

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Année 2014

2014-TOU3-1054

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 7 Octobre 2014

PAR SABADIE Pierre-Louis

Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des structures de répit en Midi-Pyrénées

DIRECTEURS DE THESE : Docteur CARME Jean-Paul, Docteur BISMUTH Serge

JURY :

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane
Monsieur le Professeur VELLAS Bruno
Monsieur le Professeur ROLLAND Yves
Monsieur le Docteur BISMUTH Serge
Monsieur le Docteur CARME Jean-Paul

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYGSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
			M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-GUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RALZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Généraliste
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHALVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIE P.	Optométrie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENEVAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUCUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. REICHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEM F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie		
M. RAGCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHE P.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr. NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE D. F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURAT-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSÉ J.M.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROLX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL F. A	Immunologie	Mme ABRA/ANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BALGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONGINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASO D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDJ S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTROYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président du jury
Professeur des Universités,
Médecin Généraliste.

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et de juger mon travail.

Veillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance pour votre travail au sein du département de médecine générale. Celui-ci contribuant chaque jour à la reconnaissance et la diffusion auprès des futurs jeunes praticiens des qualités de cette discipline. Vous participez à donner à la discipline de médecine générale ses lettres de noblesse. Avec toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Bruno VELLAS,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier (Gériatrie).

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance pour avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Yves ROLLAND,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier (Gériatrie).

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de siéger à ce jury.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH
Maître de Conférence Universitaire,
Médecin Généraliste.

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagné, tout au long de ce travail. Malgré les difficultés, vous avez été patient et disponible. Soyez assuré de mon estime et de ma profonde reconnaissance. Je vous remercie de m'avoir permis de présenter ce travail au Congrès des Jeunes Chercheurs en Médecine Générale. Cette expérience enrichissante m'a fait progresser et j'espère que nous pourrions à l'avenir travailler sur d'autres collaborations.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul CARME

Médecin Généraliste.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse. Vous m'avez accompagné tout au long de la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils précieux.

A Monsieur le Docteur Laurent BALARDY,

Praticien Hospitalier (Gériatrie).

Vous êtes pour moi un modèle de médecin. Je vous remercie pour avoir partagé vos connaissances et pour m'avoir communiqué une dimension humaine de la médecine. Vous avez été très présent quand j'ai eu besoin et je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Alain VALETTE

J'ai beaucoup apprécié que vous deveniez mon tuteur. Un grand merci pour votre accompagnement, vos conseils, votre soutien tout au long de mon internat, votre disponibilité et votre accueil. Vous avez toujours pris le temps de m'écouter et de répondre à mes interrogations. Je serai très heureux que notre relation perdure.

A Monsieur le Professeur Jérôme SALES DE GAUZY

Vous m'avez opéré à l'âge de 9 ans. Vous m'avez donné l'envie d'aider les autres dans leur souffrance, de tendre une main. Vous m'avez donné l'envie de passer du statut de malade à celui de médecin. Grâce à vous j'ai découvert un merveilleux métier.

A Monsieur le Docteur Olivier JONIN

Un très grand merci avec beaucoup de respect et de chaleur, pour m'avoir communiqué ta passion de notre métier, pour ton accueil chaleureux, ta disponibilité et ta vision de la médecine générale.

Je te remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir aidé à atteindre mes objectifs. Merci Olivier pour m'avoir aidé à devenir un bon médecin. Travailler avec toi a été un grand plaisir.

A Monsieur le Docteur Marc ALONSO

Je suis très honoré d'avoir travaillé à tes côtés. Je ne saurais suffisamment te remercier de ton aide, de ton écoute et de ta disponibilité. Merci aussi pour m'avoir guidé dans les premiers pas de mon internat, d'avoir répondu à mes doutes. Je te remercie de m'avoir fait partager une dimension humaine de la médecine. J'espère en des jours où nos routes se recroiseront.

A tous les médecins et enseignants que j'ai rencontrés pendant ces longues années d'études, je souhaite leur exprimer ma gratitude et les remercier de m'avoir transmis leur savoir et d'avoir fait de moi le médecin que je suis devenu aujourd'hui.

A mes parents,

Maman, je te remercie pour ton accompagnement, tes conseils et ton soutien sans faille. Ton courage et ta détermination m'ont amené jusqu'ici. Quand j'étais un enfant, tu t'es battue pour que je puisse avoir les mêmes chances que les autres. Tu as toujours su m'écouter, m'encourager, me guider. J'espère que notre relation perdurera.

Papa, je te remercie de m'avoir permis de faire les études que je voulais. Tu m'as permis de réaliser un rêve, devenir médecin.

A mes grands-parents

Un grand merci à mon grand-père pour m'avoir guidé et pour m'avoir transmis les valeurs essentielles de la vie. Tu m'as appris à grandir, à utiliser à la fois mes mains et ma tête.

Un grand merci à ma grand-mère pour ses attentions, son amour.

Disparus trop tôt pour être avec moi en ce grand jour. Je sais que de là-haut, vous veillez sur moi et que vous êtes fiers de moi.

A mes amis,

Mes remerciements vont aussi à Jean-Sébastien et Yatteh pour notre amitié commune.

Vous avez été toujours à l'écoute pendant les coups durs. Vous avez été toujours les premiers à m'encourager.

L'amitié, c'est comme une fleur ;

Elle naît et s'épanouit tout en douceur.

Elle peut durer une vie, pour toujours,

Où s'arrêter et se faner en un jour.

L'amitié, c'est donner beaucoup de soi,

Sans jamais rien demander en retour.

C'est être toujours présent, toujours là,

Le faire avec plaisir avec beaucoup d'amour.

L'amitié, c'est une qualité simple mais si rare,

Qu'il ne faut la ranger au fond d'un placard.

Il faut la conserver, la garder près de son cœur,
Pour qu'elle nous apporte amour et douceur.

L'amitié, se veut d'être sincère sans détour,
Une confiance que l'on espère pour toujours.
L'amitié, la plus profonde comme un frère,
Rebute les mensonges et paroles meurtrières.

L'amitié, c'est être discret et silencieux,
Elle se partage en groupe ou même à deux.
L'amitié, c'est la joie de rencontrer des personnes,
Ou fidélité sincérité ces mots résonnent !

Merci à tous les deux. J'espère que notre relation perdurera.

A tous les patients qui ont croisé et qui croiseront ma route ainsi qu'à leur famille.

Table des matières

Introduction	2
Matériels et Méthodes	7
Type d'étude	7
Population étudiée	7
Questionnaire	7
Analyse statistique	9
Résultats	10
Caractéristiques de la population des médecins	10
Connaissance des structures de répit par les médecins	11
Utilisation des structures de répit par les médecins	14
Discussion	18
Bibliographie	21
Annexes	25
Résumé	30

Introduction

A l'horizon 2060, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus pourrait atteindre 32 % de la population en France métropolitaine, alors qu'elle était de 22 % en 2007. [1] Dans ce contexte de vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et leur soutien à domicile sont des questions centrales. Les proches sont des figures importantes dans l'aide apportée aux personnes âgées à domicile. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, huit sur dix sont aidées par leur entourage et six sur dix le sont pour des tâches de la vie quotidienne. [2] L'aidant apporte une aide à la vie quotidienne : l'hygiène corporelle, l'habillement, l'alimentation, la préparation des repas, la réalisation des courses, la gestion des papiers administratifs, la prise médicamenteuse. Il contribue aux tâches ménagères. Il prend des décisions importantes quand à la santé et à la vie de l'aidé et effectue des activités de surveillance. Il effectue des soins, surveille la personne âgée. Il accomplit les démarches administratives, aide aux déplacements dans le logement ou à l'extérieur. Il apporte une aide financière. [3] Il représente le pilier central de l'aidé. Cette aide qui soulage la personne âgée peut être vécue comme une charge par l'aidant. Cette dernière augmente avec la diversité de l'aide apportée, avec la dépendance de la personne âgée, avec la présence de troubles cognitivo-comportementaux chez la personne aidée. Les personnes atteintes de démence ou de la maladie d'Alzheimer sont sujettes à des troubles du comportement, qui rendent l'aide plus stressante [4]. L'isolement de l'aidant, la présence d'une activité professionnelle chez l'aidant accroissent la charge.

L'aide apportée a des répercussions sur la santé, la vie sociale, professionnelle, familiale de l'aidant. Ils présentent une asthénie physique, psychique, des troubles de l'humeur, des troubles de l'anxiété, des troubles du sommeil, [5] un stress chronique, [6] des maladies chroniques (maladies du dos, des maladies coronariennes [7]), une surconsommation en prise médicamenteuse en hypnotique et anxiolytique en plus grande importance que dans la population générale, des signes de fragilité (diminution de la vitesse de marche [8]). Ces critères voient leur fréquence augmenter avec la charge ressentie. L'activité d'aide peut affecter la vie professionnelle. Les aidants sont contraints à aménager leur vie professionnelle (horaires, lieu, nature du travail...), à prévoir des congés pour apporter de l'aide, à mettre entre parenthèses une évolution professionnelle. Mais, ils ne peuvent pas mettre en suspend cette activité professionnelle car elle est leur seule source de revenu. Les aidants voient leurs activités sociales, sportives, associatives réduites. [9] Leur activité d'aide ne leur permet pas de prendre quelques jours pour se reposer. L'épuisement de l'aidant est d'autant plus

important si l'aidant est une femme, s'il est le conjoint et s'il vit avec le malade. Il dépend aussi de l'âge de l'aidant et du temps passé avec le malade. [10] [11] D'autres facteurs liés au patient entrent en compte dans l'épuisement de l'aidant comme le stade de la maladie, la présence de troubles du comportement (surtout agressivité verbale, apathie), une baisse de l'autonomie, la présence de chutes, la présence d'une incontinence urinaire ou fécale. [12] [13] [14]

Darnaud [15] a décrit un modèle d'évolution de l'aidant au cours de l'avancement dans la maladie. Il décrit trois types de période : la famille déstabilisée, la famille dans l'agir et la période des mauvaises bonnes résolutions. Ces trois périodes sont séparées par deux crises : la première crise familiale et la seconde crise familiale.

Au début de l'évolution de la maladie, l'aidé voit son autonomie diminuer. Au sein de la famille, des aidants vont se positionner. La charge ressentie est faible. De ce fait, le retentissement sur la santé, l'activité socioprofessionnelle de l'aidant est faible. Cette période correspond à la famille déstabilisée.

