



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE AMBULATOIRE ET ERGOTHÉRAPIE

La psycho-éducation dans la maladie d'Alzheimer

Psycho-educational interventions in Alzheimer's disease

C. Dumont^{1,*}, V. Asthana, A. Meziani,
H. Rouvière, A. Miceli

*Service de gériatrie et clinique de la mémoire, grand hôpital de Charleroi, rue Trieu Kaisin
134, 6061 Montignies-sur-Sambre, Hainaut, Belgique*

MOTS CLÉS

Maladie d'Alzheimer ;
Démence ;
Psycho-éducation ;
Aidant ;
Sujet âgé

Résumé La maladie d'Alzheimer et les autres pathologies démentielles évoluent souvent progressivement vers un déclin cognitif et une perte d'autonomie délétères pour le patient. Même si le malade reste au centre de nos préoccupations, on oublie trop souvent l'impact de cette maladie auprès des proches et surtout de l'aidant formel ou informel. Ce dernier, dès l'annonce du diagnostic, reste démuné d'informations à propos de la maladie, de son histoire naturelle et des complications notamment de type psycho-comportementales. Fait regrettable surtout que, parmi les approches proposées, l'éducation des familles est sans doute parmi les plus efficaces. La psycho-éducation permet, par l'information pratique qu'elle apporte, de diminuer notamment les troubles du comportement du malade. Offrant de meilleurs outils à une communication optimisée avec son proche, l'aidant pourra apaiser sa charge émotionnelle et alléger le fardeau ressenti. La psycho-éducation reste donc une arme très intéressante dans l'arsenal thérapeutique de tout soignant s'occupant de patients atteints d'Alzheimer.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Alzheimer's disease;
Dementia;

Summary Alzheimer's disease and the other dementias often evolve gradually towards cognitive decline and loss of autonomy, deleterious to the patient. Although the patient remains the centre of our concerns, we all too often forget the impact of this illness on the family

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dumontchristophe@mac.com (C. Dumont).

¹ <http://www.cliniquememoire.be>.

Psycho-education;
Caregiver;
Elderly

and especially on the formal or informal caregivers. At the announcement of the diagnosis, the caregiver may not receive adequate information about the illness, its natural history and the possible complications, particularly of the psycho-behavioural type. This is regrettable because amongst the proposed therapeutic approaches, psycho-education for the family is probably the most effective. In particular, psycho-education, by the practical information it provides to the caregiver, enables behavioural disorders in the patient to be reduced. It provides the caregiver with better tools to improve communication with his or her relative, which can help to reduce the emotional pressure and perceived burden. Psycho-education is thus a very valuable element in the therapeutic arsenal of anyone caring for Alzheimer patients.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative progressive engendrant chez le patient une altération de ses facultés cognitives et de son autonomie. En dehors de ces particularités cognitives, apparaissent, chez la plupart d'entre eux, des problèmes psycho-comportementaux. Il est aisé de comprendre qu'au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie, le malade nécessitera un accompagnement de plus en plus complexe. Cette assistance se résume souvent au concours d'un aidant qui reste démuné face à une pathologie nouvelle pour lui. Il se retrouve dès lors aussi perdu pour assister la personne à laquelle il tient. Ces proches aidants sont souvent trop peu conseillés par les professionnels experts et restent donc livrés à leur propre expérience, pauvre en ce domaine. Même si la bienveillance est une base indiscutable d'une relation malade-aidant-corps médical, l'expérience nous montre que quelques conseils ou échanges ponctuels lors de rencontres s'avèrent peu porteurs pour une prise en charge optimale. En dehors de ces aidants, les soignants de premières lignes, certes professionnels, commencent seulement à compléter leur expérience par des formations spécifiques. Les experts savent que la simple empathie et « l'instinct » du professionnel de santé ne suffisent pas à résoudre de nombreux problèmes notamment de type psycho-comportementaux. Parmi les nombreuses approches proposées, l'éducation ou plus précisément la psycho-éducation serait parmi les plus efficaces [1]. Cette approche amène un certain nombre de questions : comment définir la psycho-éducation ? Quand la débiter ? Pour qui ? Est-elle vraiment efficace ? Autant de questions pour lesquelles nous proposons des pistes de réponses.

Comment définir la psycho-éducation ?

