

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Elisa WUSZKO

Le 15 avril 2025

**DETECTION PAR LES MEDECINS GENERALISTES D'OCCITANIE
DE L'ÉPUISEMENT DES AIDANTS NATURELS
DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE D'ALZHEIMER**

Directrice de thèse : Dr Florence DURRIEU

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Madame le Docteur Emeline DUCOS DE LAHITTE

Assesseur

UNIVERSITE TOULOUSE

FACULTE DE SANTE



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine 2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURDOU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAP Hugues
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LANG Thierry

Professeur LAROCHE Michel
Professeur LAUQUE Dominique
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCCHOU Bruno
Professeur MESTHE Pierre

Professeur MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur PARINI Angelo
Professeur PERRET Bertrand
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SERRE Guy

Professeur SIZUN Jacques
Professeur VIRENQUE Christian
Professeur VINEL Jean-Pierre

Mise à jour le 14/05/2024

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AGAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUDUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Nicolas	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurélie	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Neurologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Bâtrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-SHOUCHEIT Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GRILLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier Mme BONGARD Vanina M. BOUNES Vincent Mme BOURNET Barbara Mme CASPER Charlotte M. CAVAIGNAC Etienne M. COGNARD Christophe Mme CORRE Jill Mme DALENC Florence M. DE BONNECAZE Guillaume M. DECRAMER Stéphane Mme DUPRET-BORIES Agnès M. EDOUARD Thomas M. FAGUER Stanislas Mme FARUCH BILFELD Marie M. FRANCHITTO Nicolas M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio M. GUERBY Paul M. GUIBERT Nicolas M. GUILLEMINAULT Laurent M. HOUZE-CERFON M. HERIN Fabrice M. LAIREZ Olivier M. LEANDRI Roger M. LHERMUSIER Thibault M. LOPEZ Raphael Mme MARTINEZ Alejandra M. MARX Mathieu M. MEYER Nicolas Mme MOKRANE Fatima Mme MONTASTIER Emilie Mme PASQUET Marlène M. PIAU Antoine M. PORTIER Guillaume M. PUGNET Grégory M. REINA Nicolas M. RENAUDINEAU Yves M. REVET Alexis M. ROUMIGUIE Mathieu Mme RUYSEN-WITTRAND Adeline M. SAVALL Frédéric M. SILVA SIFONTES Stein M. TACK Ivan Mme VAYSSE Charlotte Mme VEZZOSI Delphine M. YRONDI Antoine M. YSEBAERT Loïc	Chirurgie infantile Epidémiologie, Santé publique Médecine d'urgence Gastro-entérologie Pédiatrie Chirurgie orthopédique et traumatologie Radiologie Hématologie Cancérologie Anatomie Pédiatrie Oto-rhino-laryngologie Pédiatrie Néphrologie Radiologie et imagerie médicale Addictologie Chirurgie Plastique Gynécologie-Obstétrique Pneumologie Pneumologie Médecine d'urgence Médecine et santé au travail Biophysique et médecine nucléaire Biologie du dével. et de la reproduction Cardiologie Anatomie Gynécologie Oto-rhino-laryngologie Dermatologie Radiologie et imagerie médicale Nutrition Pédiatrie Médecine interne Chirurgie Digestive Médecine interne Chirurgie orthopédique et traumatologique Immunologie Pédo-psychiatrie Urologie Rhumatologie Médecine légale Réanimation Physiologie Cancérologie Endocrinologie Psychiatrie Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BIREBENT Jordan M. BOYER Pierre Mme FREYENS Anne Mme IRI-DELAHAYE Motoko Mme LATROUS Léila M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires Mme MALAVALD Sandra Mme PAVY LE TRACON Anne M. SIBAUD Vincent Mme WOISARD Virginie

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annalisa	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSenty Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessica	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLIZEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karline	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurone	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emile
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements :

Professeur Oustric. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Professeur Stillmunkès, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans le jury et d'évaluer mon travail.

Docteur Emeline Ducos de Lahitte, je te remercie grandement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je te remercie également pour tout ce que tu m'as appris lors du PN1, pour les visites en EHPAD et ton intérêt pour la gériatrie qui a suscité mon attention pour ce travail.

Docteur Florence Durrieu, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée, rassurée, relue. Merci pour les journées de stage au cabinet et pour tous les conseils que tu auras pu me donner.

Papa, Maman, merci pour tout pour m'avoir aidée à aller jusqu'au bout dans cette voie. Merci de m'avoir poussée quand il le fallait. Merci d'avoir patiemment réalisé la logistique des années compliquées. Merci pour l'amour et les valeurs que vous m'avez transmises, pour toutes les destinations que vous m'avez fait visiter. Merci pour votre relecture attentive de ce travail. Je ne le dirai jamais assez, merci pour tout ce que vous m'avez donné.

Julien, petit frère, continue à grandir doucement. Merci pour ton soutien et ton aide sur les derniers mois. Merci pour l'aide que tu as fourni pour m'aider sur la mise en page de ce document.

Papi, Mamie à force de me rappeler que les choses arrivent en travaillant elles sont arrivées. Merci Mamie pour ta gentillesse, ta patience et tout l'amour que tu nous donnes. Merci Papi pour toujours commencer les appels téléphoniques par « Ma Lili » et les finir en me

demandant quand est ce que je pourrai bien venir vous voir. Malgré la distance, je pense à vous. J'espère que vous serez là pour la thèse.

Mémé, ton engouement pour venir aujourd'hui me touche beaucoup. J'espère que je serai à la hauteur du déplacement que tu fais pour venir me voir.

Tonton Didier, merci pour toutes les sorties dès notre plus jeune âge, pour nous avoir fait découvrir la Dordogne sous tous ces angles. Merci pour les tours en courant avec toi en vélo en discutant des changements et des projets à venir. Merci de venir de si loin pour ce jour particulier.

Tatie Nicole, Tatie Corinne, merci de faire tout ce trajet. Merci les Taties pour votre bienveillance et pour tous les moments passés en Provence.

Léa, le temps a passé depuis nos premières années à Allemagne. Merci pour tous ces moments passés enfants et pour tous les moments passés ensuite. La distance nous sépare mais le cœur y est.

Jérémy, cousin, merci pour tous les moments passés ensemble, du badminton aux jeux de cartes et les cabanes dans les bois. Tu as de beaux projets alors poursuit les !

Alexandra, depuis la première heure du lycée, on ne s'est plus quittées. Je te remercie depuis ce jour de rentrée, en passant par les vacances dans la tente sous l'orage puis nos thés pris en ville accompagnés de nos discussions d'adulte. On a vieilli, ou plutôt bien grandi. Tu as été présente pour moi quand j'avais besoin de toi et je t'en remercie grandement.

Merci à tout le groupe d'amis depuis la P2. On aura vécu des moments forts ensemble, que ce soit pour faire la fête, travailler à la BU, refaire la fête, présenter des power point de QCM, et parfois pleurer sur le canapé. J'espère qu'on continuera à se suivre comme ça bien longtemps parce que sans vous, il manquerait un sens à ces 8 dernières années. Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés.

Merci **Oriane**, pour être toujours là pour chacun, pour ton amour pour les diners et les banquets plus que parfaits, pour essayer de rendre heureux chaque personne qui t'entoure. Tu es forte et je te souhaite toute la réussite pour tes projets.

Merci **Marie** pour ton envie d'avancer, pour ton soutien dans les moments compliqués, pour les randonnées que tu nous proposes, pour ton énergie folle et inarrêtable et pour les valeurs que tu défends.

Merci **Romain** pour ton appréciation des choses originales, pour ta faculté à utiliser une paille à chaque flaque de randonnée, pour tes blagues pas drôles.

Merci **JB** d'être la voix de la sagesse, de la culture et d'avoir arrêté les blagues malaisantes.

Merci **Simon** pour toutes les soirées à ton appartement et ta motivation pour aller fêter ce grand moment dans 3 jours.

Merci **Clara** d'être toujours si souriante et d'apporter le bonheur en toute discrétion.

Merci **Sam**, pour ton élan de motivation à vouloir faire les choses et ton oreille attentive quand c'est nécessaire.

Merci **Marion**, pour les beaux moments que nous avons partagés.

Emilie, Laura, Anne-Claire, merci à nos deux Bordelaises et notre Montpelliéraine pour leur enthousiasme à revenir nous voir à Toulouse.

A nos expatriés au fin fond de la France, **Axel et Damien**, on ne vous oublie pas, ne nous oubliez pas !

Merci aux copines d'il y a bien longtemps, même si on n'arrive pas à se voir aussi souvent que l'on aimerait, c'est une belle amitié qui nous lit et de beaux moments que l'on partage.

Merci **Manon**, pour notre amitié depuis la maternelle qui se poursuit chaque année.

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

Merci **Eva** pour ton soutien, j'espère que les week-ends culture et gastronomie ne s'arrêteront plus.

Merci **Roxane**, depuis le collège et combo coups de soleil et chamallow grillés jusqu'à ton aménagement et nos soirées à base de bons repas cuisinés maison.

Merci **Laure**, pour tous les moments passés ensemble. On n'arrive pas souvent à se donner rendez-vous mais depuis les chutes du lycée jusqu'à ces dernières années, il reste plein de choses à se raconter.

Merci à l'équipe du CHIC, on aura bien rit, on aura été bien fatigués et ça nous fera de beaux souvenirs. Merci donc à Clémence, Marie, Honorine, Evan, Armance, Chloé, Léonie, Axelle.

Clémence, j'espère continuer avec toi de faire des randonnées aux fins fonds des départements de l'Occitanie.

Marie, Honorine, Armance, Evan, continuez votre humour s'il vous plaît.

Uma, tu as été un beau soutien quand je rédigeais ce document, tu vas me manquer.

Merci à mes maîtres de stage.

Didier, tu m'as autant transmis l'amour de la médecine générale que celui des pauses cafés pendant le PN1. Merci **Sophie** de m'avoir transmis 6 mois de pédiatrie et le bonheur de la course à pied. Merci à l'équipe de Gériatrie du CHIVA et en particulier à **Simon et Ségolène**, pour la prise en charge globale que vous m'avez transmise et le sens que le stage aura donné à ce travail. Merci à **Sandra et Estelle** pour ce que vous m'avez transmis lors des précédents semestres.

Merci à mes Maîtres de Stage actuels, **Pierre, Isabelle, Christophe et Chantal** pour me permettre d'apprendre à voler de mes propres ailes en consultations, lentement mais sûrement.

Enfin merci à ceux qui ont participé en répondant au questionnaire, en m'aidant sur les tableurs ou en relisant ce travail.

Et merci aux aidants pour leur travail incroyable.

Abréviations

APA : Aide Personnalisée d'Autonomie

CARE : Capacités, Aides et REssources des seniors (enquête)

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie

DAC : Dispositif d'Aide à la Coordination

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

VAD : Visite A Domicile

Table des matières

I.	Introduction.....	5
1.	Définition et épidémiologie du statut d'aidant.....	5
2.	État de santé médico-psycho-social des aidants	6
3.	Reconnaissance du statut d'aidant et implication des professionnels de santé.....	6
4.	Plans d'action nationaux	7
A.	Plan Alzheimer 2008-2012 :	7
B.	Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019	7
C.	Stratégie agir pour les aidants 2020-2022	8
5.	Recommandations pour les professionnels de santé.....	8
A.	Recommandation française de 2010 et mise en pratique par les professionnels de santé...8	
B.	Recommandation HAS 2018 sur la prise en charge des aidants	9
C.	Recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	10
6.	Aides existantes pour les aidants et les couples aidant / aidé	10
A.	Dispositifs d'informations pour les aidants	10
B.	Plateforme d'accompagnement et de répit	11
C.	Aides financières	11
D.	Solutions autour de la santé mentale	12
E.	Solutions d'accueil temporaire	12
F.	Téléassistance.....	12
G.	Numéros téléphoniques	13
H.	Associations.....	13
II.	Matériels et méthodes	15
1.	Type d'étude.....	15
2.	Population d'étude	15
3.	Élaboration du questionnaire	15
4.	Test du questionnaire	16
5.	Diffusion et recueil des données	16
6.	Analyse des résultats.....	16
III.	Analyse des résultats.....	19
1.	Caractéristique de l'échantillon :	19
2.	Identification de l'aidant :	20
3.	Détection de l'épuisement de l'aidant.....	23

4. Modalité de suivi médical des aidants :	24
A. Proposition de revenir seul en consultation	24
B. Programmation d'une consultation avec l'aidant seul suite au diagnostic	25
C. Contenu de la consultation dédiée à l'aidant	26
D. Création d'un lien avec le second médecin traitant du couple	29
E. Réalisation d'une consultation spécifique au statut d'aidant.....	30
F. Réalisation de visite à domicile.....	31
G. Mise en place d'une consultation d'annonce du statut d'aidant.....	31
H. Mise en place d'une solution d'urgence	32
5. Orientation lors de la détection d'un épuisement	33
A. Structure de répit	33
B. Intervention d'un assistant social	34
C. Psychothérapie.....	35
D. Association d'aide aux malades :	36
E. Association proposant un soutien et le maintien du lien social :.....	37
F. IDSP (Infirmière Déléguée à la Santé Publique, ancienne IDE Asalée)	37
IV. DISCUSSION :	40
1. Discussion du principal résultat	40
2. Réponse à la question secondaire :	42
A. Modalités de suivi des aidants	42
B. Modalité de détection de l'épuisement.....	44
C. Connaissance des dispositifs d'orientation.....	45
3. Forces de l'étude	48
4. Faiblesses de l'étude	48
V. Conclusion	50
Bibliographie.....	51
Annexe	54
1. Questionnaire	54
2. Echelle mini-Zarit	59

I. INTRODUCTION

I. Introduction

Les prévisions de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) de 2021 concernant le vieillissement de la population indiquaient une augmentation de 5.7 millions de personnes âgées de plus de 75 ans d'ici à 2070. (1) Ce vieillissement de la population s'accompagne de l'accroissement des pathologies neurodégénératives. En 2019, l'INSEE rapportait environ 900 000 cas de Maladie d'Alzheimer en France. La pathologie touchant 2 à 4 % des moins de 65 ans puis augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 15% de la population au-delà de 80 ans. (2)

1. Définition et épidémiologie du statut d'aidant

La maladie d'Alzheimer s'accompagne d'une perte d'autonomie et ce sont souvent les proches qui se positionnent en tant qu'aidant en première ligne. Les aidants « naturels » ou « informels » sont définis comme des personnes non professionnelles qui viennent en aide à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. (3) Cette aide se caractérise par sa régularité, son origine dans une situation de manque ou de perte d'autonomie d'un proche. (4) Le Code Civil institue un devoir de prise en charge pour les parents, enfants, conjoints et petits-enfants. Ils se doivent mutuellement assistance, « en cas de nécessité ».

