td>
</tr>
<tr>
<td>154</td>
<td>AMA's dementia guide gives physicians practical advice</td>
<td>2000</td>
</tr>
<tr>
<td>156</td>
<td>Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care: Towards an educational strategy</td>
<td>2000</td>
</tr>
<tr>
<td>160</td>
<td>Treatment of the memory-disturbed elderly in primary care</td>
<td>1998</td>
</tr>
<tr>
<td>161</td>
<td>The effects of family communication patterns during middle-phase Alzheimer's disease</td>
<td>1998</td>
</tr>
<tr>
<td>162</td>
<td>A preliminary study of the effects of early intervention with people with dementia and their families in a memory clinic</td>
<td>1998</td>
</tr>
<tr>
<td>164</td>
<td>Practical management of the patient with Alzheimer's disease</td>
<td>1997</td>
</tr>
<tr>
<td>166</td>
<td>Caring in the community-the informal carers: The Albert Wander Lecture</td>
<td>1995</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cochrane</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Case/care management approaches to home support for people with dementia</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Snoezelen for dementia</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Physical activity programs for persons with dementia</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Smart home technologies for health and social care support</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment</td>
<td>2006</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Support for carers of people with Alzheimer's type dementia</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>BDSP</td>
<td>Les &quot;aidants naturels&quot; du patient atteint de maladie d'Alzheimer. Le médecin généraliste peut-il les aider ? Brève revue de la littérature.</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer. - Cinquième colloque d'étude clinique du langage en gériatrie.</td>
<td>1997</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Maladie d'Alzheimer. Troisième partie : la famille.</td>
<td>2007</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Characteristics of the GPCOG - a screening tool for cognitive impairment.</td>
<td>2004</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tableau 3
Exclusion par la lecture intégrale des articles