La psycho-éducation des aidants regroupe différentes interventions parfois très hétérogènes recouvrant un vaste champ d'actions. Une première démarche est d'informer l'aidant sur la maladie pour mieux comprendre les symptômes, voire les réactions du malade. D'autres programmes s'appuient sur un support psychosocial des différentes aides existantes et les moments opportuns pour les utiliser. Certaines méthodes tentent d'optimiser les réactions parfois inappropriées de l'aidant face au malade. D'autres programmes sont aussi mis en place : approfondir les méthodes de contrôle du stress, proposer une organisation différente à

la gestion de la charge de travail, positiver le sentiment de satisfaction. Ces interventions aux visages multiples sont souvent plus efficaces qu'une seule intervention. De plus, elles visent un même et unique but : optimiser la réaction et l'interaction de l'aidant face au malade. Concrètement, la plupart des centres notamment belges proposant ce type de prise en charge s'organisent souvent autour d'un schéma assez semblable.

Entre 6 et 12 séances sont mises en place à l'intention des aidants. L'équipe de formateurs peut comprendre divers intervenants autres que le médecin : (neuro)psychologue, ergothérapeute, infirmière référente en démence. Afin de ne pas épuiser le formateur et d'optimiser les rencontres, il est préférable d'engager la participation des proches sous forme de groupe de 12 personnes au maximum. L'approche de la psycho-éducation peut se diviser en trois volets (Tableau 1) [2].

Le premier consiste en une formation théorique de la maladie en expliquant une série d'informations claires et accessibles avec une base scientifique solide. Un support écrit est préférable et permet de consolider l'apprentissage progressif de l'aidant. L'apport théorique doit englober la maladie mais aussi ce qui tourne autour de celle-ci (nutrition, autonomie, social...) par une approche pluridisciplinaire. Le deuxième volet développe une partie plus pratique en utilisant des exercices sous forme de jeux de rôle explorant diverses situations rencontrées en pratique clinique. Elle tente de mettre l'aidant à la place du malade pour une meilleure compréhension de la logique ou du ressenti du patient. Elle permet au proche de mieux déceler l'éventuelle angoisse des différents troubles (mnésique, phasique ou gnosique...). Ce type de séance encourage des échanges entre participants permettant de soulager le fardeau et d'améliorer le bien-être. Enfin, le dernier volet consiste à mettre en situation l'aidant face au malade et à corriger des interactions inadéquates ou non désirables à l'aide de stratégies spécifiques. L'aidant pourra développer ses capacités préventives en anticipant un problème conduisant aux troubles comportementaux. L'objectif principal de ce type de formation est d'apporter aux aidants les outils indispensables pour favoriser la meilleure interaction possible avec le malade. On comprend aisément que d'autres bénéfices secondaires se dégagent comme l'amélioration des contacts sociaux entre participants ou leur bien-être personnel.

Tableau 1 Programme « type » de psycho-éducation^a.

Actions	Principes
Formation théorique	Informations claires et scientifiques accessibles sur la maladie Supports écrits pour consolider l'apprentissage Formation à propos de la maladie et de tout ce qui la concerne (nutrition, autonomie, social...)
Formation psychologique	Mettre l'aidant à la place du malade Jeux de rôle et exercice : mieux ressentir ce que le patient vit ou a déjà vécu
Formation comportementale	Expérience partagée par l'effet de « groupe » Former l'aidant à mieux réagir Exercices pratiques, analyse de situations proche-malade Aider avec des stratégies lors de crises Prévention d'état de crises Aide à l'examen des déficits mais aussi du potentiel du malade

^a tableau établi à partir de l'expérience pratique belge [2].

La psycho-éducation est-elle efficace ?

Durant ces dernières années, plusieurs études (Tableau 2) [1] ont valorisé ce type de prise en charge chez l'aidant ou les proches du malade. Eloniemi et al. [12], en 2001, ont proposé un suivi sur deux ans à fréquence variable (soutien, recommandations, visites à domicile et disponibilité téléphonique) et ont retardé le moment de l'institutionnalisation. Logsdon et al. [16], en 2005, ont organisé 8 sessions personnalisées suivies de 4 mois de soutien téléphonique en renforçant l'apprentissage de modification du comportement face à certaines situations que présentait le malade. Ils ont montré, alors que le déclin du patient persistait, une diminution des troubles du comportement, un allègement du fardeau de l'aidant et des signes dépressifs associés et enfin une amélioration du sentiment de compétence associée à une meilleure qualité de vie.

