



HAL
open science

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

Noémie Dufour

► **To cite this version:**

Noémie Dufour. Les interventions dédiées aux aidants familiaux de patients déments par le médecin généraliste. Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00905022

HAL Id: dumas-00905022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00905022v1>

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

N°

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**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit 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 - M^e MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET
- F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS -
H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER -
B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER -
L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie

M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne – Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (Surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image

M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE 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 DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

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 **Guislain** 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 Hyst,

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 Hyst 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 suivie 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 « lâchiez » pas d'une semelle, toi et les autres sisters, j'adore repenser 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 redevenir 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Sommaire

FIGURES ET TABLEAUX	18
SIGLES ET ABREVIATIONS	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-g	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 gériatrique (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'accroît 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 1^{er} 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 dont le score de Jadad était supérieur ou égale 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 3^e lecteur a été consulté pour faire consensus en cas de désaccord.

Résultats :

Neuf-cent-cinquante-six références ont été sélectionnées à partir des 4 bases de données. Trois-cent-six doublons et soixante-sept articles de langue autres que l'anglais et le français ont été éliminés. Cinq-cent-quatre-vingt-trois références ont été incluses. Cent-quatre-vingt-trois références ont été exclues par les titres, 221 par le résumé et 71 par la forme. Cent-huit articles et documents ont été analysés en texte intégral. Six articles ont été finalement

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 Etats-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

Les populations se composaient de l'aidant familial seul dans 1 essai et dans 1 revue de la littérature. Elles se composaient de la dyade aidant familial-patient dément dans 3 essais et 1 revue. Dans les essais, les aidants familiaux étaient majoritairement des femmes. Le statut des aidants par rapport au patient dément était pour majorité leur conjoint et les enfants. Le médecin généraliste était identifié dans les 4 essais. Il intervenait en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire dans les 4 essais. Les autres acteurs de santé étaient dans 4 essais des infirmières spécialisées en « care management » ou « counselors », dans 1 essai des gérontopsychiatres, des gériatres et dans 1 essai des psychologues.

Description des résultats des articles

Les interventions du médecin généraliste étaient psycho-socio-éducatives

Callahan et al [28] publiaient en 2006 un essai sur 153 patients déments et leurs aidants familiaux. L'objectif secondaire de l'essai concernant les aidants était de montrer l'effet d'une intervention collaborative sur la dépression et le stress des aidants. Quarante-quatre aidants et patients déments recevaient l'intervention et un groupe contrôle de 69 aidants et patients déments recevait les soins habituels. Elle comportait des consultations réalisées en

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 ($P = 0,02$).

Menn et al [29] publiaient en 2012 un essai sur 390 patients déments et aidants familiaux. L'objectif secondaire de l'essai concernant les aidants était secondaire : il était de montrer l'effet d'une intervention sur le fardeau des aidants. Un groupe contrôle A ($n : 171$) recevait une prise en charge classique par un médecin généraliste formé. Deux groupes interventions B et C ($n : 109$ et $n : 110$) recevaient une intervention plus spécifique d'informations et de conseils par un médecin généraliste dans un premier temps puis par des infirmières spécialisées dans un second temps. Les médecins généralistes des groupes interventions recevaient une formation sur les services d'accompagnement socio-psychologique et les groupes de soutien et sur l'efficacité des traitements de la démence, sur le système de soins, les options thérapeutiques non médicamenteuses et les thérapies comportementales. Cette

formation des médecins généralistes avait été effectuée par 5 neurologues et psychiatres dont un expert géronto-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. Quarante-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 $P = 0,87$).

O' Connor [31] réalisait en 2010 une revue de la littérature dont l'objectif était d'évaluer le rôle du médecin généraliste pour les aidants de patients déments en Irlande. L'algorithme de recherche était le suivant: "caregiver or carer", "dementia or Alzheimer disease", "family physician or general practitioner". Six articles avaient été inclus. Les résultats mettaient en évidence que les interventions psycho-sociales multidisciplinaires incluant le médecin généraliste étaient efficaces en termes d'amélioration de la qualité de vie, du stress et de la santé des aidants. Les interventions comprenaient des informations sur l'éducation, sur la prise en charge des troubles du comportement et sur les services de soutien. Les aidants attendaient de leur médecin généraliste qu'il explore les besoins de leurs patients et soit investi dans leur prise en charge. Les aidants étaient satisfaits de la prise en charge de leur médecin généraliste dans 50% des cas.

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 amélioraient 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

devrait prendre en charge les aidants de manière proactive, et évaluer et surveiller sa santé et son bien-être. Le médecin généraliste devait systématiquement rechercher les besoins des aidants et adapter ses interventions en fonction de ceux-ci. L'aspect fragmenté et non centralisé des soins aux aidants et patients déments était rapporté et critiqué. Une approche collaborative montrait son efficacité en améliorant les symptômes de dépression, le stress et la satisfaction des aidants. Les modèles utilisés établissaient un lien étroit avec le médecin généraliste et impliquaient un « care manager ». Les auteurs mettaient l'accent sur la nécessité du lien à entretenir entre les soins primaires et secondaires, et entre les différents champs médico-bio-psycho sociaux.

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 définie 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-éducatives 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].

En France, dès les années 2000, les revues thérapeutiques commencent à parler du rôle spécifique du médecin généraliste pour améliorer la prise en charge des aidants familiaux [53]. En 2010, la HAS renforce encore le rôle du médecin généraliste en proposant la mise en place par ce dernier d'une consultation dédiée aux aidants [17]. La HAS recommande que le médecin initie et organise dès l'annonce du diagnostic de démence une évaluation et une prise en charge spécifique de la santé de l'aidant. Cette consultation annuelle comprend plusieurs volets. Le premier volet comporte une part éducative et informative sur la maladie, son évolution et sur la gestion des problèmes liés à la démence. Le deuxième volet comporte une évaluation globale de l'état physique et psychique de l'aidant avec une attention particulière sur l'autonomie et l'état nutritionnel. Le médecin généraliste vérifie les éléments de prévention. Un troisième volet évalue le retentissement de l'aide ou « fardeau ». Le médecin généraliste évalue en dernier lieu l'adéquation entre les besoins des aidants et les moyens médico-sociaux et financiers mis en place. La recommandation stipule que le médecin peut s'aider des compétences des autres professionnels. Elle illustre bien la volonté de mettre le médecin généraliste au cœur de l'action pour les aidants familiaux. Concernant l'organisation précoce de cette consultation dédiée, la proposition d'une consultation dès l'annonce diagnostique a un intérêt retrouvé dans notre revue puisqu'à des stades avancés de démence les bénéfices des interventions diminuent [54]. Il est important de proposer des interventions précoces initiées par le médecin généraliste puisqu'il est le premier recours des patients [31]. Le contenu de la consultation propose l'évaluation et la prise en charge du retentissement de l'aide dans sa définition la plus large en insistant sur le retentissement organique de l'aide. Dans son évaluation du retentissement de l'aide, la proposition paraît pertinente et complémentaire des autres interventions retrouvées dans la littérature qui

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'aidant 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'aidant 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'aidant 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

Les interventions dédiées aux aidants familiaux faisant intervenir le médecin généraliste sont rares. Elles sont exclusivement socio-psycho-éducatives, montrent peu de résultats positifs sur les aidants et ne mesurent pas toutes les composantes du retentissement de l'aide. Le médecin généraliste est rarement l'intervenant direct dans la prise en charge des aidants. Ce rôle satellite ne correspond pas aux attentes des aidants et des médecins, ni aux propositions des recommandations médicales. Le rôle majeur du médecin généraliste est mis en avant dans la littérature mais insuffisamment exploré dans son action envers les aidants. Ce rôle demande à être exploré au préalable en fonction des attentes et des besoins des aidants et des médecins. Une intervention sous la forme d'une consultation dédiée pourrait être un élément de réponse mais aucun élément de l'efficacité et de la faisabilité d'une telle intervention n'est retrouvé dans la littérature. L'organisation et le contenu d'une telle consultation réalisée par un médecin généraliste demandent au préalable à être explorés en fonction des attentes et des besoins des intervenants concernés puis testé. Un modèle pluridisciplinaire et collaboratif incluant le médecin généraliste est proposé dans la littérature. Ce modèle en cours d'élaboration montre des résultats prometteurs sur la santé des aidants et la satisfaction des professionnels de santé. Un objectif de recherche serait d'explorer, tester et développer une intervention centrée sur le médecin généraliste inspirée de la consultation dédiée au sein d'un modèle collaboratif pluridisciplinaire. Le but serait d'améliorer la prise en charge des aidants avec l'intervention active du médecin généraliste au sein d'un modèle qui pourrait s'appliquer en routine.

Bibliographie

- [1] OPEPS (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. 2005.
- [2] Mura T, Dartigues J-F, Berr C. How many dementia cases in France and Europe? Alternative projections and scenarios 2010-2050. *Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc.* févr 2010;17(2):252-259.
- [3] DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). L'enquête Handicap Santé « Aidants informels ». 2008.
- [4] INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Enquête HID (Handicap-Invalidité-Dépendance). 1998.
- [5] Fortinsky RH. Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions. *Aging Ment Health.* mai 2001;5 Suppl 1:S35-48.
- [6] COFACE Handicap (Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne). Charte Européenne de l'aidant familial. 2009.
- [7] Thomas P, Novartis. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Etude Pixel. France Alzheimer; 2002.
- [8] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* juin 2009;11(2):217-228.
- [9] Thomas P, Lalloué F, Preux P-M, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry.* janv 2006;21(1):50-56.
- [10] Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* juin 2003;18(2):250-267.
- [11] McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev.* avr 2007;11(2):143-153.
- [12] Shaw WS, Patterson TL, Ziegler MG, Dimsdale JE, Semple SJ, Grant I. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res.* mars 1999;46(3):215-227.
- [13] Vedhara K, Cox NK, Wilcock GK, Perks P, Hunt M, Anderson S, et al. Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *Lancet.* 20 févr 1999;353(9153):627-631.