<table>
<thead>
<tr>
<th>Numéro</th>
<th>Titre</th>
<th>Année</th>
<th>Raison de l'exclusion sur la lecture intégrale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MEDLINE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-2</td>
<td>Proactive primary care of carers of people with cognitive impairment: a feasibility study.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>-1</td>
<td>Developing memory clinics in primary care: an evidence-based interprofessional program of continuing professional development.</td>
<td>2013</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>A qualitative study into the use of formal services for dementia by carers from culturally and linguistically diverse (CALD) communities.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in primary care for the EVIDEM-ED trial.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Alzheimer's disease multiple intervention trial (ADMIT): study protocol for a randomized controlled clinical trial.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Dementia: commissioning for quality.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>A dementia care management intervention: which components improve quality?</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Negative caregiving effects among caregivers of veterans with dementia.</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>Collaborative project to co-ordinate care for patients with dementia.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>Caregiver care.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>Translation of a dementia caregiver support program in a health care system--REACH VA.C50</td>
<td>2011</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>71</td>
<td>Implementing innovative models of dementia care: The Healthy Aging Brain Center.</td>
<td>2011</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>72</td>
<td>Partners in dementia care: a care coordination intervention for individuals with dementia and their family caregivers.</td>
<td>2011</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>79</td>
<td>Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients--results of a controlled cluster-randomized study.</td>
<td>2010</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>82</td>
<td>Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic.</td>
<td>2010</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>86</td>
<td>Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>87</td>
<td>Profile and management of patients at a memory clinic.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>96</td>
<td>The art of sharing the diagnosis and management of Alzheimer's disease with patients and caregivers: recommendations of an expert consensus panel.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>102</td>
<td>Counsellors contact dementia caregivers--predictors of utilisation in a longitudinal study.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>105</td>
<td>Development and validation of quality indicators for dementia diagnosis and management in a primary care setting.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>107</td>
<td>Evidence-based interventions in dementia: A pragmatic cluster-randomised trial of an educational intervention to promote earlier recognition and response to dementia in primary care (EVIDEM-ED).</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>108</td>
<td>The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper.</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>111</td>
<td>Dementia care: linear links and networks.</td>
<td>2009</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>116</td>
<td>Closing the dementia care gap: Can referral to Alzheimer's Association chapters help?</td>
<td>2009</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>134</td>
<td>Remember me.</td>
<td>2009</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>142</td>
<td>What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review.</td>
<td>2009</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>144</td>
<td>The dementia caregiver--a primary care approach.</td>
<td>2008</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers.</td>
<td>2008</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>158</td>
<td>Social care interface in early-stage dementia: practitioners' perspectives on the links between formal and informal networks.</td>
<td>2008</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>ID</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>162</td>
<td>Determining care management activities associated with mastery and relationship strain for dementia caregivers.</td>
<td>2008</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>169</td>
<td>are coordination for cognitively impaired older adults and their caregivers.</td>
<td>2007</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>172</td>
<td>Patients with dementia and their carers.</td>
<td>2006</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>189</td>
<td>What real outcomes matter to caregivers?</td>
<td>2007</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>199</td>
<td>Summaries for patients. Can a coordinated system of care improve the quality of care for people with dementia?</td>
<td>2006</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>200</td>
<td>Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: randomised controlled trial.</td>
<td>2006</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>218</td>
<td>Nursing assistants’ behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care.</td>
<td>2006</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>222</td>
<td>[Alzheimer's disease in Medline].</td>
<td>2005</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>223</td>
<td>[Managing Alzheimer's disease: global care and support program].</td>
<td>2005</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>224</td>
<td>(Cost)-effectiveness of case-management by district nurses among primary informal caregivers of older adults with dementia symptoms and the older adults who receive informal care: design of a randomized controlled trial [ISCRN83135728].</td>
<td>2005</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>227</td>
<td>The art of managing dementia in the elderly.</td>
<td>2005</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>228</td>
<td>Counteracting fragmentation in the care of people with moderate and severe dementia.</td>
<td>2005</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>230</td>
<td>Dementia care: critical interactions among primary care physicians, patients and caregivers.</td>
<td>2005</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>238</td>
<td>[Patients with severe dementia living at home].</td>
<td>2005</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>241</td>
<td>Managing the patient with dementia in primary care.</td>
<td>2005</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>245</td>
<td>Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program.</td>
<td>2004</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>247</td>
<td>Cognitively impaired older adults: from hospital to home.</td>
<td>2005</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>250</td>
<td>Diagnosis and management of dementia in general practice.</td>
<td>2004</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>257</td>
<td>The debate on ethnicity and dementia: from category fallacy to person-centred care?</td>
<td>2004</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>258</td>
<td>Interventions to improve quality of care: the Kaiser Permanente-alzheimer's Association Dementia Care Project.</td>
<td>2004</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>259</td>
<td>Development and implementation of nonpharmacologic protocols for the management of patients with Alzheimer's disease and their families in a multiracial primary care setting.</td>
<td>2004</td>
<td>Résultats</td>
</tr>
<tr>
<td>261</td>
<td>General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia.</td>
<td>2004</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>270</td>
<td>Driving mister dement. A primary care toolbox to evaluate older drivers.</td>
<td>2003</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>No.</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>271</td>
<td>Testing Twigg and Atkin's typology of caring: a study of primary care professionals' perceptions of dementia care using a modified focus group method.</td>
<td>2003</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>275</td>
<td>Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study.</td>
<td>2003</td>
<td>Qualité méthodologique</td>
</tr>
<tr>
<td>278</td>
<td>General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia.</td>
<td>1999</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>283</td>
<td>Management of Alzheimer's disease.</td>
<td>2003</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>287</td>
<td>Who cares for the carer? The often forgotten patient.</td>
<td>2002</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>288</td>
<td>How physicians approach advance care planning in patients with mild to moderate Alzheimer's disease.</td>
<td>2002</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>290</td>
<td>Improving care for ethnic minority elderly and their family caregivers across the spectrum of dementia severity.</td>
<td>2002</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>293</td>
<td>Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services.</td>
<td>2002</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>296</td>
<td>What constitutes good care for people with dementia?</td>
<td>2001</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>300</td>
<td>The benefits of abilities-focused morning care for residents with dementia and their caregivers.</td>
<td>2000</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>301</td>
<td>More than just drips, drains and dressings.</td>
<td>2000</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>302</td>
<td>Dementia and ethics: the views of informal carers.</td>
<td>2002</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>303</td>
<td>Continuum of care for Alzheimer's disease: a nurse education and counseling program.</td>
<td>2001</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>307</td>
<td>Improving dementia care through community linkages: a multi-site demonstration project.</td>
<td>2001</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>312</td>
<td>Caregiver and clinician communication.</td>
<td>2001</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>317</td>
<td>Dementia caregiving: the role of the primary care physician.</td>
<td>2001</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>321</td>
<td>Caring for caregivers.</td>
<td>2000</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>322</td>
<td>Managed care decisions in Alzheimer's disease.</td>
<td>2000</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>325</td>
<td>General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles.</td>
<td>2000</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>329</td>
<td>Barriers to community support for the dementia carer: a qualitative study.</td>
<td>2000</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>334</td>
<td>Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers.</td>
<td>1999</td>
<td>Résultats</td>
</tr>
<tr>
<td>336</td>
<td>Diagnosis and management of Alzheimer disease.</td>
<td>1999</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Type</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>337</td>
<td>Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure.</td>
<td>1999</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>351</td>
<td>North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia.</td>
<td>1998</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>348</td>
<td>Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: a Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice.</td>
<td>1999</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>354</td>
<td>CANDID--Counselling and Diagnosis in Dementia: a national telemedicine service supporting the care of younger patients with dementia.</td>
<td>1998</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>371</td>
<td>Alzheimer's disease patients and their caregivers: medical care issues for the primary care physician.</td>
<td>1996</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>372</td>
<td>Responding to Alzheimer's.</td>
<td>1995</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>373</td>
<td>Implications for nursing of the Alzheimer's Disease Society report.</td>
<td>1995</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>375</td>
<td>Problems of caregiving spouses of patients with dementia.</td>
<td>1995</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>380</td>
<td>A primary care checklist for effective family management.</td>
<td>1994</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>383</td>
<td>[The generalist physician caring for the family of a dementia patient].</td>
<td>1994</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>398</td>
<td>A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviours and institutional care.</td>
<td>1990</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>403</td>
<td>Helping carers to cope.</td>
<td>1987</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Adapting dementia guidelines for primary care settings: The primary care-dementia assessment and treatment algorithm (PC-DATA)</td>
<td>2013</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Redesigning health care for dementia: From wish through policy to practice</td>
<td>2013</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population</td>
<td>2012</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Improving dementia care in the primary care setting</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Implementing an evidence-based caregiver intervention within an integrated healthcare system</td>
<td>2012</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Health care experiences of persons with dementia and their caregivers: A meta-ethnography of qualitative studies</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Transition coaching to reduce hospitalization and emergency department use</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Improving the system of care for older adults with dementia: Building capacity at the primary care level</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>Page</td>
<td>Title</td>
<td>Year</td>
<td>Format/Study Type</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Rural dementia action research (radar) team: Report on a community-based primary health care team grant planning session</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Burden of dementia in Europe</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Interventions to promote well-being for people with dementia and their family caregivers</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Evaluation of the outcomes of COACH: A collaborative care model for patients with dementia</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>How should we structure care for Alzheimer patients?</td>
<td>2012</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Qol in primary care of elderly mentally ill and their caregivers' well-being</td>
<td>2011</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>Cognitive-behavioral treatment for mild Alzheimer's patients and their caregivers (CBTAC): A case study of a comprehensive treatment approach</td>
<td>2011</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>Dementia care management: Who should provide it?</td>
<td>2011</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>The art of sharing the diagnosis and management of Alzheimer's disease with patients and caregivers: Recommendations of an expert consensus panel</td>
<td>2010</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>106</td>
<td>The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized, controlled trial</td>
<td>2006</td>
<td>Résultats</td>
</tr>
<tr>
<td>116</td>
<td>Barriers to the provision of care for people with dementia and their carers in a rural community</td>
<td>2005</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>124</td>
<td>Managing Alzheimer's disease the role of the GP</td>
<td>2004</td>
<td>Format hors étude</td>
</tr>
<tr>
<td>126</td>
<td>Dementia and Alzheimer's disease - Part 2: Standards of care for patients and caregivers</td>
<td>2004</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>146</td>
<td>The practicing physician education project: A tool kit for dementia</td>
<td>2001</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>The findings of an expert group on Alzheimer's disease</td>
<td>2000</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>159</td>
<td>Co-ordinated care for older people with dementia</td>
<td>1999</td>
<td>Moyens de mesure</td>
</tr>
<tr>
<td>163</td>
<td>Caregiver and physician perspectives of medical encounters involving dementia patients</td>
<td>1998</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>167</td>
<td>Primary care physicians' diagnostic, management, and referral practices for older persons and families affected by dementia</td>
<td>1995</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>168</td>
<td>Dementia sufferers living at home</td>
<td>1994</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>BSDP</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>La relation d'aide face au syndrome démentiel.</td>
<td>2011</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Maladie d'Alzheimer : 5 protagonistes en quête d'identité. Le médecin généraliste. (5e partie).</td>
<td>2007</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Rôles du médecin de famille vis à vis des aidants familiaux des malades âgés déments.</td>
<td>2001</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>Numéro</td>
<td>Titre</td>
<td>Année</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge au long cours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.</td>
<td>2001</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Prise en charge des patients et des familles</td>
<td>1999</td>
<td>Intervention</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Helping families cope with Alzheimer's disease : the physician's role.</td>
<td>1986</td>
<td>Type d'étude</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Éducation thérapeutique des aidants de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Rôle du médecin généraliste.</td>
<td>2011</td>
<td>Population</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tableau 4