Selon les enquêtes « CARE » réalisées entre 2015 et 2016, 3.9 millions d'adultes sont considérés comme aidant naturel auprès des seniors vivant à domicile, quelle que soit la pathologie causant une perte d'autonomie. (5) En moyenne, chaque senior déclarait 1.6 aidant dans son entourage. La moitié des aidants correspond à un des enfants du senior, un peu plus d'un quart à leur conjoint. Environ 60 % des aidants sont des femmes. Parmi les aidants, 1.5 millions cohabitent avec le senior. L'aide apportée correspond essentiellement à un soutien moral, aux courses (62%), aux démarches médicales (53%), aux tâches administratives (43%), au bricolage (40%). Enfin, l'aide financière apportée à l'aidé touche plus les aidants cohabitants (40%) que ceux non cohabitants (10%).

2. État de santé médico-psycho-social des aidants

La grande majorité des aidants pense qu'il est normal d'aider leur proche en perte d'autonomie. Néanmoins, 47 % des aidants déclarent une conséquence négative sur leur santé. Les aidants ont en moyenne 73 ans s'ils font partie de la génération du senior et sont les plus touchés par cette problématique médicale. Les catégories les plus à risque de conséquences négatives sont les conjoints et les femmes. On remarque une augmentation de la consommation de somnifère, d'anxiolytique et d'antidépresseur. La fonction d'aidant est reconnue comme un facteur de risque de décès prématuré, de dépression. (6) Les risques sont d'autant plus élevés que la charge de travail est lourde : 40 % de ceux ressentant une charge lourde ont des critères de dépression, soit huit fois plus que parmi les aidants ne ressentant aucune charge. Les problèmes de dos, l'arthrose, le diabète et les cancers sont eux aussi sur représentés chez les aidants avec la charge de travail la plus importante. Les aidants ont une mortalité plus forte que la population générale. (7) Dans l'étude Baromètre BVA APRIL 2018, les aidants étaient 31 % à répondre délaissé leur santé à cause de leur statut d'aidant. (8)

Pour les aidants plus jeunes, une autre difficulté est sociale : la poursuite de l'activité professionnelle peut poser problème. Environ 40 % des aidants sont en activité professionnelle. Concernant les enfants cohabitants, ils sont statistiquement 3 fois moins en couple et plus touchés par le chômage que les enfants non cohabitants.

Cependant, il faut nuancer ces propos car certains aidants déclarent que l'aide apportée a des conséquences positives sur leur bien-être.

3. Reconnaissance du statut d'aidant et implication des professionnels de santé

Le travail de l'aidant est souvent minimisé. (9) L'implication des professionnels de santé dans l'aide aux aidants semble faible. L'étude BVA 2018 indiquait que seuls 13% des aidants étaient interrogés sur leur santé à l'hôpital lors d'une visite avec l'aidant. (10)

Les récents états des lieux concernant les professionnels intervenant auprès des aidants mettent en évidence une prise en charge des besoins des aidants encore insuffisante, une formation insuffisante des professionnels et une méconnaissance des solutions de répit. (4)

4. Plans d'action nationaux

Plusieurs plans se sont succédés pour mieux prendre en charge les patients atteints de maladie neurodégénérative et leurs aidants.

A. Plan Alzheimer 2008-2012 :

Le premier plan Alzheimer (11) proposait de développer et de diversifier les structures de répit, de les rendre accessibles en finançant le transport.

Ce plan visait à consolider les droits et la formation des aidants au moyen de 2 jours de formation par an. Cette mesure a été mise en application par une convention avec l'association France Alzheimer et se place dans une démarche de proximité. Elle se fait en coordination avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et les plateformes d'accompagnement et de répit. Les aidants sont regroupés de façon homogène via un entretien préalable. L'objectif est d'apprendre à l'aidant à réagir et s'adapter face au comportement que peut avoir l'aidé, de prévenir l'épuisement et de diminuer le stress.

La circulaire demandait une sensibilisation au repérage des aidants pour les acteurs du champ sanitaire, social et psychosocial. (12) Le médecin traitant y est décrit comme celui le plus à même de repérer la souffrance de l'aidant et de l'évaluer psychologiquement, socialement, médicalement à travers une consultation annuelle si l'aidant le souhaite.

B. Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019

Le plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019, (13) demandait la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement pour les malades et leurs proches.

Une autre mesure concernait le maintien et la poursuite du développement du nombre de plateformes d'accompagnement et de répit. Elles ont pour mission d'informer, d'écouter les aidants, de leur proposer des modalités de répit et de soutien.

Un autre objectif est de diversifier les formules d'accueil de jour « fixe » et « itinérant », de soutien à domicile et de proposer des haltes-répits (dispositif à faible amplitude d'ouverture, où exercent des bénévoles). Enfin, le plan vise à augmenter le nombre de places dans les différents hébergements.

C. Stratégie agir pour les aidants 2020-2022

Ce plan comporte la mise en place d'un numéro de téléphone national de soutien afin de permettre une écoute, une reconnaissance, la délivrance d'informations et une orientation si elle est nécessaire. Le plan prévoyait de créer un réseau de lieux labellisé « Je réponds aux aidants » et une plateforme internet afin de recevoir et d'orienter les aidants. Cette mesure n'a pas encore été mise en place.

Comme pour les autres plans, une diversification des offres d'accompagnement et une augmentation des solutions de répit étaient prévues. (8) Malheureusement, les offres de répit restent encore peu connues du public et avec des difficultés d'accessibilité économique, géographique et administrative. La stratégie propose aux professionnels de santé de développer un « réflexe proche aidant » pour repérer, accompagner les aidants et les identifier dans le Dossier Médical Partagé. Elle demande la mise en place d'un rendez-vous de prévention lors du passage à la retraite. Sur ces points les associations déplorent une faible mise en œuvre et une mauvaise formation des professionnels de santé. (14)

5. Recommandations pour les professionnels de santé

A. Recommandation française de 2010 et mise en pratique par les professionnels de santé

a) Recommandation de la HAS

En 2010, la HAS a rédigé des Recommandations pour la Pratique Clinique concernant la prise en charge des aidants de malades atteints d'Alzheimer. (3) Elles concernent les médecins généralistes. Une consultation annuelle est recommandée, pour faire le point sur l'état de santé de l'aidant. Cette consultation doit être proposée le plus tôt, dès l'annonce de la pathologie, si possible. Le médecin généraliste doit donc rapidement identifier le ou les aidants principaux. S'il n'est pas leur médecin traitant, il remet un courrier d'adressage au médecin référent du ou des aidants principaux. Les différents intervenants peuvent prévenir le médecin traitant de toute altération de l'état de santé de

l'aidant. La consultation de médecine générale a pour but de détecter un épuisement, une souffrance, des troubles anxieux ou dépressifs, d'évaluer le « fardeau » de l'aidant. Elle doit permettre l'évaluation de l'état nutritionnel, de l'autonomie et de vérifier les éléments de prévention.

b) Mise en pratique de cette recommandation

Une revue de la littérature de 2014 montrait que cette consultation est peu pratiquée et qu'elle n'est pas réalisable dans la forme définie par la HAS. (15) En effet, 20.7 % des médecins interrogés déclarait faire une consultation dédiée et seuls 40 % connaissaient la recommandation de la HAS. Dans une thèse plus récente, en 2018, la quasi-totalité des médecins ne connaissaient pas l'existence d'une telle consultation. (16)

B. Recommandation HAS 2018 sur la prise en charge des aidants

Des recommandations plus récentes précisent le rôle du médecin généraliste. (6) Il convient d'expliquer les manifestations de la maladie et les conséquences de cette dernière, d'évaluer la relation entre l'aidant et l'aidé, d'évaluer le vécu de l'aidant, d'inciter l'entourage à accepter de l'aide et à prendre du repos. Pour se représenter la charge de l'aidant, une visite à domicile peut être idéale. Un soutien humain, des aides et/ou des soins sont également à proposer pour maintenir l'aidant en bonne santé et permettre une prise en charge sur la durée. Il faut orienter l'aidant vers les structures et associations aptes à lui fournir de l'aide. Les consultations avec un psychologue doivent être proposées tout au long de la prise en charge de la maladie. Le médecin généraliste doit repérer les situations de souffrance et de rupture chez l'aidant.

C. Recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Des recommandations anglaises de 2020 (17) concernant les aidants sont plus récentes et complètes. Le NICE propose d'identifier les aidants, de les informer en leur fournissant un support écrit. Il convient de fractionner les informations données, d'expliquer la trajectoire de la pathologie, de proposer de se revoir. Il faudrait offrir la possibilité d'une conversation soit séparée soit en duo aidant/aidé.

Les recommandations proposent une évaluation globale et pluridisciplinaire (santé physique, psychologique, lien social). Il convient d'expliquer la nécessité de répit et les solutions possibles en ce sens. Le médecin généraliste doit s'assurer qu'il existe une solution pour le couple en cas d'urgence, si l'aidant tombe malade.

Le médecin doit proposer des formations accessibles d'éducation thérapeutique, pour apprendre à réaliser les soins, communiquer avec l'aidé, réagir face à un changement d'humeur ou de comportement, gérer les comportements difficiles et améliorer ses connaissances.

Les rendez-vous avec le généraliste doivent fournir un soutien émotionnel, un adressage à des groupes de soutien ou vers une psychothérapie. Le soutien apporté doit perdurer en fin de vie ou lors du décès du proche et cette période doit être évoquée en amont avec l'aidant.

Enfin, le NICE recommande que les médecins suivant les aidants soient formés à ce rôle.

6. Aides existantes pour les aidants et les couples aidant / aidé

A. Dispositifs d'informations pour les aidants

Plusieurs dispositifs d'informations sont accessibles au niveau national ou local. (18)

a) Dispositifs numériques

Nous pouvons citer deux dispositifs principaux en ligne.

Le site « Ma Boussole Aidants » recense via le code postal les solutions de proximité pour les malades d'Alzheimer et leur proche aidant : transport, orientation vers des structures d'aides, structure de répit à domicile ou en extérieur, aide pour l'aménagement.

Le portail d'information de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) propose des liens vers les aides possibles pour les personnes âgées et leurs proches.

b) Dispositifs de proximité

Plusieurs structures existent pour renseigner les couples aidant / aidé.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) permettent aux personnes âgées et aux aidants de se renseigner, d'obtenir des conseils sur les démarches à accomplir en fonction du besoin et sur l'offre de service disponible localement. Ils sont gérés par le département. Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont des structures locales. Ils offrent des renseignements sur les aides et les démarches administratives.

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) (19) aident les professionnels de santé, sociaux et médicaux sociaux. Ils apportent des réponses coordonnées aux besoins des personnes âgées face à des situations complexes. Ce sont des structures récentes, qui regroupent les MAIA, les CLIC.

B. Plateforme d'accompagnement et de répit

Les Plateformes d'accompagnement et de répit s'adressent aux aidants afin de les accompagner, les orienter et/ou mettre en place une solution de répit. Elles ont pour objectif de prévenir l'épuisement de l'aidant. Elles sont accessibles via le site de la CNSA, des CLIC ou des CCAS. Une liste des 18 plateformes d'accompagnement et de répit, situées en Occitanie, est disponible avec le lien suivant :

https://lannuaire.service-public.fr/navigation/occitanie/accompagnement_personnes_agees

C. Aides financières

Plusieurs aides financières sont possibles pour les couples aidant / aidé.

L'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) est une aide financière. Elle sert à payer les dépenses nécessaires afin de rester au domicile. Pour en bénéficier, il est nécessaire de résider en France, d'être âgé de minimum 60 ans et d'être en perte d'autonomie (échelle GIR évaluée entre GIR 1 et 4). (20)

Des aides financières extra-légales peuvent subvenir aux besoins de répit. Elles sont accordées par les CCAS ou CIAS. Certains patients peuvent également y prétendre via les caisses de retraite de base, les caisses complémentaires, les mutuelles ou les complémentaires santé.

Par ailleurs, un crédit d'impôt est possible pour l'emploi d'une personne réalisant un relayage à domicile.