- [14] Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA J Am Med Assoc.* 15 déc 1999;282(23):2215-2219.
- [15] Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, Glaser R. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet.* 4 nov 1995;346(8984):1194-1196.
- [16] Le Duff F, Develay AE, Quétel J, Lafay P, Schüek S, Pradier C, et al. The 2008-2012 French Alzheimer plan: description of the national Alzheimer information system. *J Alzheimers Dis JAD.* 2012;29(4):891-902.
- [17] HAS (Haute Autorité de Santé), France. Recommandations de bonne pratique: Maladie Alzheimer et maladies apparentées: suivi médical des aidants naturels. 2010.
- [18] Cohen CA. Caregivers for people with dementia. What is the family physician's role? *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 2000;46:376-380.
- [19] Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(1):31-40.
- [20] Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* juin 2008;6(2):137-172.
- [21] Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *Gerontologist.* avr 1993;33(2):240-248.
- [22] Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher-Thompson D, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 21 nov 2006;145(10):727-738.
- [23] Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ, Mahoney D, Gallagher-Thompson D, et al. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychol Aging.* sept 2003;18(3):361-374.
- [24] The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual. 2011.
- [25] Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* févr 1996;17(1):1-12.
- [26] Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009;339:b2535.
- [27] Bergeri I, Michel R, Boutin JP. [Everything (or almost everything) about the Kappa coefficient]. *Médecine Trop Rev Corps Santé Colon.* 2002;62(6):634-636.
- [28] Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary

- care: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 10 mai 2006;295(18):2148-2157.
- [29] Menn P, Holle R, Kunz S, Donath C, Lauterberg J, Leidl R, et al. Dementia care in the general practice setting: A cluster randomized trial on the effectiveness and cost impact of three management strategies. *Value Health.* 2012;15(6):851-859.
- [30] Fortinsky RH, Kulldorff M, Kleppinger A, Kenyon-Pesce L. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging Ment Health.* mars 2009;13(2):162-170.
- [31] O'Connor C. Caring for dementia carers: the role of general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci.* juin 2011;180(2):327-332.
- [32] Robinson L, Iliffe S, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, et al. Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: Psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25(7):657-664.
- [33] Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen MLH, Keiding N, Rishoj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: The multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ.* 2012;345:e4693.4
- [34] Bourgeois MS, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process, and outcomes. *Int J Aging Hum Dev.* 1996;43(1):35-92.
- [35] Ory MG, Williams TF, Emr M, Lebowitz B, Rabins P, Salloway J, et al. Families, informal supports, and Alzheimer's disease. Current research and future agendas. *Res Aging.* déc 1985;7(4):623-644.
- [36] Zarit SH, Zarit KE. The Memory and Behavior Problems Checklist. Pa State Univ Univ Park PA. 1987;
- [37] Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci.* janv 1974;19(1):1-15.
- [38] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* sept 2001;16(9):606-613.
- [39] Sheina Orbell,, Nicholas Hopkins,, Brenda Gillies. Measuring the impact of informal caring. *J Community Appl Soc Psychol.* juin 1993;Volume 3(Issue 2):149-163.
- [40] Kramer BJ. Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist.* avr 1997;37(2):239-249.
- [41] Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol.* mai 1989;44(3):P61-71.
- [42] DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Dutheil N. Enquête HID (Handicap Incapacité Santé). 2001.

- [43] Farran CJ, Keane-Hagerty E, Salloway S, Kupferer S, Wilken CS. Finding meaning: an alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist*. août 1991;31(4):483-489.
- [44] Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatrics IPA*. déc 2006;18(4):577-595.
- [45] Thomas P. Evaluation de l'aide aux aidants dans la maladie d'Alzheimer. *Rev Geriatr*. 2007;32(6):471-3.
- [46] Cohen CA, Pringle D, LeDuc L. Dementia caregiving: The role of the primary care physician. *Can J Neurol Sci*. 2001;28(SUPPL. 1):S72-S76.
- [47] Physicians and family caregivers. A model for partnership. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA J Am Med Assoc*. 10 mars 1993;269(10):1282-1284.
- [48] Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing*. sept 2004;33(5):461-467.
- [49] Wilkinson D, Stave C, Keohane D, Vincenzino O. The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. *J Int Med Res*. avr 2004;32(2):149-159.
- [50] Y Hirakawa, M Kuzuya, H Enoki, K Uemura. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. avr 2011;(Issue 2):202-205.
- [51] Maslow, Katie. Linking persons with dementia to appropriate services: Summary of an OTA study. *Pride Inst J Long Term Home Health Care*. 1990;9(2):42-50.
- [52] Donath C, Grassel E, Grossfeld-Schmitz M, Menn P, Lauterberg J, Wunder S, et al. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients--results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:314.
- [53] Medjamed S, Hy F, Grassin N, Pariel-Maldjelessi S, Belmin J. Rôles du médecin de famille vis à vis des aidants familiaux des malades âgés déments. *Rev Geriatr*. vol. 26(n° 4, 2001/04):pages 315-320.
- [54] Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. févr 1997;12(2):183-192.
- [55] McIntosh IB, Swanson V, Power KG, Rae CA. General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia. *Health Bull (Edinb)*. janv 1999;57(1):35-43.
- [56] Richard H. Fortinsky. How Linked Are Physicians to Community Support Services for Their Patients With Dementia? *J Appl Gerontol*. déc 1998;17(4):480-498.

- [57] Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2006;295(18):2148-2157.
- [58] Lee L, Hillier LM, Stolee P, Heckman G, Gagnon M, McAiney CA, et al. Enhancing dementia care: A primary care-based memory clinic. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(11):2197-2204.

Figure 1

Processus de sélection des articles

Identification :

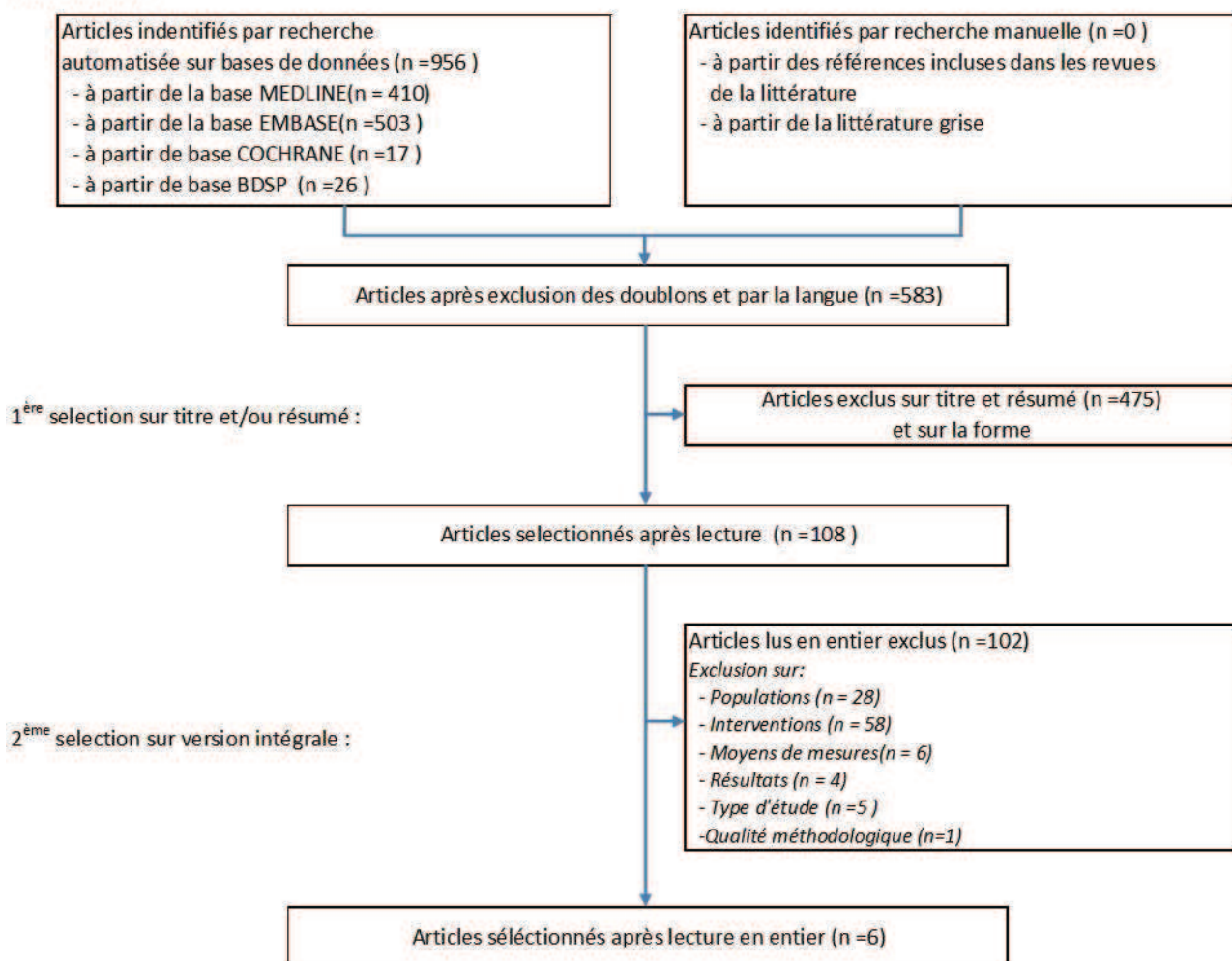


Figure 2

Calcul du score de Kappa

		Résultats LP		
		Réponses	Inclusion	Exclusion
Résultats ND	Inclusion	346	13	359
	Exclusion	38	175	213
	Total	384	188	572

$P_0 = 0,91$
 $P_e = 0,54$
Kappa1 = 0,86

		Résultats LP		
		Réponses	Inclusion	Exclusion
Résultats ND	Inclusion	131	9	140
	Exclusion	8	217	225
	Total	139	226	365

$P_0 = 0,95$
 $P_e = 0,52$
Kappa2 = 0,89

		Résultats LP		
		Réponses	Inclusion	Exclusion
Résultats ND	Inclusion	22	9	31
	Exclusion	9	73	82
	Total	31	82	113

$P_0 = 0,84$
 $P_e = 0,57$
Kappa3 = 0,67

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

Accord	Kappa
Excellent	0,81
Bon	0,80 - 0,61
Modéré	0,60 - 0,21
Mauvais	0,20 - 0,00
Très mauvais	< 0,00

Tableau 1
Exclusion par les titres

Numéro	TITRE ARTICLE	Année	Raison de l'exclusion par le titre
	MEDLINE		
0	Early diagnosis beneficial in Alzheimer's disease.	2013	Article sur le diagnostic de démence
1	The effects of dependence and function on costs of care for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Ireland.	2013	Article sur le dément
2	Reviewing the definition of crisis in dementia care.	2013	Article sur le dément
3	From forgetfulness to dementia: clinical and commissioning implications of diagnostic experiences.	2013	Article sur le diagnostic de démence
4	Behavioral management in the person with dementia.	2012	Article sur le dément
6	Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting.	2013	Article sur le dément
7	A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care.	2013	Article sur la PEC de la démence hors aidants
8	A new assessment for episodic memory. Episodic memory test and caregiver's episodic memory test.	2012	Article sur le dément
10	Attitudes of the German General Population toward Early Diagnosis of Dementia - Results of a Representative Telephone Survey.	2012	Article sur le diagnostic de démence
18	Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team.	2012	Article hors démence
22	EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia.	2012	Guide sur le dément
23	Collaboration between the specialities in provision of end-of-life care for all in the UK: reality or utopia?	2012	Article Hors démence
24	Difficulties in disclosing the diagnosis of dementia: a qualitative study in general practice.	2012	Article sur le diagnostic de démence