#### Tableau des résultats des articles inclus

<table>
<thead>
<tr>
<th>Article</th>
<th>Titre</th>
<th>Auteur</th>
<th>Année</th>
<th>Lieu d'étude</th>
<th>Type étude</th>
<th>Durée de l'intervention</th>
<th>Population cible Population effectrice</th>
<th>Critères de jugement</th>
<th>Moyen de mesure</th>
<th>Résultats</th>
<th>Score de Jadad</th>
<th>Place du MG</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>[19 Med]</td>
<td>Dementia care in the general practice setting: a cluster randomized trial on the effectiveness and cost impact of three management strategies.</td>
<td>Menn P</td>
<td>2012</td>
<td>Allemagne</td>
<td>Essai contrôlé randomisé en 3 bras : - intervention par le MG puis INF : information sur les services de soutien (groupe B et C) - groupe contrôle : soins habituels (groupe A)</td>
<td>2 et 4 ans</td>
<td>109 D-A (groupe B) 110 D-A (groupe C) 171 D-A (groupe A contrôle)</td>
<td>- Fardeau des aidants : BSFC</td>
<td>- Le score de BSFC a augmenté de 5 points en 2 ans : augmentation du fardeau des aidants - Pas de différence significative entre les groupes sur le score du fardeau BSFC p&gt;0,78</td>
<td>3/5</td>
<td>Recrutement - Intervention - Prise en charge continu</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>[132 Med]</td>
<td>Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer’s association chapter with primary care physicians.</td>
<td>Fortinsky RH, 2009 Etats-Unis</td>
<td>Essai contrôlé randomisé en aveugle Interventions: information initiale puis consultations, élaboration d’un plan de soins et aides régulières actives en adaptant le plan de soins selon les besoins. Contrôle: information initiale sans les consultations spécialisées. Objectif primaire : l’efficacité de l’intervention sur la santé des aidants.</td>
<td>12 mois 54 A (Intervention) 30 A (Contrôle) 12 mois 54 A (Intervention) 30 A (Contrôle)</td>
<td>-Le fardeau des aidants : ZARIT en 22 items -Les symptômes de dépression des aidants : &quot;CES-D&quot;, Score en 20 items -Les signes de bonne santé des aidants : score en 12 items (checklist des symptômes de Hopkins) -La mesure de l’utilisation des services de soutien sur 4 items -L’autogestion des symptômes de démence sur 5 items -Pas de résultats significatifs sur 5 items pour évaluer l’efficacité sur l’aidant entre les 2 groupes mais résultats en faveur du groupe intervention. (Autogestion des symptômes P = 0,89 ; Utilisation des services P = 0,80 ; CES-D P=0,41 ; Zarat P = 0,73 ; Hopkins P = 0,87) -Satisfaction de 80% des aidants : souhait d’un modèle de soins collaboratif avec le médecin de première ligne.</td>
<td>4/5 Recrutement -Prise en charge continue</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Study</td>
<td>Title</td>
<td>Design</td>
<td>Intervention</td>
<td>Comparator</td>
<td>Outcome</td>
<td>Results</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>--------------</td>
<td>------------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Callahan CM 2006</td>
<td>Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial</td>
<td>Essai randomisé contrôlé en double aveugle</td>
<td>Intervention: Consultations collaboratives</td>
<td>Contrôle: soins habituels</td>
<td>1 an</td>
<td>Dépression des aidants (caregiver patient health questionnaire - 9) et stress/dépression des aidants (neuropsychiatric inventory appliqué pour les aidants NPI-0)</td>
<td>Amélioration du stress à 12 mois des aidants (p=0.03) mais pas à 18 mois avec le score NPI (p=0,33) et amélioration dans la dépression de santé des aidants à 18 mois (p=0,02)</td>
<td>4/5</td>
<td>Recrutement, intervention, prise en charge en urgence si besoin</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aidants
D démence
MG médecin généraliste
INF infirmière
Conseiller = conseiller pas d'équivalent en France
BSFC: Burden Scale for Family Caregivers
GDS: Geriatric Depression Scale score
EQ-VAS: EQ-5D adapté à l'aide dans l'étude
DAISY
CES-D: Center For Epidemiological Studies-Depression inventory
NPI-D: Neuropsychiatric Inventory Caregivers distress scale
ANNEXE 1
Mesure n°3 du Plan Alzheimer 2008-2012

PLAN ALZHEIMER 2008-2012

Mesure n°3 : Amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels

1. Contexte
Le rôle des aidants naturels est essentiel auprès des personnes atteintes de maladie d’Alzheimer. Ces derniers doivent faire face à des multiples difficultés, notamment, lors de trois moments spécifiques au cours desquels la charge est particulièrement lourde : l’annonce du diagnostic, l’organisation de la prise en charge et la gestion des crises. Ces difficultés ne sont pas sans conséquences sur l’état de santé des aidants, ainsi plus de la moitié des conjoints de malades développent une dépression. Il existe un risque de surmortalité de plus de 60 % des aidants dans les 3 années qui suivent le début de la maladie de leur proche.