Mittelman et al. [17], en 2006, avec 6 sessions individuelles ou familiales (groupes de soutien émotionnel et éducatif selon les besoins) ont retardé de plus de 500 jours en moyenne l'institutionnalisation, tout en majorant la satisfaction de l'aidant. Mariott et al. [8], en 2000, ont proposé 14 séances en groupe comportant de l'éducation centrée sur des stratégies que doit adopter l'aidant face à diverses réactions de la personne démente. Ils insistent sur une meilleure gestion du stress et sur la distribution de conseils divers. Ils ont ainsi démontré une diminution du fardeau des aidants (surtout au niveau du sentiment de détresse ou de dépression) et des troubles comportementaux des malades. Hébert et al. [13], en 2003, en 15 séances de groupe d'une durée de 2 heures (identification et évaluation de situations spécifiques, sélection de stratégies appropriées et mise en situation de problématiques individuelles) ont montré une réduction de la fréquence des troubles du comportement des patients en diminuant les réactions inadéquates des proches. Enfin, Hepburn et al. [18] en moins de temps (6 séances de 2 h) se sont concentrés sur l'information et la connaissance de la maladie ainsi que sur des exercices complets (évaluation et adaptation). Cette plus courte expérience a montré, chez l'aidant, une réduction du fardeau, de la dépression et des réactions

inadéquates aux comportements du patient. Ces différentes études rapportent les bénéfices secondaires à ce type de prise en charge. Il serait donc logique de proposer un programme dédié aux aidants des malades en complément aux traitements spécifiques prescrits aux patients.

En ce qui concerne la psycho-éducation des professionnels de santé, les études restent plus mitigées. La formation du personnel soignant consiste essentiellement en un programme de soutien pour une prise en charge la plus adéquate possible. Elle concerne donc surtout les personnes travaillant en institution et vise à produire un effet sur les résidents en limitant l'usage de contentions physiques.

Nourhashemi et al. [19], en 2010, ont mis en place sur une durée de 6 mois des fiches de conseils à l'attention des soignants à domicile. Après une évaluation à un an et deux ans, le groupe de patients bénéficiant des services de soignants recevant les fiches présentait une perte d'autonomie identique sans impact sur le délai d'institutionnalisation par rapport aux malades du groupe contrôle. La cause du placement des patients du groupe « intervention » était surtout liée à l'épuisement de l'aidant tandis que dans le groupe contrôle les raisons venaient de l'état de santé du malade.

Peltfolk et al. [20], en 2010, ont développé des séances d'éducation sous forme de vidéo avec 6 périodes de 30 minutes à l'intention du personnel soignant en institution. Au niveau des soignants, ils ont montré une diminution de l'utilisation de la contention et une amélioration de l'impression d'une meilleure connaissance sur la démence. Les malades, quant à eux, amélioraient leur état cognitif et ne chutaient pas plus malgré une réduction de contention. Cette étude est encourageante mais d'autres analyses restent indispensables afin d'évaluer l'impact de tels programmes sur les comportements, la communication ou encore l'autonomie des malades.

Récemment, en 2015, Jensen et al. [15] ont revu la littérature afin de déterminer l'impact des programmes éducatifs sur les aidants s'occupant de patients souffrant de démence. Cette méta-analyse a montré un effet modéré sur le fardeau et faible sur la dépression de l'aidant principal. Il n'était pas clair, par contre, que ces programmes

Tableau 2 Études d'efficacité de la psycho-éducation chez les aidants [1].

Auteur	Rando- misation	Comparaison de groupe	Type de prise en charge	Effets	Niveau d'EBM ^a
Ferris 1987 [3]	non	non	Sessions de conseil à la famille	Réduction des problèmes comportementaux	4
Ghatak 1994 [4]	non	oui	Apprentissage et prise de conscience	Différence significative des comportements des patients	4
Mittelman 1996 [5]	oui	oui	6 sessions de psycho-éducation	Retard du délai d'institutionnalisation de 329 jours	1b
Burgener 1998 [6]	oui	oui	Éducation de l'aidant	Aucune différence entre les deux groupes	2b
McCallion 1999 [7]	oui	oui	Programme de psycho-éducation, conférence, visite domicile	Réduction de la dépression, de l'agitation et de la contention chez le patient	2b
Marriot 2000 [8]	oui	oui	Éducation de l'aidant – contrôle troubles comportements	Amélioration significative des comportements du patient immédiatement après intervention mais non présent à 3 mois	2b
Haupt 2000 [9]	non	oui	Programme de psycho-éducation contre guide-livret	Réduction significative de l'anxiété et de l'agitation chez le malade	4
Dröes 2000 [10]	non	oui	Programme de support familial	Réduction des problèmes comportementaux après 7 mois	4
Wells 2000 [11]	oui	oui	Psycho-éducation focalisée sur les soins matinaux	Réduction de l'agitation à 6 mois	2b
Eloniemi-Sulvaka 2001 [12]	oui	oui	Support pour patients et aidants (conseil – apprentissage)	Diminution de l'institutionnalisation durant les 3 premiers mois avec effet dégressif par la suite	1b
Hébert 2003 [13]	oui	oui	Programme de psycho-éducation	Réduction presque significative des troubles de comportement	2b
Woods 2003 [14]	non	oui	Service infirmier spécialisé	Pas de différence	2c
Jensen 2015 [15]	–	Méta-analyse	1390 citations et 7 RCT	Effet modéré sur le fardeau et la dépression de l'aidant Effet sur la qualité de vie et le délai d'institutionnalisation peu clair	

