HAL
open science

Évaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée

Violaine Zegerman

To cite this version:

Violaine Zegerman. Évaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938112

HAL Id: dumas-01938112

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938112v1

Submitted on 28 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Evaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 11 Avril 2018

Par Madame Violaine ZEGERMAN

Née le 23 mai 1990 à Lyon 08eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie	**Président**
Monsieur le Docteur (MCA) GUIDA Pierre	**Directeur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

30/11/2017

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie)
	CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
	T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.)
	Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique)
	Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
	C.GIBBS (U.S.A.)
	J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.)
	R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.)
	M. SCHOU (Danemark)
	M. AMENT (U.S.A.)
	Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
	S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.)
	KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)
	T. MUNSAT (U.S.A.)
	LIANA BOLIS (Suisse)
	L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.)
	W.K. ENGEL (U.S.A.)
	V. ASKANAS (U.S.A.)
	J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
	A. DAVIGNON (Canada)
	A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

30/11/2017

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

30/11/2017

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

30/11/2017

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

30/11/2017

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

30/11/2017

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

30/11/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

30/11/2017

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

30/11/2017

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

30/11/2017

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

30/11/2017

REMERCIEMENTS

À monsieur le Docteur Pierre GUIDA
Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et vos enseignements durant mon stage à vos côtés ainsi que durant la réalisation de la thèse.

À madame le Professeur Sylvie BONIN GUILLAUME
Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Votre pédagogie, votre rigueur et vos conseils me sont précieux et participent grandement à l'enrichissement de la gériatre en devenir que je suis. Merci de votre disponibilité et de votre dévouement pour me guider tout au long de mes études vers ce beau métier de gériatre.

À Monsieur le Professeur Gaetan GENTILE et Madame le Docteur Stéphanie GENTILE
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de vous êtes rendus disponibles.

À Fréderic DIEBOLD
Merci de ton aide précieuse dans ce travail de thèse. Ton soutien depuis le choix du sujet à la rédaction finale m'a beaucoup touchée.

À l'équipe de gériatrie de l'Hôpital Sainte Musse qui m'a permis de confirmer ma vocation pour les personnes âgées et qui me donne envie d'aller vous rejoindre chaque jour.

À mes parents sans qui je ne serais pas médecin. Depuis toujours vous m'avez donné le goût du travail et les outils pour atteindre mes objectifs. Votre simplicité, et les valeurs que vous m'avez transmises dans la vie et dans le travail me sont précieuses et me guident au quotidien. Merci de votre soutien, votre affection, votre dévouement et vos sacrifices qui ont été essentiels. Les mots sont trop pauvres pour vous dire à quel point je vous suis reconnaissante. Moma, Papou je vous aime.

À ma petite sœur Nana qui est mon petit rayon de soleil dans les moments difficiles. Je suis fière de toi et te soutiendrai toujours.

À mon frère Jean-No qui a été un modèle de réussite, et que j'admirerai toujours.

À ma tante Catherine
Je te remercie pour tes conseils, ta sagesse et ton expérience.

À ma Mamie, même si tu n'es plus là pour voir celle que je suis devenue, tu as toujours cru en moi et en ma réussite. Merci de ton soutien et ton amour.

À Pierre, mon amour qui me soutient tous les jours, malgré mon tempérament parfois volcanique. Merci d'être présent, dévoué et compréhensif, de me faire rire et de rendre la vie plus douce tous les jours. Je t'aime tellement.

À Anna, mon bébé, qui a rendu la réalisation de cette thèse plus compliquée que prévue mais qui nous apporte que du bonheur chaque jour.

À Elisabeth et Gérard, merci d'être présents et de nous aider au quotidien.

À Marinette. Notre amitié est née durant ces dures années de Médecine et a résisté. Merci de ton soutien, de tes mots toujours justes et de ton amitié qui me sont très précieux.

À Stéphanie, ma Blair, qui fait ressortir le meilleur en moi depuis notre rencontre en seconde et pour qui mon amitié est indéfectible et sans limite.

À mes amies, Olivia, Marianne, Lucile, Caroline, Angélique, Vénissia, Aurore, Karine qui me soutiennent, et m'apportent beaucoup de joie.