Afin de prévenir ces risques, il est donc essentiel de prendre en compte l’état de santé de l’aidant afin de pouvoir lui proposer, le cas échéant, une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social, une solution de répit ou des aides à domicile. Des outils simples sont disponibles qui permettent de mesurer et de suivre « le fardeau de l’aidant », comme l’échelle mini-Zarit.

Le médecin traitant réalise le suivi médical de la personne atteinte, en lien étroit avec l’aidant. Il a établi un rapport de confiance et de proximité avec ce dernier et connaît ses difficultés. Il est donc le plus à même de repérer la souffrance de l’aidant, de l’évaluer, et d’en référer au médecin traitant de l’aidant si ce n’est pas lui. Il est donc important d’améliorer la formation des professionnels de santé, notamment à l’utilisation d’outils d’évaluation de la souffrance, de sensibiliser et d’informer les aidants et les professionnels au sein des lieux uniques d’information (MAIA – cf. mesure n°4).

2. Objectif
Mieux prendre en compte la santé de l’aidant naturel dans le cadre du suivi d’un malade atteint de maladie d’Alzheimer.
Une consultation par aidant qui le souhaite et par an.
Permettre à 70 % des aidants des patients en ALD de bénéficier de cette consultation.

3. Mesures
- Inscription de cette dimension dans les recommandations ALD concernant la maladie d’Alzheimer
- Identification de ce thème dans la formation continue des médecins
- Action de sensibilisation des aidants sur le lieu unique (MAIA - cf. mesure 4)

4. Acteurs
- Pilote : DGS et DSS
- Partenaires : Syndicats médicaux, sociétés savantes (SFGG, SFN)

5. Calendrier
Mise en œuvre en 2009

6. Financement
Sources du financement : Assurance maladie
Coût : 5 M€, par an à partir de 2009, soit 20 M€ sur la durée du plan.

7. Évaluation
- Réalisation effective de l’action dans le calendrier
- Réalisation d’une recherche/action comparant l’état de santé des aidants ayant ou non bénéficié de ce suivi évaluatif.
ANNEXE 2

Recommandations de bonne pratique-Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels- HAS février 2010

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations portent sur le suivi médical des aidants naturels, et plus particulièrement sur le contenu et l’organisation d’une consultation annuelle à proposer aux aidants naturels de patients ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée.


1.2 Objectif des recommandations

L’objectif de ces recommandations est de définir l’organisation et le contenu d’une consultation annuelle qui est à proposer aux aidants naturels de patients ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée.

1.3 Personnes concernés

Sont concernés les aidants naturels ou informels de patients ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée diagnostiquée.

1.4 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées aux médecins généralistes et à tous les professionnels de santé, ainsi qu’aux professionnels médico-sociaux ou tout autre acteur susceptible d’intervenir dans la prise en charge et l’accompagnement de patients ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée et d’être au contact de l’(des) aidant(s) naturel(s) de la personne malade.

1.5 Actualisation des recommandations

L’actualisation de ces recommandations devra être envisagée après obtention des résultats du travail de recherche mentionné dans le Plan Alzheimer 2008-2012 comparant l’état de santé des aidants naturels ayant ou non bénéficié de consultations annuelles.

1.6 Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiée dans le cadre de ce travail n’ont pas permis d’établir de niveaux de preuve. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture.
2 Définition des aidants naturels

Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.

Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l’accompagnement à la vie sociale et au maintien de l’autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc.\textsuperscript{1}

Un ou plusieurs aidants peuvent être amenés à intervenir auprès d’une personne atteinte d’une maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée tout au long de l’évolution de sa maladie.

3 Proposition d’une consultation annuelle

L’aidant naturel, très impliqué dans l’accompagnement de son proche souffrant d’une maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée, peut progressivement négliger son propre état de santé. La consultation annuelle est un temps spécifique, dédié à l’état de santé de l’aidant naturel, dont les objectifs sont la prévention, la détection et la prise en charge des effets délétères sur sa santé que l’accompagnement peut induire.

Pour favoriser la mise en place du suivi médical des aidants naturels, il est recommandé que l’information sur la consultation annuelle soit faite au plus tôt, si possible dès l’annonce du diagnostic.

Il est recommandé que le médecin généraliste de la personne ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée identifie le ou les aidants principaux et leur médecin généraliste traitant.

Il est recommandé que le médecin généraliste de la personne ayant une maladie d’Alzheimer ou une maladie apparentée propose à l’aidant naturel une consultation annuelle dédiée s’il est aussi le médecin généraliste de ce dernier. S’il ne l’est pas, il l’incite à consulter son propre médecin généraliste et formalise la démarche en lui remettant un courrier destiné à ce dernier, dans le respect des règles déontologiques et du secret médical.

Il est recommandé que les aidants naturels, quel que soit leur âge, bénéficient de cette consultation annuelle.

Cette consultation annuelle complète le suivi standardisé réalisé tous les 6 mois par le médecin généraliste de la personne atteinte d’une maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée, dans lequel une évaluation médicale des aidants et des proches est programmée\textsuperscript{2}. Il est recommandé qu’une consultation dédiée soit proposée en cas de souffrance ou de mauvais état de santé identifié chez l’aidant naturel.

Il est recommandé que tous les intervenants, sanitaires ou sociaux, impliqués dans le cadre de la prise en charge de la personne atteinte d’une maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée informent le médecin généraliste du patient de toute souffrance, détresse ou altération de l’état de santé observée chez un(des) aidant(s) naturel(s), dans le respect des règles déontologiques.

Il est recommandé qu’une consultation supplémentaire soit proposée à l’aidant en cas de situations de crise ou lors d’un changement important impliquant celui-ci. Les situations de crise devront être anticipées dans la mesure du possible. Il est recommandé qu’une information

\textsuperscript{1} D’après la Charte européenne de l’aidant familial. 2009. Coface Bruxelles.

spécifique sur les structures et les aides existantes soit réalisée, notamment sur l’existence d’unités dédiées à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

Il est recommandé que ce suivi médical des aidants naturels accompagne les différentes étapes de la maladie : l’annonce de la maladie, la prise en charge au domicile, l’entrée en institution, la fin de vie, la période de deuil si nécessaire.