33	Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia.		2012	Guide sur le dément
37	A qualitative study of professional and client perspectives on information flows and decision aid use.		2012	Article hors démente
40	Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer.		2012	Article hors démente
43	Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone		2012	Article sur le dément
44	Predicting the Risk of Dementia Among Canadian Seniors: A Useable Practice-friendly Diagnostic Algorithm.		2012	Article sur le dément
50	A taboo within a stigma? a qualitative study of managing incontinence with people with dementia living at home.		2012	Article sur le dément
53	The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: self and caregiver report and comparison with standardized symptom assessment measures.		2012	Article sur le dément
59	Autonomy and dementia Part II: autonomy and representation: a possible combination?].		2011	Article Hors démente
62	The accuracy of family physicians' dementia diagnoses at different stages of dementia: a systematic review.		2011	Article sur le diagnostic de démente
68	[Can dementia be diagnosed in primary care?].		2011	Article sur le diagnostic de démente
74	Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital.		2011	Article Hors démente
78	Hip fracture risk and subsequent mortality among Alzheimer's disease patients in the United Kingdom, 1988-2007.		2011	Article sur le dément
83	Confronting Alzheimer's disease and other dementias.		2011	Article sur les démentes
84	The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care.		2011	Article sur le dément
85	Improving the skills of rural and remote generalists to manage mental health emergencies		2011	Article hors démente
88	Screening for cognitive impairment, Alzheimer's disease and other dementias: opinions of European caregivers, payors, physicians and the general public.		2010	Article sur la démente hors aides aux aidants familiaux
90	Screening for Dementia [Internet]		2003	Article sur démente hors aidants familiaux
91	Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carers in UK.		2010	Article sur les déments hors aidants familiaux

92	[Which information do GPs use to rate the cognitive status of elderly non-demented patients?].	2010	Article sur le diagnostic de démence
94	Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: cohort study.	2010	Article sur le diagnostic de démence
95	Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review.	2010	Article sur le dément hors aidants familiaux
101	Cohort study on somatoform disorders in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies.	2010	Article sur la démence hors aidants familiaux
106	Discussing dementia-related behaviors during medical visits for people with Alzheimer's disease.	2010	Article sur le dément Hors aidants familiaux
109	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.	2010	Article épidémiologique sur les aidants
112	Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years".	2009	Article hors démence
115	Alzheimer's disease: Seeing the signs early.	2009	Article sur le diagnostic de démence
118	Long-term treatment of patients with Alzheimer's disease in primary and secondary care: results from an international survey	2009	Article sur les déments
122	Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument.	2009	Article sur le dément Hors aidants familiaux
124	Comparison of recruitment efforts targeted at primary care physicians versus the community at large for participation in Alzheimer disease clinical trials.	2010	Article sur le dément Hors aidants familiaux
125	Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors.	2009	Article sur le dément
126	Overcoming barriers to osteoporosis care in vulnerable elderly patients with hip fractures.	2009	Article Hors démence
127	Supporting people who have dementia to die with dignity.	2009	Article Hors démence
133	Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice.	2009	Guide sur le dément
136	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.	2009	Article sur le dément
137	Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia.	2009	Article sur le dément Hors aidants familiaux

138	Glaucoma screening of patients with and without dementia.	2009	Article sur le dément Hors aidants familiaux
141	The basis for disease-modifying treatments for Alzheimer's disease: the Sixth Annual Mild Cognitive Impairment Symposium.	2009	Article sur le dément Hors aidants familiaux
143	Multiple views reveal the complexity of dementia diagnosis.	2008	Article sur le diagnostic de démence
145	Preventing aggression in persons with dementia.	2008	Article sur le dément Hors aidants familiaux
146	The pathway to dementia diagnosis.	2008	Article sur le diagnostic de démence
147	General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: factors impacting on early diagnosis.	2008	Article sur le diagnostic de démence
148	The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly: data obtained from a network of sentinel general practitioners.	2009	Article sur le dément hors aidants familiaux
149	The primary care diagnosis of dementia in Europe: an analysis using multidisciplinary, Information issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration.	2008	Article sur le diagnostic de démence
153	Complications of and controversies associated with percutaneous endoscopic gastrostomy: report	2008	Article Hors démence
154	Practical treatment strategies for patients with Alzheimer's disease.	2007	Article sur le dément Hors aidants familiaux
156	Palliative care in advanced dementia; A mixed methods approach for the development of a complex intervention.	2008	Article sur le dément Hors aidants familiaux
157	Preferences of general practitioners and carers of Alzheimer patients regarding the use of neuroleptics for behavioural disorders in Alzheimer's disease.	2008	Article sur le dément Hors aidants familiaux
161	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.	2008	Article sur le dément Hors aidants familiaux
165	Guiding research in family care: a new approach to oncology caregiving.	2008	Article Hors démence
166	Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review.	2008	Article Hors démence
167	Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up.	2008	Article sur les déments
171	Late life psychosis: assessment and general treatment strategies.	2007	Article Hors démence

173	Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment.	2007	Article sur le diagnostic de démence
174	Application of assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators to patients with advanced dementia and poor prognosis.	2007	Article sur le diagnostic de démence
178	Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities.	2007	Article Hors démence
183	Moving to new settings: pilot study of families' perceptions of professional caregivers' pain Managing risk when considering the use of atypical antipsychotics for elderly patients with dementia-related psychosis.	2007	Article sur la démence Hors aides aux aidants
184	Managing risk when considering the use of atypical antipsychotics for elderly patients with dementia-related psychosis.	2007	Article sur la démence Hors aidants familiaux
187	Can the recognition of clinical features of mental illness at clinical presentation in ethnic elders be improved?	2007	Article Hors démence
188	[The differential diagnosis of cognitive disorders in general practice: dementia and delirium].	2007	Article sur le diagnostic de démence
191	Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model.	2007	Article sur la démence Hors aidants familiaux
193	Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline.	2007	Guide sur le dément
194	Psychosis-related disturbances. Psychosis, agitation, and disinhibition in Alzheimer's disease: definitions and treatment options.	2007	Article sur la démence Hors aidants familiaux
202	A literature review of palliative care, end of life, and dementia.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
203	Clinical practice with anti-dementia drugs: a consensus statement from British Association for Psychopharmacology.	2006	Article sur la démence Hors aidants familiaux
205	Specific symptomatic changes following donepezil treatment of Alzheimer's disease: a multi-centre, primary care, open-label study.	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
207	An individualized psychosocial approach for "treatment resistant" behavioral symptoms of dementia among aged care residents.	2007	Article sur la démence Hors aidants familiaux
208	Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review.	2006	Article sur la démence Hors aidants familiaux
211	Who refuses the diagnostic assessment for dementia in primary care?	2006	Article sur le diagnostic de démence
213	Assessment of health-related quality of life in chronic dialysis patients with the COOP/WONCA charts.	2006	Article Hors démence

215	Urinary incontinence in dementia - a practical approach.	2006	Article sur les déments
217	[The GPCog for detecting a population with a high risk of dementia].	2006	Article sur le diagnostic de démence
231	Disclosure of diagnosis of Alzheimer's disease in French general practice.	2005	Article sur le diagnostic de démence
232	Cost of illness and its predictors for Parkinson's disease in Germany.	2005	Article Hors démence
235	Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care.	2005	Article sur le diagnostic de démence
237	Home care for older people.	2005	Article Hors démences
239	A workshop for nursing home staff: recognizing and responding to their own and resident's emotions.	2004	Article Hors démence
240	Shared care with task delegation to nurses for type 2 diabetes: prospective observational study.	2005	Article Hors démence
242	Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study.	2005	Article Hors démence
246	[What is dementia? 8. Alzheimer's disease early diagnosis: a public health point of view].	2003	Article sur le diagnostic de démence
252	Pathways to dementia diagnosis: evidence for cross-ethnic differences.	2004	Article sur le diagnostic de démence
255	Better mental health care for older people in India.	2004	Article Hors démence
262	Long-Term Cholinesterase Inhibitor Therapy for Alzheimer's Disease: Practical Considerations for the Primary Care Physician.	2003	Article sur le dément Hors aidants familiaux
263	Measures to Assess the Noncognitive Symptoms of Dementia in the Primary Care Setting.	2003	Article sur le dément Hors aidants familiaux
264	Efficacy of risperidone for treating patients with behavioral and psychological symptoms of dementia.	2004	Article sur le dément Hors aidants familiaux
268	An evidence-based clinical approach to the diagnosis of dementia.	2003	Article sur le diagnostic de démence
280	Does aspirin affect outcome in vascular dementia? A retrospective case-notes analysis.	2003	Article sur le dément Hors aidants familiaux
289	Cognitive and motor symptoms in dementia: focus on dementia with Lewy bodies.	2002	Article sur le dément Hors aidants familiaux

291	Diagnosing dementia in primary care: the accuracy of informant reports.	2002	Article sur le diagnostic de démence
294	Cost-effective recognition and diagnosis of dementia.	2002	Article sur le diagnostic de démence
295	Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment.	2002	Guide sur le dément
306	The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis.	2002	Article sur le diagnostic de démence
310	Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse.	2001	Article Hors démence
315	Life story books for the elderly mentally ill.	2001	Article Hors démence
318	Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly.	2001	Article sur le dément Hors aidants familiaux
319	The use of medications for cognitive enhancement.	2001	Article sur le dément Hors aidants familiaux
320	A practical guide to caring for caregivers.	2000	Guide sur l'aidant
323	Clinical characteristics of community-dwelling black Alzheimer's disease patients.	2000	Article sur les déments
324	Use of donepezil for the treatment of mild-moderate Alzheimer's disease: an audit of the assessment and treatment of patients in routine clinical practice.	2000	Article sur le dément Hors aidants familiaux
333	Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia.	1999	Article sur le dément Hors aidants familiaux
335	Methodological issues in a cost-of-dementia study in Belgium: the NAational Dementia Economic Study (NADES).	1999	Article économique sur la démence
342	Initiating and monitoring cholinesterase inhibitor treatment for Alzheimer's disease.	1999	Article sur le dément Hors aidants familiaux
347	Alzheimer's disease: seeking new ways to preserve brain function. Interview by Alice V. Luddington.	1999	Article sur le dément Hors aidants familiaux
349	The early diagnosis of dementia: triggers, early signs and luxating events.	1998	Article sur le diagnostic de démence
357	Elderly care. Early warning system.	1998	Article Hors démence
358	Case management, client risk factors and service use.	1997	Article sur le dément Hors aidants familiaux