Pour les aidants alliant vie professionnelle et leur fonction d'aidant, plusieurs mesures sont envisageables. Le Congé de solidarité familiale est mis en place pour permettre aux salariés d'assister un proche en fin de vie. L'aidé doit être atteint d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale. Ce congé n'est pas rémunéré et sa durée dépend de l'accord avec l'employeur. L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie peut être versée, sous condition, à la personne en congé de solidarité familiale, sous certaines conditions. (21)

D. Solutions autour de la santé mentale

Des ateliers de sensibilisation et de formation pour les aidants existent et sont gratuits. L'accès se fait via les CLIC, CCAS ou le site de la CNSA.

Les associations France Alzheimer, Savoir Être Aidant, l'association Française des Aidants proposent des ateliers en ligne des groupes de soutien et de parole. (18) Le dispositif « 5 séances aidants » permet aux aidants résidant en Occitanie de bénéficier de séances prises en charge en cabinet ou à domicile.

E. Solutions d'accueil temporaire

Des possibilités pour un accueil temporaire sont multiples (18) : accueil de jour ou de nuit, hébergement temporaire, halte répit, accueil familial, suppléance à domicile, forfait temps libre à destination de l'aidant, gardes itinérantes, foyer restaurant, séjour vacance répit. Le financement peut être pris en charge par l'APA, la caisse de retraite, une assurance, une mutuelle ou certaines communes avec un possible reste à charge.

F. Téléassistance

Il s'agit d'un équipement se présentant sous forme de bracelet ou de collier que porte le patient et connecté à une antenne de secours. En cas de besoin, la personne appui sur le dispositif et déclenche l'intervention d'un professionnel. Il peut être financé totalement ou partiellement via les communes ou conseils départementaux.

G. Numéros téléphoniques

Le numéro d'écoute 0 800 360 360 est un numéro vert, gratuit qui joue un rôle auprès des aidants : écoute, assistance en cas de besoin de répit, de repos, d'aide à domicile. (22)

Le numéro 01 84 72 94 72 de l'association « Avec Nos proches » est à destination des aidants, 7 jours sur 7, de 8h à 22h. Le numéro est gratuit et anonyme. Par ailleurs, l'association propose un carnet à destination des aidants, gratuit, qui leur permet de se sentir moins seul, de trouver des ressources et de faire le point sur leur propre santé. Ce carnet est disponible gratuitement en commande sur le site de l'association et accessible en ligne.

Le numéro 0 806 806 830, nommé « Allô, j'aide un proche » permet aux aidants de bénéficier d'un entretien psychologique gratuit. Le numéro est accessible de 18h à 22h tous les jours. Sa mise en place a été réalisée par l'ARS Occitanie.

H. Associations

L'association France Alzheimer propose des cafés mémoire à destination des couples aidant / aidé, des ateliers en ligne et des groupes de soutien et de parole.

Les Bistrots Mémoires permettent aux couples aidants-aidés de se rejoindre dans un lieu public. Actuellement, 23 départements sont concernés par ce projet. Ils sont ouverts à tous et ne nécessitent pas d'inscription préalable. Une équipe de bénévoles et de psychologues assure l'accueil et l'animation des séances. Leur but est de lutter contre l'isolement, de faire évoluer les représentations de la société, d'informer et de sensibiliser sur les dispositifs existants et de favoriser la relation aidant-aidé. Les séances sont bimensuelles, sur l'après-midi. D'autres associations proposent ce même principe : on peut citer le café des aidants, la compagnie des aidants.

Ces constatations m'ont amené à me poser la question :

Les médecins généralistes, lors de consultations aux aidants des malades d'Alzheimer réalisent-ils une détection de l'épuisement de l'aidant comme recommandé ?

II. MATERIELS ET **METHODE**

II. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, basée sur un questionnaire déclaratif adressé aux médecins généralistes exerçant en Occitanie.

2. Population d'étude

Les critères d'inclusion étaient le fait d'être médecin généraliste et d'exercer dans la région Occitanie. Les critères d'exclusion concernent les médecins ne répondant pas aux critères d'inclusion.

3. Élaboration du questionnaire

Afin de répondre aux objectifs de notre étude, nous avons réalisé un questionnaire grâce au logiciel Google Forms.

Il est précédé d'une introduction décrivant l'objectif de ce travail et annonçant l'anonymat des réponses.

Le questionnaire se compose de 21 questions, organisées en 5 chapitres.

Le premier aborde les caractéristiques démographiques et les modalités d'exercice de chaque médecin. La seconde partie explore la détection de l'épuisement de l'aidant, la troisième son suivi médical. La quatrième partie s'intéresse aux modalités de suivi des aidants. Le dernier chapitre aborde l'orientation proposée par les médecins généralistes lors de la détection d'un épuisement.

Le questionnaire se base sur les recommandations de la HAS de 2010 (3) sur le suivi médical des aidants et sur celles de mai 2018 (6) concernant la préservation de l'entourage des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Il s'inspire également des idées développées dans les plans Alzheimer 2008-2012, les plans maladies neurodégénératives 2014-2019 et 2020-2022, sur la stratégie agir pour les aidants 2020-2022 ainsi que les recommandations internationales de 2020. (17)

4. Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé par des médecins et internes. Après échanges, certains énoncés des questions ont été modifiés.

5. Diffusion et recueil des données

Le travail de thèse a été enregistré aux normes demandées par la CNIL le 27 octobre 2023. Un dossier pour une transmission du questionnaire via l'Union Régionale des Professionnels de Santé a été déposé le 11 octobre 2023. Le processus étant trop long, une solution alternative a été réalisée, en appelant les MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelles) répertoriées en Occitanie sur la carte proposée par l'ARS en 2021. (23)

Après une présentation orale téléphonique, le questionnaire de thèse leur a été transmis par mail. Les appels étaient répétés jusqu'à obtenir une réponse orale ou après 5 réponses sur messagerie. 238 MSP ont été contactées et 104 généralistes ont répondu au questionnaire. Il n'y a pas eu de mail ou d'appel de relance. L'envoi du questionnaire s'est déroulé du 7 février au 12 mars 2024.

6. Analyse des résultats

Le taux de participation à notre étude n'est pas calculable car le nombre de médecins présents dans chaque MSP n'est pas toujours précisé et le questionnaire a été diffusé par bouche à oreille.

Les réponses ont été analysées grâce au logiciel Excel. Une analyse statistique descriptive a d'abord été réalisée puis une analyse statistique, en utilisant le test de Fisher dans le cadre d'une analyse avec des variables nominales. Afin de calculer les valeurs p, nous avons utilisé le site BiostatGV.

Le critère de jugement principal consiste à déterminer le nombre de médecins généralistes réalisant une détection de l'épuisement de l'aidant et le déroulement de la consultation dans laquelle ils la réalisent.

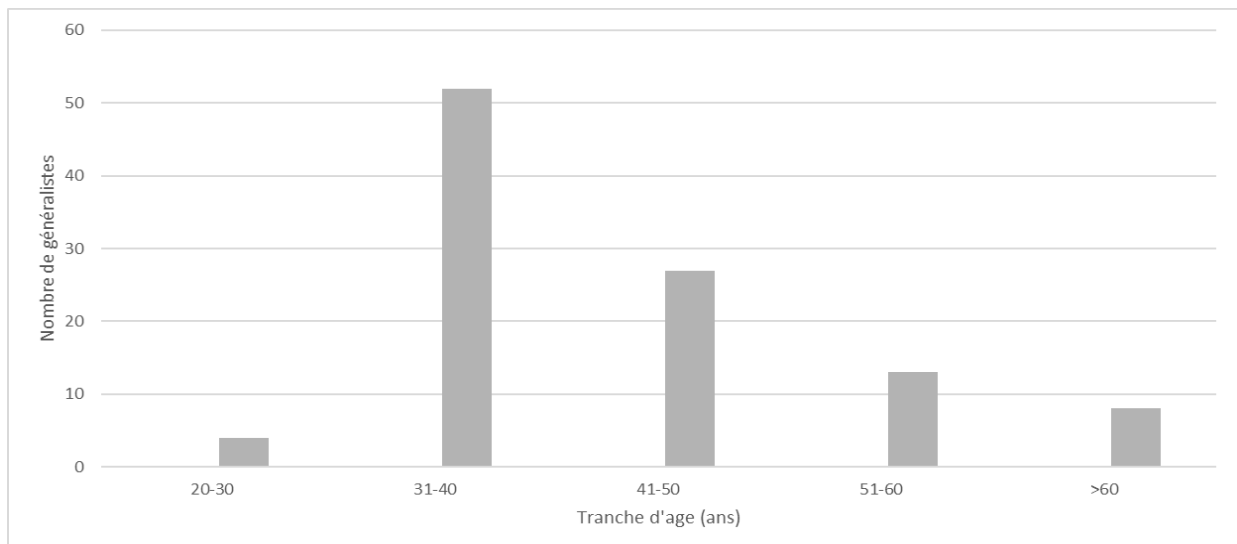
Les critères de jugement secondaires sont de montrer les modalités choisies pour assurer le suivi des aidants, les modalités de dépistage de l'épuisement ainsi que les connaissances des médecins généralistes concernant l'orientation à mettre en place lors de la détection de l'épuisement chez un aidant.

III. RESULTATS

III. Analyse des résultats

1. Caractéristique de l'échantillon :

Cent-quatre médecins généralistes ont rempli le questionnaire. L'âge moyen était de 42 ans, avec une médiane à 39 ans et un écart type de 10,3 ans. Les âges les plus extrêmes étaient de 29 et 66 ans. Pour l'analyse stratifiée, nous avons choisi de réaliser des tranches d'âge (20-30 ans, 31-40, 41-50, 51-60 et 61 et plus).

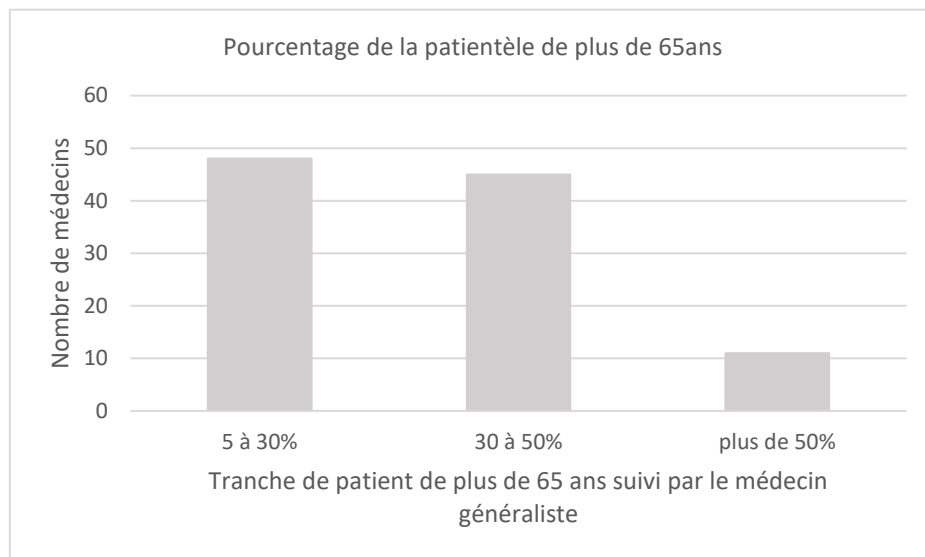


Les réponders étaient majoritairement des femmes (73,1%). Le mode d'exercice était pour 88,5 % d'entre eux en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), pour 8,7 % en cabinet de groupe, pour 1,9 % en centre de santé et 1,0 % en cabinet seul.

Concernant le mode d'exercice, 98,1 % des généralistes interrogés réalisent des visites à domicile (VAD), 92,3 % réalisent des visites en EHPAD. L'activité peut être plurielle : 6,7 % réalisent des visites à domicile, en EHPAD et occupent un poste de médecin coordinateur en EHPAD, 85,6 % réalisent des visites à domicile et en EHPAD. Seul 1,9 % ne réalise ni visite à domicile, ni visite en EHPAD.

Nous avons choisi de créer ainsi 4 groupes selon les modalités d'exercice : « cabinet seul », « cabinet et VAD », « activité triple » (cabinet, VAD et visite en EHPAD) et « poste de coordinateur » (associant cabinet, VAD, visite en EHPAD et poste de coordinateur).

Concernant la patientèle, ils sont 10,5 % à avoir plus de la moitié de leur patientèle âgée de plus de 65 ans (groupe « plus de 50% de plus de 65 ans »). Sur les généralistes interrogés, 46,2 % ont une patientèle se composant de moins de 30 % de patients de plus de 65 ans (groupe « moins de 30% de plus de 65 ans ») et 43,3 % des répondeurs ont entre 30 et 50 % de patients de plus de 65 ans (groupe « 30 à 50% de plus de 65 ans »).



Seuls 6,7 % des généralistes ont suivi une formation initiale ou continue sur la prise en charge des aidants.

2. Identification de l'aidant :

Sur les répondeurs, 87,5 % des généralistes ont identifié pour chaque patient atteint de Maladie d'Alzheimer un aidant.

Concernant l'analyse en sous-groupe, les médecins ayant suivi une formation ou étant âgés de plus de 50 ans identifient tous un aidant pour le patient atteint de MA. En réalisant deux groupes, le premier comprenant les généralistes de plus de 50 ans (100% d'identification) et le second les moins de 50 ans (81,4% d'identification), on note une tendance des plus âgés à plus identifier l'aidant avec $p = 0,06$.

Les médecins n'ayant pas suivi de formation sont 86,6 % à identifier un aidant, la différence avec ceux ayant suivi une formation n'est pas significative $p = 0.59$.