4 Contenu de la consultation annuelle

Il est recommandé que le contenu de la consultation annuelle comporte une évaluation globale de l’état de santé de l’aidant naturel, une évaluation de son « fardeau » dans ses composantes médico-psycho-sociales et une détection des problématiques de santé spécifiques inhérentes à l’accompagnement de la personne atteinte de maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée.

Il est recommandé d’être particulièrement attentif à :
- son état psychique (repérage d’une souffrance voire d’un épisode de trouble(s) anxieux et/ou dépressifs(s), de trouble(s) du sommeil, etc.);
- son état nutritionnel (le médecin généraliste pourra utiliser une feuille de suivi alimentaire, en population génériquie le MNA en utilisant les 6 questions de dépistage, etc.);
- son niveau d’autonomie physique et psychique.

Cette consultation est l’occasion de vérifier les éléments de prévention, tels que : calendrier vaccinal, planification des examens de dépistage usuels (facteurs de risque cardio-vasculaire, cancers gynécologiques, digestifs, troubles sensoriels, problèmes dentaires, etc.).

Il est recommandé que l’examen clinique comporte notamment une évaluation des appareils cardio-vasculaire, locomoteur et sensoriel.

Il est recommandé que le médecin généraliste recherche une souffrance, des troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles du sommeil, etc., en tenant compte du contexte familial, social et culturel. Le médecin généraliste peut s’aider :
- des compétences d’autres professionnels ;
- d’outils d’évaluation et/ou de repérage :
  - des troubles psychiatriques, citons les autoquestionnaires de dépression de Beck (13 ou 21 items), l’échelle d’anxiété d’Hamilton, l’échelle génériquie de dépression (GDS),
  - du fardeau de l’aidant, notamment le mini-Zant,
  - du niveau d’autonomie, notamment l’ADL.

Il est recommandé que le médecin généraliste s’assure du bon niveau d’adéquation entre les besoins de l’aidant naturel et du patient et les moyens mis en place (aides médico-sociales et financières). Si nécessaire, le médecin généraliste oriente l’aidant naturel vers d’autres professionnels (assistante sociale, etc.), des structures de proximité pour compléter cette évaluation (centre communaual d’action sociale, maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades Alzheimer, centres locaux d’information et de coordination, réseau gerontologique, etc.) et des associations de patients ou de familles de patients.

Pour les aidants jeunes, il est recommandé de tenir compte de spécificités telles que les problèmes d’ordre professionnel ou d’ordre familial induits par l’accompagnement et de leurs conséquences sur l’état de santé de l’aidant naturel.

En cas de repérage d’une maladie physique ou psychique lors de cette consultation, il est recommandé que celle-ci soit prise en charge dans le cadre du suivi médical habituel.
5 Interventions pouvant être proposées aux aidants naturels

Il est recommandé d’informer l’aidant naturel sur :
- la maladie qui touche son proche ;
- les éléments de sa participation au plan de soin personnalisé du patient ;
- l’existence des aides disponibles, notamment de la part d’associations de patients ou de familles de patients.

Dans les recommandations professionnelles sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées, un choix d’interventions est proposé pour les aidants naturels :
- psycho-éducation individuelle ou en groupe ;
- groupe de soutien avec d’autres aidants, adapté à leurs besoins, dépendant entre autres de la sévérité de la maladie d’Alzheimer ou apparentée ;
- support téléphonique ou par Internet ;
- cours de formation sur la maladie d’Alzheimer ou apparentée, les services, la communication et la résolution des problèmes ;
- psychothérapie individuelle ou familiale.

Ces interventions peuvent être proposées par les associations de familles, les centres locaux d’information et de coordination, les accueils de jour, les réseaux, etc.

Ces interventions ont pour objectifs de sortir l’aidant naturel de son isolement et de lui conserver une vie sociale et un projet de vie adaptés à sa situation.

En l’absence de données nationales, celles des travaux internationaux sur l’efficacité de ces interventions suggèrent qu’une prise en charge diversifiée et prolongée est à privilégier.

Les structures dites de répit, dont les accueils de jour et les hébergements temporaires de proximité, peuvent permettre de soulager le fardeau des aidants naturels quand elles sont adaptées à leurs besoins.

6 Évaluation

Il est recommandé de développer :
- un recueil de données sur les aidants naturels à visée épidémiologique ;
- une évaluation des consultations médicales annuelles dédiées aux aidants naturels et de l’impact de l’institutionnalisation sur leur état de santé.
ANNEXE 3
Algorithme de recherche sur Medline (PubMed)

ANNEXE 4

Algorithme de recherche utilisé sur Embase

('dementia'/exp OR dementia) AND ('caregivers'/exp OR caregivers) AND ('family practitioner'/exp OR 'family practitioner') OR ('family physician'/exp OR 'family physician') OR ('general practitioners'/exp OR 'general practitioners') OR ('family practice'/exp OR 'family practice') OR ('primary care'/exp OR 'primary care')) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim
ANNEXE 5
Fiche de lecture

TITRE : ________________________________________________________________

Revue : ________________________________________________________________

Auteur : ______________ Année : _______________

Contexte de l’étude :
__________________________________________________________

Type étude : ________________________________________________________

Objectif : ____________________________________________________________

Population étudiée : cible ____________ effectrice ____________

Intervention : 1. _______________________________________________________
                2. ___________________________________________________________
                3. ___________________________________________________________

Suivi : ______________________________________________________________

Mesures cliniques des interventions :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Résultats de l’intervention</th>
<th>Score utilisé</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Résultats :

Résultats principaux : ________________________________________________

Résultats secondaires : ________________________________________________

Ccl des auteurs : _______________________________________________________

__________________________________________________________

Qualité méthodo de l’article (score de Jadad pour les essais): ______________

Note des lecteurs : les limites de l’étude_________________________________
ANNEXE 6
Check-list de Prisma