364	The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving: a brief report. Swedish National Road Administration.	1997	Article sur le dément Hors aidants familiaux
365	Comorbid disease in geriatric patients: dementia and depression.	1997	Article sur les déments
374	Prevention of suicide in old age.	1995	Article Hors démente
378	The teaching of bioethics to the health care team: the neurologist's role.	1995	Article Hors démente
379	Referral patterns and diagnosis in presenile Alzheimer's disease: implications for general practice.	1994	Article sur le diagnostic de démente
381	How do general practitioners diagnose dementia?	1994	Article sur le diagnostic de démente
384	Communities respond to common disease of aging.	1994	Article Hors démente
387	Detecting patients with Alzheimer's disease suitable for drug treatment: comparison of three methods of assessment.	1994	Article sur le dément Hors aidants familiaux
389	Weight loss in Alzheimer's disease: an international review of the literature.	1994	Article sur les déments
390	Managing patients with Alzheimer's: the primary care role of dentists.	1993	Article sur le dément Hors aidants familiaux
397	Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state.	1991	Article Hors démente
399	Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease.	1989	Article sur le dément Hors aidants familiaux
400	Treatment considerations in dementing illness.	1988	Article sur le dément Hors aidants familiaux
405	The memory clinic. A new approach to the detection of early dementia.	1987	Article sur le diagnostic de démente
	EMBASE		
0	Assessing Health Status Differences Between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients	2013	Article Hors démente
1	Selecting the Best Instruments to Measure Quality of End-of-Life Care and Quality of Dying in Long Term Care	2013	Article Hors démente
6	Physician-related factors predicting reporting of drivers with mild dementia and mild cognitive impairment to transportation authorities	2013	Article sur le dément
7	Development of a national position paper for chronic care: Example of Belgium	2013	Article Hors démente

8	Integrated management and polypharmacy review of vulnerable elders: Can we improve outcomes?	2013	Article Hors démente
11	The effects of dependence and function on costs of care for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Ireland	2013	Article économique sur la démente
12	Psychosocial barriers to individualized diabetes care in frail elderly veterans	2013	Article sur le dément
13	Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011	2013	Article Hors démente
17	Decisional aides to train non-psychiatrists in evidence-based use of antipsychotics for dementia	2012	Article sur la prise en charge de la démente hors aidants
24	EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia	2012	Guide sur le dément
25	EFNS guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia	2012	Guide sur le dément
32	Alzheimer's disease and its treatment with a novel transdermal patch therapy: Survey of caregiver experiences	2012	Article sur la prise en charge de la démente hors aidants
34	Predictors of severity of cognitive impairment in rural patients presenting to a memory clinic	2012	Article sur le dément
39	Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges	2012	Article sur le dément
41	Cognitive impairment prevalence and correlations with subjective memory impairment: Findings from Brasov, Romania	2012	Hors aidants familiaux
45	Recognising early dementia in the team of family practice	2012	Article sur le dément
47	State of the art lecture 5-impact of population aging on health-implication to urology in Asia	2012	Article sur le diagnostic de démente
49	Assessment and management of patients with cognitive impairment and dementia in primary care	2012	Article Hors démente
51	Researchers and frontotemporal dementia caregivers: Partnering for brain donation	2012	Article sur la prise en charge de la démente hors aidants
60	Training family physicians and primary care nurses improves diagnostic assessment of dementia: Results of a randomized controlled trial	2011	Article sur les démentes
64	Who refuses diagnostic assessment for dementia?	2011	Article sur le diagnostic de démente
71	Depression, falls and cognitive changes among community-dwelling elderly people	2011	Article sur le diagnostic de démente

85	Screening of Alzheimer's disease in elderly diabetes using self-reported questionnaire and physical parameters	2009	Article sur le dément
88	Dementia diagnosis in primary care: Thinking outside the educational box	2009	Article sur le diagnostic de démence
96	Long-term safety and tolerability of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease switched from donepezil: An open-label extension study	2008	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
97	A 70-year-old woman with dementia and no insight: The best approach	2008	Article Hors démence
98	Documentation of antipsychotic use and indications for newly diagnosed, nonaggressive dementia patients	2008	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
101	Treatment guidelines for Alzheimer's disease: Redefining perceptions in primary care	2007	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
102	Disclosure of the diagnosis of dementia	2007	Article sur le diagnostic de démence
113	Drugs minimally effective for neuropsychiatric symptoms of dementia	2005	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
114	Carers as partners in mental health services for older people	2005	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
115	Avoidance as a strategy of (not) coping: Qualitative interviews with carers of Huntington's Disease patients	2005	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
122	Clinical question - Does donepezil treatment benefit community resident patients with mild to moderate Alzheimer-type dementia?	2004	Article sur la démence hors soins primaires
125	The Qualidem project in Belgium. A two-center study on care needs and provision in dementia care: Inclusion criteria and description of the population	2004	Article sur le dément
133	Service innovations: Multi-disciplinary team assessments: A method of improving the quality and accessibility of old age psychiatry services	2003	Article Hors démence

142	Tell me the truth' - Empowering the person with dementia		2002	Article sur le diagnostic de démence
152	Improving diagnosis of dementia in primary care		2001	Article sur le diagnostic de démence
153	The social construction of risk by community psychiatric nurses and family carers for people with dementia		2001	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
157	Importance of behavioral and psychological symptoms of dementia in primary care		2000	Article sur le dément Hors aidants familiaux
158	A systematic review of the evidence for the value of functional assessment of older people with dementia		1999	Article Hors démence
165	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		1996	Article Hors démence
169	A trial of buspirone for the control of disruptive behaviors in community-dwelling patients with dementia		1994	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
170	Chronic disease in the elderly and its impact on the family: A review of the literature		1994	Article Hors démence
	COCHRANE			
1	Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents		2012	Article sur la démence hors soins primaires
2	Vitamin E for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment		2012	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
3	Interventions for preventing falls in older people living in the community		2012	Article Hors démence
4	Interventions for fatigue and weight loss in adults with advanced progressive illness		2012	Article Hors démence
6	Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia		2012	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
8	Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes		2011	Article sur la démence hors soins primaires
11	Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia		2010	Article Hors démence

15	Interventions for preventing delirium in hospitalised patients		2009	Article sur la démence hors soins primaires
19	Vitamin B6 for cognition		2008	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
	BDSP			
2	Des trajectoires de maladie d'Alzheimer.		2004	Pas article original
4	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.		2010	Pas article original
5	Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours.		2009	Pas article original
6	Prise en charge du patient Alzheimer vivant au domicile par le médecin traitant : étude qualitative.		2009	Pas article original
8	Prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.		2005	Pas article original
9	Des trajectoires de maladie d'Alzheimer.		2004	Pas article original
10	Les personnes âgées en pratique de ville.		2002	Article Hors démence
12	Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : problèmes et solutions au quotidien.		2001	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants
14	Que fait le généraliste face à des présomptions de maladies neurodégénératives ?		2001	Article sur le diagnostic de démence
15	Psychothérapie des déments et suivi psychologique de la famille : une nouvelle réalité clinique pour le généraliste.		2000	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
16	Diagnostic de démence en médecine générale : mise au point d'un "consensus".		1999	Article sur le diagnostic de démence
19	Guide pratique de psycho-gériatrie. Tome 1.		1992	Pas article original
21	La démence dans nos pratiques quotidiennes en gériatrie.		1986	Pas article original
22	Le soutien à domicile de la personne âgée démente.		1985	Pas article original
24	L'entrée en institution des personnes âgées en Alsace : rapport final 2010.		2009	Article Hors démence

Tableau 2

Exclusion par les résumés

Numéro	Titre	Année	Raison de l'exclusion par les résumés
	MEDLINE		
5	A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers.	2013	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
11	Assessing Health Status Differences between Veterans Affairs Home-Based Primary Care and State Medicaid Waiver Program Clients.	2013	Article hors démence
12	Multisite qualitative study of primary care physicians' and midlevel providers' self-reported practices and perceptions about maintaining cognitive health.	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
13	Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain.	2013	Article hors démence
14	Dementia skills and competencies for primary care liaison: a model for improving identification and timely diagnosis.	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
25	Case-finding of dementia in general practice and effects of subsequent collaborative care; design of a cluster RCT.	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
28	[Risk and benefits of disclosing a diagnosis of dementia].	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
30	Now where was I going? The challenge of care transitions for the cognitively impaired.	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
32	Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial.	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
34	Assessment and management of patients with cognitive impairment and dementia in primary care.	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
35	Quality of care provided to people with dementia: utilisation and quality of the annual dementia review in general practice.	2012	Article sur la démence hors aidants familiaux
39	Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey.	2012	Article sur aidants professionnels

41	A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers.	2012	Article descriptif sur les aides aux aidants familiaux
42	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.	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
46	Resources for people with dementia: the Alzheimer Society and beyond.	2011	Article hors soins primaires et médecine générale
47	Feasibility and accuracy of fall reports in persons with dementia: a prospective observational study.	2011	Article sur la démence hors aidants familiaux
51	Methodology for the systematic reviews on occupational therapy for adults with Alzheimer's disease and related dementias.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
52	Family triad perceptions of mild cognitive impairment.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
56	Identity cues and dementia in nursing home intervention.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
57	Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: a long and winding road.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
58	Treating sleep problems in dementia caregivers based on parent-child interventions.	2011	Article hors démence
63	The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
64	Caregiver and noncaregiver attitudes toward dementia screening.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
70	Developing a Dementia Research Registry: a descriptive case study from North Thames DeNDRoN and the EVIDEM programme.	2011	Article sur la démence hors aidants familiaux
73	Effects of educational interventions on primary dementia care: A systematic review.	2011	Article sur la démence hors aidants familiaux
75	Frontotemporal dementia: a review for primary care physicians.	2011	Article sur la démence hors aidants familiaux
76	GIS and spatial analysis for costs and services optimization in neurological telemedicine.	2011	Article hors soins primaires et médecine générale
77	[Geriatric day care hospital, an apport for the general practitioner in the management and follow-up of cognitive disorders].	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux