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

Par ailleurs, les médecins des groupes : « cabinet seul » et « cabinet et VAD » identifient tous un aidant. Les chiffres les plus importants de l'absence d'identification de l'aidant sont retrouvés dans le groupe associant les visites à domicile, en EHPAD et un poste de coordinateur en EHPAD : 28,6% n'identifient pas d'aidant. Dans le groupe réalisant les visites à domicile et en EHPAD, 87,6% identifient un aidant. Il n'y a pas de différence statistiquement significative, $p = 0,19$.

Plus la patientèle est composée de plus de 65 ans, moins l'identification d'un aidant est réalisée (63,6 % si plus de 50 % de plus de 65 ans, 84,4% si la patientèle se compose de 30 à 50% de plus de 65 ans et 95,8 % pour les patientèles de moins de 30 % de plus de 65 ans). Ce résultat est statistiquement significatif, $p = 0,01$.

Le groupe de sexe féminin semble mieux identifier l'aidant (89,5 % pour les femmes contre 82,1 % pour les hommes, $p = 0,32$).

Tableau numéro 1 : Pourcentage de médecin généraliste identifiant l'aidant principal selon leurs caractéristiques

Identification de l'aidant		Oui	Non	p
Age	< 50 ans	81,4%	18,6%	$p = 0,06$
	> 50 ans	100%	0%	
Formation	Oui	100%	0%	$p = 0,59$
	Non	86,6 %	13,4%	
Modalité d'exercice	« cabinet seul »	100%	0%	$p = 0,19$
	« cabinet et VAD »	100%	0%	
	« activité triple »	87,6%	12,4%	
	« poste de coordinateur »	71,4%	28,6%	
Part de patientèle de plus de 65 ans	< 30%	95,8 %	4,2%	$p = 0,01$
	30-50%	84,4%	15,6%	
	> 50%	63,6 %	36,4%	
Sexe	Féminin	89,5 %	10,5%	$p = 0,32$
	Masculin	82,1 %	17,9	

3. Détection de l'épuisement de l'aidant

Ils sont 93,3 % à répondre toujours essayer de détecter un épuisement lorsqu'ils reçoivent un aidant.

Dans notre étude, tous les médecins ayant suivi une formation initiale ou continue à la prise en charge des aidants essaient de détecter un épuisement. Néanmoins, il n'existe pas de différence significative avec ceux n'ayant pas suivi de formation (92,8% de détection), $p = 1$.

Les médecins des groupes « cabinet seul » et « cabinet et VAD » répondent à 100% détecter un épuisement. Concernant les différentes modalités d'activités, les médecins cumulant visite à domicile, en EHPAD et poste de coordinateur semblent être ceux qui essaient le moins de détecter l'épuisement de l'aidant lorsqu'ils le reçoivent (28,6% d'entre eux). Concernant ceux qui réalisent des visites à domicile et en EHPAD, ils sont 5,6% à déclarer ne pas chercher à détecter un épuisement, $p = 0,18$.

Il semble qu'être une femme soit un facteur plus propice à essayer de détecter un épuisement (85,7% des hommes et 96,1% des femmes cherchent systématiquement à détecter un épuisement) $p = 0,08$.

La déclaration de la recherche de l'épuisement semble être inversement proportionnelle au pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans. On observe une tendance à plus détecter l'épuisement quand la part de patient de plus de 65 ans diminue, $p = 0,53$.

Tableau numéro 2 : Pourcentage de médecin généraliste ne recherchant pas systématiquement l'épuisement de l'aidant principal selon le pourcentage de patientèle de plus de 65 ans

Pourcentage de plus de 65 ans dans patientèle	< 30%	30-50%	> 50%
Absence de détection systématique de l'épuisement	4,2 %	8,9 %	9,1 %

Une tendance observée montre également que plus les généralistes sont jeunes plus ils déclarent être systématiques sur la détection de l'épuisement (100% pour la tranche 20-30 ans, 96,2 % chez les 31-40 ans, 88,9% chez les 41-50 ans, 82,3% chez les 51-60 ans, 87,5% si plus de 61 ans, $p = 0,53$).

Concernant les modalités de dépistage de l'épuisement, la grande majorité des généralistes (90,7%) utilisent la discussion simple comme moyen de détection. Ils sont 3,1 % à utiliser l'échelle mini-Zarit et 6,2 % à coupler la discussion mini-Zarit avec une discussion.

Tous les médecins ayant suivi une formation initiale ou continue à la prise en charge des aidants utilisent la discussion simple pour détecter un épuisement.

Les hommes semblent plus utiliser que les femmes l'échelle mini-Zarit seule alors que les femmes préfèrent utiliser la simple discussion. Chez les hommes, 79,2% utilisent la discussion simple, 8,3% l'échelle mini-Zarit et 12,5% l'association des deux alors que les femmes utilisent à 94,5% la discussion simple, à 1,4% l'échelle mini-Zarit et 4,1% la discussion et l'échelle mini-Zarit, $p = 0,06$). Le pourcentage de médecin utilisant l'échelle mini-Zarit semble également augmenter avec l'âge du médecin. Ce résultat n'est pas significatif statistiquement, $p = 0,40$.

Tableau numéro 3 : moyen de détection de l'épuisement en fonction de l'âge du généraliste

	Discussion simple	Echelle mini-Zarit	Association mini-Zarit et discussion simple
20-30 ans	100%	0%	0%
31-40 ans	94%	6%	0%
41-50 ans	87,5%	4,2%	8,3%
51-60 ans	91,7%	8,3%	0%
61 ans et plus	71,4%	28,6%	0%

4. Modalité de suivi médical des aidants :

Concernant la consultation des aidants, les médecins généralistes remarquent que les aidants viennent toujours seuls en consultation pour 10,5 % d'entre eux, toujours accompagnés de leur proche malade dans 13,5 % des cas et parfois seuls dans 76 % des cas.

A. Proposition de revenir seul en consultation

Les médecins interrogés proposent pour 50 % d'entre eux à l'aidant de revenir en consultation seul.

Le suivi d'une formation initiale par le généraliste semble favoriser la proposition de revenir seul en consultation (85,7% de ceux qui ont suivi une formation proposent de revenir et 47,4 % de ceux qui n'ont pas suivi de formation, $p = 0,12$).

Le fait d'être une femme semble favoriser également la proposition faite à l'aidant de revenir seul en consultation (53,9% des femmes déclarent proposer de revenir seul et 39,3% des hommes, $p = 0,36$).

Concernant les médecins qui ne réalisent que des rendez-vous en cabinet ou des rendez-vous et des visites à domicile, ils sont 50% à proposer à l'aidant de revenir seul. Pour ceux qui réalisent des visites à domicile et en EHPAD, ils sont 52,8% à proposer à l'aidant de revenir seul. Ceux qui réalisent des visites à domicile, en EHPAD et qui ont un poste de coordinateur, ils sont 14,3% à proposer à l'aidant de revenir seul, $p = 0,24$.

Le pourcentage de patientèle de plus de 65 ans ne semble pas modifier de façon significative le fait de proposer ou non de revenir, $p = 0,84$.

Tableau numéro 4 : Pourcentage de généraliste proposant à l'aidant principal de revenir seul selon le pourcentage de patientèle de plus de 65 ans

Proposition de revenir seul en consultation	Oui	Non
Pourcentage de patients de plus de 65 ans		
< 30%	52,1%	47,9%
30-50%	46,7%	53,3%
> 50%	54,5%	44,5%

B. Programmation d'une consultation avec l'aidant seul suite au diagnostic

Après le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer, seulement 5,8 % des généralistes proposent systématiquement une consultation seul avec l'aidant.

Enfin, dans l'analyse en sous-groupe concernant l'activité, le groupe réalisant uniquement des visites à domicile programme plus souvent un rendez-vous avec l'aidant seul (16,7% si réalisation de VAD, 5,6% si réalisation de VAD et visite en EHPAD, 0% si exercice en cabinet ou combinant un poste de coordinateur avec des VAD et des visites en EHPAD).

Tableau numéro 5 : Programmation d'une consultation avec l'aidant suite au diagnostic de maladie d'Alzheimer selon les caractéristiques du médecin généraliste

Programmation d'une consultation		Oui	Non	p
Age	20-30 ans	0%	100%	p = 0,93
	31-40 ans	7,7%	92,3%	
	41-50 ans	7,4%	92,6%	
	> 50 ans	0%	100%	
Formation	Oui	14,3%	85,7%	p = 0,34
	Non	5,2%	94,8%	
Modalité d'exercice	« cabinet seul »	0%	100%	p = 0,42
	« cabinet et VAD »	16,7%	83,3%	
	« activité triple »	5,6%	94,4%	
	« poste de coordinateur »	0%	100%	
Part de patientèle de plus de 65 ans	< 30%	8,3%	91,7%	p = 0,83
	30-50%	4,4%	95,6%	
	> 50%	0%	100%	
Sexe	Féminin	7,9%	92,1%	p = 0,18
	Masculin	0%	100%	

C. Contenu de la consultation dédiée à l'aidant

Lors de la visite de l'aidant, les médecins généralistes évoquent pour 99 % d'entre eux l'atteinte psychique, pour 82,7 % d'entre eux des problématiques somatiques et pour 78,8 % d'entre eux l'atteinte relationnelle. Les problématiques économiques et nutritionnelles sont moins abordées (35,6 % pour la part économique et 42,9 % pour l'atteinte nutritionnelle).

Tableau numéro 6 : Problématiques évoquées par les médecins généralistes lors de la consultation dédiée à l'aidant

Problématique abordée	Pourcentage de généraliste l'abordant
Psychique	99%
Somatique	82,7%
Relationnelle	78,8%
Nutritionnelle	42,9%
Economique	35,6%

a) Recherche d'une atteinte psychique

La quasi-totalité des généralistes la recherchent. Nous n'avons pas fait d'analyse en sous-groupe, car seul 1% des généralistes ne la cherchait pas.

b) Recherche d'une atteinte économique

On observe une différence marquée mais non significative ($p=0,09$) en fonction du suivi d'une formation initiale ou continue (71,4% de ceux ayant suivi une formation la recherchent contre 33,0 % de l'autre groupe).

Chez les moins de 40 ans, 25% recherchent une atteinte économique. Chez les plus de 40 ans, 52,1% la recherchent. Cette différence est significative statistiquement, $p = 0,006$.

Une différence non significative ($p = 0,50$) est observée en fonction des activités du médecin (en cas de consultation uniquement au cabinet 0 % la recherchent, en cas de réalisation de visite à domicile et rendez-vous 33,3% la recherchent, s'ils réalisent des visites à domicile et en EHPAD 34,8% et en cas de visite à domicile, en EHPAD et de poste de coordinateur 57,1%. La différence reste non significative en cas d'analyse du groupe « coordinateur » face au groupe « non coordinateur », $p = 0,24$.

Il semble que plus la patientèle est âgée et moins les généralistes recherchent l'atteinte économique (si < 30% de plus de 65 ans 41,6% la réalisent, si la patientèle est composée entre 30-50% de personnes âgées de plus de 65 ans 31,1% la réalisent et si la majorité de la population est âgée alors 27,3% la réalisent, $p = 0.51$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'analyse en sous-groupe sur le sexe (35,5% des femmes et 35,7% des hommes la recherchent, $p = 1$).

c) Recherche d'une atteinte somatique :

Il semble que ceux ayant suivi une formation la recherchent plus fréquemment que les autres groupes (100% de ceux ayant réalisé une formation à la prise en charge des aidants la recherchent et 81,4% pour l'autre groupe, non significatif $p = 0,60$). Il n'y a pas de différence en fonction du sexe (82,9 % des femmes et 82,1 % des hommes) ni en fonction de la proportion de la patientèle âgée de plus de 65 ans (81,3% si <30 %, 84,4% si 30-50%, 81,8% si > 50 %).

La recherche d'une atteinte somatique semble augmenter avec la diversification de l'activité du généraliste (50% de recherche si consultation uniquement en cabinet, 66,7% si réalisation de visite à domicile, 84,3% si réalisation de visite à domicile et en EHPAD et 85,7% si visite à domicile, en EHPAD et poste de coordinateur, $p = 0,28$).

La tranche d'âge des médecins fait varier la recherche d'une atteinte somatique (75% de recherche si 20-30 ans, 88,5% si 31-40 ans, 81,5% si 40-50 ans, 76,9% si 51-60 ans, 62,5% si plus de 60 ans, $p = 0,27$).

d) Recherche d'une atteinte relationnelle :

Il semble que le suivi d'une formation initiale favorise la recherche d'une atteinte relationnelle (100 % du groupe ayant suivi une formation et 77,3 % pour l'autre groupe, $p = 0,34$).

Les femmes déclarent moins la rechercher que les hommes (76,3% des femme, 85,7% des hommes, $p = 0,41$).

Les activités réalisées par le généraliste semblent modifier la recherche ou non d'une atteinte relationnelle (50% déclarent le rechercher quand ils exercent uniquement en cabinet, 83,3% s'ils réalisent des VAD, 77,5% s'ils interviennent en VAD et en EHPAD, 100% s'ils réalisent des VAD, des visites en EHPAD et ont un poste de coordinateur).

Concernant les tranches d'âges, il semble que les 20-30 ans et les 51-60 ans la recherchent plus souvent (100%), 69,2% des 31-40 ans, 85,2% des 41-50 ans et 75% des plus de 60 ans.

e) Recherche d'une atteinte nutritionnelle :

Le dépistage d'une atteinte nutritionnelle semble plus souvent réalisé chez les médecins ayant suivi une formation (71,4% si formation, 40,2% en absence de formation, $p = 0,13$).