^a Niveau d'évidence médicale selon Oxford Centre for Evidence-Based Medicine guidelines (chiffres « 1 » à « 5 », « 1 » étant à très haut niveau de qualité ; et lettres « a » à « c », « a » étant à haut niveau de qualité).

aient un impact sur la qualité de vie et le report d'une institutionnalisation.

Psycho-éducation : en pratique ?

Si l'on sait que la psycho-éducation réduit la souffrance des aidants et ralentit l'institutionnalisation du patient, qu'en fait-on en pratique? Rummel-Kluge et al. [21] ont évalué, dans différentes structures psychiatriques en Allemagne, Autriche et Suisse, la place de la psycho-éducation auprès des aidants s'occupant de malades atteints d'Alzheimer. Seulement 2% des 622 centres contactés offraient une démarche de type psycho-éducation. Le nombre de personnes prises en charge évoluait entre 6 et 15 aidants (majorité d'enfants ou d'époux). Les séances s'articulaient autour de psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux ou infirmières, à raison de 75 à 120 minutes une fois par mois. Quand un programme de psycho-éducation était disponible, seulement 20% (7%–52% selon les centres) en moyenne des aidants s'inscrivaient aux séances (chiffre toutefois plus élevé par rapport à la schizophrénie montrant combien les proches sont plus avides de conseils d'intervention). L'intervention éducationnelle peut débuter très tôt dans l'évolution de la maladie [22]. Un programme d'intervention précoce [23] a montré une meilleure réaction de l'aidant, ce qui lui permet d'anticiper les besoins et d'utiliser adéquatement les services d'aide extérieure. L'aidant peut aussi mieux implémenter des stratégies lui permettant de réagir adéquatement face au malade. Toutefois, par rapport au groupe contrôle, le groupe « éduqué » ne parvenait pas à mieux gérer son stress. La dépression [24,25] reste une situation interpellante chez l'aidant et doit être combattue. En effet, un élément important est la volonté du proche de suivre le programme, sans cela l'échec est assuré. Plusieurs méthodes sont donc proposées comme le soutien psychologique, les groupes de paroles, les liens informels entre aidants que la psycho-éducation soutiendra lors des séances...

En France, le plan-Alzheimer 2008–2012 soutenait plusieurs mesures spécialement dédiées aux aidants. Entre autre, la mesure n°2 [26] concernait la formation des aidants familiaux avec une nouvelle formule de soutien offerte à tous les aidants accompagnant une personne souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée. Démarrée en 2009, cette action de formation, financée par le plan et dispensée par France Alzheimer, se déploie depuis à travers toute la France en s'appuyant sur un réseau de plus de 100 associations départementales. La formation est entièrement gratuite pour les aidants. À partir de 2011, cette formation a été également proposée par d'autres organismes. Deux jours de formation par an sont donc ainsi proposés à chaque aidant familial et un cahier des charges a été élaboré par l'ANESM, en partenariat avec la HAS, concernant la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress. Récemment, le plan national maladies neurodégénératives 2014–2019 [27] a été mis en œuvre et continue de soutenir les aidants. Une des priorités est d'assurer la qualité de vie des malades mais aussi de leurs aidants. Pour ce, sont organisées plusieurs actions : majoration de l'accompagnement à domicile avec 74 nouvelles équipes

spécialisées Alzheimer (ESA), un soutien aux aidants avec 65 nouvelles plates-formes d'accompagnement et de répit, des programmes d'accompagnement des aidants portés par des associations et des solutions numériques sur tablettes.