Table des matières

ABREVIATIONS UTILISEES 19

1. INTRODUCTION 20

2. ETAT DES LIEUX 21

2.1 Epidémiologie 21
2.2 La démence 23
2.3 L'aidant 26
2.4 La relation aidant - médecin généraliste 28
2.5 Le médecin généraliste 29
2.6 La consultation dédiée 29
2.7 Objectifs de la thèse 30

3. METHODOLOGIE 30

3.1 Hypothèse de départ 30
3.2 Objectif 30
3.3 Méthode et Type d'étude 31
3.4 Recherche documentaire 31
3.5 Questionnaire 31
3.6 Recueil de données 32
3.7 Analyse des résultats 32

4. RESULTATS 33

4.1 Description du recueil de données 33
4.2 Description du panel de médecins généralistes 34
4.3 Description de la patientèle des médecins interrogés 35
4.4 L'aidant principal perçu par le médecin généraliste 36
4.5 Identification des difficultés de prise en charge des aidants des personnes démentes 39
4.6 Les outils utilisés par les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des aidants : 48
4.7 La consultation dédiée 49

5. DISCUSSION 51

5.1 Résultats principaux 51
5.2 Forces et limites 52
5.3 Les résultats principaux de l'étude 54
5.4 Les perspectives et solutions 60

6. CONCLUSION 63

7. BIBLIOGRAPHIE 64

8. ANNEXES 67

ABREVIATIONS UTILISEES

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
BDSP : Banque de données en santé publique
CLIC : Centre local d'information et de coordination
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA : Equipe spécialisée Alzheimer
HAS : Haute autorité de santé
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
MA : Maladie d'Alzheimer
MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
NPG : Neurologie, psychiatrie, gériatrie
OMS : Organisation mondiale de la santé
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés
PIB : Produit intérieur brut
PTA VAR : Plateforme d'appui Var
UHR : Unité d'hébergement renforcée

1. INTRODUCTION

Le terme d'aidant naturel désigne une personne ou un groupe de personnes qui vit et agit dans l'entourage immédiat d'une personne malade, souffrante ou en perte d'autonomie, ce à titre non professionnel. On parle parfois d'aidant familial ou informel.

On retrouve cette notion dans les différents types de démence où l'aidant est partie prenante dans la prise en charge et l'accompagnement des patients atteints de ces pathologies. La pathologie démentielle entraîne effectivement une perte d'autonomie et donc une dépendance plus ou moins rapide et grave mais inéluctable.

Notons que la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées sont un véritable enjeu de santé publique, du fait du vieillissement de la population, et par conséquent l'augmentation du nombre de patients déments et de leurs aidants.

La majorité des personnes atteintes de démence vit à domicile jusqu'à un stade avancé de la maladie. L'aidant est alors au centre de la prise en charge et de l'accompagnement des patients. Il a un rôle complexe : organiser, prendre des décisions, anticiper, donner ou programmer des soins, aider financièrement et donner de son temps (6 heures par jour en moyenne), réaliser les démarches administratives, la gestion du domicile, être un soutien permanent, faire le nursing, les soins... L'aidant est aussi le principal interlocuteur et collaborateur du médecin généraliste et autres intervenants extérieurs de santé qui suivent le malade.

Cependant dès le début du diagnostic de la maladie démentielle, la prise en charge de patients Alzheimer et de démences apparentées n'est pas sans conséquences sur l'état de santé des aidants. Ils sont en effet confrontés à une charge mentale, psychologique, physique très importante occasionnant stress, épuisement, troubles dépressifs, et du sommeil et une négligence de leur propre santé, avec une augmentation des situations d'urgence.

Ces troubles induits par la position d'aidant entraînent une augmentation de la morbi-mortalité de cette population, ce contre quoi nous devons lutter.

Aujourd'hui la détresse des aidants est reconnue, mais leur situation ne change pas et reste un vrai problème de Santé Publique. Quelques mesures ont bien été mises en place par le gouvernement pour palier le fardeau des aidants : plan Alzheimer 2008-2012, recommandations HAS, avec une prise en charge spécifique de l'aidant via la consultation dédiée.

Le médecin généraliste doit jouer un rôle essentiel pour l'aidant. En effet il est au centre de de la relation malade-aidant et le premier interlocuteur, dans une relation triangulaire pas toujours facile à gérer.
Notre objectif était donc de comprendre quelles difficultés ces médecins en première ligne rencontrent dans la prise en charge de l'aidant, et dans la réalisation de la consultation dédiée encore trop peu développée, permettant une amélioration future de sa situation. Dans ce contexte nous avons réalisé une étude quantitative du type analyse de pratique via un questionnaire destiné aux médecins généralistes du département du Var.