Ce dépistage ne varie pas significativement en fonction du sexe du médecin (40,7% des femmes et 46,4% des hommes, $p = 0,65$) ou de la part de patientèle âgée de plus de 65 ans (37,5% si moins de 30% de plus de 65 ans, 48,8% si 30 à 50% de plus de 65 ans, 36,4% si plus de 50% de plus de 65 ans, $p = 0,52$).

On remarque une importante disparité de réponse en fonction des activités réalisées par le généraliste (0% si exercice uniquement en cabinet, 33,3% si réalisation de VAD, 43,8% si réalisation de VAD et de visite en EHPAD, 42,9% si réalisation de VAD, visite en EHPAD et poste de coordinateur). Ce résultat n'est pas significatif, $p = 0,65$.

On observe une disparité concernant la recherche d'une atteinte nutritionnelle en fonction de la tranche d'âge du généraliste, $p = 0,16$. En effet 30,7% des 31-40 ans, 50% des 20-30 ans et des plus de 60 ans, 51,8% des 41-50 ans et 61,5% des 51-60 ans font le dépistage de l'atteinte nutritionnelle.

D. Création d'un lien avec le second médecin traitant du couple

Pour 74 % des interrogés, certains couples aidant/aidé sont suivis par deux médecins généralistes différents. Dans ce cas de figure, seuls 33,8 % des généralistes ont fait le lien avec le médecin suivant l'autre patient du couple.

Le groupe qui fait le plus le lien avec un confrère est le groupe des 20-30 ans (100%). Chez les 31-40 ans, 37,8% répondent faire le lien, chez les 41-50 ans ils sont 16,0%, chez le 51-60 ans ils sont 42,9% et au-delà de 60 ans, 40% réalisent un lien avec l'autre généraliste du couple. La tranche d'âge est statistiquement liée à la création d'un lien avec le second médecin traitant du couple, $p = 0,03$.

Le groupe ayant le plus de patients âgés fait le plus le lien (55,6% si la patientèle se compose de plus de 50% de personnes âgées, 32,3% si elle comprend de moins de 30% et 29,7% si elle comporte entre 30 et 50% de plus de 65 ans, $p = 0,38$).

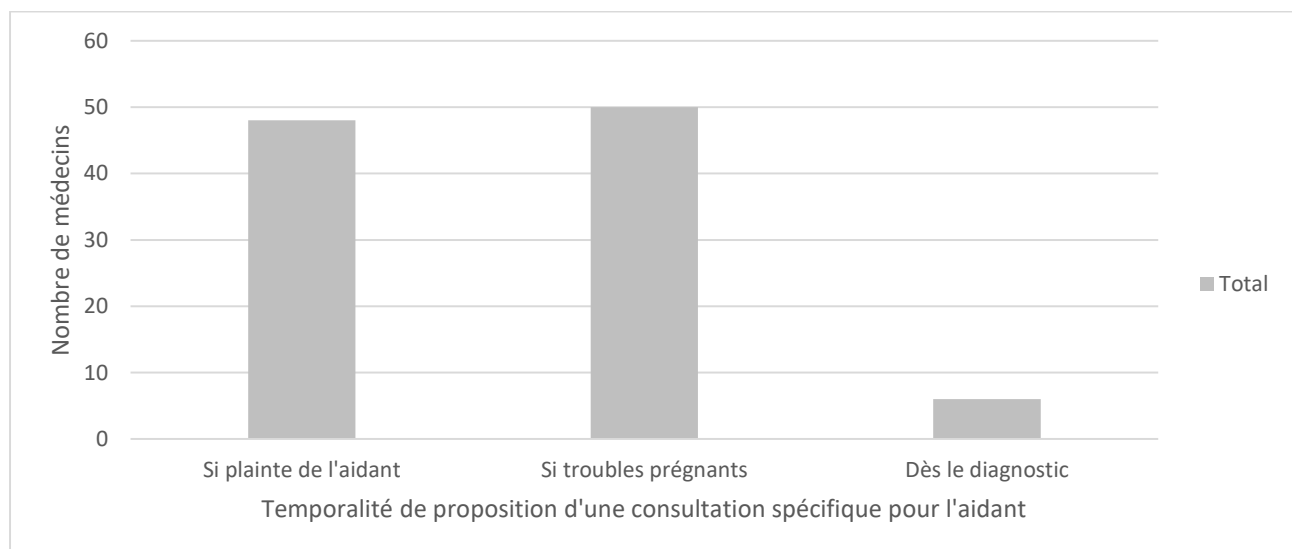
Le groupe ayant réalisé une formation à la prise en charge des aidants fait le lien à 60% contre 31,9% en l'absence de formation, $p = 0,32$.

Le fait d'être une femme semble favoriser le fait de faire le lien avec le généraliste suivant le deuxième membre du couple mais ce résultat n'est pas significatif statistiquement ($p = 0,77$) : les femmes répondent à 35,6% faire le lien, les hommes 27,8%.

L'activité du généraliste semble modifier la prise en charge : ceux qui ne réalisent que des consultations au cabinet, ou en VAD ou ayant un poste de coordinateur répondent tous ne pas faire le lien. En cas de réalisation de VAD et de visite en EHPAD, 38,8% des médecins font le lien avec leur confrère. En poursuivant l'analyse en réalisant deux groupes « couple suivi par 2 médecins différents et réalisation de VAD et visite en EHPAD » pour le premier et un deuxième groupe regroupant les généralistes suivant à deux médecins le couple et n'étant pas dans le premier groupe, on obtient une différence statistiquement significative, $p = 0,01$.

E. Réalisation d'une consultation spécifique au statut d'aidant

Une consultation spécifique au statut d'aidant est proposée dès le diagnostic de maladie d'Alzheimer par 5,8 % des interrogés. Elle est proposée uniquement si l'aidant se plaint de sa situation pour 46,2 % des généralistes. Pour les 48 % restant, la consultation est proposée lorsqu'il devient compréhensible que les troubles de la mémoire et du comportement deviennent prégnants.



Lorsque l'aidant se plaint de sa situation ou lorsque les problématiques de comportement ou de mémoire deviennent prégnants, les différents sous-groupes proposent une consultation spécifique avec des pourcentages globalement similaires à ceux retrouvés dans l'analyse globale.

Certains sous-groupes n'ont aucune réponse en faveur d'une consultation précoce dès le diagnostic (20-30 ans, 51-60 ans, patientèle composée de plus de 50 % de plus de 65 ans, activité uniquement au cabinet ou en VAD ou si poste de coordinateur avec visite à domicile et en EHPAD).

Le groupe ayant suivi une formation initiale semble proposer plus fréquemment une consultation précoce (14,3% en cas de formation, 5,1% en absence de formation, $p = 0,32$).

F. Réalisation de visite à domicile

Pour le suivi du couple, 14,4 % des répondeurs réalisent de façon systématique une visite au domicile du couple aidant / aidé.

Il semble que plus l'âge du généraliste augmente et plus il réalise de visite à domicile (0% des 20-30 ans, 9,6% des 31-40 ans, 14,8% des 41-50 ans, 23,1% des 51-60 ans, 37,5% des plus de 60 ans, $p = 0,09$).

La réalisation d'une formation semble augmenter la probabilité de réaliser des visites à domicile du couple aidant / aidé mais de façon non significative (28,6% si formation, 13,4% si absence de formation avec $p = 0,26$).

Le sexe masculin semble également être un facteur favorisant pour réaliser une visite du couple aidant / aidé (25% hommes, 10,5% femmes avec $p = 0,11$).

Le pourcentage de patientèle âgée de plus de 65 ans ne modifie pas significativement les résultats pour la réalisation d'une visite à domicile, $p = 0,71$.

G. Mise en place d'une consultation d'annonce du statut d'aidant

Seuls 5,8 % des interrogés réalisent une consultation d'annonce du statut d'aidant. Dans ce cas, le support s'appuie uniquement sur de l'information orale.

La réalisation d'une consultation d'annonce est significativement modifiée par la réalisation d'une formation initiale (28,6% si formation, 4,1% en l'absence de formation, $p = 0,05$).

Le sexe masculin semble être un facteur positif pour réaliser cette consultation particulière (3,9% pour le sexe féminin, 10,7% pour le sexe masculin, $p = 0,34$).

Il semble que la réalisation d'une consultation d'annonce soit favorisée par un pourcentage plus élevé de patient de plus de 65 ans (2,1% si la patientèle âgée de plus de 65 ans représente moins de 30% du total de la patientèle, 8,9% si elle représente 30 à 50%, 9,1% si elle est de plus de 50%, $p = 0,29$).

L'âge du médecin généraliste augmentant semble favoriser de façon significative ($p = 0.04$) la réalisation d'une consultation dédiée : 0% des médecins la réalisent dans les tranches 20-30 ans et 41-50 ans, 3,8% entre 31 et 40 ans, 15,4% entre 51 et 60 ans, 25% au-delà de 60 ans.

Les activités réalisées par le médecin ne modifient pas statistiquement la réalisation d'une consultation d'annonce du statut d'aidant, $p = 0.61$.

H. Mise en place d'une solution d'urgence

Les généralistes sont 69,2 % à demander à l'aidant s'il a réfléchi à une solution d'urgence au cas où il serait malade.

La réalisation d'une formation ne modifie pas la recherche d'une solution d'urgence, $p = 1$.

Les généralistes de sexe masculin semblent plus poser la question à l'aidant (65,8% des femmes, 78,6% des hommes, $p = 0,24$).

Le pourcentage de patientèle âgée ne modifie pas cette demande (68,7% si $< 30\%$ des patients de plus de 65 ans, 71,1% si 30-50%, 63,6% si $> 50\%$, $p = 0.85$).

La réalisation de visites en EHPAD et le cumul à un poste de coordinateur semble augmenter la recherche d'une solution d'urgence auprès de l'aidant (50% de recherche si activité en cabinet ou avec des VAD, 69,7% si réalisation de VAD et de visites en EHPAD, 85,7% association avec un poste de coordinateur, $p = 0.43$).

L'âge semble modifier la recherche d'une solution d'urgence, avec une augmentation progressive du pourcentage dans les tranches d'âge les plus élevées (les 20-30 ans sont 50% à le rechercher, 57,7% dans la tranche 31-40 ans, 81,4% chez les 41-50 ans, 76,9% chez les 51-60 ans et 87,5% chez les plus de 60 ans, $p = 0.08$).

5. Orientation lors de la détection d'un épuisement

Une sélection des principaux moyens d'aide a été réalisée (>10% de propositions).

Tableau numéro 7 : Orientations proposées par les médecins généralistes lors de la détection d'un épuisement :

Structure de répit	90,4%
Intervention d'une assistante sociale	85,6%
Psychothérapie	62,5%
Association d'aide aux malades	54,8%
Association proposant un soutien et le maintien du lien social	28,8%
Intervention IDE Asalée	26,9%
Programme d'aide aux aidants	3,8%
Dispositif « 5 séances aidants » de la région Occitanie	2,9%
Assistance téléphonique	2,9%
Intervention du DAC	2,8%
Intervention d'une IPA	1,9%

A. Structure de répit

Les généralistes sont nombreux à les plébisciter (90,4%).

La formation et le sexe ne modifie pas statistiquement la proposition de cette orientation, $p = 1$.

Tableau numéro 8 : Orientation vers une structure de répit selon les caractéristiques du généraliste.

Orientation vers une structure de répit		Oui	Non	p
Age	20-30 ans	100 %	0 %	p = 0,84
	31-40 ans	90,4%	9,6%	
	41-50 ans	92,6%	7,4%	
	51-60 ans	84,6%	15,4%	
	> 60 ans	87,5%	12,5%	
Formation	Oui	100%	0%	p = 1
	Non	89,7%	10,3%	
Modalité d'exercice	« cabinet seul »	50%	50%	p = 0,22
	« cabinet et VAD »	100%	0%	
	« activité triple »	91,0%	9%	
	« poste de coordinateur »	85,7%	14,3%	
Part de patientèle de plus de 65 ans	< 30%	95,8%	4,2%	p = 0,16
	30-50%	84,4%	15,6%	
	> 50%	90,9%	9,1%	
Sexe	Féminin	90,8%	9,2%	p = 1
	Masculin	89,3%	10,7%	

B. Intervention d'un assistant social

Les généralistes orientent les aidants à 85,6% vers un assistant social.

Ces chiffres ne sont pas modifiés significativement par la réalisation d'une formation à la prise en charge des aidants (le groupe ayant suivi une formation propose à 85,7% cette orientation et le groupe sans formation 85,6%, $p = 1$).

Les hommes semblent plus orienter vers un travailleur social que les femmes (homme 89,3%, femme 84,2%, $p = 0,75$).

Il semble y avoir une tendance à moins orienter vers un assistant social pour ceux ne réalisant que des visites à domicile en comparaison des autres groupes : ceux réalisant uniquement des VAD sont 66,7% à le faire contre 86,7% des autres (100% en cas de RDV uniquement au cabinet, 86,5% en cas de réalisation de VAD et de visites en EHPAD et 85,7% en ajoutant un poste de coordinateur, $p = 0,20$). On observe également que les généralistes suivant moins de 50% de personnes de plus de 65 ans semblent orienter plus facilement vers un assistant social. Ceux suivant plus de 50% des plus de 65 ans orientent à 81,8%, pour les 2 autres groupes, ils sont 86,0% à le faire. Ces résultats ne sont pas significatifs statistiquement $p = 0,65$.

L'âge du généraliste semble jouer un rôle dans la décision d'orienter vers un assistant social. La tranche 20-30 ans le propose à 50 %, les 31-40 ans à 92,3%, les 41-50 ans à 81,5%, les 51-60 ans à 76,9 % et les plus de 60 ans à 87,5%. Ces résultats sont non significatifs statistiquement, $p = 0,08$.