La première crise familiale est le moment où l'aide naturelle va se recentrer sur un individu.

Au terme de cette crise, fait suite une nouvelle période, la famille dans l'agir. Certains aidants se sont retranchés et l'autonomie de l'aidé ne cesse de diminuer. En conséquence, la charge ressentie augmente et le retentissement socioprofessionnel et familial se voit augmenter. Peu d'aidants se sentent inutiles. Les aidants sont constamment dans la réalisation d'actions afin de permettre le maintien à domicile de la personne âgée.

La seconde crise débute quand l'aidant éprouve des difficultés à assumer son rôle. Cette période de tumulte se solde généralement pour la personne âgée par une hospitalisation ou un placement en maison de retraite en urgence.

La troisième période regroupe les familles qui ont opté pour des mauvaises « bonnes solutions ». Ce sont de bonnes solutions puisqu'elles permettent de répondre aux besoins des personnes âgées mais elles sont ressenties comme mauvaises car elles ne satisfont pas les aidants. . Le retentissement sur la santé de l'aidant et le retentissement socioprofessionnel et familial est important mais moindre par rapport à la deuxième période. L'aidant va se culpabiliser quant au choix qu'il a fait.

D'après ce modèle, il est nécessaire d'aider l'aidant au cours de la deuxième période afin de lui éviter de s'épuiser, la deuxième crise qui est toujours mal vécu par l'aidant. Mais nous nous apercevons aussi qu'il est difficile de proposer de l'aide lors de la deuxième période car les aidants déclarent ne pas avoir de difficultés pour prendre des décisions.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur. [16] Il assure un rôle clé essentiel dans la prise en charge du couple patient aidant. [17] [18] Il est au centre de la mise en place du plan de soins et d'aide. Afin d'éviter un épuisement, il faut évaluer le patient et les aidants dès le diagnostic de la maladie. Chez le patient, il est nécessaire d'évaluer le statut cognitif à l'aide de MMSE, du test de Dubois et du test de l'horloge,[19] [20] le statut nutritionnel en utilisant l'index de masse corporelle, la notion de perte de poids sur six mois, le MNA, l'albuminémie. [1] Il est nécessaire de tester l'autonomie au travers du IADL et du ADL,[19] [20] les troubles comportementaux grâce au test NPI et l'échelle de Cohen-Mansfield,[20] [21] les troubles de l'humeur avec le test GDS. Chez l'aidant, il est nécessaire d'évaluer l'épuisement en utilisant les tests Zarit Burden Inventory, Care Strain Index, Screen for caregiver burden, le statut nutritionnel en utilisant l'index de masse corporelle, la notion de perte de poids sur six mois, le MNA, l'albuminémie, les troubles de l'humeur avec le test GDS, l'autonomie grâce au IADL et au ADL. [17] [22] [23]

Après une évaluation des besoins, le médecin généraliste va pouvoir établir le plan de soins et d'aide qui comprend : les traitements médicamenteux, la mise en place de l'ALD 15, la prise en charge des comorbidités, la surveillance nutritionnelle, la carte d'information Maladie d'Alzheimer proposée au patient, une orientation vers un psychologue et/ou un psychiatre (soutien du patient et/ou de son entourage), le soutien, l'éducation, l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements), une information sur la maladie, les aides financières, une information sur les associations de malades et de familles de malades, une information sur les structures de répit. [20] [24] [25] Ces dernières ont montré leur efficacité sur le fardeau, le bien-être et la dépression de l'aidant. [26]

Les structures d'accompagnement et de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de proximité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de disposer de relais professionnel leur permettant de marquer une pause dans leur accompagnement rapproché. [27] Dans certaines situations de crise pour l'aidant, elles représentent une solution alternative permettant à l'aidant de se reposer. [11] Elles peuvent être utilisées avant une institutionnalisation et permettent d'éviter une hospitalisation en urgence. [28] Parmi ces professionnels, on retrouve des infirmières sociologues spécialisées dans la santé et le vieillissement, des psychologues, des neuropsychologues, des assistantes de soins spécialisées en gérontologie et en animation adaptée. Ces dispositifs ont également pour objectif d'apporter un soutien aux aidants (écoute, information, soutien psychologique, favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle du couple aidant aidé) et de proposer un accompagnement pour la personne malade (soutien de l'autonomie de la personne malade). Ces structures recouvrent une palette diversifiée de dispositifs (accueil de jour, hébergement

temporaire, séjour de vacances, service à domicile renforcé type « baluchonnage », garde itinérante de nuit ou de jour, groupe de parole pour aidants, bistrot mémoire). Par ailleurs, elles proposent un accueil téléphonique, un espace documentaire, des rencontres thématiques. Elles peuvent être spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou accueillir des résidents de profil plus hétérogène. Les personnes malades accueillies sont généralement âgées bien que des personnes de moins de 60 ans puissent également bénéficier de ce type de structures.

Les structures de type accueil de jour et hébergement temporaire faisaient partie du dispositif d'amélioration de l'accompagnement des malades au domicile prévu par le plan Alzheimer 2004-2007. Dans le plan Alzheimer 2008-2012, le terme « structure d'accompagnement et de répit » a vu le jour. Elles recouvrent désormais une large palette de services : les accueils de jour, les hébergements temporaires, les gardes itinérantes de nuit ou de jour, les groupes de parole pour aidants, les séjours vacances, les bistrots mémoires, les accueils de nuit. [29]

Toutefois, sur le plan quantitatif, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont les deux dispositifs les plus développés du fait de leur ancienneté et de leur large promulgation par les politiques publiques.

Les accueils de jour et l'hébergement temporaire sont financés de façon conjointe par l'assurance maladie, les conseils généraux (par le biais de l'APA et de l'aide sociale) et les usagers. Alors que les autres dispositifs sont financés par des subventions, des dons et/ou mis en œuvre par des bénévoles. Ces dispositifs sont plus ou moins insérés dans un réseau ou une filière.

Ils peuvent être organisés sous forme de « plateforme », c'est-à-dire un ensemble de dispositifs différents (accueil de jour, service à domicile renforcé...) gérés par un même réseau ou une même entité institutionnelle afin de proposer une palette d'offres diversifiées et complémentaires. Ces structures peuvent être autonomes ou rattachés à un service plus classique (type EHPAD ou SSIAD).

Les accueils de jour et les hébergements temporaires ont montré leur efficacité sur l'épuisement de l'aidant [30] [31], la satisfaction des aidants [32], le sommeil de l'aidant [33], les troubles psychologiques (diminution des syndromes dépressifs, des syndromes anxieux) [34] [35]. Ils ont montré une faible efficacité voire une absence d'efficacité sur le stress [36] éprouvés par les aidants. Elles ont montré une plus grande confiance dans la gestion des troubles du comportement. L'hébergement temporaire permet une réduction significative des troubles du comportement pendant la durée de l'hébergement comme le montre une étude réalisée en Australie. [37]

Les séjours vacances accueillent le patient et l'aidant dans une structure (hôtel ou autre) pendant un période. Ils constituent souvent pour les aidants le seul moyen d'apprécier des vacances avec leur proche malade tout en ayant du temps pour eux-mêmes. Ils sont le lieu d'une éducation sur la pathologie, les traitements, les prises en charge non pharmacologiques mais aussi d'un moment de répit pour l'aidant. Par ailleurs, différentes activités sont proposées au malade au cours de ce séjour. Ils ont démontré une efficacité sur la santé des participants à court terme mais aussi à long terme. [38]

L'accueil de nuit permet de recevoir les personnes présentant des troubles du comportement la nuit. Adossé à un établissement ou au cœur d'une unité spécifique, ils accueillent les personnes en fin de journée jusqu'au lendemain matin. Une étude menée au centre de nuit « Le Bexley » a permis de montrer que ce genre de structure permet d'améliorer le sommeil de l'aidant et de lui permettre de disposer de moments de repos en soirée. [39]

Les gardes itinérantes de nuit consistent en un ou plusieurs passages dans la nuit au domicile du patient. Elles s'adressent aux personnes les plus fragiles vivant à domicile, aux personnes âgées dépendantes et aux personnes lourdement handicapées nécessitant une sécurisation, des aides aux gestes de la vie quotidienne en dehors des heures d'activités des infirmières ou des aides soignantes. Elles constituent une alternative à la présence d'une garde permanente au domicile des personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer financièrement le coût de revient élevé d'une telle garde.

Nous désirons savoir quelle connaissance ont les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées des structures de répit et comment ils les ont utilisées.

Matériels et Méthodes :

- Type d'étude :

Cette étude est une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale de prévalence.

- Populations :

Les médecins inclus sont une partie des médecins généralistes exerçant en milieu libéral dont le cabinet médical est implanté en Midi-Pyrénées.

Les critères d'exclusion sont : une implantation du cabinet médical dans une autre région, les médecins généralistes n'exerçant pas en milieu libéral, les médecins non inscrits à l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées.

- Questionnaires :

L'Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées ne pouvait pas nous délivrer directement la liste des médecins généralistes exerçant en libéral en Midi-Pyrénées. Nous avons transmis le questionnaire sous forme d'un Google document à l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées qui l'a renvoyé par mail à une partie de la population des médecins généralistes étudiée soit 1692 médecins pris au hasard. Le questionnaire leur a été envoyé deux fois avec un intervalle de quinze jours en leur précisant de ne pas y répondre s'ils y avaient déjà répondu.

Au travers de ce questionnaire, nous avons cherché à caractériser la population des médecins généralistes en leur demandant leur genre, leur âge, leur lieu d'exercice, le département où ils exercent, l'ancienneté de soutenance de leur thèse, s'ils ont des qualifications ou s'ils ont bénéficié de formations en lien avec la gériatrie et s'ils sont médecins coordonnateurs d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Nous leur demandons s'ils connaissent les structures de répit et les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer).

Nous cherchons à savoir lesquelles ils connaissent et comment ils les ont connues. Dans les moyens de diffusion, nous prenons en compte les recommandations et les conférences de consensus, lors d'une conférence, les sites internet d'une structure de répit, la presse écrite, la radio, le bouche à oreille, par le biais d'un confrère, dans le cadre de leur activité.

Nous leur demandons s'ils ont proposé une solution de répit à leur patient et quels types de solution de répit ils ont utilisé parmi la liste suivante : les accueils de jour, les hébergements temporaires, les gardes itinérantes de nuit ou de jour, les groupes de parole pour aidants, les séjours de vacances, les bistrot mémoires, les accueils de nuit et les accueils familiaux temporaires.