80	Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff.	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
89	Dementia care in the acute district general hospital.	2010	Article sur la démence hors aidants familiaux
93	Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia	2010	Article sur la démence hors aidants familiaux
98	Awareness of local dementia services among general practitioners with academic affiliation.	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
99	Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study).	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
100	Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled trial.	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
103	Lewy body dementia: the caregiver experience of clinical care.	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
110	User, carer and staff perspectives on anxiety in dementia: a qualitative study.	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
114	Self-reported pain in persons with dementia predicts subsequent psychosocial functioning.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
117	Dementia - who cares?: a comparison of community needs and primary care services.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
120	Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
123	Feasibility of a patient-driven approach to recruiting older adults, caregivers, and clinicians for provider-patient communication research.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
128	Dementia care initiative in primary practice: study protocol of a cluster randomized trial on dementia management in a general practice setting.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
130	Can pharmacological treatment of behavioural disturbances in elderly patients with dementia lower the burden of their family caregiver?	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
131	Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
135	Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux

139	An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia.	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
140	Pharmacological interventions in primary care: hopes and illusions.	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
150	Information issues for providers of services to people with dementia living in the community in Australia: breaking the cycle of frustration.	2009	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
151	Alzheimer's disease--towards more patient-centred and meaningful clinical outcomes.	2008	Format hors article original
152	Acute care utilization by dementia caregivers within urban primary care practices.	2008	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
159	Alzheimer's disease: an elusive thief.	2008	Article démence hors médecine générale
163	Impact of a care coordination and support strategic partnership on clinical outcomes.	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux
164	Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of a postal survey.	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux
168	Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study.	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux
170	Family physicians' recommendations for help-seeking for a person with Alzheimer's disease.	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
175	Knowing the resident with dementia: perspectives of assisted living facility caregivers.	2007	Article hors prise en charge par le GP
176	Can primary care meet the biopsychosocial needs of older adults with dementia?	2007	Format hors article original
177	Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. [Perspectives of general practitioners on the role of patients' caregivers in the process of consultation and treatment].	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
179	The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial.	2007	Article non spécifique de la démence
180	Treatment guidelines for Alzheimer's disease: redefining perceptions in primary care.	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
181		2007	Article sur la démence hors aidants familiaux

182	Development of quality indicators for memory clinics.	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux
190	Management of dementia by family physicians in academic settings.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
192	Person-centred dementia services are feasible, but can they be sustained?	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
195	The primary care of Alzheimer disease.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
196	Behavioural disturbance triggers recognition of dementia by family informants.	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
197	Envisioning better approaches for dementia care.	2006	Format hors article original
198	The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
201	Patients with dementia and their carers in general practice.	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
206	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.	2007	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
209	Managing problem behaviors associated with dementia.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
210	Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving.	2006	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
216	The bathing of older adults with dementia.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
219	Do general practitioners disclose correct information to their patients suspected of dementia and their caregivers? A prospective observational study.	2006	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
220	Alzheimer's disease: issues and challenges in primary care.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
221	Effect of a dementia care management intervention on primary care provider knowledge, attitudes, and perceptions of quality of care.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
225	Levels of integration and specialisation within professional community teams for people with dementia.	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux

226	[Consensus statement on severe dementia].	2005	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
233	Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.	2005	Article hors soins primaires et médecine générale
236	Screening for dementia: family caregiver questionnaires reliably predict dementia.	2005	Article sur la démence hors aidants familiaux
243	Examining physician-patient-caregiver encounters: the case of Alzheimer's disease patients and family physicians in Israel.	2004	Article sur le GP hors détails sur les aides aux aidants
244	Self-care in elders with dementia: a concept analysis.	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
248	Alzheimer's Disease in the Family Practice Setting: Assessment of a Screening Tool.	2004	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
249	Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report.	2004	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
251	Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment.	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
254	Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia.	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
256	Finding the person the disease has'--the case for multisensory environments.	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
260	Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians.	2004	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
265	The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey.	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
266	Part of the family': sources of job satisfaction amongst a group of community-based dementia care workers.	2004	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
269	Psychological and social aspects in management of Alzheimer's patients: an inquiry among caregivers.	2003	Article hors soins primaires et médecine générale
272	Family carers' responses to behavioural and psychological symptoms of dementia.	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
274	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.	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux

276	Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description.	2003	Article hors soins primaires
279	Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.	2003	Article sur la démence hors aidants familiaux
282	Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions.	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
284	Health service utilization by Alzheimer's disease patients: a 2-year follow-up of primary versus subspecialty care.	2003	Article sur la démence hors aidants familiaux
285	Pursuit of psychological well-being (ikigai) and the evolution of self-understanding in the context of caregiving in Japan.	2002	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
286	Person-centred care in dementia.	2002	Article sur la démence hors aidants familiaux
292	The pressures felt by informal carers of people with dementia.	2001	Article sur la démence hors aidants familiaux
297	Dementia care in general practice. What can the BEACH survey tell us?	2002	Article sur la démence hors aidants familiaux
298	How should clinicians discuss hospice for patients with dementia? Anticipating caregivers' preconceptions and meeting their information needs.	2002	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
304	Association of life events and psychological distress in family caregivers of dementia patients.	2002	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
305	Connected and disconnected support: the impact on the caregiving process in Alzheimer's disease.	2001	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
309	Measuring the opinions of memory clinic users: patients, relatives and general practitioners.	2001	Article hors soins primaires
311	Dementia and the Over-75 Check: the role of the primary care nurse.	2000	Article sur la démence hors aidants familiaux
313	Health care triads and dementia care: integrative framework and future directions.	2001	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
314	Long-term care in dementia: patients and caregivers.	2001	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
316	Identifying dementia in the primary care practice.	2000	Article sur la démence hors aidants familiaux

327	What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia?	2000	Article sur la démence hors aidants familiaux
328	Husbands caring for wives with dementia: a longitudinal study of continuity and change.	2000	Article Hors démence
330	Primary vs subspecialty care: a structured follow-up of dementia patients and their caregivers.	2000	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
340	The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia.	1999	Article sur la démence hors aidants familiaux
343	Beyond the Folstein: dementia in primary care.	1999	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
350	Dementia in the primary care setting.	1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
352	The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL).	1998	Article Hors démence
353	Alzheimer's disease. AMA Council on Scientific Affairs Reference Committee D.	1998	Article sur la démence hors aidants familiaux
355	A multidisciplinary approach to Alzheimer's disease: who should be members of the team?	1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
356	The psychosocial health status of carers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill.	1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
360	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.	1997	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
361	Alzheimer's disease: a review of clinical assessment and management issues.	1997	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
363	Predictors of change and continuity in home care for dementia patients.	1997	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
368	When primary and secondary caregivers disagree: predictors and psychosocial consequences.	1996	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
369	Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness.	1996	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
370	Outcomes of hospitalization: factors influencing the discharges of African American and white dementia patients.	1996	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux

376	Progressive dementia: strategies to manage new problem behaviors.	1995	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
382	Expanding adult day care successfully.	1993	Article Hors démence
385	General practice and dementia. A national survey of Australian GPs.	1994	Article sur la démence hors aidants familiaux
386	Efficacy of a support group programme for care-givers of demented patients in the community: a randomized controlled trial.	1994	Article hors médecine générale
388	Caring for demented elderly in rural primary health care.	1994	Article sur la démence hors aidants familiaux
391	The disabled elderly living in the community: care received from family and formal services.	1993	Article Hors démence
392	Is it dementia?	1992	Article sur la démence hors aidants familiaux
393	Dementia in old age.	1992	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
394	Aging and mental health: primary care of the healthy older adult. A roundtable discussion. Part I.	1992	Article Hors démence
395	Managing the care of patients with dementia. How to maximize level of functioning and minimize behavior problems.	1991	Article sur la démence hors aidants familiaux
396	Alzheimer's disease: answering questions commonly asked by patients' families.	1991	Article sur la démence hors aidants familiaux
401	Intergenerational conflict: middle-aged women caring for demented older relatives.	1988	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
402	Audit of support given to lay carers of the demented elderly by a primary care team.	1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
404	Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches.	1987	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
406	Dementia: a three-pronged strategy for primary care.	1986	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
EMBASE			
2	Communicating with carers about dementia	2013	Format hors article original
3	Influence of adherence to a systematic care program for caregivers of dementia patients	2013	Article hors médecine générale

5	Suitability of Healthcare Robots for a Dementia Unit and Suggested Improvements	2013	Article hors soins primaires
9	A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers	2013	Article épidémiologique sur les aidants
10	Medical foster care provides an alternative to repeat arrests	2013	Article hors démence
15	The needs of patients with early onset dementia	2013	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
16	Electronic consults to facilitate specialty dementia assessment and care	2012	Article hors soins primaires
20	Cancer screening in patients with dementia: Family caregiver perspectives	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
22	Life- and person-centred help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi): study protocol for a randomised controlled trial	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
26	Examining the discontinuation of cholinesterase inhibitor therapy from the perspectives of Alzheimer's disease caregivers and physicians	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
28	12-month cost of illness study of moderate Alzheimer's disease patients in Spain: The evocost study	2012	Article économique sur la démence
29	Caregiver burden and health care utilization in the homebound	2012	Article hors démence
35	Dedicated consultation in general practice for caregivers who support demented patients	2012	Format hors article original
37	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	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
38	Modeling of Functional Assessment Questionnaire (FAQ) as continuous bounded data from the ADNI database	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
42	Predictors of institutionalisation in dementia patients - The role of patients' and caregivers' gender	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
46	Unmasking ptsd in dementia	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
48	Current change in Alzheimer's disease care in quebec: From the proposed action plan to innovative approaches in family medicine groups (fmg)	2012	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
52	59th Annual Scientific Meeting of the Irish Gerontological Society	2011	Format hors article original
53	Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: A long and winding road	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux

54	Perception of well being predicts incident harm in cognitively impaired seniors who live alone: A prospective study	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
55	Dementia care in family practices in germany: Primary data on figures and attitudes	2011	Article sur la démence hors aides familiaux
57	Integrating care coordination home telehealth (CCHT) and home based primary care (HBPC) in rural Oklahoma: A pilot study	2011	Article hors soins primaires et médecine générale
58	Letter to the editor: The primary care physician and alzheimer's disease: An international position paper (1)	2011	Format hors article original
59	Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer disease: A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
61	The symptom experience of community-dwelling persons with dementia: Self and caregiver report and comparison with a standardized symptom assessment measure	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
62	The association between Alzheimer's disease symptom severity and caregiver outcomes: A cross-sectional study	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
63	An exploratory analysis of the relationship between dependence and costs of care, both formal and informal, for people with dementia in ireland	2011	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
66	Letter to the editor	2011	Format hors article original
67	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	2011	Article sur la démence hors aides familiaux
69	Dementia screening in primary care becky	2011	Article sur la démence hors aides familiaux
70	Dementia screening in primary care	2011	Article sur la démence hors aides familiaux
72	Health literacy & caregiver stress as a barrier to appropriate care	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
73	Characteristics and perceived supports of primary caregivers of home-based older adults with dementia in India, Taiwan, and the United States	2010	Article sur la démence hors aides familiaux
74	Psychological health of primary caregivers of home-based older adults with dementia in India, Taiwan, and the United States	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
75	Topics in Geriatric Rehabilitation: Introduction and overview	2010	Format hors article original