C. Psychothérapie

Les généralistes proposent une orientation vers une psychothérapie à 62,5%.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe du généraliste, $p = 1$.

Les médecins ayant suivi une formation semblent plus le proposer que les autres : 85,7% pour ceux ayant été formés, 60,8% pour ceux n'ayant pas suivi de formation, $p = 0,25$.

Une part de patientèle âgée plus importante semble favoriser la proposition de psychothérapie. Pour les patientèles avec moins de 30 % de personnes de plus de 65 ans, seuls 56,3% des généralistes orientent vers une psychologue, 68,9 % si la patientèle comprend entre 30 et 50% de plus de 65 ans et 63,6% en cas de patientèle majoritairement au-delà de 65 ans. En créant 2 groupes, « plus de 30% de 65 ans » (67,9%) et « moins de 30% de plus de 65 ans » (56,3%), le résultat reste non significatif, $p = 0,23$.

Les médecins diversifiant leurs lieux de visite semblent plus proposer la psychothérapie aux aidants. Les groupes « cabinet seul » et « cabinet et VAD le proposent à 37,5% contre 64,6% pour les groupes « activité triple » et « poste de coordinateur », $p = 0,14$.

Il semble que les plus jeunes favorisent plus la psychothérapie ($p = 0,35$). En réalisant les groupes « 20 à 40 ans » et « 41 à 70 ans », $p = 0,11$.

Tableau numéro 9 : Proposition de psychothérapie selon l'âge du généraliste

Programmation de psychothérapie		Oui	Non	p
Age	20-30 ans	100%	0%	p = 0,35
	31-40 ans	67,3%	32,7%	
	41-50 ans	51,9%	48,1%	
	51-60 ans	53,8%	46,2%	
	> 60 ans	62,5%	37,5%	

D. Association d'aide aux malades :

Les médecins sont 54,8% à proposer de contacter une association d'aide aux malades dans notre étude en cas de détection d'un épuisement de l'aidant.

Le fait d'avoir suivi une formation semble favoriser l'orientation vers ce type d'association, 71,4% des médecins ayant suivi une formation le proposant contre 53,6% en absence de formation (p = 0,45).

Être une femme semble également favoriser cette orientation, elles sont 56,6% à le proposer contre 50% des hommes, p = 0,65.

Pour les généralistes, une part moins importante de patientèle âgée de plus de 65 ans semble favoriser le conseil de se diriger vers ce type d'association (p = 0.47) : 56,3% le proposent en cas de patientèle composée de moins de 30% de plus de 65 ans, 57,8% si la patientèle comprend entre 30 et 50% de plus de 65 ans. Ils sont seulement 36,4% à la proposer si la patientèle est majoritairement composée de plus de 65 ans.

L'analyse selon le type d'activité semble suggérer que les généralistes réalisant seulement des VAD et des consultations au cabinet orientent moins que les autres vers ce type d'association : ils sont 50% à le faire en cas de consultation uniquement au cabinet, 16,7% pour ceux réalisant uniquement des VAD, 56,2% pour ceux associant des VAD et des visites en EHPAD, et 71,4% pour ceux qui associent en plus un poste de coordinateur, p = 0,19.

E. Association proposant un soutien et le maintien du lien social :

Dans notre étude, 28,8% des généralistes proposent d'orienter l'aidant vers une association de soutien et/ou de maintien du lien social.

Il existe une différence significative en fonction du sexe des médecins : 7,1% des hommes et 36,8% des femmes le proposent, $p = 0,002$.

Le suivi d'une formation semble également favoriser l'orientation vers ce type d'association, le groupe ayant suivi une formation répond à 57,1% le proposer contre 26,8% pour le groupe n'ayant pas suivi de formation, $p = 0,10$.

Il n'existe pas de franche différence d'orientation vers une association de soutien et de maintien du lien social selon la part de patient de plus de 65 ans suivie par le généraliste. Dans le groupe des généralistes ayant moins de 30 % de plus de 65 ans, 29,2% répondent réaliser cette proposition, chez ceux suivant entre 30 et 50% de plus de 65 ans, ils sont 26,7% à le proposer. En cas de patientèle majoritairement âgée de plus de 65 ans, ils sont 36,4% à orienter les aidants vers ces associations.

L'âge semble modifier la proposition d'orientation, $p = 0,29$. Les « 20-30 ans » le proposent à 0%, le groupe « 31-40 ans » à 25%, les « 41-50 ans » à 40,7%. Le pourcentage de médecin orientant vers des associations de soutien diminue ensuite (38,5% pour les « 51-60 ans » et 12,5% pour les « plus de 60 ans »).

En fonction des activités assumées par le généraliste, on observe que certaines catégories proposent plus souvent ce type d'orientation : ceux cumulant un poste de coordinateur à des visites en EHPAD et des VAD sont 42,9% à le proposer, ceux réalisant des VAD et des visites en EHPAD le proposent de façon quasi identique (33,3% si VAD seule et 28,1% si association à des visites en EHPAD). Les généralistes réalisant uniquement des consultations au cabinet ne proposent pas cette orientation, $p = 0,72$.

F. IDSP (Infirmière Déléguée à la Santé Publique, ancienne IDE Asalée)

Les généralistes sont 26,9% à orienter les aidants vers une IDSP en cas de détection d'un épuisement. Le suivi d'une formation semble favoriser cette orientation, 57,1% des généralistes ayant suivi une formation le proposent contre 24,7% de ceux n'en ayant pas suivi, $p = 0,08$.

Nous avons décidé de regrouper les tranches d'âge en plus de 50 ans et moins de 50 ans. Il existe une différence significative sur l'orientation vers une IDSP : 47,6% des plus de 50 ans le proposent contre 21,7% des moins de 50 ans, $p = 0,02$.

Le pourcentage de la patientèle âgée de plus de 65 ans ne semble pas jouer de rôle dans la décision d'orienter vers une IDSP. En effet, en cas de patientèle de moins de 30% de plus de 65 ans, 31,3% des généralistes proposent un rendez-vous avec une IDSP, 22,2% en cas de patientèle entre 30 et 50% et 27,3% en cas de patientèle de plus de 50%, $p = 0,59$. Ces résultats restent non significatifs en regroupant en patientèle de plus ou de moins de 30%, $p = 0,38$.

L'orientation vers une IDSP diffère en fonction de la diversification des activités mais n'est pas statistiquement significative, $p = 0,88$. Ceux ne réalisant que des RDV en cabinet répondent ne pas utiliser cette possibilité, ceux réalisant uniquement des VAD le proposent à 33,3%, ceux réalisant des VAD et des visites en EHPAD sont 28,1% à le suggérer et les coordinateurs sont 14,3% à le préconiser.

IV. DISCUSSION

IV. DISCUSSION :

1. Discussion du principal résultat

Dans notre étude, 87,5% des généralistes disent avoir identifié un aidant pour chaque patient atteint de maladie d'Alzheimer. Une thèse soutenue en 2015 indiquait que seuls 49 % des patients avaient un aidant principal identifié dans les courriers entre neurologues et généralistes. (24) Notre pourcentage plus important peut s'expliquer par une plus large application des recommandations par les généralistes, mieux sensibilisés à la prise en charge des aidants.

Concernant les analyses en sous-groupe, il est étonnant que les médecins ayant une part plus importante de patients de plus de 65 ans réalisent moins l'identification de l'aidant. Ce résultat significatif peut s'expliquer par le manque de temps en lien avec une patientèle chronophage car plus souvent polypathologique.

Nos résultats montrent que la totalité des plus de 50 ans identifient l'aidant. Cela peut s'expliquer par le manque de formation des plus jeunes médecins et montre l'intérêt de sensibiliser les internes lors de leur cursus. Ces résultats contrastent avec les précédents, les médecins les plus âgés ayant le plus fréquemment la patientèle la plus âgée.

Comme sur la quasi-totalité des résultats, les médecins ayant suivi une formation dédiée à la prise en charge des aidants suivent mieux les recommandations. Ils identifient tous l'aidant dans notre étude. Une étude réalisée en Australie sur la première formation continue des médecins généralistes sur la démence avait montré que la formation était bien accueillie par les généralistes. Elle comprenait une part sur la prise en charge de la démence. Néanmoins, son impact sur la pratique n'a pas été évalué (26). Au Canada, l'enseignement des facultés de médecine du pays ne comprend que quelques heures concernant les aidants et aboutit à des connaissances insuffisantes sur le sujet (26). Il serait intéressant d'une part de proposer plus largement ces formations, au cours du second cycle et d'étudier l'impact de la formation des généralistes sur le vécu de l'aidant. En Australie, la formation continue des médecins généralistes sur la démence était bien accueillie par les généralistes. Néanmoins, son impact sur la pratique n'a pas été évalué. (25)

Nous remarquons que certains groupes identifient systématiquement l'aidant parmi lesquels les généralistes travaillant seulement au cabinet ou en visite à domicile. On peut alors supposer que les médecins réalisant des visites en EHPAD ou ayant un poste de coordinateur détectent moins

l'épuisement car estiment avoir plus de ressource pour une institutionnalisation que les autres ou qu'une part plus importante de leur patientèle est institutionnalisée donc avec moins le besoin d'un aidant principal.

Les femmes identifient de façon systématique l'aidant. Cette différence selon le sexe du généraliste peut être expliquée par le fait que les femmes abordent plus les questions d'ordre psychosocial que les hommes, en réalisant des consultations plus longues. (27)

La détection de l'épuisement de l'aidant est réalisée systématiquement par les mêmes groupes que ceux identifiant l'aidant principal (généralistes ayant suivi une formation ou exerçant uniquement en cabinet ou réalisant des visites à domicile uniquement).

Comme pour l'identification de l'aidant, les femmes ont plus tendance à rechercher un épuisement que les hommes.

Etonnamment, la détection de l'épuisement diminue avec l'augmentation de la patientèle de plus de 65 ans, plus touchée par la nécessité d'apporter de l'aide à un proche (âge moyen des aidants étant de 58 ans dans l'enquête Handicap Santé de 2008). Ce résultat peut s'expliquer par une patientèle plus chronophage au-delà de 65 ans, avec des motifs de consultations trop nombreux par rapport à la durée d'une consultation ou par un manque de puissance statistique dû à un échantillon de trop faible effectif.

La quasi-totalité des médecins (99%) répondent rechercher une atteinte psychologique. Ce chiffre est bien plus élevé que ceux retrouvés lors d'une thèse de 2014 où la recherche d'impact psychique était évaluée à hauteur de 38%. (16)

Les médecins interrogés répondent à 82,7% prendre en charge des problématiques somatiques, contre 50% en 2014. (16) Cette amélioration est une avancée, les aidants étant un tiers à délaisser leur santé. (8) Ils sont pourtant une population à risque cardiovasculaire plus élevé : manque d'activité physique par manque de temps, augmentation des hormones de stress, majoration de la tension artérielle et part plus importante de syndrome métabolique. (28)

Il est plus difficile de comparer la recherche d'une atteinte relationnelle car en 2014 (16), elle était détaillée en professionnelle (31%) et familial (85,7%). Nos résultats montrent 78,8% de recherche de cette atteinte.

Les atteintes somatiques et relationnelles semblent plus recherchées avec la diversification de l'activité du généraliste. Cela peut s'expliquer par une prise en charge plus globale avec une meilleure vision du mode de vie du patient ainsi que de ces relations sociales grâce aux visites.

L'atteinte nutritionnelle est évaluée à 42,9%. Ce chiffre est meilleur que celui de 2018 où l'impact nutritionnel était évalué à 14,3%. (16)

L'atteinte économique, pourtant recommandée par la HAS, est la moins recherchée (35,6%). Cela peut être en lien avec la gêne d'aborder un sujet encore tabou dans notre société ou à cause du manque de solutions existantes (en dehors de l'APA) face à cette problématique. Elle est significativement plus recherchée si le généraliste est âgé de plus de 40 ans ce qui peut s'expliquer par l'acquisition de connaissances dans le domaine avec l'expérience.

En 2014, les médecins jugeaient le contenu de la consultation inapproprié et chronophage. En 2018 (16), ces idées persistaient, avec une méconnaissance de la consultation annuelle dédiée et la critique de l'absence de solution efficace proposée par cette consultation. Notre étude semble montrer que malgré ces critiques, les recommandations de l'HAS ont permis une sensibilisation des médecins généralistes au statut particulier des aidants et une meilleure recherche des différents domaines d'épuisement même si la consultation de l'aidant n'est pas réalisée telle que préconisée par l'HAS.

2. Réponse à la question secondaire :

A. Modalités de suivi des aidants

Nos résultats montrent que seulement 10,5% des aidants viennent seuls en consultation. Cela peut s'expliquer par un dénigrement de leur santé en favorisant celle du proche, par un souci de praticité en limitant les déplacements en dehors du logement, par les difficultés à laisser leur proche seul au domicile ou à trouver une garde pour leur proche pendant leur absence.

La moitié des médecins interrogés proposent à l'aidant de revenir en consultation seul lors du suivi habituel. Ce chiffre contraste fortement avec la même proposition, réalisée uniquement par 5.8% des généralistes après le diagnostic. Ces chiffres posent le problème de la prise en charge précoce des aidants. La consultation de l'aidant semble être proposée bien plus tardivement dans l'avancée de la maladie du proche (en cas de plainte à 46,2 % ou de troubles prégnants à 48,1 %) (29). Une thèse publiée en 2022 montrait l'importance accordée par les aidants au rôle du médecin traitant, qui pour soulager efficacement l'aidant, se doit de donner une information régulière, d'anticiper les besoins et d'apporter une écoute. Son rôle est également celui de facilitateur de l'institutionnalisation au moment venu. Il y a plusieurs façons d'expliquer ce retard de prise en charge, qui sont probablement complémentaires (16). En 2018, une thèse montrait des freins à la prise en charge venant de l'aidant :

déni, absence d'anticipation des besoins, minimisation des plaintes, difficulté à se rendre en consultation. Dans une autre thèse (30), la grande majorité des aidants reprochait aux généralistes un tabou, un manque d'investissement ou d'intérêt et un manque d'anticipation.