2. ETAT DES LIEUX

2.1 Epidémiologie

- Le vieillissement de la population

D'après le rapport de l'INSEE (2003) (1), projections démographiques, il existe un vieillissement inéluctable de la population d'ici 2050. En effet l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus sera multiplié par 3 soit 11,6 millions de personnes et par 4 pour les plus de 85 ans soit 4,8 millions. Ceci est la conséquence d'une augmentation de l'espérance de vie : en 2000 pour les hommes 75,2 ans passera à 80,9 ans en 2035, et pour les femmes de 82,7 ans à 88,7 ans.
Les personnes âgées de 60 ans ou plus sont aujourd'hui au nombre de 12 millions et représentent 21 % de la population. Elles seront 21 millions en 2035, soit un tiers de la population totale.

- Les chiffres de la démence

Du fait du vieillissement de la population la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres démences est en constante augmentation et constitue un enjeu majeur de Santé Publique (2). En 2010 le nombre de personnes atteintes est de 9,8% des plus de 65 ans, soit plus de 950 000 patients, (3). Du fait du vieillissement de la population le nombre de malades en 2040 sera de plus de 2 000 000. Selon le rapport de l'OMS en 2016 (4) il existe 35,6 millions de personnes démentes dans le monde, chiffre qui sera multiplié par 2 en 2030 et par 3 en 2050. Les deux études majeures à ce sujet, sont l'étude PAQUID et EURODERM (5) qui retrouvent des chiffres

à peu près similaires soit 225 000 nouveaux cas de démence par an, avec une estimation de 1 300 000 malades en 2020.

- Les aidants

En 2010 Novartis (6), estime à 3,5 millions la population d'aidants de personne dépendantes, malades, démentes ou âgées en France. Ceux-ci représentent 6 à 8% de la population active et ce chiffre devrait atteindre 15% d'ici 10 ans en rapport avec le vieillissement de la population.
Plus de la moitié des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer, et quel que soit le niveau de sévérité et donc quels que soient leurs besoins en matière d'aides et d'assistance, vivent à leur domicile. Ceci explique un chiffre important d'aidants des personnes atteintes de démence qui les maintiennent à domicile.

- Coût en Santé

Les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire pour la personne âgée démente s'élèvent à 5,3 milliards d'euros par an.
Ces coûts correspondent à l'établissement du diagnostic, aux soins des personnes malades à leur domicile, à leur prise en charge en établissement de santé. Ils sont répartis ainsi :
-hospitalisation en médecine et chirurgie : 53 %
-soins paramédicaux libéraux en ville : infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes… : 27 %
-médicaments « anti-Alzheimer » : 13 %
-établissement du diagnostic (en libéral et en hospitalier) : 6 %. (7)

L'aide informelle est estimée à 14 milliards d'euros par an, en moyenne. Il faudrait ajouter à ces montants les coûts médico-sociaux (accueil de jour, MAIA, ESA, hébergement en EHPAD, APA, Pasa, UHR…) dont le total actuel est bien supérieur aux 9 milliards d'euros estimés en 2004 par l'OPEPS car de nouveaux dispositifs ont été mis en place suite aux plans Alzheimer.

Estimation du coût du diagnostic :
Parcours ambulatoire, soit 12% des patients : 26 240 000 euros/ an
Parcours Hospitalier, soit 88% des patients : 273 300 000 euros/ an

Sur une échelle mondiale, le coût sociétal total de la démence était en 2010 estimé à 604 milliards de dollars, soit 1% du PIB mondial. (8)

Ces chiffres traduisent l'importance de la prise en charge de la démence à domicile, un réel problème de Santé publique, auquel vient s'ajouter celui de l'aidant, population à risque avec une santé altérée. (9) (10) (11) De manière concomitante il existe un réel coût de la prise en charge des aidants et de leur fardeau. (12)

2.2 La démence

- Définition :

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive.
La démence est causée par un ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent principalement le cerveau, comme la maladie d'Alzheimer ou l'accident vasculaire cérébral. (13)

La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde. Elle est particulièrement éprouvante, non seulement pour les malades, mais aussi pour les personnes qui prodiguent les soins et pour les familles. La démence est une réalité peu connue et suscite l'incompréhension, ce qui engendre une stigmatisation et des obstacles au diagnostic et aux soins. La maladie a des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques pour les personnes chargées des soins, les familles et les sociétés.