Nous désirons savoir quel type de structure leur paraît le plus utile.

Nous cherchons à savoir quelles difficultés ils ont présentées dans l'utilisation de ces structures parmi la liste suivante : une méconnaissance de ces structures, un manque de place dans ces structures, des difficultés financières, un problème d'éloignement géographique de ces structures, un manque de transport, un refus de l'entourage ou du malade, une crainte exprimée par l'entourage que le patient perde ses repères ou que ces structures soient inadaptées au stade d'évolution de la démence, une inadaptation aux malades jeunes, un manque de personnel, une crainte de l'altération de l'image du malade, la dangerosité des structures pour le proche du fait de l'agressivité des autres malades, un manque de confiance dans les professionnels, une barrière culturelle, un sentiment de culpabilité émanant de l'aidant, un déni de la maladie par le malade ou l'aidant, un désir de rester seul émanant du malade. Nous nous sommes inspirés des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre d'aide pour l'aidant mises en évidence par Bérard [3], Coudin [40] et Merle [41]

Nous leur demandons leurs besoins pour la prise en charge de leurs patients parmi la liste suivante : un numéro téléphonique unique centralisant les appels afin de les informer sur la disponibilité des différentes structures, un site internet les informant sur la disponibilité des différentes structures, un site internet les informant sur les différentes structures, des plaquettes d'informations, une adresse mail.

Enfin, nous désirons savoir s'ils désirent avoir plus d'informations sur ces dernières. (cf Annexe 2)

Avant d'établir définitivement ce questionnaire, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons testé sur 16 médecins généralistes exerçant en libéral en Midi-Pyrénées. Nous avons pu nous rendre compte que le milieu d'exercice et le lieu d'exercice des médecins

étaient des facteurs de confusion. Nous avons rajouté une question afin de savoir s'ils avaient des patients dans ces structures. C'est ce nouveau questionnaire qui a été utilisé pour notre étude.

- Analyse statistique :

Au fur à mesure que les médecins répondaient aux questions, les données se collectaient dans un tableur sous Google[®] qui a été converti en tableur Microsoft Excel[®]. Les données ont été analysées en utilisant les fonctionnalités du logiciel Excel[®].

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été calculé lorsque nous avons testé le questionnaire. Nous nous sommes rendu compte que nous obtenons des résultats significatifs dès que nous avons huit réponses pour la question où on cherche à connaître le pourcentage de médecins connaissant ces structures.

Les moyennes des variables d'intérêt de la population étudiée ont été comparées à celles de la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées par l'utilisation d'un test de Student. Nous avons trouvés ce test sur un cours de biostatistique disponible sur internet. [42] [43]. Nous avons décidé d'une valeur de risque alpha à 5% ($p < 0,05$).

L'intervalle de confiance à 95 % a été calculé à partir de la formule suivante :

$$IC\ 95\% = 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

Avec p : pourcentage attendu et n : taille de la population étudiée

Pour les analyses comparatives, nous avons utilisé le test de Student avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$).

Résultats :

105 médecins généralistes ont répondu (soit un taux de retour de 6,2 %).

- **Caractéristiques de la population des médecins :**

Nous avons recensé 105 médecins généralistes d'âge moyen 52,3 ans (médecin généraliste le plus jeune : 31 ans, médecin généraliste le plus âgé : 69 ans). L'écart type est de 9,1 ans. On compte 34 femmes et 71 hommes (sexe ratio : 0,68). 28% exercent en milieu rural et 72 % exercent en milieu urbain et semi rural.

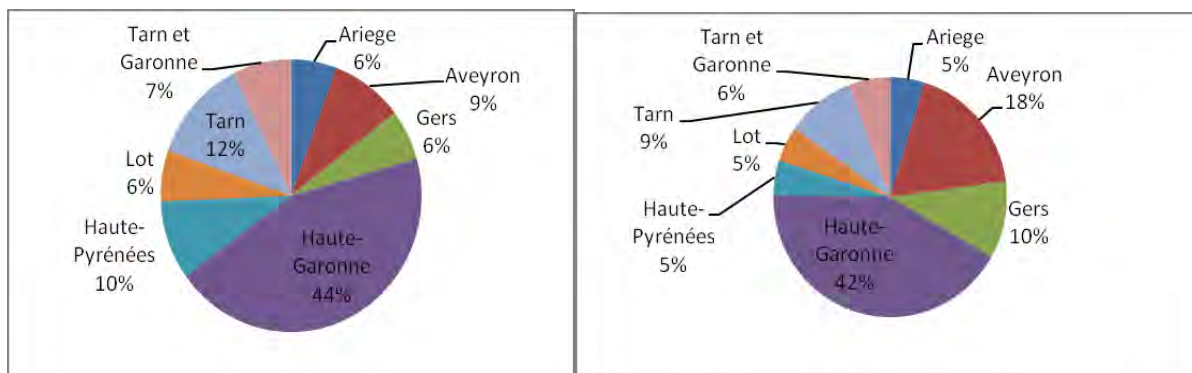
D'après la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, en Midi-Pyrénées, au 1 janvier 2013, la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 51,7 ans ; les hommes représentent 64,3% des médecins (sexe ratio : 0,64). On compte 3631 médecins généralistes libéraux et mixtes. 30 % des médecins exercent en milieu rural, 36 % en milieu semi-rural et 34% en milieu urbain.[44] L'âge moyen de soutenance de la thèse des médecins généralistes de Midi-Pyrénées a été calculé en effectuant une moyenne pondérée des différents âges de soutenance de la thèse des médecins généralistes dans chaque département qui ont été étudiées par le conseil régional de l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées. [45] D'après le conseil régional de l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées, le pourcentage de médecins généralistes ayant une formation ou une qualification en gériatrie est de 36%. D'après la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, le nombre d'EHPAD en Midi-Pyrénées est de 444 en 2012. Chaque EHPAD doit avoir un médecin coordonnateur. (Tableau 1)

Caractéristiques	Population de médecins étudiée	Population de médecins en Midi-Pyrénées
Age (en années)	52,3*	51,7
Sexe ratio	0,67*	0,64
Age de soutenance moyenne de la thèse (en années)	23,03*	21,12
Pourcentage de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation en gériatrie	32%*	36 %
Pourcentage de médecin généraliste étant médecin coordonnateur d'une EHPAD	12,5%*	12,2%
Répartition démographique (rural / semi-rural et urbain)	29 %* / 37%* / 35 %*	30 % / 36 % / 34 %

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques de la population de médecin étudiée avec la population des médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées.

Les variables suivies d'une étoile ne présentent pas de différence statistiquement significative avec celles de la population de référence.

La répartition des médecins généralistes dans Midi-Pyrénées en 2011 est issue du Conseil National de l'Ordre des Médecins. [46]



Répartition des médecins généralistes dans les différents départements en 2011

Répartition des médecins généralistes dans les différents départements dans notre étude

- Connaissance des structures de répit par les médecins généralistes :

84 médecins généralistes (soit 80%) ont répondu qu'ils connaissaient les structures de répit (Intervalle de confiance à 95%: 76%-84%) soit 4 médecin sur 5. 21 médecins généralistes (soit 20%) ont répondu qu'ils ne connaissaient pas les structures de répit (Intervalle de confiance à 95%: 16%-24%) ($p < 0,001$). Ce taux atteint 94% chez les médecins qui ont une qualification contre 72% chez ceux qui n'ont pas de qualification ($p < 0,01$). Il atteint 100% chez les médecins coordonnateurs d'EHPAD contre 76% chez ceux qui ne le sont pas ($p < 0,001$). Le taux de participation à cette question est de 100% ($n=105$). (Diagramme 1)

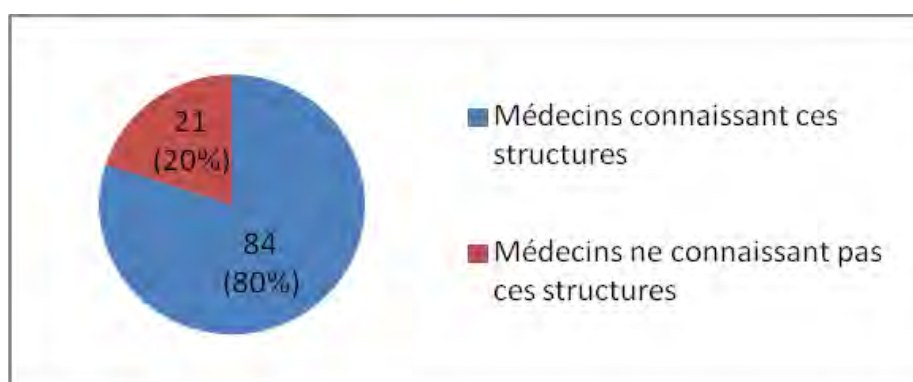
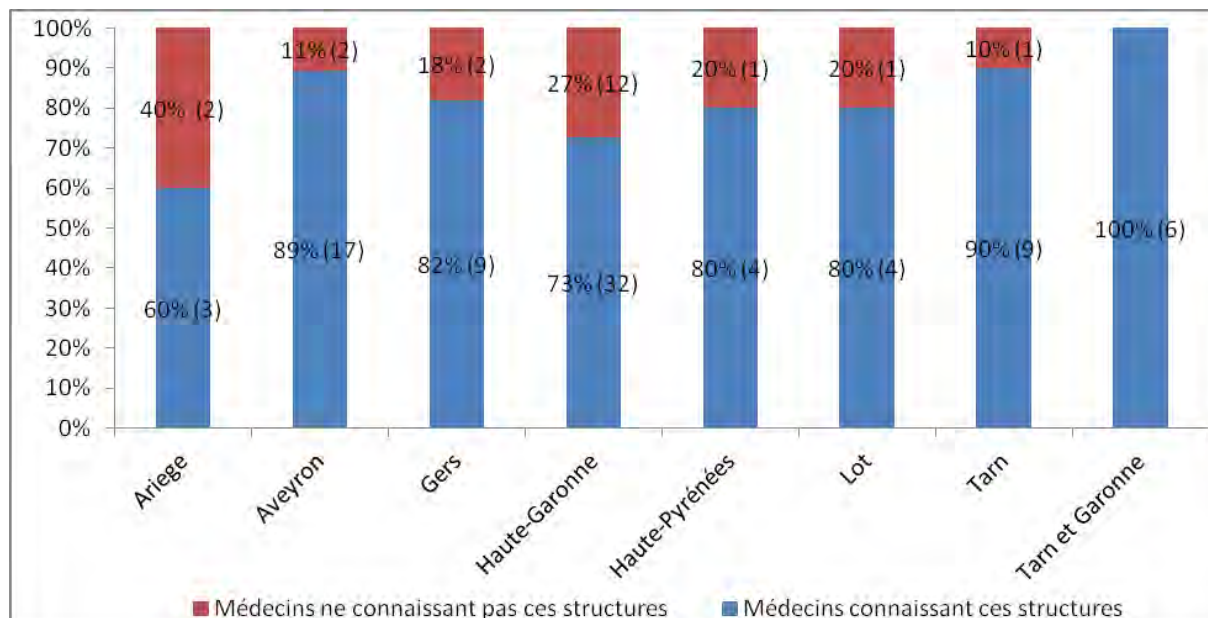