76	Health status and cost of care in patients with dementia in Germany	2010	Article sur la démence hors aidants familiaux
77	Exercise rehabilitation on home-dwelling patients with Alzheimer's disease - a randomized, controlled trial. Study protocol	2010	Format hors article original
78	Editorial: Care of dementia in Canada: A collaborative care approach with a central role for the primary care physician	2010	Format hors article original
79	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)	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
81	Evaluation of exercise on individuals with dementia and their carers: A randomised controlled trial	2010	Article sur la démence hors aidants familiaux
82	Guideline watch - Alzheimer's disease and other dementias: French guidelines are biased	2009	Format hors article original
83	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	2009	Format hors article original
84	Systematic care for caregivers of people with dementia in the ambulatory mental health service: Designing a multicentre, cluster, randomized, controlled trial	2009	Format hors article original
86	Facilitators and barriers for implementation of an easy, care-based dementia training programme for general practitioners and primary care nurses: A qualitative study	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
87	Connecting research discovery and care delivery in dementia	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
89	Dementia care initiative in primary practice study protocol of a cluster randomized trial on dementia management in a general practice setting	2009	Format hors article original
90	Innovative treatment approaches in Alzheimer's disease: Current and future, part 1	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
91	Attitudes of AD caregivers regarding their own AD screening	2009	Article sur la démence hors aidants familiaux
92	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	2008	Format hors article original
93	Health-related quality of life in dementia caregiving: Relationships with sleep quality and daytime sleepiness	2008	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
94	Targets for telephone-based behavioral health interventions	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux

95	Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey	2008	Article sur la démence hors aidants familiaux
99	Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation	2007	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
100	Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia	2007	Format hors article original
103	Ethical considerations for decision making for treatment and research participation	2007	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
104	Dementia screening tools for the primary care physician	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
105	Alzheimer's disease: Implications for primary care	2007	Article sur la démence hors aidants familiaux
107	The IMAGINE study	2006	Article sur le diagnostic de démence
108	Making the most of our time [2]	2006	Format hors article original
109	Making the most of our time [1]	2006	Format hors article original
110	How to increase awareness of Alzheimer's disease among general practitioners and patients: Care, social support and diagnostic disclosure	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
111	Dementia neuropsychiatric symptom severity, help-seeking patterns, and family caregiver unmet needs in the Sacramento Area Latino Study on Aging (SALSA)	2006	Article sur la démence hors aidants familiaux
117	Vision for the future. Role of family doctors in public and population health	2005	Format hors article original
118	Dementia: Update for the primary care physician	2005	Format hors article original
119	Alzheimer disease: Update on diagnosis and treatment	2005	Article sur la prise en charge des déments hors aidants familiaux
120	Caregivers of patients with Alzheimer's disease: A population at risk	2005	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
121	Alzheimer Scotland guide praised	2004	Format hors article original
123	Behaviors and concepts	2004	Format hors article original
127	A 'shared care' model for people with dementia	2004	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
128	DCM training: Three or five day courses?	2004	Article sur la démence

129	Assessment prior to institutional care: Time to move past the Support Needs Assessment Form (SNAF)	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
130	A drop in the ocean	2004	Article sur la démence hors aidants familiaux
131	GP referral project is already bearing fruit	2003	Article hors soins primaires et médecine générale
132	Family carer's responses to behavioural and psychological symptoms of dementia	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
134	Cooking up a problem in the kitchen	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
135	Response to the Romanow Report: The Canadian Geriatrics Society	2003	Article hors démence
136	The case for specialist home care for people with dementia	2003	Article sur la prise en charge des déments hors aidants familiaux
137	The Best of JGIM in 2003	2003	Format hors article original
138	Chatter matters - Advice on communication for carers	2003	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
139	Care monitoring must itself be monitored	2003	Article sur la démence hors aidants familiaux
140	'You say you deliver person-centred care? Prove it!'	2003	Article hors démence
141	Which way is home?	2002	Article sur la démence hors aidants familiaux
143	Early-stage dementia: Towards better services	2001	Format hors article original
144	Looking after well-being: A community perspective	2001	Article sur la démence hors aidants familiaux
145	Pioneers' progress	2001	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
147	Breaking down the walls of silence: The development of an integrated care pathway for dementia	2001	Article sur la démence hors aidants familiaux
148	Across the gaps in primary care	2001	Format hors article original
149	IAG World Congress is showcase for research	2001	Format hors article original

150	Dementia doesn't discriminate		2001	Format hors article original
151	Sugaring the pill-taking		2001	Format hors article original
154	AMA's dementia guide gives physicians practical advice		2000	Format hors article original
156	Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care: Towards an educational strategy		2000	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
160	Treatment of the memory-disturbed elderly in primary care		1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
161	The effects of family communication patterns during middle-phase Alzheimer's disease		1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
162	A preliminary study of the effects of early intervention with people with dementia and their families in a memory clinic		1998	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
164	Practical management of the patient with Alzheimer's disease		1997	Article sur la prise en charge des déments hors aidants familiaux
166	Caring in the community-the informal carers: The Albert Wander Lecture		1995	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
Cochrane				
10	Case/care management approaches to home support for people with dementia		2010	Format hors article original
14	Snoezelen for dementia		2009	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants familiaux
17	Physical activity programs for persons with dementia		2008	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants familiaux
18	Smart home technologies for health and social care support		2008	Article hors démence
20	Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke		2008	Article sur la prise en charge de la démence hors aidants familiaux
21	Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment		2006	Format hors article original
22	Support for carers of people with Alzheimer's type dementia		2005	Format hors article original

BDSP

3	Les "aidants naturels" du patient atteint de maladie d'Alzheimer. Le médecin généraliste peut-il les aider ? Brève revue de la littérature.	2010	Article sur la démence hors aides aux aidants familiaux
18	Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer. - Cinquième colloque d'étude clinique du langage en gériatrie.	1997	Format hors article original
25	Maladie d'Alzheimer. Troisième partie : la famille.	2007	Article sur le diagnostic de démence
26	Characteristics of the GPCOG - a screening tool for cognitive impairment.	2004	Article sur le diagnostic de démence

Tableau 3
Exclusion par la lecture intégrale des articles

Numéro	Titre	Année	Raison de l'exclusion sur la lecture intégrale
	MEDLINE		
-2	Proactive primary care of carers of people with cognitive impairment: a feasibility study.	2012	Intervention
-1	Developing memory clinics in primary care: an evidence-based interprofessional program of continuing professional development.	2013	Moyens de mesure
16	Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice.	2012	Intervention
17	A qualitative study into the use of formal services for dementia by carers from culturally and linguistically diverse (CALD) communities.	2012	Intervention
21	Developing an educational intervention on dementia diagnosis and management in primary care for the EVIDEM-ED trial.	2012	Intervention
27	Alzheimer's disease multiple intervention trial (ADMIT): study protocol for a randomized controlled clinical trial.	2012	Intervention
31	Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial.	2012	Intervention
36	Dementia: commissioning for quality.	2012	Intervention
38	A dementia care management intervention: which components improve quality?	2012	Intervention
45	Negative caregiving effects among caregivers of veterans with dementia.	2012	Intervention
49	Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement.	2011	Intervention
55	Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia.	2011	Intervention
60	Collaborative project to co-ordinate care for patients with dementia.	2011	Intervention
61	Caregiver care.	2011	Intervention
66	Translation of a dementia caregiver support program in a health care system--REACH VA.C50	2011	Type d'étude

67	Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial.	2011	Intervention
71	Implementing innovative models of dementia care: The Healthy Aging Brain Center.	2011	Population
72	Partners in dementia care: a care coordination intervention for individuals with dementia and their family caregivers.	2011	Population
79	Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients--results of a controlled cluster-randomized study.	2010	Population
82	Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic.	2010	Type d'étude
86	Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol.	2010	Intervention
87	Profile and management of patients at a memory clinic.	2010	Intervention
96	The art of sharing the diagnosis and management of Alzheimer's disease with patients and caregivers: recommendations of an expert consensus panel.	2010	Intervention
102	Counsellors contact dementia caregivers--predictors of utilisation in a longitudinal study.	2010	Résultats
104	Assessing care of vulnerable elders--Alzheimer's disease: a pilot study of a practice redesign intervention to improve the quality of dementia care.	2010	Population
105	Development and validation of quality indicators for dementia diagnosis and management in a primary care setting	2010	Intervention
107	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).	2010	Intervention
108	The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper.	2010	Intervention
111	Dementia care: linear links and networks.	2009	Intervention
116	Closing the dementia care gap: Can referral to Alzheimer's Association chapters help?	2009	Intervention
134	Remember me.	2009	Intervention
142	What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review.	2009	Type d'étude
144	The dementia caregiver--a primary care approach.	2008	Format hors étude
155	Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers.	2008	Intervention
158	Social care interface in early-stage dementia: practitioners' perspectives on the links between formal and informal networks.	2008	Intervention

162	Determining care management activities associated with mastery and relationship strain for dementia caregivers.	2008	Intervention
169	are coordination for cognitively impaired older adults and their caregivers.	2007	Intervention
172	Patients with dementia and their carers.	2006	Intervention
189	What real outcomes matter to caregivers?	2007	Population
199	Summaries for patients. Can a coordinated system of care improve the quality of care for people with dementia?	2006	Format hors étude
200	Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial.	2006	Population
218	Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care.	2006	Population
222	[Alzheimer's disease in Medline].	2005	Format hors étude
223	[Managing Alzheimer's disease: global care and support program].	2005	Format hors étude
224	(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 [ISCRTN83135728].	2005	Population
227	The art of managing dementia in the elderly.	2005	Population
228	Counteracting fragmentation in the care of people with moderate and severe dementia.	2005	Intervention
230	Dementia care: critical interactions among primary care physicians, patients and caregivers.	2005	Format hors étude
238	[Patients with severe dementia living at home].	2005	Format hors étude
241	Managing the patient with dementia in primary care.	2005	Population
245	Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program.	2004	Intervention
247	Cognitively impaired older adults: from hospital to home.	2005	Population
250	Diagnosis and management of dementia in general practice.	2004	Population
257	The debate on ethnicity and dementia: from category fallacy to person-centred care?	2004	Population
258	Interventions to improve quality of care: the Kaiser Permanente-alzheimer's Association Dementia Care Project.	2004	Intervention
259	Development and implementation of nonpharmacologic protocols for the management of patients with Alzheimer's disease and their families in a multiracial primary care setting.	2004	Résultats
261	General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia.	2004	Intervention
270	Driving mister dement. A primary care toolbox to evaluate older drivers.	2003	Format hors étude