Que ce soit après le diagnostic ou lors des rendez-vous de suivi, on voit une tendance de ceux ayant suivi une formation et des généralistes femmes à plus fréquemment proposer à l'aidant de revenir en consultation. Cela peut être expliqué par les éléments décrit précédemment.

Lorsque l'aidant et l'aidé sont suivis par deux généralistes différents, la majorité des généralistes ne fait pas le lien avec le deuxième médecin (29). Une thèse retrouvait que la configuration où les aidants exprimaient le moins de difficultés était celle où un médecin traitant extérieur au cercle familial prenait en charge à la fois l'aidant et l'aidé. Le manque de communication sur les différentes prises en charge est donc délétère et s'explique probablement par le manque de temps à consacrer aux appels téléphoniques. Il faudrait veiller à encourager les échanges entre confrères sur le sujet. Par ailleurs, les généralistes estiment que la prise en charge doit être pluridisciplinaire. Une étude contrôlée randomisée de 2006 démontrait qu'une prise en charge alliant gériatre, géronto-psychiatre, psychologue, infirmière et médecin généraliste permettait de réduire significativement le stress de l'aidant à 12 mois et la dépression à 18 mois (31). Il serait donc pertinent, pour un couple aidant/aidé suivi par deux généralistes, de coordonner la prise en charge en prenant contact entre confrères ou en adressant le couple à un gériatre. Le développement de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire au sein des MSP pourrait également aider dans la gestion de ces cas complexes. Nos résultats montrent que les jeunes médecins créent plus le lien avec leur confrère pour la prise en charge du couple, ce qui peut s'expliquer par une meilleure sensibilisation et formation aux prises en charge pluridisciplinaires et à l'exercice coordonné.

Malgré la part importante de médecins dans l'étude répondant réaliser des visites à domicile (98.1%), celle du couple aidant-aidé est peu pratiquée : seuls 14.4% des généralistes la mettent en place. Cela peut s'expliquer par le fait que la réalisation de visite à domicile est de moins en moins pratiquée de nos jours (38.0% en 1980 contre 9% en 2016). Il semble pourtant intéressant pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer de réaliser une VAD au moment du diagnostic. Cela permettrait de mieux prendre en compte le contexte de vie du patient, les risques auxquels il peut être exposé et d'identifier les aidants. L'âge du généraliste augmentant favorise la réalisation de visites à domicile. On peut l'expliquer soit par l'âge de la patientèle qui évolue avec celui du médecin soit par les habitudes prises lorsque les visites étaient fréquemment réalisées. Le sexe masculin est un facteur semblant favoriser

la réalisation de visites. Ces tendances sont retrouvées sur une thèse de 2016 (32). On remarque une tendance des hommes à plus réaliser de visites à domicile que les femmes, ce qui était également décrit dans les études des emplois du temps des généralistes en 2012 : les femmes consacraient 8% de leur temps de travail aux visites à domicile contre 14% des hommes (33).

Très peu de généralistes réalisent une consultation d'annonce du statut d'aidant. Elle est pourtant significativement plus mise en œuvre chez les médecins ayant suivi une formation initiale et chez les médecins les plus âgés. On peut supposer que les plus jeunes et les non formés soient moins enclins à mettre en place cette consultation par manque de connaissance, de solution de répit, pour ne pas heurter l'aidant à un stade précoce de la maladie. Cette consultation d'annonce n'est pas proposée dans les recommandations et peut sembler trop formelle pour l'aidant.

La recherche d'une solution d'urgence, en cas d'hospitalisation ou de décès du proche aidant, est réalisée par 69,2% des généralistes. Elle est favorisée par l'âge du médecin augmentant ainsi que la réalisation de visites en EHPAD ou l'occupation d'un poste de coordinateur. Cela peut s'expliquer par l'expérience des médecins ayant été confrontés à ces situations difficiles. Une thèse de 2023 rapporte les expériences de plusieurs médecins concernant la complexité et le temps de mise en œuvre des moyens et des structures adaptées (34).

B. Modalité de détection de l'épuisement

L'échelle mini-Zarit est concise et rapide à réaliser. Elle évalue en 5 questions et 3 sous-questions le fardeau de l'aidant. Chaque question est évaluée par un nombre entre 0, 0.5 et 1. Elle est ainsi facile à mettre en place en consultation. Elle correspond à la version courte de l'échelle de Zarit qui comprend 22 questions pour évaluer plus complètement le fardeau de l'aidant. Une thèse de 2015 (30) montrait que les aidants la trouvaient trop longue donc inadaptée à une consultation classique, ne regroupait pas la totalité des atteintes (difficultés financières, psychologique, l'intimité) et ne débouchait pas sur un bénéfice. Les aidants étaient pourtant plutôt favorables à leur utilisation.

Nos résultats montrent que les généralistes utilisent très majoritairement la discussion simple. Ils rejoignent les résultats de 2018 (16) qui montraient que les médecins généralistes ne connaissaient pas d'indicateur fiable pour évaluer la souffrance de l'aidant.

La faible utilisation par les généralistes de l'échelle mini-Zarit ne semble pas une exception : une étude de 2013 montrait que les tests d'évaluation gériatrique étaient peu utilisés. Les explications données concernaient le manque de temps et de formation sur le sujet, le risque d'altération de la relation

médecin/patient, l'absence de cotation existante (35). On peut imaginer que les mêmes allégations limitent l'utilisation de l'échelle mini-Zarit.

Il est étonnant de remarquer que tous les généralistes ayant suivi une formation à la prise en charge des aidants répondent ne pas utiliser l'échelle mini-Zarit alors que celle-ci est recommandée par la HAS (3).

Il serait intéressant d'ajouter cette échelle dans le logiciel médical ou de la proposer dans le cadre des consultations mémoires des infirmières ASALEE afin de proposer une prise en charge pluridisciplinaire des couples aidants/aidés.

C. Connaissance des dispositifs d'orientation

En 2018, les généralistes rapportaient ne pas avoir de solution pour les couples aidant/aidé par manque de connaissance ou de réseau (16). Pourtant, en 2011, une étude montrait que les aidants, en particulier les plus âgés, utilisaient fréquemment les médecins pour s'informer sur les moyens pour les aider (36).

Suite à la mise en évidence d'un épuisement de l'aidant, les généralistes sont 90.4% à proposer une orientation vers des structures de répit. Ce chiffre est supérieur à celui retrouvé dans une thèse de 2014 où les généralistes de Midi-Pyrénées étaient seulement 80% à connaître les structures de répit, dont 93% les utilisaient (37). Les généralistes semblent ainsi de mieux en mieux formés pour orienter les couples dont l'aidant s'épuise. De récentes recommandations montrent bien le bénéfice des solutions de répit pour l'aidant, sur la prévention de l'épuisement et l'amélioration de la santé. Les bénéfices sont aussi pour l'aidé et le couple qu'ils forment (38). Une étude d'impact de 2024 des PFR, conseillant et orientant les aidants vers les structures de répit, montrait que les aidants soutenaient le développement de situation de répit, ils étaient 40% à penser que les solutions proposées n'étaient pas suffisantes et qu'une majoration des solutions permettrait de mieux les soutenir (39). Néanmoins, les principales causes pour lesquelles ces solutions ne sont pas mises en œuvres sont la méconnaissance des dispositifs, les démarches administratives, les problématiques d'accessibilité et de reste à charge (34). Une autre problématique soulevée est le délai d'attente trop important pour répondre aux besoins des patients. Nos résultats montrent que plus la part de patientèle âgée augmente, moins les généralistes orientent vers des structures de répit, ce qui peut être expliqué par une habitude plus marquée de maintien à domicile.

L'orientation vers un assistant social est largement pratiquée par les généralistes. On remarque que les généralistes les plus jeunes sont ceux qui orientent le moins vers les services sociaux. Cela peut s'expliquer par le manque de formation des plus jeunes sur le rôle et les modalités de contact avec ces services voir l'absence de perception de la nécessité d'une formation. Une thèse de 2015 (40) montrait que les médecins ne se sentaient pas forcément à l'aise sur les questions sociales. L'adressage vers les services sociaux était alors réalisé pour déléguer les actes estimés être en dehors du champ de compétence ainsi que pour alléger leur charge de travail. De plus l'adressage permet de pallier à la méconnaissance des aides financières possibles, dans un système décrit comme trop complexe avec des structures multiples.

Lors de la détection d'un épuisement, les médecins généralistes sont un peu plus de la moitié à orienter vers une psychothérapie. Une méta analyse a montré que plusieurs formes de psychothérapie sont efficaces pour réduire la dépression et que la psychoéducation est efficace pour réduire l'anxiété (40). L'orientation vers une psychothérapie est majorée si le généraliste a suivi une formation. L'âge du généraliste, s'il est inférieur à 40 ans semble favoriser l'orientation vers une psychothérapie. Cela peut s'expliquer par une plus grande considération des problématiques de santé mentale par les plus jeunes générations ainsi qu'une meilleure acceptation de la psychothérapie, moins stigmatisée qu'auparavant.

Les généralistes sont 54,8% à orienter vers une association d'aide aux malades. Cette orientation est davantage proposée lorsque les activités réalisées sont plus variées. Ces médecins suivant plus fréquemment des patients atteints de trouble neurocognitif, il est possible qu'ils aient une meilleure connaissance des associations. Il en est de même pour ceux ayant suivi une formation. L'étude d'impact de 2018 des Bistrots Mémoire montrait que les couples aidants/aidés étaient satisfaits des effets sur la lutte contre l'isolement, la prise de recul sur la situation, la proposition de solution de proximité autour du logement (42). Il semble important que les généralistes soient informés de ces possibilités à proposer aux aidants.

Environ un quart des généralistes proposent de rencontrer une association promouvant un soutien et un maintien du lien social. Les femmes proposent plus fréquemment cette orientation, ce qui peut être expliqué par une plus grande prise en compte de l'aspect psycho-social par les femmes. Les généralistes ayant suivi une formation le proposent plus également. L'étude d'impact sur le Café des Aidants de 2017 montre un effet positif avec un meilleur vécu du rôle d'aidant, l'apport d'un réconfort ainsi qu'une amélioration de la relation avec l'aidé (43). Il faudrait à terme augmenter la proposition de

rencontrer ces associations : une méta analyse a montré que seuls les groupes de soutien sont statistiquement significatifs pour améliorer la qualité de vie (41).

L'intervention d'une IDSP est proposée par environ un quart des généralistes. Le programme correspond à une collaboration entre un médecin généraliste et une infirmière, dans un but d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de maladie chronique. Elles sont formées au repérage des troubles cognitifs (44). Les généralistes âgés de plus de 50 ans proposent statistiquement plus cette collaboration. Cela peut s'expliquer par le gain de temps que permet la collaboration, les patients ayant des pathologies chroniques étant plus chronophages que les autres. Il serait intéressant de proposer une étude d'impact sur la prise en charge conjointe d'un couple aidant/aidé par une IDSP et un généraliste.

Certains dispositifs sont très peu utilisés, car probablement peu connus par les généralistes : le dispositif "5 séances aidants" de la région Occitanie, l'utilisation d'une assistance téléphonique. Une étude de faible puissance italienne a montré que lors d'un stress important (confinement du COVID-19), les aidants des malades d'Alzheimer suivis par téléphone une heure par semaine avaient moins de symptômes de dépressions et d'anxiété que ceux n'ayant pas bénéficié du suivi. Néanmoins, ces conclusions n'étaient valables qu'à court terme (45).

3. Forces de l'étude

L'étude présente l'avantage d'un nombre important de réponses et d'une diffusion à l'ensemble de la région Occitanie. L'utilisation de questionnaire a permis une standardisation des réponses et a limité les biais d'interprétations.

Le nombre important de réponses permet d'obtenir une significativité de certains résultats.

Ce travail permet une actualisation des données retrouvées il y a plusieurs années.

4. Faiblesses de l'étude

Il est difficile d'interpréter les résultats concernant l'orientation vers les IDSP car nous avons uniquement les données d'adressage. Il nous manque les données d'association entre médecin et IDSP qui peuvent modifier l'adressage.

Une autre donnée manquante correspond aux structures disponibles à proximité de chaque lieu d'exercice.

Enfin, l'échantillon étant de petite taille, cela diminue la puissance de l'étude.

V. CONCLUSION

V. Conclusion

Les médecins généralistes semblent plus largement appliquer les recommandations sur la prise en charge des aidants des malades d'Alzheimer en comparaison avec des travaux précédemment publiés.

L'identification de l'aidant ainsi que la prise en compte des différentes facettes de son épuisement sont plus recherchées. Néanmoins, des progrès restent à mener pour une prise en charge plus précoce.

L'orientation vers les structures de répit lors de la détection d'un épuisement de l'aidant a augmenté et une amélioration de la prise en charge du couple aidant/aidé est possible en favorisant la pluridisciplinarité.