Diagramme 1 : Connaissance des médecins généralistes des structures de répit ($n=105$)

100% des médecins du Tarn et Garonne connaissent les structures de répit. Le département où le niveau de connaissance est le plus faible est l'Ariège avec 60%. Ce taux est de 90% pour le Tarn, 89% pour l'Aveyron, 82% pour le Gers, 80% pour les Hautes-Pyrénées et le

Lot, 73% pour la Haute-Garonne. Le taux de participation à cette question est de 100% (n=105). (Histogramme 1)



Histogramme 1 : Connaissance des médecins généralistes des structures de répit dans chaque département (n=105)

54 médecins généralistes (soit 54%) ont répondu qu'ils connaissaient les MAIA (Intervalle de confiance à 95%: 49%-59%). 46 médecins généralistes (soit 46%) ont répondu qu'ils ne connaissaient pas les MAIA (Intervalle de confiance à 95%: 41%-51%) (p=0,26). (Diagramme 2) Le taux de participation à cette question est de 95% (n=100).

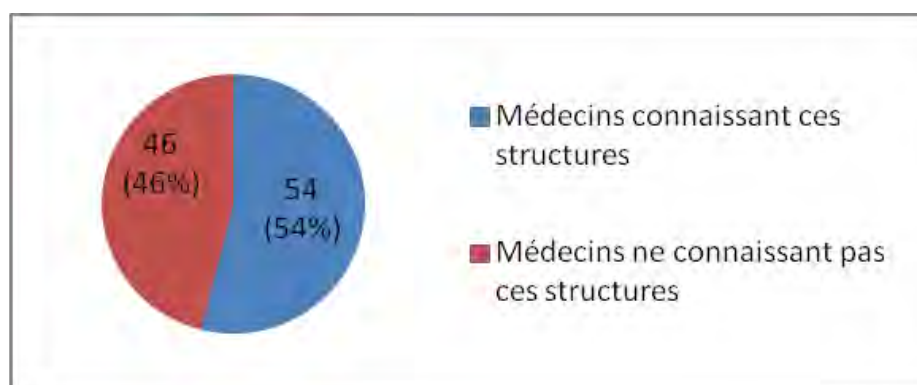
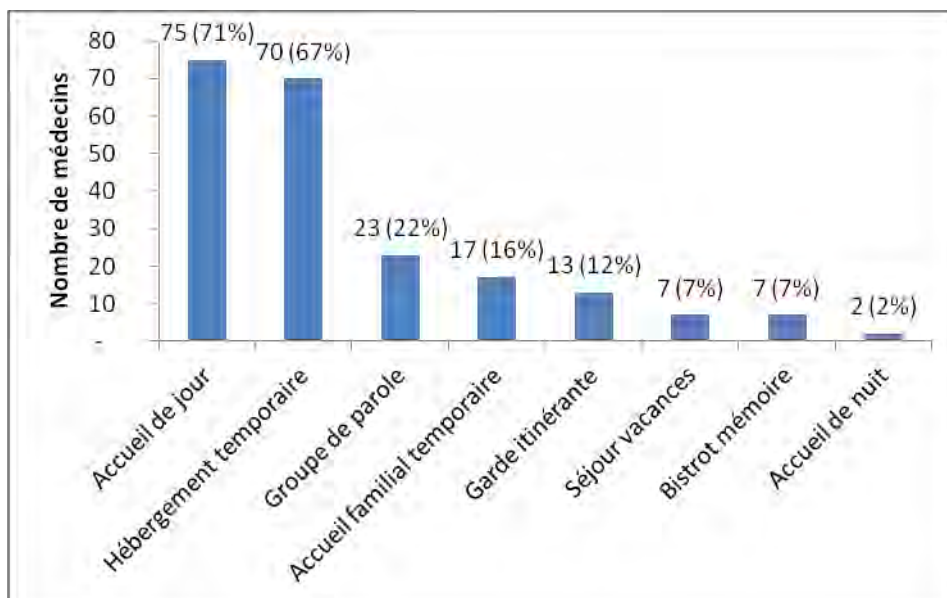


Diagramme 2 : Connaissance des médecins généralistes des MAIA (n=100)

Parmi les médecins qui connaissent les structures de répit, 75 (71%) connaissent les accueils de jour (Intervalle de confiance à 95% : 67%-75%), 70 (67%) les hébergements temporaires (Intervalle de confiance à 95% : 63%-71%), 23 (22%) les groupes de parole (Intervalle de confiance à 95% : 18%-26%), 17 (16%) les accueils familiaux temporaires (Intervalle de confiance à 95% : 12%-20%), 13 (12%) les gardes itinérantes de nuit ou de jour (Intervalle de confiance à 95% : 9%-15%), 7 (7%) les séjours vacances (Intervalle de confiance à 95% : 5%-11%).

9%), 7 (7%) les bistrots mémoires (Intervalle de confiance à 95% : 5%-9%), 2 (2%) les accueils de nuit (Intervalle de confiance à 95% : 1%-3%). Le taux de participation à cette question est de 100% (n=84). (Histogramme 2)



Histogramme 2 : Taux de connaissance des structures par structure de répit (n=84)

57 (soit 71%) d'entre eux les ont connues dans le cadre de leur activité, 16 (soit 20%) grâce au bouche à oreille, 6 (soit 8%) par l'intermédiaire d'un confrère, 1 (soit 1%) dans la presse écrite. Aucun d'entre eux ne les a connues au travers de recommandations, de consensus, sur un site internet d'une structure de répit, lors d'une conférence, par une publicité, par la radio. Le taux de participation à cette question est de 95% (n=80). (Tableau 2)

Moyen de diffusion de l'information	Nombre de médecins ayant connu les structures de répit par ce moyen (%)
Dans le cadre de leur activité	57 (71,25%)
Bouche à oreille	16 (20%)
Par un confrère	6 (7,5%)
Presse écrite	1 (1,25%)
Recommandations, Consensus	0 (0%)
Conférence	0 (0%)
Site internet d'une structure de répit	0 (0%)
Radio	0 (0%)
Publicité	0 (0%)

Tableau 2 : Moyen de diffusion de l'information ayant permis aux médecins généralistes de connaître les structures de répit (n=80)

77 (soit 81%) désirent avoir des renseignements complémentaires sur les structures de répit. (Intervalle de confiance à 95%: 77%-85%). 18 (soit 19%) ne désirent pas avoir des renseignements complémentaires. (Intervalle de confiance à 95%: 15%-23%) ($p < 0,001$). Le taux de participation à cette question est de 90% ($n=95$). (Diagramme 3)

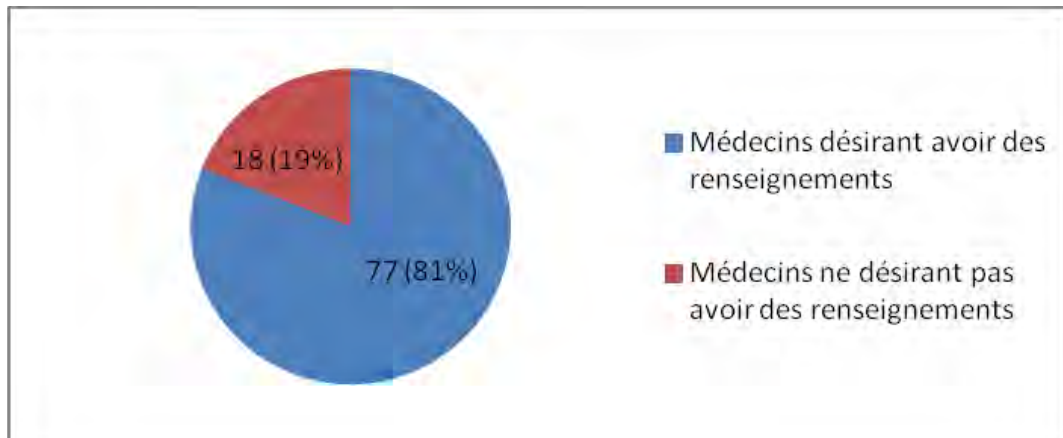


Diagramme 3 : Taux de médecins généralistes désirant avoir des renseignements complémentaires sur les structures de répit ($n=95$)

- Utilisation des structures de répit par les médecins généralistes :

Parmi les médecins qui connaissent les structures de répit, 77 (soit 93%) ont déjà proposé une solution de répit à leur patient (Intervalle de confiance à 95%: 90%-96%). 6 (soit 7%) n'ont pas proposé une solution de répit (Intervalle de confiance à 95%: 4%-10%) ($p < 0,001$). Le taux de participation à cette question est de 99% ($n=83$). (Diagramme 4)