271	Testing Twigg and Atkin's typology of caring: a study of primary care professionals' perceptions of dementia care using a modified focus group method.	2003	Intervention
275	Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study.	2003	Qualité méthodologique
278	General practitioners' and nurses' perceived roles, attitudes and stressors in the management of people with dementia.	1999	Moyens de mesure
281	El Portal Latino Alzheimer's Project: model program for Latino caregivers of Alzheimer's disease-affected people.	2003	Population
283	Management of Alzheimer's disease.	2003	Moyens de mesure
287	Who cares for the carer? The often forgotten patient.	2002	Moyens de mesure
288	How physicians approach advance care planning in patients with mild to moderate Alzheimer's disease.	2002	Intervention
290	Improving care for ethnic minority elderly and their family caregivers across the spectrum of dementia severity.	2002	Format hors étude
293	Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services.	2002	Moyens de mesure
296	What constitutes good care for people with dementia?	2001	Intervention
300	The benefits of abilities-focused morning care for residents with dementia and their caregivers.	2000	Intervention
301	More than just drips, drains and dressings.	2000	Intervention
302	Dementia and ethics: the views of informal carers.	2002	Intervention
303	Continuum of care for Alzheimer's disease: a nurse education and counseling program.	2001	Population
307	Improving dementia care through community linkages: a multi-site demonstration project.	2001	Population
312	Caregiver and clinician communication.	2001	Format hors étude
317	Dementia caregiving: the role of the primary care physician.	2001	Population
321	Caring for caregivers.	2000	Intervention
322	Managed care decisions in Alzheimer's disease.	2000	Intervention
325	General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles.	2000	Population
329	Barriers to community support for the dementia carer: a qualitative study.	2000	Intervention
334	Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers.	1999	Résultats
336	Diagnosis and management of Alzheimer disease.	1999	Population

337	Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure.	1999	Intervention
339	Dementia. Part 2: Person-centred assessment.	1999	Population
344	Alzheimer's disease. Social and economic challenge for Y2K.	1999	Format hors étude
351	North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia.	1998	Intervention
348	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.	1999	Format hors étude
354	CANDID--Counselling and Diagnosis in Dementia: a national telemedicine service supporting the care of younger patients with dementia.	1998	Intervention
371	Alzheimer's disease patients and their caregivers: medical care issues for the primary care physician.	1996	Intervention
372	Responding to Alzheimer's.	1995	Format hors étude
373	Implications for nursing of the Alzheimer's Disease Society report.	1995	Intervention
375	Problems of caregiving spouses of patients with dementia.	1995	Intervention
380	A primary care checklist for effective family management.	1994	Format hors étude
383	[The generalist physician caring for the family of a dementia patient].	1994	Intervention
398	A survey of dementia carers: doctors' communications, problem behaviours and institutional care.	1990	Intervention
403	Helping carers to cope.	1987	Population
407	Management of the patient and family coping with dementing illness.	1981	Population
	EMBASE		
4	Adapting dementia guidelines for primary care settings: The primary care-dementia assessment and treatment algorithm (PC-DATA)	2013	Format hors étude
14	Redesigning health care for dementia: From wish through policy to practice	2013	Format hors étude
19	Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population	2012	Intervention
21	Improving dementia care in the primary care setting	2012	Format hors étude
23	Implementing an evidence-based caregiver intervention within an integrated healthcare system	2012	Population
27	Health care experiences of persons with dementia and their caregivers: A meta-ethnography of qualitative studies	2012	Format hors étude
30	Transition coaching to reduce hospitalization and emergency department use	2012	Format hors étude
33	Improving the system of care for older adults with dementia: Building capacity at the primary care level	2012	Format hors étude

	Rural dementia action research (radar) team: Report on a community-based primary health care team grant planning session	2012	Format hors étude
36			
40	Burden of dementia in Europe	2012	Format hors étude
43	Interventions to promote well-being for people with dementia and their family caregivers	2012	Format hors étude
44	Evaluation of the outcomes of COACH: A collaborative care model for patients with dementia	2012	Format hors étude
50	How should we structure care for Alzheimer patients?	2012	Format hors étude
56	Qol in primary care of elderly mentally ill and their caregivers' well-being	2011	Format hors étude
65	Cognitive-behavioral treatment for mild Alzheimer's patients and their caregivers (CBTAC): A case study of a comprehensive treatment approach	2011	Format hors étude
68	Dementia care management: Who should provide it?	2011	Format hors étude
80	The art of sharing the diagnosis and management of Alzheimer's disease with patients and caregivers: Recommendations of an expert consensus panel	2010	Intervention
106	The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized, controlled trial	2006	Résultats
116	Barriers to the provision of care for people with dementia and their carers in a rural community	2005	Intervention
124	Managing Alzheimer's disease the role of the GP	2004	Format hors étude
126	Dementia and Alzheimer's disease - Part 2: Standards of care for patients and caregivers	2004	Population
146	The practicing physician education project: A tool kit for dementia	2001	Population
155	The findings of an expert group on Alzheimer's disease	2000	Population
159	Co-ordinated care for older people with dementia	1999	Moyens de mesure
163	Caregiver and physician perspectives of medical encounters involving dementia patients	1998	Population
167	Primary care physicians' diagnostic, management, and referral practices for older persons and families affected by dementia	1995	Intervention
168	Dementia sufferers living at home	1994	Intervention
	BSDP		
1	La relation d'aide face au syndrome démentiel.	2011	Intervention
7	Maladie d'Alzheimer : 5 protagonistes en quête d'identité. Le médecin généraliste. (5e partie).	2007	Intervention
11	Rôles du médecin de famille vis à vis des aidants familiaux des malades âgés déments.	2001	Type d'étude

13	Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge au long cours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.	2001	Intervention
17	Prise en charge des patients et des familles.	1999	Intervention
20	Helping families cope with Alzheimer's disease : the physician's role.	1986	Type d'étude
23	Éducation thérapeutique des aidants de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Rôle du médecin généraliste.	2011	Population

Tableau 4

Tableau des résultats des articles inclus

Article	Titre	Auteur Année Lieu d'étude	Type étude Objectif sur l'aidant	Durée de l'intervention	Population cible Population effective	Critères de jugement Moyen de mesure	Résultats	Score de Jadad	Place du MG
[19 Med]	Dementia care in the general practice setting: a cluster randomized trial on the effectiveness and cost impact of three management strategies.	Menn P 2012 Allemagne	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) Objectif secondaire : l'effet de l'intervention sur le fardeau de l'aidant.	2 et 4 ans	109 D-A (groupe B) 110 D-A (groupe C) 171 D-A (groupe A contrôle) 220 MG puis INF	- Fardeau des aidants: BSFC	- 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 BFSC p=0,78	3 / 5	-Recrutement - Intervention -Prise en charge continu
[26 Med]	Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY).	Waldorff FB 2012 Danemark	Essai contrôlé randomisé multicentrique en aveugle -intervention d'éducation, de conseil et de soutien -Contrôle: soins habituels Objectif secondaire : évaluer la dépression et la qualité de vie de l'aidant.	6 et 12 mois	163 D-A (Intervention) 167 D-A (Contrôle) "counselors"-MG si besoin	-Dépression de l'aidant: GDS -Qualité de vie de l'aidant: EQ-VAS	-EQ-VAS à 6 mois: discrète amélioration dans le groupe intervention -Pas amélioration du GDS à 6 et 12 mois -Pas de différence significative entre les 2 pour les résultats sur l'aidant car P>0,001 (P=0,06)	5/5	-Prise en charge en urgence si besoin
[69 Med]	Caring for dementia carers: the role of general practitioners in Ireland.	O'Connor C 2011	Revue de littérature Objectif : évaluer le rôle du Médecin Généraliste pour les aidants familiaux de patients déments en Irlande				Plusieurs interventions ont un effet positif sur la santé de l'aidant -Satisfaction des aidants 50% sur la prise en charge de leur MG		-Non défini

[113 Med]	Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management.	Robinson L 2010	Revue de littérature Objectif : évaluer le rôle des médecins de premiers recours dans la prise en charge des déments et aidants vivant à domicile.	Plusieurs programmes permettent une amélioration sur la santé physique et mentale des aidants et un recul du taux de fardeau: programme d'éducation multi- composantes	-Non défini	
[132 Med]	Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians.	Fortinsky RH 2009 Etats-Unis	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	-Le fardeau des aidants: ZARIT en 22 items -Les symptômes de dépression des aidants: "CES-D", 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 ; Zarit 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	4/5 -Recrutement -Prise en charge continu

[214 Med]	Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial	Callahan CM :2006 Etats-Unis	Essai randomisé contrôlé en double aveugle Intervention : Consultations collaboratives Contrôle: soins habituels Objectif secondaire : effet sur la dépression et le stress des l'aidant d'une intervention de soins collaboratifs	1 an	84 D-A (Intervention) 69 D-A (contrôle) MG-INF	4/5	-Amélioration du stress à 12 mois des aidants (p=0,03) mais pas à 18 mois avec le score NPI (p=0,33) -Amélioration dans la dépression de santé des aidants à 18 mois (p=0,02) -Résultats significatifs dans le groupe intervention pour les aidants	-Recrutement -Intervention -Prise en charge en urgence si besoin
-----------	--	---------------------------------	---	------	--	-----	---	--

A aidants

D déments

MG médecin généraliste

INF infirmière

Counselors: "conseillers" pas d'équivalent en France

BFC: Burden Scale for Family Caregivers

GDS: Geriatric Depression Scale score

EQ-VAS: EQ-5D adapté à l'aidant 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.

L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique s'intègre dans la mesure n°3 du Plan Alzheimer 2008-2012 : « Amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels » et s'inscrit dans la continuité des travaux de la HAS portant sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Le demandeur est la Direction de la sécurité sociale.

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 concernées

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.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 programmée². 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

¹ D'après la Charte européenne de l'aidant familial. 2009. Coface Bruxelles.

² Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Mars 2008.