- Diagnostic /Symptomatologie :

Le terme générique de « comportements agités » est parfois utilisé dans la littérature, pouvant regrouper opposition, agressivité, anxiété et phobies avec manifestations comportementales, troubles du rythme circadien, déambulations ou comportement moteur inapproprié, cris, désinhibition motrice.

Le terme de symptômes psychotiques, en référence aux symptômes observés lors des psychoses, peut regrouper : délire, hallucinations, troubles de l'identification, manie.
Certains comportements des pathologies démentielles sont complexes. Il peut s'agir :
· de comportements dits « anxieux » ;
· d'attitudes d'agrippement à des personnes ou à des objets ;
· de comportements stéréotypés, répétitifs. (14)

La démence touche différemment chaque personne atteinte, selon les effets de la maladie et la personnalité d'origine du patient, ainsi que son entourage. Les signes et les symptômes liés à la démence peuvent être classés en 3 stades :

Stade initial : le stade initial passe souvent inaperçu, la maladie apparaissant graduellement. Les symptômes courants sont notamment :

- Avoir tendance à oublier ;
- Perdre conscience du temps ;
- Se perdre dans des endroits familiers.

Stade intermédiaire : à mesure que la démence progresse vers le stade intermédiaire, les signes et les symptômes se précisent et deviennent plus visibles. Le malade peut entre autres:

- Oublier les événements récents et le nom des gens ;
- Se perdre à la maison ;
- Avoir plus de difficulté à communiquer ;
- Nécessiter de l'aide pour les soins d'hygiène personnelle ;
- Présenter des changements de comportement, par exemple errer ou répéter les mêmes questions.

Dernier stade : le dernier stade de la démence est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totales. Les troubles de la mémoire sont importants et les signes et symptômes physiques deviennent plus évidents. Les symptômes sont notamment :

- Perdre conscience du temps et du lieu ;
- Avoir de la difficulté à reconnaître les proches et les amis ;
- Nécessiter une aide accrue pour les soins d'hygiène personnelle ;
- Avoir de la difficulté à marcher ;
- Présenter des changements de comportement, le patient pouvant aller jusqu'à l'agression.

Formes communes

Il existe de nombreuses formes ou causes de démence. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune et serait à l'origine de 60-70% des cas. Les autres formes répandues sont notamment la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy (accumulation anormale de protéines qui se développent à l'intérieur des cellules nerveuses), et la démence fronto-temporale (dégénérescence des lobes frontaux du cerveau) conséquence de plusieurs maladies. Les frontières entre les différentes formes de démence ne sont pas nettes et les formes mixtes sont fréquentes. (15)

Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. Ceci rend complexe la prise en charge de cette pathologie.

- Traitements :

Il est possible de faire beaucoup pour soutenir les personnes atteintes de démence et améliorer leur vie. Les objectifs principaux de la prise en charge sont d'établir un diagnostic précoce, afin de favoriser une prise en charge rapide et optimale ; optimiser la santé physique, la cognition, l'activité et le bien-être ; dépister et traiter des maladies physiques concomitantes ; détecter et traiter des symptômes comportementaux et psychologiques difficiles ; fournir des informations et un soutien à long terme aux aidants. (16)

Ainsi les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté nécessitent une prise en charge médico-sociale et pluridisciplinaire, et la prise en charge des aidants pour optimiser la gestion de la pathologie démentielle. (17)

Concernant la prise en charge médicamenteuse, il existe des médicaments tels que les inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase et la Mémantine qui entraînent des bénéfices cognitifs sur l'autonomie, et ont un impact positif sur les troubles du comportement. Cependant leur efficacité reste ce jour assez controversée et inconstante. (18)

Les interventions non médicamenteuses sont à ce jour multiples et largement mises en avant par rapport aux médicaments : prises en charge à 100%, prises en charge psychologique (19), orthophonique, stimulation cognitive, kinésithérapie, ergothérapie, infirmière, accueil de jour…. Notons également les interventions sociales : APA, CLIC, MAIA, protections juridiques… (20)

La démence est une épreuve pour les familles des personnes touchées et pour les personnes qui aident aux soins. Les pressions physiques, psychologiques et économiques peuvent peser lourdement sur les unes comme sur les autres, et l'appui des systèmes sanitaire, social, financier et juridique est nécessaire. La maladie d'Alzheimer est devenue une maladie de famille. L'objectif devient double : le maintien de la personne démente à domicile en conservant sa qualité de vie mais aussi de son entourage. La qualité de vie du malade est directement corrélée à celle de l'aidant, lequel prend une position centrale.