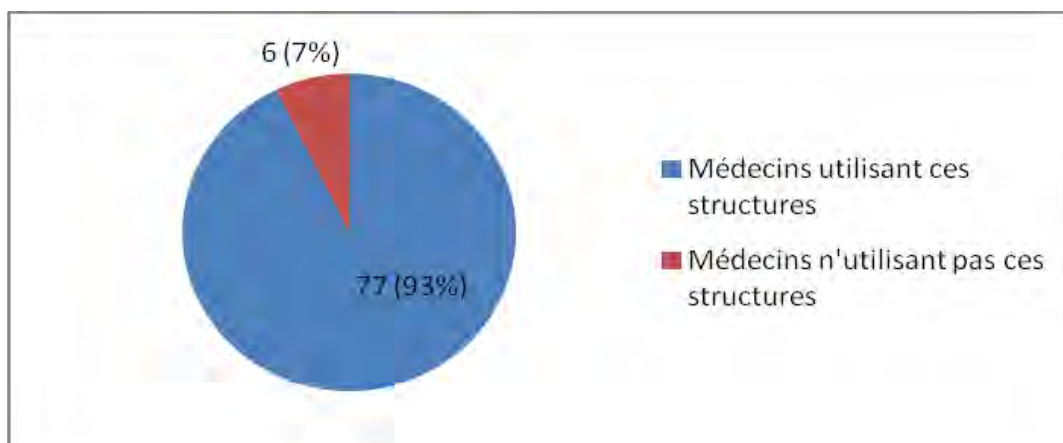


Diagramme 4 : Taux d'utilisation des structures de répit chez les médecins généralistes connaissant les structures de répit ($n=83$)

Parmi les médecins qui connaissent les structures de répit, 77 (soit 93%) ont eu des patients dans ce genre de structure. (Intervalle de confiance à 95%: 90%-96%). 6 (soit 7%) n'ont pas

eu des patients dans ces structures (Intervalle de confiance à 95%: 4%-10%) ($p < 0,001$). Le taux de participation à cette question est de 99% ($n=83$). (Diagramme 5)

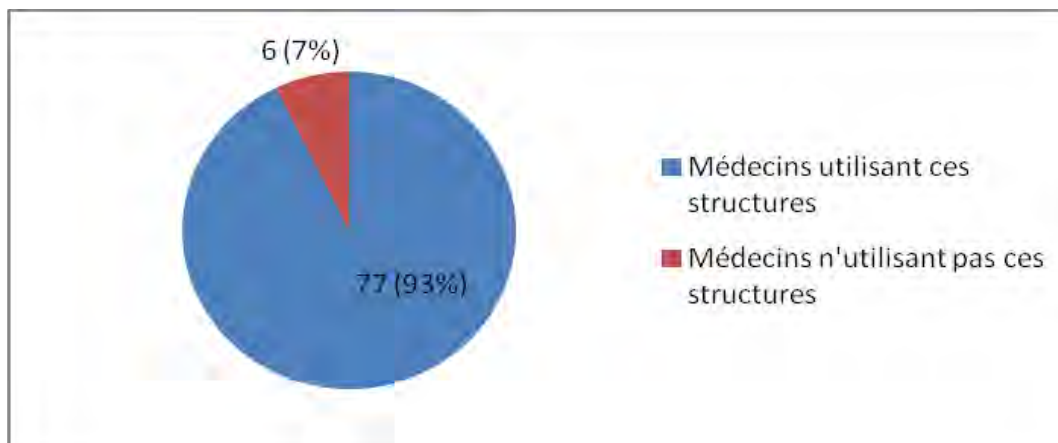
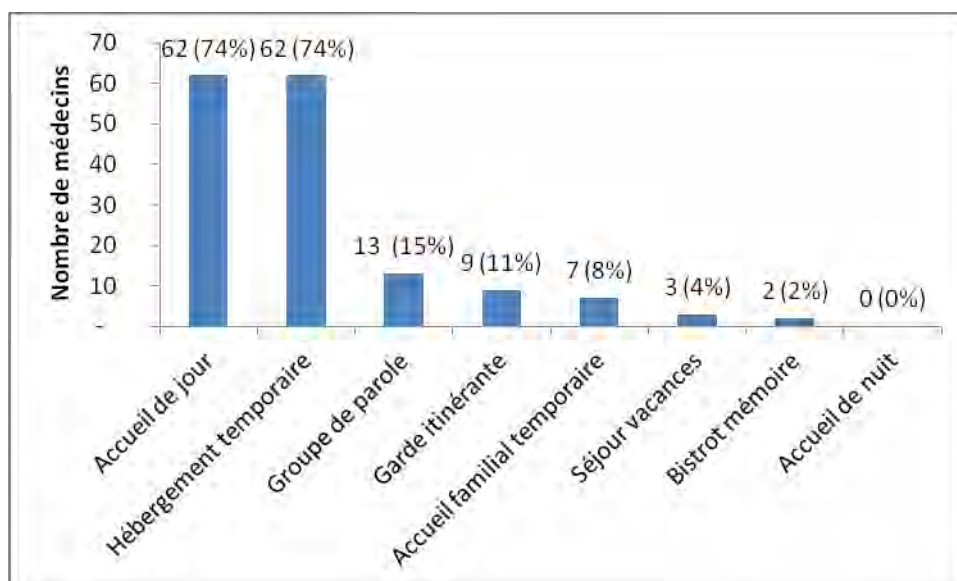


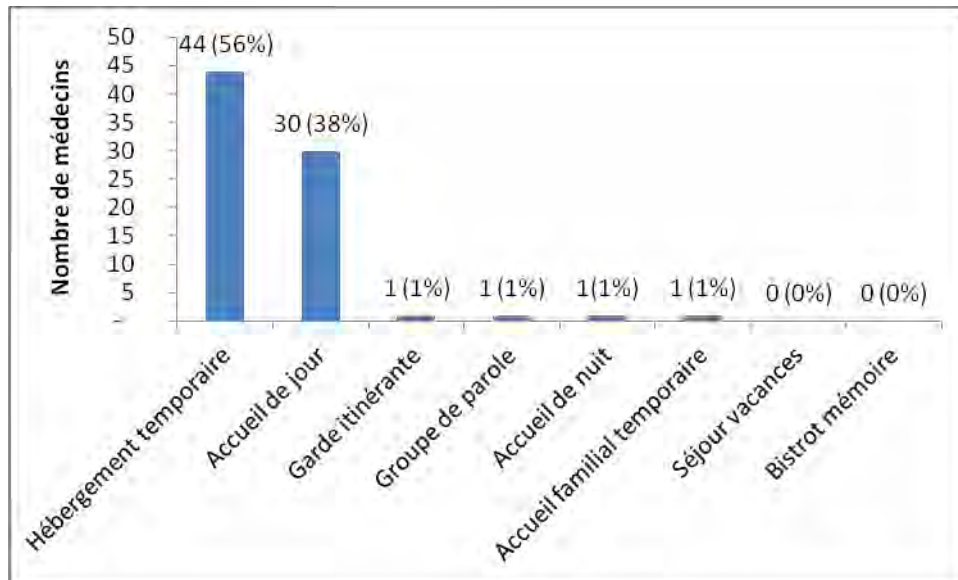
Diagramme 5: Taux médecins généralistes connaissant les structures de répit ayant eu un patient dans ce genre de structure ($n=83$)

Parmi les médecins qui connaissent les structures de répit, 62 (soit 74%) ont utilisé un accueil de jour (Intervalle de confiance à 95%: 69%-79%), 62 (soit 74%) un hébergement temporaire (Intervalle de confiance à 95%: 69%-79%), 13 (soit 15%) un groupe de parole (Intervalle de confiance à 95%: 11%-19%), 9 (soit 11%) une garde itinérante de nuit ou de jour (Intervalle de confiance à 95%: 8%-14%), 7 (soit 8%) un accueil familial temporaire (Intervalle de confiance à 95%: 5%-11%), 3 (soit 4%) un séjour vacances (Intervalle de confiance à 95%: 2%-6%), 2 (soit 2%) un bistrot mémoire (Intervalle de confiance à 95%: 1%-3%). Aucun d'entre eux n'a utilisé un accueil de nuit. Le taux de participation à cette question est de 94% ($n=79$). (Histogramme 3)



Histogramme 3 : Taux d'utilisation des diverses structures de répit par les médecins généralistes connaissant ces structures ($n=79$)

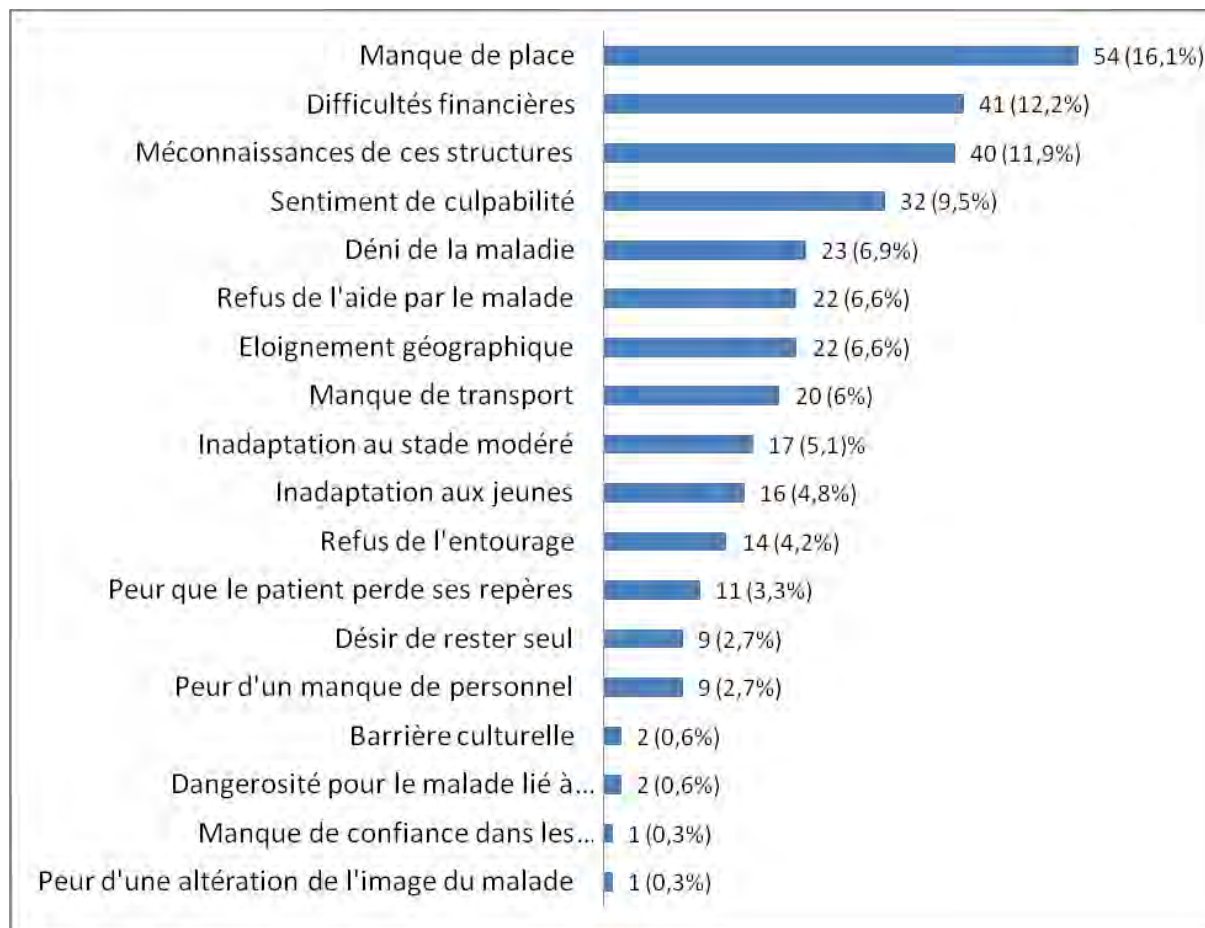
Parmi ces structures, 44 (soit 56%) pensent que l'hébergement temporaire est la structure la plus utile (Intervalle de confiance à 95%: 51%-61%), 30 (soit 38%) pour l'accueil de jour (Intervalle de confiance à 95%: 33%-43%), 1 (soit 1%) pour la garde itinérante de nuit ou de jour (Intervalle de confiance à 95%: 0%-3%), 1 (soit 1%) pour les groupe de parole (Intervalle de confiance à 95%: 0%-3%), 1 (soit 1%) pour l'accueil de nuit (Intervalle de confiance à 95%: 0%-3%), 1 (soit 1%) pour l'accueil familial temporaire (Intervalle de confiance à 95%: 0%-3%), aucun pour les séjours vacances et pour les bistrotts mémoires. Le taux de participation à cette question est de 93% (n=78). (Histogramme 4)