Les différences de prise en charge entre les médecins ayant suivi une formation et les autres nous pousse à penser que le maintien de formation continue ainsi que la réalisation d'un enseignement lors de l'internat seraient pertinents. Il serait judicieux de réaliser une étude d'impact sur la prise en charge des aidants suite à la formation des médecins.

Toulouse, le 10 mars 2025

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Toulouse le 10/03/25
Le Doyen-Directeur
Stéphane Ombre

Bibliographie

1. Algava É, Blanpain N. INSEE. 2021. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#titre-bloc-9>
2. INSERM. Inserm. 2019. Maladie d'Alzheimer. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alzheimer-maladie/>
3. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. 1 févr 2010;
4. HAS, Sow A, Aylin A. Répit des aidants. 2022 juill.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Besnard X, Brunel M, Couvert N, Roy D. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. 2019 nov. Report No.: n°45.
6. HAS. Préserver l'entourage et soutenir la fonction d'aidant. In: Guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018. p. 20-1.
7. Ankri J. La santé des aidants. Actualité de dossier en santé publique. n° 109. déc 2019;20-3.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé, Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Agir pour les aidants Stratégie de mobilisation et de soutien aidants 2020 - 2022. 2019.
9. HAS. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 15 - Vivre le quotidien, le point de vue de l'aidant. 2018 mai.
10. BVA Xsight. BVA Xsight. 2018. 4ème vague du baromètre des aidants - Un sondage BVA pour la Fondation April. Disponible sur: <https://www.bva-xsight.com/sondages/4eme-vague-barometre-aidants-sondage-bva-fondation-april-2/>
11. Lavallart B, Rocher P. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. 2008.
12. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGCS/SD3/3A n° 2011-111 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 2). 2011 mars p. 19. Report No.: 2011-111.
13. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. 2014.
14. Gouvernement. Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 - bilan de la mise en oeuvre des mesures [Internet]. 2023. Disponible sur: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Bilan-Strategie-Agir-pour-les-aidants-2020-2023_0.pdf
15. Sprenger F. Pratique de la consultation dédiée aux aidants de patients déments en France. strasbourg; 2014.
16. Moulines C, Martinez E. Freins à la réalisation par le médecin généraliste de la consultation annuelle dédiée à l'aidant naturel d'un malade Alzheimer. [Toulouse]: Toulouse; 2018.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Supporting adult carers. 22 janv 2020;
18. Ministère des solidarités et de la santé. Besoin de répit - 17 fiches repère pour vous aider 2022. 2022.

19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
20. Direction de l'information légale et administrative. Service-Public.fr. 2023. Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
21. Direction de l'information légale et administrative. Service-Public.fr. 2023. Congé de solidarité familiale d'un salarié. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1767>
22. Ministère des solidarités et des familles. Le 0 800 360 360 : un numéro de téléphone pour m'aider [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://handicap.gouv.fr/360>
23. Agence Régionale de Santé Occitanie. 248 maisons de santé pluriprofessionnelles sont validées partout en Occitanie. 2021.
24. Etesse JB. Identification des aidants familiaux de patients Alzheimer et apparentés dans les courriers de consultation mémoire à destination des médecins généralistes. [Rouen]: Rouen; 2015.
25. Schütze H, Shell A, Brodaty H. Development, implementation and evaluation of Australia's first national continuing medical education program for the timely diagnosis and management of dementia in general practice. BMC Med Educ. déc 2018;18(1):194.
26. Yaffe MJ, Jacobs BJ. Formation sur l'appui aux aidants naturels. Can Fam Physician. oct 2008;54(10):1364-5.
27. Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. J Health Serv Res Policy. oct 2013;18(4):242-8.
28. Richardon TJ, Lee SJ, Berg-Weger M, Grossberg TG. Caregiver Health: Health of Caregivers of Alzheimer's and Other Dementia Patients. Curr Psychiatry. mai 2013;15(367).
29. Raineau D. Les difficultés des aidants principaux de patients atteints de troubles neurocognitifs et rôle du médecin généraliste auprès de ces aidants. [Créteil]; 2022.
30. Gibert Maryline. Utilisation de l'échelle de Zarit en consultation de médecine générale. Ressenti des aidants familiaux de malades d'Alzheimer [Thèse pour le doctorat en médecine]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2015.
31. 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. 10 mai 2006;295(18):2148-57.
32. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. 2019.
33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Unions Régionales des Professionnels de santé. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. mars 2012;(797).
34. CUVILLIER A. Accompagnement des proches aidants par les médecins généralistes de la Somme. Outils utilisés, ressentis et besoins : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Faculté de médecine d'Amiens; 2023.
35. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 11^e

éd. 2013;21-31.

36. Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Uemura K. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 mars 2011;52(2):202-5.
37. Sabadie PL. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des structures de répit en Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Université Toulouse III; 2014.
38. Haute Autorité de Santé. Recommandation - Le répit des aidants. 2024.
39. Soutenir les aidants fédérations PFR. Etude d'impact Plateformes d'accompagnement et de Répit. 2024.
40. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015. Faculté de médecine de Nancy; 2015.
41. Sun Y, Ji M, Leng M, Li X, Zhang X, Wang Z. Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 1 mai 2022;129:104204.
42. KIMSO. Bistrot Mémoire, synthèse de l'étude d'impact 2018. 2021.
43. KIMSO. Etude d'impact des Cafés des Aidants [Internet]. Association Française des aidants. 2017. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/etude-dimpact-cafes-aidants/>
44. Asalée - Action de santé libérale en équipe. Asalée [Internet]. 2022. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
45. De Stefano M, Esposito S, Iavarone A, Carpinelli Mazzi M, Siciliano M, Buonanno D, et al. Effects of Phone-Based Psychological Intervention on Caregivers of Patients with Early-Onset Alzheimer's Disease: A Six-Months Study during the COVID-19 Emergency in Italy. *Brain Sci*. mars 2022;12(3):310.

Annexe

1. Questionnaire

Message en en-tête :

« Bonjour,

Ma thèse traite de la prise en charge par les médecins généralistes de l'épuisement des aidants naturels des malades atteints d'Alzheimer.

Vous avez reçu ce questionnaire car vous êtes généraliste en Occitanie.

Ce questionnaire est anonyme et se complète en quelques minutes. Vos réponses doivent être les plus spontanées possible.

En vous remerciant d'avance pour votre participation,

Cordialement,

Elisa WUSZKO »

Caractéristiques du répondeur

Quel âge avez-vous ?

réponse sous forme de menu déroulant de 25 à 70 ans

Vous êtes :

Une femme

Un homme

Quel est votre mode d'exercice ?

En Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)

En cabinet seul

En cabinet de groupe

Autre : ...

Votre activité professionnelle comporte-elle les éléments suivants ?

Visite en EHPAD

Visite à domicile

UNIVERSITE TOULOUSE
FACULTE DE SANTE

Poste de médecin coordinateur

Aucune de ces activités

Quel est le pourcentage de patients de plus de 65 ans que vous suivez ?

Moins de 5%

5 à 30%

30 à 50%

Plus de 50%

Avez-vous suivi une formation (initiale ou continue) sur la prise en charge des aidants ?

Oui

Non

Détection de l'épuisement de l'aidant

Avez-vous pour chaque patient atteint de Maladie d'Alzheimer un ou plusieurs aidant(s) identifié(s) ?

Oui

Non

Lorsque vous recevez un aidant, essayez-vous toujours de détecter un épuisement ?

Oui

Non

Si vous avez coché oui à la question précédente, quel moyen utilisez-vous afin de rechercher un épuisement de l'aidant ?

Echelle de Zarit

Echelle mini zarit

Simple discussion

Suivi médical des aidants

Les aidants, lorsqu'ils viennent pour un problème de santé les concernant, sont dans la majorité des cas en consultation :

Toujours avec leur proche malade

Parfois seul

Toujours seul

Leur proposez-vous de façon systématique de revenir seul en consultation ?

Oui

Non

Lorsque vous voyez l'aidant en consultation, vous discutez :

- atteinte psychique
- atteinte économique
- pathologie somatique
- atteinte relationnelle
- atteinte nutritionnelle (modification du poids, de l'appétit)

Modalité de suivi des aidants

Vous arrive-t-il de suivre des aidants alors que le malade d'Alzheimer est suivi par un autre médecin ?

Oui

Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, faites-vous le lien avec le médecin suivant le patient atteint d'Alzheimer?

Oui

Non

Proposez-vous une consultation spécifique de l'aidant lorsque le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est posé chez un proche ?

Oui tout de suite

Lorsque vous comprenez que les troubles de la mémoire et du comportement deviennent prégnants

Uniquement si l'aidant se plaint de sa situation

Reprogrammez-vous après le diagnostic de façon systématique une consultation
seul avec l'aidant ?

Oui

Non

Réalisez-vous de manière systématique une visite à domicile pour le couple
aidant-aidé ?

Oui

Non

Réalisez vous une consultation d'annonce du statut d'aidant ?

Oui

Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, quel support utilisez-vous durant
la consultation d'annonce ?

Information orale

Support papier

Support numérique

Orientation lors de la détection d'un épuisement

Demandez-vous à l'aidant s'il a réfléchi à une solution d'urgence dans le cas où il
serait malade ?

Oui

Non

En cas de détection d'un épuisement de l'aidant, quelle orientation proposez-vous ?

Une association d'aide aux malades

Une association pour soutien, maintien du lien social

Le dispositif "5 séances aidants" de la région occitanie

L'intervention d'une IDE Asalée

Une psychothérapie

Une assistance téléphonique

La mise en place de structures de répit

L'intervention d'une assistante sociale pour mise en place d'aide à domicile

Autre : ...

2. Echelle mini-Zarit

GRILLE MINI – ZARIT Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées				
<u>Patient (Nom - Prénom):</u>				
<u>N° SS :</u>				
<u>Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):</u>				
Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent		0	½	1
1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il : • des difficultés dans votre vie familiale ? ☐ ☐ ☐ • des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? ☐ ☐ ☐ • un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ? ☐ ☐ ☐				
2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ? ☐ ☐ ☐				
3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? ☐ ☐ ☐				
4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ? ☐ ☐ ☐				
5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ? ☐ ☐ ☐				
<u>Date :</u> <u>Age du patient :</u> <u>Age de l'Aidant évalué :</u>				
SCORE : + + + + + + = 17				
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>				
<u>Date :</u> <u>Age du patient :</u> <u>Age de l'Aidant évalué :</u>				
SCORE : + + + + + + = 17				
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>				
<u>Date :</u> <u>Age du patient :</u> <u>Age de l'Aidant évalué :</u>				
SCORE : + + + + + + = 17				
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :</u>				
<u>Interprétation :</u>				
0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7				
Fardeau absent ou léger		Fardeau léger à modéré		
Fardeau modéré à sévère		Fardeau sévère		

AUTEUR : Elisa WUSZKO

TITRE : Détection par les médecins généralistes d'Occitanie de l'épuisement des aidants naturels des patients atteints de maladie d'Alzheimer

DIRECTEUR DE THESE : Dr Florence DURRIEU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Université de Toulouse, 15 avril 2025

—

Contexte : Les aidants naturels des patients atteints de maladie d'Alzheimer sont à risque d'altération de la santé et d'épuisement. Des études anciennes ont montré que les recommandations concernant la prise en charge des aidants par le médecin généraliste étaient peu appliquées. Le but de notre étude est de déterminer le nombre de généralistes détectant un épuisement de l'aidant, le déroulement de la consultation dans laquelle ils le réalisent ainsi que les modalités de suivi et d'orientation lors de la détection d'un épuisement.

Méthode : Etude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes exerçant en Occitanie.

Résultats : 104 réponses ont été analysées. La très grande majorité des généralistes répondent toujours essayer de détecter un épuisement. Le suivi d'une formation à la prise en charge des aidants favorise leur prise en charge. L'atteinte psychique est très recherchée, les problématiques somatiques, relationnelles, nutritionnelles et économiques le sont moins systématiquement. La détection d'un épuisement entraîne fréquemment la proposition d'une structure de répit et l'intervention d'un assistant social. Certains dispositifs sont très peu utilisés.

Conclusion : En comparaison avec des travaux précédemment menés, une meilleure application par les médecins généralistes des recommandations concernant les aidants est notée, grâce à davantage de recherche de l'épuisement et à une augmentation de l'orientation vers les structures de répit.

—

Mots-clés : Aidants naturels – Fardeau – Epuisement – Médecin Généraliste – Maladie d'Alzheimer

—

Title : Detection of Caregiver Exhaustion by General Practitioners in Occitanie for Patients with Alzheimer's Disease

Context : The natural caregivers of patients with Alzheimer's disease are at risk of health deterioration and burden. Older studies have shown that recommendations regarding the management of caregivers by general practitioners were rarely applied. The aim of our study is to determine the number of general practitioners who detect caregiver exhaustion, the context in which they identify it during consultations, as well as the follow-up and referral methods used upon detection of exhaustion

Methods : A Descriptive Quantitative Study Among General Practitioners Practicing in Occitanie

Results : 104 responses were analyzed. The vast majority of general practitioners report always trying to detect caregiver exhaustion. Training in caregiver management influences their approach. Psychological distress is actively sought, while somatic, relational, nutritional, and economic issues are assessed less systematically. The detection of exhaustion frequently leads to the proposal of a respite care facility and the intervention of social assistance. Some support mechanisms are rarely used.

Conclusion : Compared to previous studies, a better application of recommendations by general practitioners regarding caregivers has been observed, with increased efforts to detect exhaustion and a greater referral to respite care facilities

—

Key words : Natural Caregivers – Burden - Exhaustion – General Practitioner – Alzheimer disease

—

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

—

Faculté de Santé – 37 allée Jules Guesdes – 3100 TOULOUSE - France