<table>
<thead>
<tr>
<th>#</th>
<th>Checklist item</th>
<th>Reported on page #</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Provide a structured summary including, as applicable: background, objectives, data sources, study eligibility criteria, implications of key findings, systematic review registration number.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Describe the rationale for the review in the context of what is already known.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Describe the search method, including the electronic databases searched, any relevant hand-searching, and any attempts to contact study authors to identify additional studies.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Provide a full list of search terms used, including any limits used, such that it could be repeated.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Describe the process for selecting studies (e.g., screened, eligible, included in the meta-analysis).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Describe the method of data extraction (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for resolving disagreements.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Scrutinize the role of bias in individual studies.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Describe the methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level, and how this information is to be used in any data synthesis).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
# PRISMA 2009 Checklist

<table>
<thead>
<tr>
<th>Section/topic</th>
<th>#</th>
<th>Checklist item</th>
<th>Reported on page #</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risk of bias across studies</td>
<td>15</td>
<td>Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Additional analyses</td>
<td>18</td>
<td>Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RESULTS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Study selection</td>
<td>17</td>
<td>Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Study characteristics</td>
<td>18</td>
<td>For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Risk of bias within studies</td>
<td>19</td>
<td>Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Results of individual studies</td>
<td>20</td>
<td>For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study; (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Synthesis of results</td>
<td>21</td>
<td>Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Risk of bias across studies</td>
<td>22</td>
<td>Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Additional analysis</td>
<td>23</td>
<td>Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see item 16]).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DISCUSSION</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summary of evidence</td>
<td>24</td>
<td>Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Limitations</td>
<td>25</td>
<td>Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Conclusions</td>
<td>26</td>
<td>Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FUNDING</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Funding</td>
<td>27</td>
<td>Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

# ANNEXE 7

**NPI (Inventaire Neuropsychiatrique)**

Le but de l’inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d’évaluer 12 types de comportements différents.

**PRÉSENCE:**
La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation. Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entrez la réponse NON et passez à la question suivante.

**GRAVITÉ:**
Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l’échelle suivante :
1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

**RENTENTISSEMENT:**
Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d’évaluer le RETENTISSEMENT, c’est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l’échelle suivante :
0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

**RÉCAPITULATIF**
Nom du patient :  
Âge :  
Date de l’évaluation :

| Type de relation avec le patient : | X proche/prodigue des soins quotidiens |
| X proche/occupe souvent du patient |
| X pas proche/donne seulement le traitement ou a peu d’interactions avec le patient |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Items</th>
<th>NA</th>
<th>Absent</th>
<th>Gravité</th>
<th>Retentissement</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idées délièrantes</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hallucinations</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Agitation/Agressivité</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dépression/Dysphorie</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Anxiété</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Exaltation de l’humeur</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Apathie/Indifférence</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Déshibition</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Irritabilité/Instabilité</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Comportement moteur</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sommeil</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Troubles de l’appétit</td>
<td>X</td>
<td>0</td>
<td>1 2 3</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Score total**

| 36  | 60  |

97
IDÉES DÉLIRANTES
« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

HALLUCINATIONS
« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

AGITATION/AGRESSIVITÉ
« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

DÉPRESSION/DYSPHORIE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

ANXIÉTÉ
« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

APATHIE/INDIFFÉRENCE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

DÉSINHIBITION
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR
« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable
COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT
« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

SOMMEIL
« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?
(ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)
Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT
« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?
(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)
Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante OUI Évaluez la gravité et le retentissement NA = question non applicable

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
ANNEXE 8
« Patient Health Questionnaire-9 » (2)

NAME: ___________________________ DATE: ___________________

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(use "✓" to indicate your answer)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Problem</th>
<th>Not at all</th>
<th>Several days</th>
<th>More than half the days</th>
<th>Nearly every day</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Little interest or pleasure in doing things</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Feeling down, depressed, or hopeless</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Feeling tired or having little energy</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Poor appetite or overeating</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(add columns)

TOTAL: ___________________________

Interpretation of Total Score

<table>
<thead>
<tr>
<th>Total Score</th>
<th>Depression Severity</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1-4</td>
<td>Minimal depression</td>
</tr>
<tr>
<td>5-9</td>
<td>Mild depression</td>
</tr>
<tr>
<td>10-14</td>
<td>Moderate depression</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>Moderately severe depression</td>
</tr>
<tr>
<td>20-27</td>
<td>Severe depression</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card)
ANNEXE 9
Echelle du fardeau BSFC (3)

Caregiver Burden Scale

The following questions reflect how people sometimes feel when they are taking care of another person. After each question, circle how often you feel that way: never, rarely, sometimes, frequently, or nearly always. There are no right or wrong answers.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Question</th>
<th>Never</th>
<th>Rarely</th>
<th>Sometimes</th>
<th>Frequently</th>
<th>Nearly always</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Do you feel that your relative asks for more help than he or she needs?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Do you feel that because of the time you spend with your relative, you do not have enough time for yourself?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities for your family or work?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Do you feel embarrassed over your relative's behavior?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Do you feel angry when you are around your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Do you feel that your relative currently affects your relationship with other family members or friends in a negative way?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Are you afraid about what the future holds for your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Do you feel your relative is dependent on you?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Do you feel strained when you are around your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Do you feel your health has suffered because of your involvement with your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Do you feel that you do not have as much privacy as you would like, because of your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Do you feel that your social life has suffered because you are caring for your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Do you feel uncomfortable about having friends over, because of your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Do you feel that your relative seems to expect you to take care of him or her, as if you were the only one he or she could depend on?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Do you feel that you do not have enough money to care for your relative, in addition to the rest of your expenses?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Do you feel that you will be unable to take care of your relative much longer?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Do you feel you have lost control of your life since your relative's illness?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Do you wish you could just leave the care of your relative to someone else?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Do you feel uncertain about what to do about your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Do you feel you should be doing more for your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Do you feel you could do a better job in caring for your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>22. Overall, how burdened do you feel in caring for your relative?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Total score: __________

**SCORING KEY:**
0 to 20 = little or no burden; 21 to 40 = mild to moderate burden; 41 to 60 = moderate to severe burden; 61 to 88 = severe burden.