2.3 L'aidant

- Définition de l'aidant naturel :

L'aidant familial est défini comme la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques. (21)

Les aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France sont en majorité des femmes (62 %) ; 17 % des aidants ont moins de 55 ans, 25 % ont entre 55 et 64 ans, 18 % entre 65 et 74 ans, 28 % entre 75 et 84 ans, et 7 % ont plus de 85 ans (Alzheimer Europe, 2006). La moitié des aidants sont les conjoints (51 %), et 25 % sont les enfants des personnes malades. 66 % des aidants sont à la retraite, 16 % ont un travail à temps complet et 5 % un travail à temps partiel. 2 % ne travaillent pas en raison de leur rôle d'aidant. (22)

Nous pouvons donner le profil des aidants des personnes démentes, inspiré de plusieurs lectures. (23)
La moitié des aidants vit avec le patient. Une famille sur trois prend totalement en charge le patient, sans aucune aide extérieure. Environ la moitié des aidants sont les conjoints (71 ans en moyenne) : il s'agit des épouses dans deux tiers des cas. Plus de deux tiers des conjoints habitent avec le malade, auquel ils consacrent plus de six heures par jour. Les enfants du patient constituent 48% du nombre total des aidants : ils sont relativement jeunes (52 ans en moyenne). La moitié d'entre eux est encore en activité professionnelle mais un enfant sur quatre a dû réaménager son temps de travail pour s'occuper du malade. Ils mettent en moyenne plus de trente minutes pour se rendre au domicile du parent dément et lui consacrent un peu plus de cinq heures par jour.

Dans un rapport publié par l'OMS en 2012 (24), un des objectifs est de renforcer la prise en charge des aidants principaux des personnes démentes. La pathologie entraîne la dépendance, la perte d'autonomie. L'aidant principal est une des personnes clefs de la prise en charge des personnes démentes. Selon l'étude PIXEL l'aidant consacre en moyenne 42h heures par semaine au patient dément, soit 6 heures par jour.

De nombreuses études ont montré une altération de la qualité de vie et de l'espérance de vie des aidants principaux. L'aide chronophage est considérée comme un fardeau et le dément comme une charge engendrant un recours plus important aux anxiolytiques et antidépresseurs, et une augmentation des situations d'urgence. Une étude révèle qu'il existe une surmortalité de plus de 60 % des aidants par rapport à un groupe témoin non aidants, durant les 3 premières années qui suivent le début de la maladie du proche. (25)

- Les troubles de l'aidant sont psychologiques et physiques: (26)

On rencontre dans les différentes études des troubles psychologiques récurrents : fatigue, troubles du sommeil, dépression, épuisement émotionnel, anxiété, modification de l'estime de soi, dépersonnalisation, déshumanisation, sentiment d'impuissance, d'échec, culpabilité, mort sociale, deuil conjugal….
La liste des troubles physiques de l'aidant est tout autant remplie (27): fatigue, troubles du sommeil, (28)troubles du poids avec perte ou prise de poids, céphalées, hypertension et autres troubles cardiovasculaires, troubles respiratoires, désadaptation physique, troubles digestifs, retard de prise en charge des pathologies des aidants, mauvaise observance thérapeutique, multiplication des situations d'urgence … (29) (30)

Malgré le constat des difficultés rencontrées par les aidants et la nette altération de leur santé physique et psychique, le rapport post plan Alzheimer (31) ainsi que plusieurs études, montrent une persistance des problèmes de prise en charge des aidants, de leur détresse.
Ceci n'est pas satisfaisant d'autant plus que la santé du patient dément est directement en relation avec celle de l'aidant.

Les aidants naturels et familiaux connaissent bien le patient et partagent le plus de temps avec lui, dans des contextes très variés, et notamment à domicile : ils sont bien placés pour recueillir de telles données et doivent être interrogés autant que possible ; il est important de noter que les informations qu'ils fournissent peuvent être aussi très influencées par leur humeur, leur aptitude à observer, leur niveau d'instruction, et la qualité des relations qu'ils ont avec le patient. (32)

La prise en charge adaptée des aidants, le dépistage de leur vulnérabilité et l'apport d'une aide sont essentiels. Le médecin intervient alors comme un des piliers dans ce rôle et comme un acteur de la prise en charge de la personne démente mais aussi de l'aidant.