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 épuisement, de trouble(s) anxieux et/ou dépressif(s), de trouble(s) du sommeil, etc.) ;
- son état nutritionnel (le médecin généraliste pourra utiliser une feuille de suivi alimentaire, en population gériatrique 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 gériatrique de dépression (GDS),
 - ❖ du fardeau de l'aidant, notamment le mini-Zarit,
 - ❖ du niveau d'autonomie, notamment l'IADL.

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 communal d'action sociale, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, centres locaux d'information et de coordination, réseau gérontologique, 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.³

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)

("caregivers"[MH] OR ("caregiver"[TIAB] OR "caregivers"[TIAB] OR "carer"[TIAB] OR "care giver"[TIAB] OR "care givers"[TIAB] OR "caregivers"[TIAB] OR "caregiver"[TIAB] OR "spouse caregiver"[TIAB] OR "family caregiver"[TIAB] OR "carers"[TIAB] OR "spouse caregivers"[TIAB] OR ";caregiver"[TIAB] OR "family caregivers"[TIAB] OR (caregivers[tiab] OR caregivers/controls[tiab] OR caregivers/elderly[tiab] OR caregivers/families[tiab] OR caregivers/family[tiab] OR caregivers/fathers[tiab] OR caregivers/friends[tiab] OR caregivers/health[tiab] OR caregivers/nurses[tiab] OR caregivers/p[tiab] OR caregivers/parents[tiab] OR caregivers/partners[tiab] OR caregivers/patient[tiab] OR caregivers/patients[tiab] OR caregivers/providers[tiab] OR caregivers/recipients[tiab] OR caregivers/relatives[tiab] OR caregivers/students[tiab] OR caregivers/teachers[tiab] OR caregivers/unstable[tiab] OR caregivers/youth[tiab] OR caregivers'[tiab] OR caregivers'anxiety[tiab] OR caregivers'burden[tiab] OR caregivers'coping[tiab] OR caregivers'efforts[tiab] OR caregivers'interest[tiab] OR caregivers'perception[tiab] OR caregivers'perceptions[tiab] OR caregivers'perseverance[tiab] OR caregivers'practice[tiab] OR caregivers's[tiab] OR caregivers'status[tiab] OR caregivership[tiab] OR caregiversof[tiab] OR caregiverss[tiab])) AND ("dementia"[MH] OR "familial dementias"[TIAB] OR "amentia"[TIAB] OR "dementia"[TIAB] OR "dementias"[TIAB] OR "dementia aggravated"[TIAB] OR "amentias"[TIAB] OR "skin and appendages disorders"[TIAB] OR "senescence"[TIAB] OR "dementia nos"[TIAB] OR "dementia acquired"[TIAB] OR "unspecified dementia"[TIAB] OR "mental deterioration"[TIAB] OR "familial dementia"[TIAB] OR (alzheimer[tiab] OR alzheimer/dementia[tiab] OR alzheimer/other[tiab] OR alzheimer/vad[tiab] OR alzheimer/vascular[tiab] OR alzheimer'[tiab] OR alzheimer'disease[tiab] OR alzheimer's[tiab] OR alzheimer's/apo[tiab] OR alzheimer's/dementia[tiab] OR alzheimer's/multiple[tiab] OR alzheimer's/old/young[tiab] OR alzheimer's/parkinson's[tiab] OR alzheimer's/vascular[tiab] OR alzheimer's'[tiab] OR alzheimer'ss[tiab] OR alzheimerian[tiab] OR alzheimeric[tiab] OR alzheimeris[tiab] OR alzheimerism[tiab] OR alzheimerization[tiab] OR alzheimerized[tiab] OR alzheimerns[tiab] OR alzheimerology's[tiab] OR alzheimeros[tiab] OR alzheimerpatienten[tiab] OR alzheimerrelated[tiab] OR alzheimererrs[tiab] OR alheimers[tiab] OR alheimers'[tiab] OR alheimers's[tiab] OR alheimertyme[tiab] OR alheimertype[tiab] OR alheimervalidation[tiab])))) AND ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR primary care[tiab] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "general practitioners"[MH] OR "general practice physicians"[TIAB] OR "general practice physician"[TIAB] OR "general practitioners"[TIAB] OR "general practitioner"[TIAB] OR "general practice"[MeSH Terms] OR General practice[tiab])

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 :

Résultats de l'intervention	Score utilisé

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 _____



PRISMA 2009 Checklist

ANNEXE 6

Check-list de Prisma

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe 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.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2), for each meta-analysis.	



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	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.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	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.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	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).	
Limitations	25	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).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

ANNEXE 7

NPI (Inventaire Neuropsychiatrique)(1)

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, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

<p>GRAVITÉ : Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l'échelle suivante :</p> <p>1. Léger : changement peu perturbant 2. Moyen : changement plus perturbant 3. Important : changement très perturbant</p>	<p>RETENTISSEMENT : 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 :</p> <p>0. Pas du tout 1. Minimum 2. Légèrement 3. Modérément 4. Sévèrement 5. Très sévèrement, extrêmement</p>
---	--

RÉCAPITULATIF

Nom du patient :

Âge :

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/prodiges des soins quotidiens

X proche/s'occupe souvent du patient

X pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

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

NPI-R : Questionnaire version réduite/traduction française PHRobert- 2000.

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)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
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	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, TOTAL:
please refer to accompanying scoring card).

Interpretation of Total Score

Total Score	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression

ANNEXE 9

Echelle du fardeau BSFC(3)

Caregiver Burden Scale

Caregiver's name: _____ Date: _____

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.

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

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."

Adapted with permission from Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-55.

ANNEXE 10

Echelle de dépression CES-D (4)

Patient Name: _____

Date: _____

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.

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

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.

Citation: Radloff LS: The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1:385-401, 1977.

ANNEXE 11

Echelle de fardeau de ZARIT(5)

Echelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.	
Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.	
Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.	
Cotation :	
0 = jamais	
1 = rarement	
2 = quelquefois	
3 = assez souvent	
4 = presque toujours	
À quelle fréquence vous arrive-t-il de...	
Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4
La revue du Geriatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001	

ANNEXE 12

Check-list de Hopkins(6)

Hopkins Symptom Checklist

Name _____ Date _____

Location _____ 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 one of the four boxes to the right 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

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

HOW MUCH ARE YOU BOTHERED BY:	1 Not At All	2 A Little Bit	3 Quite A Bit	4 Extremely
19. Poor appetite				
20. Crying easily				
21. Feeling shy or uneasy with the opposite sex				
22. A feeling of being trapped or caught				
23. Suddenly scared for no reason				
24. Temper outbursts you could not control				
25. Constipation				
26. Blaming yourself for things				
27. Pains in the lower part of your back				
28. Feeling blocked in getting things done				
29. Feeling lonely				
30. Feeling blue				
31. Worrying too much about things				
32. Feeling no interest in things				
33. Feeling fearful				
34. Your feelings being easily hurt				
35. Having to ask others what you should do				
36. Feeling others do not understand you or are unsympathetic				
37. Feeling that people are unfriendly or dislike you				
38. Having to do things very slowly to insure correctness				
39. Heart pounding or racing				
40. Nausea or upset stomach				
41. Feeling inferior to others				
42. Soreness of your muscles				
43. Loose bowel movements				
44. Trouble falling asleep				
45. Having to check and double check what you do				
46. Difficulty making decisions				
47. Wanting to be alone				
48. Trouble getting your breath				
49. Hot or cold spells				
50. Having to avoid certain things, places or activities because they frighten you				
51. Your mind going blank				
52. Numbness or tingling in parts of your body				
53. A lump in your throat				
54. Feeling hopeless about the future				
55. Trouble concentrating				
56. Feeling weak in parts of your body				
57. Feeling tense or keyed up				
58. Heavy feelings in your arms or legs				

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)

NOM :

Prénom :

Date :

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 - Désespérez-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 - Eprenez-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(9)

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 self-care

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

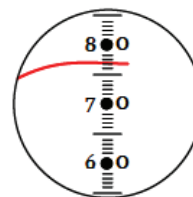
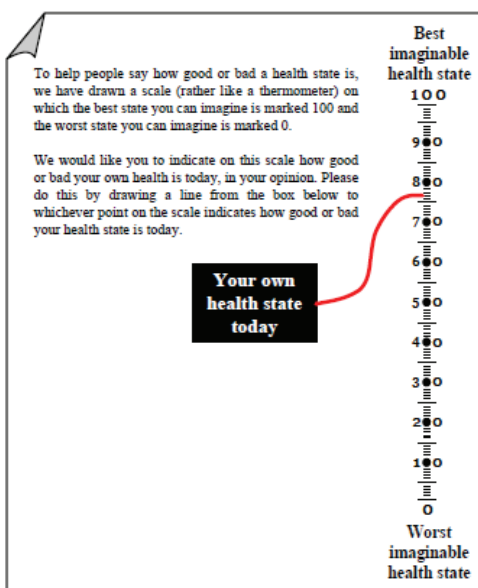
Levels of perceived problems are coded as follows:

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

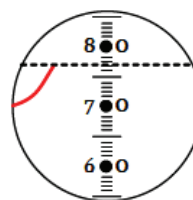
NB: There should be only one response for each dimension.

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

1. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. déc 1994;44(12):2308-2314.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. sept 2001;16(9):606-613.
3. Gräsel E, Chiu T, Oliver R. Development and Validation of the Burden Scale for Family Caregivers. *Tor Ont Can COTA Compr Rehabil Ment Heal Serv*. 2003;
4. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
5. Zarit SH, Zarit KE. The Memory and Behavior Problems Checklist. *Pa State Univ Univ Park PA*. 1987;
6. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. janv 1974;19(1):1-15.
7. Fortinsky RH, Kercher K, Burant CJ. Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging Ment Health*. mai 2002;6(2):153-160.
8. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
9. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Heal Policy Amst Neth*. déc 1990;16(3):199-208.

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 BDSF (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

RESUME

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 :

Banques de données Medline (PubMed), Cochrane, Embase et Banque de Données en Santé Publique (BDSP) avec les mots clés « dementia », « caregiver », « family physician » ou « general practitioner » et « primary care ».

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 :

Quatre essais contrôlés randomisés et deux revues de la littérature ont été inclus. Les interventions visant à améliorer la santé des aidants étaient exclusivement psycho-socio-éducatives. Le médecin généraliste intervenait directement dans 2 essais et indirectement dans 2 essais. Il intervenait dans les 4 essais en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Un seul essai faisait intervenir directement le médecin généraliste et retrouvait une amélioration significative du stress et des symptômes de dépression des aidants. Deux revues exploraient le rôle du médecin généraliste, et proposaient différents modèles de prise en charge de la santé des aidants.

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