**FIGURE 4. Caregiver Burden Scale.** This self-administered 22-item questionnaire assesses the “experience of burden.”
ANNEXE 10
Echelle de dépression CES-D (4)

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Instructions: Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the past week.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Patient Name:</th>
<th>Date:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Rarely or none of the time (less than 1 day)</th>
<th>Some or a little of the time (1-2 days)</th>
<th>Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)</th>
<th>Most or all of the time (5-7 days)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>I was bothered by things that usually don’t bother me.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>I did not feel like eating; my appetite was poor</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>I felt I was just as good as other people.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>I had trouble keeping my mind on what I was doing.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>I felt depressed.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>I felt that everything I did was an effort.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>I felt hopeful about the future.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>I thought my life had been a failure.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>I felt fearful.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>My sleep was restless.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>I was happy.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>I talked less than usual.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>People were unfriendly.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>I enjoyed life.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>I had crying spells.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>I felt sad.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>I felt that people disliked me.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>I could not get “going.”</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Scoring the CES-D

In scoring the CES-D, a value of 0, 1, 2 or 3 is assigned to a response depending upon whether the item is worded positively or negatively.

For items 1-3, 5-7, 9-11, 13-15, 17-20 the scoring is:
- Rarely or none of the time (less than one day) = 0
- Some or a little of the time (1-2 days) = 1
- Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days) = 2
- Most or all of the time (5-7 days) = 3

Items 4, 8, 12, 16 are reverse scored as follows:
- Most or all of the time (5-7 days) = 0
- Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days) = 1
- Some or a little of the time (1-2 days) = 2
- Rarely or none of the time (less than 1 day) = 3

Possible range of scores is 0 to 60, with the higher scores indicating the presence of more symptomatology.

ANNEXE 11
Echelle de fardeau de ZARIT (5)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cotation</th>
<th>Description</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Cotation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>jamais</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>rarement</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>quelquesfois</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>assez souvent</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>presque toujours</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous sentir tiré(e) entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous sentir embarrassé(e) par les comportements de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que votre parent peut perdre ses relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que votre parent est dépendant de vous ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous sentir tendu(e) en présence de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Souhaiter que vous ne soyez pas trop aimé pour votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que vous devrez en faire plus pour votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

La revue du Geriatrie, Tome 25, N° 4 AVRIL 2001
### Hopkins Symptom Checklist

**Name**

**Location**

**Date**

**Rater**

**INSTRUCTIONS**: Below is a list of problems and complaints that people sometimes have. Please read each one carefully. After you have done so, please put a check (✓) in the box that best describes how much that problem has bothered you during the last week (7 days), including today.

Check only one box for each problem and do not skip any items. Make your checks carefully. If you change your mind, erase your first mark completely. Read the example below before beginning.

**EXAMPLE:**

1. Backaches
   - Not At All
   - A Little Bit
   - Quite A Bit
   - Extremely

If the symptom is "backaches" and backaches have bothered you **not at all**, put a check mark in the box under 1. Not At All.
If backaches have bothered you **a little bit**, put a check mark in the box under 2. A Little Bit (see example above).
If backaches have been bothering you **quite a bit**; put a check mark in the box under 3. Quite A Bit.
If backaches have been bothering you **extremely**, put a check mark in the box under 4. Extremely.

### HOW MUCH ARE YOU BOTHERED BY:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. Not At All</th>
<th>2. A Little Bit</th>
<th>3. Quite A Bit</th>
<th>4. Extremely</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Headaches</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Nervousness or shakiness inside</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Being unable to get rid of bad thoughts or ideas</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Faintness or dizziness</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Loss of sexual interest or pleasure</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Feeling critical of others</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Bad dreams</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Difficulty in speaking when you are excited</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Trouble remembering things</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Worried about sloppiness or carelessness</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Feeling easily annoyed or irritated</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Pains in the heart or chest</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Itching</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Feeling low in energy or slowed down</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Thoughts of ending your life</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Sweating</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Trembling</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>Feeling confused</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

105
<table>
<thead>
<tr>
<th>HOW MUCH ARE YOU BOTHERED BY:</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Poor appetite</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Crying easily</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling shy or uneasy with the opposite sex</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling of being trapped or caught</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suddenly scared for no reason</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Temper outbursts you could not control</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Constipation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Blaming yourself for things</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pains in the lower part of your back</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling blocked in getting things done</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling lonely</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling blue</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Worrying too much about things</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling no interest in things</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling fearful</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Your feelings being easily hurt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having to ask others what you should do</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling others do not understand you or are unsympathetic</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling that people are unfriendly or dislike you</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having to do things very slowly to ensure correctness</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heart pounding or racing</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nausea or upset stomach</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling inferior to others</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soreness of your muscles</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Loose bowel movements</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble falling asleep</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having to check and double check what you do</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Difficulty making decisions</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wanting to be alone</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble getting your breath</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hot or cold spells</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Having to avoid certain things, places or activities because they frighten you</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Your mind going blank</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Numbness or tingling in parts of your body</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A lump in your throat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling hopeless about the future</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trouble concentrating</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling weak in parts of your body</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Feeling tense or keyed up</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heavy feelings in your arms or legs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Annexe 13
Autogestion des symptômes et utilisation des services(7)

Self-efficacy for symptom management: five items were originally designed to determine how certain family caregivers were that they could manage their relatives’ dementia symptoms. The items were:

• Handle any problems your relative has, like memory loss, wandering, or behavior problems.
• Handle any problems that might come up in the future with your relative’s care.
• Deal with the frustrations of caring for your relative.
• Do something to keep your relative as independent as possible.
• Get answers to all your questions about your relative’s problems.