Histogramme 4 : Structure de répit jugée la plus utile par les médecins généralistes (n=78)

54 (soit 16,1%) médecins généralistes rapportent avoir présenté des difficultés dans l'utilisation des structures de répit par manque de place, 41 (soit 12,2%) à cause de difficultés financières, 40 (soit 11,9%) par méconnaissance de ces structures, 32 (soit 9,5%) à cause d'un sentiment de culpabilité émanant de l'aidant, 23 (soit 6,9%) lié à un déni de la maladie par l'aidant ou le malade, 22 (soit 6,6%) par un refus de l'aide par le malade, 22 (soit 6,6%) à cause de difficultés d'accessibilité, 20 (soit 6%) due à un manque de transport, 17 (soit 5,1%) lié à une peur de l'entourage d'une inadaptation au stade de démence modérée, 16 (soit 4,8%) à cause d'une inadaptation aux malades jeunes, 14 (soit 4,2%) lié à un refus de l'entourage, 11 (soit 3,3%) due à une peur que le patient perde ses repères, 9 (soit 2,7%) par désir de rester seul évoqué par le malade, 9 (soit 2,7%) lié à une crainte de l'entourage d'un manque de personnel, 2 (soit 0,6%) due à une crainte de dangerosité pour le malade du fait de l'agressivité des autres malades, 2 (soit 0,6%) lié à une barrière culturelle, 1 (soit 0,3%) lié à une peur d'altération de l'image du malade, 1 (soit 0,3%) à cause d'un manque de confiance

dans les professionnels de santé. Le taux de participation à cette question est de 99% (n=83). (Histogramme 5)



Histogramme 5 : Difficultés rencontrées par les médecins dans l'utilisation de ces structures (n=83)

64 (soit 65%) médecins expriment avoir besoin d'un site internet les informant sur la disponibilité des différentes structures, 62 (soit 63%) un numéro téléphonique unique centralisant les appels afin de les informer sur la disponibilité de ces structures, 50 (soit 51%) un site internet les informant sur les structures, 25 (soit 25%) des plaquettes d'informations, 19 (soit 19%) une adresse mail, 13 (soit 13%) des conférences les informant sur les structures de répit. Le taux de participation à cette question est de 94% (n=99). (Tableau 3)

Besoins	Taux (%)
Site internet informant sur les disponibilités	64 (65%) (IC 95 % : 60-70)
Standard téléphonique informant sur les disponibilités	62 (63%) (IC 95 % : 58-68)
Site internet informant sur les différentes structures	50 (51%) (IC 95 % : 46-56)
Plaquettes d'information	25 (25%) (IC 95 % : 21-29)
Une adresse mail	19 (19%) (IC 95 % : 11-27)
Conférences informant sur les structures de répit	13 (13%) (IC 95 % : 10-16)

Tableau 3 : Besoins exprimés par les médecins généralistes (n=99)

Discussion :

- **Résumé des résultats :**

Une grande majorité des médecins généralistes est au courant de l'existence des structures de répit mais ils les connaissent mal. On note une disparité de la connaissance de ces structures au sein de la région avec une différence entre le sud et le nord de la région. Elles sont mieux connues dans l'Aveyron, le Tarn et le Tarn et Garonne et moins bien connues dans l'Ariège, la Haute-Garonne. Les médecins ayant une formation en gériatrie et les médecins coordonnateurs d'EHPAD connaissent mieux ces structures. Les structures de répit les plus connues sont les plus anciennes et les plus représentées : les accueils de jour et les hébergements temporaires. Les nouvelles structures de répit issues du plan Alzheimer 2008-2012 sont peu connues. Ceci est peut-être lié à un manque d'information, un manque de développement et une sous représentation de ces dernières. Parmi les nouvelles structures, les plus connues sont les groupes de parole, l'accueil familial temporaire et les gardes itinérantes de jour et de nuit. Les médecins généralistes ont pris connaissance de l'existence de ces structures dans le cadre de leur exercice, par un confrère ou grâce au bouche à oreille. Aucun ne déclare les avoir découvertes au travers de recommandation, de conférence de consensus, de conférence ou d'un site internet d'une structure de répit. Une meilleure divulgation de l'information de ces structures est nécessaire. Il serait souhaitable que les structures de répit et les Agences Régionales de Santé informent les médecins de la présence de ces structures, de leurs rôles, de leur fonctionnement, des moyens d'accessibilité, des possibilités de financement par l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie. Les MAIA sont moins connues que les structures de répit. Ceci peut-être lié au fait qu'elles soient plus récentes.

La quasi-totalité des médecins qui connaissent ces structures ont eu des patients dans ces dernières. Les structures les plus utilisées et jugées être les plus utiles sont l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Ce qui peut-être lié au fait qu'elles sont les plus anciennes, les plus représentées et les mieux connues. Il nous semble donc nécessaire qu'elles soient plus développées. Les médecins ont présenté des difficultés dans l'utilisation de ces structures qui sont principalement d'ordre organisationnel : des problèmes d'accessibilité, de coût et de méconnaissance de ces structures. Il serait souhaitable de développer les moyens de transports, la prise en charge du coût des transports, d'augmenter le nombre de place dans ces structures, de mieux répartir ces structures en fonction des besoins, de les faire connaître et de les promouvoir auprès des professionnels de santé. Par ailleurs nous nous rendons compte

qu'il existe peu de solutions pour les patients atteints d'une démence au stade modéré ou sévère. Or ces stades représentaient 59% des malades atteints de démence en 2009 d'après l'ORSmip. [47] De plus, beaucoup de progrès sont à faire dans le domaine de l'acceptation de la maladie par le patient, son entourage et pour déculpabiliser les aidants. Les bistrot-mémoires, les groupes de paroles et les séjours vacances semblent être une solution pour les informer, les écouter et les rassurer.

Les médecins généralistes éprouvaient le besoin d'avoir un état des lieux sur la disponibilité des différentes structures et une information sur ces dernières. Afin d'optimiser le temps consacré à la recherche d'une place, il serait souhaitable de créer un système leur permettant d'avoir accès à la disponibilité de ces dernières avec une mise à jour en temps réel des places disponibles.

- Limites de l'étude :

Comme nous pouvons le voir, cette étude présente des biais. D'une part, les médecins d'Aveyron et du Gers ont été nombreux à répondre contrairement aux médecins du Tarn et des Hautes-Pyrénées.

Par ailleurs, l'URPS a envoyé le questionnaire à une partie des médecins généralistes de Midi-Pyrénées et non à la totalité.

De plus, nous n'avons pas trouvé le nombre de médecin coordonnateur d'EHPAD. La Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD est en train de recenser le nombre de médecin coordonnateur mais les résultats pour Midi-Pyrénées ne sont pas exploitables. Or nous savons que toutes les EHPAD doivent avoir un médecin coordonnateur. D'après la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, le nombre d'EHPAD en Midi-Pyrénées est de 444 en 2012.

Le taux de participation est faible malgré la relance. Nous aurions peut-être dû faire une deuxième relance.

Nous avons demandé aux médecins généralistes quelles structures ils utilisent le plus. Afin d'éviter une subjectivité de leur part, il aurait fallu prendre des chiffres de l'Assurance Maladie pour cette question.

- Propositions :

La prise en charge d'un patient atteint d'une démence est complexe. Afin d'aider leurs patients et les aidants, les médecins généralistes devraient connaître les différentes structures et les différents services qu'ils ont à leur disposition dans leur secteur. Or, ils ne peuvent pas

connaître tous les dispositifs existants dans tous les domaines de leur activité. C'est pourquoi, il serait souhaitable de développer un système permettant de connaître la disponibilité dans les différentes structures. Les MAIA qui sont en train de recenser les structures de répit pourraient créer un site internet ou un numéro téléphonique unique centralisant les appels afin d'informer les médecins sur la disponibilité de ces structures. Un site internet serait moins onéreux. Les structures de répit pourraient avoir un accès à ce site afin de mettre à jour fréquemment leur disponibilité. Et les médecins auraient un accès aux coordonnées des structures afin de les contacter ou de les visiter. Afin de faire connaître ce site, il serait souhaitable que l'ARS ou les plateformes de répit informe les médecins par mail par exemple de l'existence de ce site. Pour les cas les plus complexes, les MAIA peuvent évaluer les besoins du patient et de l'aidant, planifier les services nécessaires à l'aide du plan de service individualisé et réaliser un suivi.

Au travers de ce site internet, l'ARS et les plateformes de répit pourraient apporter une information aux médecins généralistes sur le rôle, le fonctionnement, les moyens d'accessibilité, les possibilités de financement par l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie des structures de répit.