En Suisse, la confédération, les cantons et les différents acteurs impliqués ont commencé à mettre en œuvre la « Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 » [28]. Les premiers projets dans les domaines de la sensibilisation, du diagnostic, du financement et de la consolidation des données ont été lancés lors d'une conférence qui s'est tenue à Berne. Un des champs d'actions comprend la prise en charge des aidants. Deux objectifs sont visés : une meilleure connaissance des pathologies de la démence en éliminant notamment les préjugés et les blocages ainsi qu'un accès facilité à une information circonstanciée (conseil individuel et approprié pendant tout le déroulement de la maladie). Le pilotage du projet incombe à l'Association Alzheimer Suisse et Pro Senectute Suisse. Celle-ci centre la mise en œuvre sur la trilogie « Savoir-Comprendre-Agir ».

Conclusion

La psycho-éducation des proches et soignants de patients Alzheimer devrait faire partie intégrale de l'approche non pharmacologique de la démence. Son efficacité semble démontrée à plusieurs niveaux : maintien au domicile du patient en postposant l'institutionnalisation, diminution des troubles psycho-comportementaux, diminution de la contention utilisée par les soignants, diminution du fardeau pour l'aidant et majoration de son sentiment de bien-être. Encore trop peu proposée, elle peut être débutée très tôt dans l'évolution de la maladie chez des aidants dynamiques et avides de compréhension et d'information. Des études restent encore nécessaires, notamment pour établir les programmes les plus efficaces et en calculer le bénéfice-coût société.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Livinstone G, Johnston K, Katona C, et al. Systemic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):1996–2021.
- [2] Van den Berge D, Bosman N, Fery P, et al. New promising caregiver's psychoeducation training program: a Belgian experience in dementing disorders. *Rev Med Brux* 2010;31(1):35–43.
- [3] Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, et al. Institutionalization of Alzheimer's disease patients: reducing precipitating factors through family counselling. *Home Health Care Serv Q* 1987;8(1):23–51.
- [4] Ghatak R. Effects of an intervention program on dementia patients and their caregivers. *Caring* 1994;13(8):34–9.
- [5] Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with

- Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996;276(21):1725–31.
- [6] Burgener SC, Bakas T, Murray C, et al. Effective caregiving approaches for patients with Alzheimer's disease. *Geriatr Nurs* 1998;19(3):121–6.
- [7] McCallion P, Toseland RW, Freeman K. An evaluation of a family visit education program. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(2):203–14.
- [8] Mariott A, Donaldson C, Tarrier N, et al. Effectiveness of cognitive behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 2000;176:557–62.
- [9] Haupt M, Karger A, Jänner M. Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(12):1125–9.
- [10] Dröes RM, Breebaart E, Ettema TP, et al. Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2000;12(1):99–115.
- [11] Wells DL, Dawson P, Sidani S, et al. Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(4):442–9.
- [12] Eloniemi-Sulvaka U, Notkola I, Hentinen M, et al. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(10):1282–7.
- [13] Hébert R, Lévesque L, Vézina J, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58(1):S58–67.
- [14] Woods RT, Wills W, Higginson IJ, et al. Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(4):298–307.
- [15] Jensen M, Agbata IN, Canavan M, et al. Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015;30(2):130–43.
- [16] Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. STAR-caregivers: a community-based approach for teaching family caregivers to use behavioral strategies to reduce affective disturbances in persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2005;6(2):146–53.
- [17] Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, et al. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006;67(9):1592–9.
- [18] Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW, et al. The savvy caregiver program: developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *Gerontologist* 2003;43(6):908–15.
- [19] Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al. Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study). *BMJ* 2010;340:c2466.
- [20] Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, et al. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(1):62–9.
- [21] Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoeducation in dementia: results of a survey of all psychiatric institutions in Germany Austria and Switzerland. *Psychiatr Clin Neurosci* 2008;62(6):751.
- [22] Scheurich A, Schanz B, Müller MJ, et al. Early interventional group therapy for patients with incipient Alzheimer disease and their relatives. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58(6):246–52.
- [23] Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, et al. "Learning to become a family caregiver" efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *Gerontologist* 2011;51(4):484–94.
- [24] Pancrazi MP, Metais P. La dépression des aidants familiaux dans la maladie d'Alzheimer. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2003;3:16–9.
- [25] Pancrazi MP. Éducation pour la santé des proches de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2008;8:22–6.
- [26] <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no2.html>
- [27] http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
- [28] http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie_bundkantone/demenz/bt_nationale_demenzstrategie_2014-2017.f.pdf