Self-efficacy for community support service use: five items were originally designed to determine how certain caregivers were that they could find and arrange support services in the community to supplement their own care. Items were:

• Care for your relative without help from organizations or agencies that provide services.
• Find organizations or agencies in the community that provide services to help you care for your relative.
• Get answers to all of your questions about these services.
• Arrange for these services yourself.
• Find ways to pay for these services.
ANNEXE 14
Score de dépression gériatrique GDS(8)

<table>
<thead>
<tr>
<th>NOM :</th>
<th>Prénom :</th>
<th>Date :</th>
</tr>
</thead>
</table>

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?  oui  non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?  oui  non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?  oui  non
4. Vous ennuyez-vous souvent?  oui  non
5. Envisagez-vous l’avenir avec optimisme?  oui  non
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?  oui  non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?  oui  non
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l’avenir?  oui  non
9. Etes-vous heureux la plupart du temps?  oui  non
10. Avez-vous souvent besoin d’aide?  oui  non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?  oui  non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d’en sortir?  oui  non
13. L’avenir vous inquiète-t-il?  oui  non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?  oui  non
15. Pensez-vous qu’il est merveilleux de vivre à notre époque?  oui  non
16. Avez-vous souvent le cafard?  oui  non
17. Avez-vous le sentiment d’être désormais inutile?  oui  non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?  oui  non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?  oui  non
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?  oui  non
21. Avez-vous beaucoup d’énergie?  oui  non
22. Desespérez-vous de votre situation présente?  oui  non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?  oui  non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?  oui  non
25. Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?  oui  non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?  oui  non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?  oui  non
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?  oui  non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?  oui  non
30. Avez-vous l’esprit aussi clair qu’autrefois?  oui  non

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression
ANNEXE 15
Le score de qualité de vie EQ-VAS

By placing a tick in one box in each group, please indicate which statements best describe your health today.

Mobility
I have no problems in walking about
I have some problems in walking about
I am confined to bed

Self-Care
I have no problems with selfcare
I have some problems washing or dressing myself
I am unable to wash or dress myself

Usual Activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)
I have no problems with performing my usual activities
I have some problems with performing my usual activities
I am unable to perform my usual activities

Pain/Discomfort
I have no pain or discomfort
I have moderate pain or discomfort
I have extreme pain or discomfort

Anxiety/Depression
I am not anxious or depressed
I am moderately anxious or depressed
I am extremely anxious or depressed

Levels of perceived problems are coded as follows:

- Level 1 is coded as a '1'
- Level 2 is coded as a '2'
- Level 3 is coded as a '3'

NB: There should be only one response for each dimension.

This example identifies the state 11232.

The EQ VAS should be scored as follows:

For example this response should be coded as 77

Even though the line does not cross the VAS this response can still be scored by drawing a horizontal line from the end point of the response to the VAS. In this example the response should be coded as 77
Bibliographie des annexes


5. Zarit SH, Zarit KE. The Memory and Behavior Problems Checklist. Pa State Univ Univ Park PA. 1987;


ABSTRACT

BACKGROUND:
Caregivers of people with dementia are vulnerable and their health is affected. It is important that the general practitioner, their main interlocutor, specifically takes care of the caregiver's health. Multiple interventions to help caregivers exist, but they are frequently initiated by other health professionals than the general practitioner, whose role is not clearly defined.

OBJECTIVE:
To examine interventions performed by the general practitioner and dedicated to caregivers of people with dementia, assess their efficiency and determine the role of the general practitioner based on a systematic review.

INFORMATIONS SOURCES:
Medline (PubMed), Embase, The Cochrane Library and BDSP (Banque de Données en Santé Publique) databases with keywords “dementia”, “caregiver”, “family physician” or “general practitioner” and “primary care”

SELECTION OF STUDIES:
The following inclusion criteria were used: assessment of interventions performed by the general practitioner to improve the health of caregivers of people with dementia; original medical articles, randomized controlled trials or systematic reviews, published in English or French language.

RESULTS:
Four randomized controlled trials and three systematic reviews have been included. Interventions aiming to improve the caregiver’s health were exclusively psycho-social. General practitioners participated actively in two trials and indirectly in two trials. He participated in the four trials in collaboration with other health professionals. One trial on a general practitioner’s intervention showed significant positive results on the caregiver’s stress and depression. Two reviews exposed the role of the general practitioner and suggested different models to improve the caregiver’s health.

LIMITATIONS:
Many articles have been excluded from the first selection, because not all inclusion criteria could be met. Only two trials in which the general practitioner performed medical interventions have been found. The assessment of the caregiver’s health was often a secondary objective of the trials described in the included articles. It was only rarely found that the studied population of caregivers was recruited in ambulatory.

CONCLUSION:
Interventions performed by the general practitioner to assist caregivers are rarely studied. The exact role of the general practitioner is not clearly defined in these studies, even though he has an important role to play to improve the caregiver’s health. A collaborative multidisciplinary model around a dedicated general medicine consultation in order to improve the carer’s health should be studied.

KEYWORDS
Family Caregivers, Dementia, General Practitioner, Intervention, Multidisciplinary collaborative care
CONTEXTE :
Les aidants familiaux de patients atteints de démence sont des patients vulnérables et leur santé est altérée. Il est important que le médecin généraliste, leur principal interlocuteur, prenne en charge de manière spécifique la santé de ces aidants familiaux. De nombreuses interventions ont été testées pour améliorer la santé des aidants mais étaient mises en place par d'autres professionnels de santé. La place occupée par le médecin généraliste reste floue.

OBJECTIF:
Identifier les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments faisant intervenir le médecin généraliste et évaluer leur efficacité ainsi que le rôle occupé par le médecin généraliste à partir d'une revue systématique de la littérature internationale.

SOURCES DOCUMENTAIRES :

SELECTIONS DES ARTICLES :
Les critères d'inclusion étaient : évaluation des interventions visant à améliorer la santé des aidants familiaux de patients déments faisant intervenir le médecin généraliste ; article médicaux originaux, essais randomisés contrôlés ou revue de littérature, publiés en langue anglaise ou française.

RESULTATS :

LIMITES DU TRAVAIL :
De nombreux articles ont été exclus dès la présélection ne remplissant pas tous les critères d'inclusions. Uniquement 2 essais dans lesquels le médecin généraliste est identifié comme effecteur de soins ont été trouvés. L'évaluation de la santé des aidants faisait souvent partie des objectifs secondaires des essais inclus. Il était peu retrouvé de populations d'aidants ambulatoires.

CONCLUSION :
Les interventions d'aides aux aidants familiaux mises en place par le médecin généraliste sont peu étudiées. La place du médecin généraliste dans les études n'est pas encore évidente. Pourtant le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans la prise en charge des aidants. Un modèle de soin pluridisciplinaire collaboratif s'articulant autour d'une consultation dédiée de médecine générale pour améliorer la santé des aidants devrait être étudié.

MOTS-CLES
Aidants familiaux, Démence, Médecin Généraliste, Intervention, Modèle collaboratif pluridisciplinaire