Par ailleurs, il est souhaitable de trouver des solutions face aux barrières que sont l'accessibilité, le coût, le nombre de place. Il est nécessaire de déculpabiliser les aidants, de convaincre les patients de la nécessité d'une prise en charge. Pour cela, il ne faut pas hésiter à avoir recours à un soutien psychologique du patient et des aidants. De plus, il est nécessaire d'informer les patients et les aidants de l'existence de ces structures, de leur rôle, de leur fonctionnement. Les associations en lien avec les démences pourraient les informer au moyen de conférences publiques et d'un site internet. Mais aussi, il serait souhaitable de trouver des solutions pour les patients atteints de démence au stade modéré et sévère. Il est nécessaire de développer ce genre de structures afin de promouvoir le maintien au domicile.

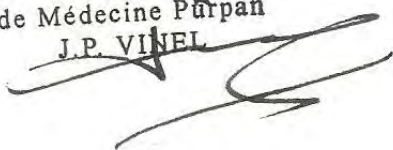
Conclusion :

Une grande majorité des médecins généralistes est au courant de l'existence des structures de répit mais ils les connaissent mal. Les structures de répit les mieux connues, les mieux utilisées et celles qui sont jugées être les plus utiles sont les accueils de jours et les hébergements temporaires. Par ailleurs, les médecins ont présenté des difficultés dans l'utilisation de ces structures qui sont principalement d'ordre organisationnel : des problèmes d'accessibilité, de coût et de méconnaissance de ces structures.

Les médecins généralistes éprouvent le besoin d'avoir un état des lieux sur la disponibilité des différentes structures et une information sur ces dernières. Afin de répondre à cette demande, il serait souhaitable que les MAIA mettent en place un site internet ou un numéro téléphonique unique centralisant les appels afin d'informer les médecins sur la disponibilité de ces structures. Les structures de répit pourraient avoir un accès à ce site afin de mettre à jour fréquemment leur disponibilité. Et les médecins auraient un accès aux coordonnées des structures afin de les contacter ou de les visiter. Dans le but de faire connaître ce site, il serait souhaitable que l'ARS ou les plateformes de répit informe les médecins de l'existence de ce site. L'ARS et les plateformes de répit pourraient apporter une information aux médecins généralistes sur le rôle, le fonctionnement, les moyens d'accessibilité, les possibilités de financement par l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie des structures de répit grâce à ce site internet.

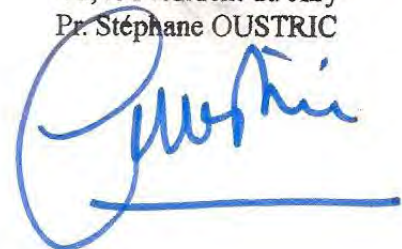
Toulouse le 16.07.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Toulouse le 11.07.14

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Bibliographie :

- [1] Blanpain N., Chardon O., « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *Insee Première*, octobre 2010, 1320.
- [2] Soullier N., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Études et Résultats*, août 2011, 771.
- [3] Bérard A, Gzil F, Kenigsberg PA et al, Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants, Fondation Médéric Alzheimer, septembre 2011, 1.
- [4] Ory M. G., Hoffman III R. R., Lee J. L., et al., « Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers, *The Gerontologist* », avril 1999, 39(2) : 177-185.
- [5] McCurry SM., Logsdon RG, Teri L et al., Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications., *Sleep Medicine Reviews* 2007, 11(2): 143-153.
- [6] Andrieu S, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al “Burden experienced by informal caregivers assisting Alzheimer’s patients in the REAL.FR study”, *Revue Médecine Interne*, 2003,4(3):351–359.
- [7] von Kanel R Ancoli-Israel S, Dimsdale JE et al., Sleep and biomarkers of atherosclerosis in elderly Alzheimer caregivers and controls., *Gerontology* 2009,56(1): 41-50.
- [8] Fredman, L., Doros G, Cauley JA, et al., Caregiving, metabolic syndrome indicators, and 1-year decline in walking speed: results of Caregiver-SOF, *Journal of Gerontology A Biology Science Medical Science* 2010, 65(5): 565-572.
- [9] Soullier N., « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et Résultats*, mars 2012, 799.
- [10] Stewart N.J., Morgan D.J., Karunanayake C.P. et al., Rural care givers for a family member with dementia: models of burden and distress differ for women and men, *Journal of applied gerontology*, 2014, 311(10):1052-1059.
- [11] Adelman R., Lyubov L., Delgado D. et al., Caregiver burden : a clinical review, *Clinical review and Education*, 2014.
- [12] Kamiya M., Sakurai T., Ogama N. et al., Factors associated with increased caregivers’ burden in several cognitive stages of Alzheimer disease, *Geriatrics Gerontology International*, 2014;14(2):45-55.

- [13] Andrieu S., Balardy L., Gillette-Guyonnet S., Charge ressentie par les aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au sein de l'étude REAL.FR ; méthode de mesure et facteurs associés, la revue de médecine interne, 2003;24(3)351-359.
- [14] Germain S., Adam S., Olivier C., Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease ?, Journal of alzheimer disease, 2009;17(1):105-114.
- [15] Darnaud T., L'impact familial de la maladie d'alzheimer, un modèle d'analyse, Revue Gériatrie, 2009, 152.
- [16] Villars H., Oustric S., Andrieu S., The primary care physician and Alzheimer's disease : an international position paper, Journal of nutrition health aging, 2010, 14(2):110-20.
- [17] Haute Autorité Sanitaire, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Février 2010, Haute Autorité Sanitaire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf
- [18] Cohen CA, Pringle D, LeDuc L., Dementia caregiving: the role of the primary care physician, The Canadian Journal of Neurological Sciences, 2001;28(Suppl 1):S72-6.
- [19] Haute Autorité Sanitaire, Guide médecin ALD 15 « Maladie d'Alzheimer et autres démences », Mai 2009, Haute Autorité Sanitaire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf
- [20] Haute Autorité Sanitaire, Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement, Avril 2012, Haute Autorité Sanitaire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimer_-_annonce_et_accompagnement_du_diagnostic_-_argumentaire_2009-11-10_09-55-14_154.pdf
- [21] Haute Autorité Sanitaire, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, Mai 2009, Haute Autorité Sanitaire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf
- [22] Bismuth S, Bismuth M, Villars H et al., Les « aidants naturels » du patient atteint de maladie d'Alzheimer, Médecine, Décembre 2010, 6(10) : 470-474.
- [23] Villars H, Bismuth S, Oustric S et al., Le médecin généraliste et la maladie d'Alzheimer, Cahier année gériatrie 2010, 2 :2-12.
- [24] Haute Autorité Sanitaire, Actes et prestations ALD 15 « Maladie d'Alzheimer et autres démences », actualisation juillet 2012, Haute Autorité Sanitaire.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf

[25] Haute Autorité Sanitaire, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, Décembre 2011, Haute Autorité Sanitaire.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

[26] Thomas P., Les aidants familiaux dans le quotidien de la démence, la place de l'aide aux aidants, la revue francophone de gériatrie et de gérontologie, décembre 2007, 14, 140.

[27] ANESM, Etude relative à « L'accompagnement pluridisciplinaire dans les structures de répit et d'accompagnement », Mars 2011, ANESM.

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/11%2003%2011%20Etude%20ANESM%20V6%20%20FINAL%20pour%20PDF%2010%200511%281%29.pdf>

[28] Vellas B., Gauthier S, Allain H et al., Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade severe, La Revue de Geriatrie, 2005, 30(9) : 627-640.

[29] Kenigsberg, Ngatcha-Ribert L, Villez M et al., Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants ? évolutions de 2000 à 2011, Union Nationale des Associations Familiales, 2013,10(1) : 57-69.

[30] Quayhagen, M. P., Quayhagen M, Corbeil RR et al., Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions, International Psychogeriatric, 2000, 12(2): 249-265.

[31] Burch, S, Borland C, Collaboration, facilities and communities in day care services for older people, Health and Social Care Community 2001,9: 13-30.

[32] Warren S, Kerr JR, Smith D et al., The impact of adult day programs on family caregivers of elderly relatives. Journal of Community Health Nursing 2003 (20):209-221.

[33] Lee D Morgan K, Lindsay J, Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. J Am Geriatr Soc. 2007, 55(2):252-8.

[34] Karen M., Robinson P., Reed D. et al., Differences between dementia caregivers who are users and non users of community services, Public Health Nursing, 2014, 30(6):501-10.

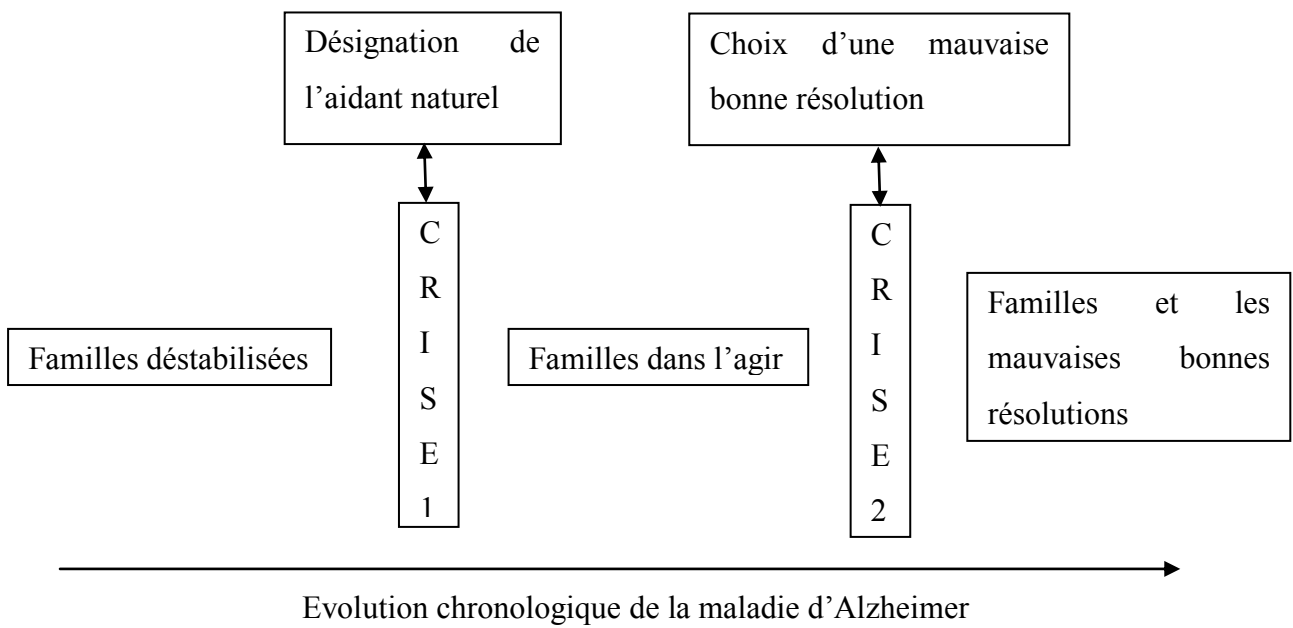
[35] Logsdon R., Pike K., Korte L., Memory care and wellness services : efficacy of specialized dementia care in adult day services, Gerontologist 2014.

[36] Baumgarten M, Lebel P, Laprise H et al., Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction, and cost. Journal of Aging Health 2002 (14):237-259.

[37] Neville CC, Byrne GJ, Prevalence of disruptive behaviour displayed by older people in community and residential respite care settings, International Journal of Mental Health Nursing 2007, 16(2): 81-85.

- [38] Wilz, G, Fink-Heitz M, Assisted vacations for men with dementia and their caregiving spouses: evaluation of health-related effects, *Gerontologist* 2008,48(1): 115-120.
- [39] Treloar, A., Cooper B, Sweeney J et al., Night respite care: relieving the burden on people caring for relatives with dementia, *Nursing Older People* 2001,13(3): 14-15.
- [40]Coudin G, La réticence des aidants familiaux à recourir aux services gérontologiques : une approche psychosociale, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2004, 2(4) : 285-296.
- [41] Mast, M. E., To use or not to use: A literature review of factors that influence family caregivers' use of support services. *Journal of Gerontological Nursing*, 2013, 39(1), 20–28.
- [42] Bayat S., Test de comparaison de moyennes, UE Introduction à la biostatistique, Master 1 2009-2010.
- [43] Monbet V., Test statistiques Notes de cours, L2S1, 2009.
- [44] Sicard D, Les médecins au premier janvier 2013, Série statistiques, direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 2013, 179.
- [45] Oustric S., Guiter H, Bensafi C et al., Observatoire de la démographie médicale des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, Conseil régional de l'ordre des médecins de Midi-Pyrénées, 2008.
- [46] Romestaing P., Le Breton-Lerouillois G., La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées, 2011, Conseil de l'ordre national des médecins.
- [47] ORSmip et al., La maladie d'alzheimer en Midi-Pyrénées état des lieux, 2009, ORSmip. <http://www.orsmip.org/tlc/documents/AlzheimerA4.pdf>

Annexe 1 :



Annexe 2 :

Questionnaire sur les structures de répit

Les structures de répit créées lors des plans Alzheimer 2004-2007 et 2008-2012 ont pour but de soutenir l'aidant et de permettre le maintien au domicile du patient. Au travers de cette étude, je cherche à connaître quelle connaissance ont les médecins généralistes des structures de répit et quelle utilisation ils en font.

*Obligatoire

Vous êtes

- une femme
- un homme

Quel est votre âge ? :

Année de soutenance de la thèse :

Dans quel département exercez-vous ? :
(09, 12, 31, 32, 46, 65, 81, 82)

Lieu d'exercice

- Rural
- Urbain

Avez-vous une qualification ou une formation en gériatrie ?

- Oui
- Non

Êtes-vous médecin coordinateur d'une EHPAD ?

- Oui
- Non

Question n°1 : Connaissez-vous au moins une de ces structures de répit ? *

(Accueil de jour, Hébergement temporaire, Garde itinérante de nuit ou de jour, Groupe de parole pour aidants, Séjour de vacances, Bistrot mémoire, Accueil familial temporaire) (Si vous répondez non, répondez directement à la l'avant dernière question)

- Oui
- Non

Question n°2 : Connaissez-vous les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) ?

- Oui
- Non

Les médecins qui ont répondu qu'ils ne connaissent pas les structures de répit, ont directement été redirigé vers la question n°10.

Question n° 3 : Quels types de structure de répit connaissez vous ?

- Accueil de jour
- Hébergement temporaire
- Garde itinérante de nuit ou de jour
- Groupe de parole
- Séjours vacances
- Bistrot mémoire
- Accueil de nuit
- Accueil familial temporaire

Question n°4 : Comment les avez-vous connues ?

- Recommandations, Consensus
- Site internet de structure de répit
- Conférence
- Par un confrère
- Presse écrite
- Bouche à oreille
- Publicité
- Radio
- Dans le cadre de votre activité

Question n°5 : Avez-vous proposé une solution de répit à vos patients ?

- Oui
- Non

Question n°6 : Avez-vous eu des patients dans des structures de répit ?

- Oui
- Non

Question n° 7 : Quels types de structure de répit avez vous utilisé ?

- Accueil de jour
- Hébergement temporaire
- Garde itinérante de nuit ou de jour
- Groupe de parole
- Séjours vacances
- Bistrot mémoire
- Accueil de nuit
- Accueil familial temporaire

Question n°8 : Parmi ces structures, laquelle vous paraît le plus utile ?

- Accueil de jour
- Hébergement temporaire
- Garde itinérante de nuit ou de jour
- Groupe de parole
- Séjours vacances
- Bistrot mémoire
- Accueil de nuit
- Accueil familial temporaire

Question n°9 : Quel genre de difficultés avez-vous rencontré dans l'utilisation de ces structures de répit ?

- Méconnaissance de ces structures
- Manque de place dans ces structures
- Difficultés financières
- Structures trop éloignées géographiquement
- Manque de transport
- Refus de l'entourage
- Peur que le patient perde ses repères
- Peur de l'entourage d'une inadaptation au stade de démence modérée
- Inadaptation aux malades jeunes
- Peur de l'entourage d'un manque de personnel dans ces structures
- La dangerosité des structures pour le proche du fait de l'agressivité des autres malades
- Peur de l'altération de l'image du malade
- Manque de confiance dans les professionnels
- Barrière culturelle
- Sentiment de culpabilité émanant de l'aidant
- Dénier de la maladie par le malade ou l'aidant
- Refus de l'aide par le malade
- Désir de rester seul émanant du malade
- Autre :

Question n° 10 : Quels sont vos besoins pour la prise en charge de vos patients atteints d'une démence de type Alzheimer ou une maladie associée ?

- un numéro téléphonique unique centralisant les appels afin de vous informer sur la disponibilité des différentes structures
- un site internet vous informant sur la disponibilité des différentes structures
- un site internet vous informant sur les différentes structures
- des plaquettes d'information
- des conférences vous informant sur les structures de répit
- une adresse mail

Question n°11 : Désirez-vous avoir des renseignements complémentaires sur les structures de répit ?

- Oui
- Non

Question n°12 : Désirez-vous connaître les résultats de l'étude ?

Je me ferai un plaisir de vous communiquer les conclusions de notre étude si cela vous intéresse. Pour cela, laissez-moi votre mail dans la cause autre.

- Oui
- Non
- Autre :

Je vous remercie par avance pour votre contribution à cette étude.

Background : Respite care has been designed in order to help caregivers in their mission. The purpose of this study is to analyse awareness of general practitioner about these structures and how they use them.

Material and method : This transversal descriptive epidemiological study of prevalence was based on a questionnaire. It was send to 1692 liberal general practitioner who were working in Midi-Pyrénées, thanks to the « Union Régionale de Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées ». We wanted to know their awareness about these structures, which structures they knew and how they discovered them. Also, we wanted to find if they used it, which structures they used and what kind of difficulties they had in their use. In addition to that, we tried to find their needs.

Results : 6.2 percent answered the inquiry. 80 percent of general practitioner knew respite care. The most known and use structures were adult day care and short-term admission. The principal difficulties were problems of respite care's accessibility (lack of transport, lack of patient room), a misknowledge of these structures and a lack of financial ressources. General practitioner wanted to have a better information as well as tools which make them aware of these structures.

Discussion : Respite care are misknown and insufficiently developped. It seems necessary to promote their accessibility, to decrease their usage cost and to increase their availability. A first step, to help general practitioner, tools should be developped to make them aware about the capacity of these structures.

Administrative discipline : GENERAL MEDICINE

Keywords : respite - respite care - respite services – support services - community-based support service - day care - adult day care - day care program - institutional respite - hospital respite - short-term admission – dementia - alzheimer disease

Purpan Medicine School 37 allée Jules Guesde 31000 Toulouse

Supervisors : Doctor BISMUTH Serge, Doctor CARME Jean-Paul

Introduction : Les structures de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de marquer une pause dans leur accompagnement. Au travers de cette étude, nous désirons savoir quelle connaissance ont les médecins généralistes des structures de répit et quelle utilisation ils en font.

Matériel et méthodes : Cette étude épidémiologique descriptive transversale de prévalence a été réalisée à partir d'un questionnaire. Il a été adressé à 1692 médecins généralistes exerçant en milieu libéral en Midi-Pyrénées par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé. Nous cherchons à savoir s'ils connaissent ces structures, lesquelles et comment ils les ont connues. Nous désirons savoir s'ils ont utilisé ces structures, lesquelles et s'ils ont rencontré des difficultés dans leur utilisation. Nous cherchons à connaître leurs besoins.

Résultats : Le taux de participation est de 6,2%. 80% des médecins connaissent les structures de répit. Les structures les mieux connues et les plus utilisées sont l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Les principales difficultés rencontrées sont un manque d'accessibilité, un manque de place et une méconnaissance des ces structures, des difficultés financières. Les besoins exprimés par les médecins sont un standard téléphonique ou un site internet informant sur les disponibilités des structures.

Discussion : Ces structures sont méconnues des médecins généralistes et sont insuffisamment développées. Il serait souhaitable d'améliorer l'accessibilité, le coût et d'augmenter le nombre de place. Un système permettant de connaître les disponibilités de chaque structure pourrait aider les médecins généralistes.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : Structure de répit - Utilisation, Aidant - Accueil de jour - Hébergement temporaire - Garde itinérante de nuit ou de jour - Groupe de parole pour aidants - Séjour de vacance - Bistrot mémoire - Accueil de nuit - Accueil familial temporaire - Maladie d'Alzheimer – Démence

Faculté de Médecine Purpan 37 allée Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeurs de thèse : Docteur BISMUTH Serge, Docteur CARME Jean-Paul