Notons que la situation d'aidant n'est pas toujours à l'origine d'un poids ou fardeau mais peut présenter des bénéfices secondaires. En effet, la situation d'aider un patient dément dépendant, a des aspects positifs : le sentiment d'offrir quelque chose d'indispensable à la personne aidée, les soins apportés vécus comme une fierté, la modification de la relation intime entre deux personnes, une relation plus fusionnelle. Cette situation le plus souvent décrite comme un fardeau peut avoir une dimension positive, apporter de la satisfaction chez l'aidant. Ces aspects peuvent être utilisés par le médecin généraliste dans la prise en charge de l'aidant. (33)

2.4 La relation aidant - médecin généraliste

- Le médecin généraliste vu par les aidants

Le médecin généraliste, l'aidant et la personne démente ont une relation triangulaire (33), laquelle va évoluer en même temps que la pathologie démentielle. La force de cette relation est essentielle pour la bonne santé des trois protagonistes. Dès le début de la maladie, les aidants ont des attentes auprès du médecin généraliste : annonce diagnostique (34), explication de la maladie, de son évolution, des ressources thérapeutiques et des aides, communication (35), pivot de l'organisation des soins. Cette première étape est très importante et influence grandement la construction de bonnes bases dans la relation triangulaire. (36)
Le médecin généraliste se doit d'être attentif dans les premières années de la maladie, afin de prendre en compte l'état de santé des aidants et de dépister leur détresse.

Plusieurs études ont été réalisées afin de mieux comprendre quelles sont les attentes des aidants envers le médecin généraliste. La première idée qui en ressort est le besoin pour les aidants d'une consultation d'annonce (37), la maladie démentielle pouvant être vécue comme un cancer. Celle –ci permet de mieux appréhender l'entrée dans la maladie. D'autre part les aidants semblent attendre des médecins généralistes les qualités suivantes :

- Une plus grande disponibilité,
- Des visites à domicile,
- Une meilleure accessibilité aux soins,
- Un soutien moral et physique,
- Des nouvelles thérapeutiques lors d'une impasse,
- Une proposition de plan de soins,
- La connaissance des structures d'aide aux aidants et des ressources matérielles, humaines et financières pour mieux affronter cette pathologie chronique. (38)

2.5 Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est dans la majorité des cas le premier interlocuteur des aidants et des déments. (39) De nombreuses études exposent les difficultés de la prise en charge de la démence, et définissent le rôle du médecin généraliste auprès des déments. Il a une connaissance plus profonde de l'environnement social et familial et une proximité importante avec la famille.

Il se place comme chef d'orchestre et présente des rôles multiples (40) (41) (42):

- La connaissance de la pathologie démentielle,
- La réalisation d'un diagnostic précoce,
- La réalisation d'une consultation d'annonce,
- L'établissement d'un Plan personnalisé de soins,
- La coordination des soins et appel aux spécialistes,
- L'apport d'une connaissance des réseaux de soins utiles,
- L'utilisation des ressources locales à disposition pour aider le patient dément et l'aidant,
- L'identification des besoins des aidants,
- Le suivi régulier, avec disponibilité,
- L'écoute de l'aidant,
- La prise en charge de ses comorbidités,
- La réalisation de la consultation dédiée.

2.6 La consultation dédiée

En 2010, la HAS établit des recommandations concernant la prise en charge des aidants. Celles-ci tournent principalement autour de la réalisation de la consultation dédiée, par les médecins généralistes. Cette consultation annuelle doit comporter une évaluation globale de l'état de santé de l'aidant naturel, une évaluation de son « fardeau », une détection des problématiques de santé spécifiques inhérentes, l'accompagnement de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
Cependant une étude montre que moins de 20% des médecins généralistes en France pratiquent cette consultation.

2.7 Objectifs de la thèse

Depuis plusieurs années, les différents programmes de Santé Publique recommandent des bonnes pratiques afin de mieux prendre en charge les aidants des personnes démentes, plaçant le médecin généraliste comme acteur principal. Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer montre que la prise en charge des aidants, et le renforcement de leur aide est encore trop pauvre.
Très peu d'études explorent les difficultés dans la prise en charge des aidants. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour une prise en charge optimale et pour réaliser la consultation dédiée. En tant que premier acteur de soin dans la démence et la prise en charge de l'entourage, je cherche ainsi à comprendre quelles sont ces difficultés afin d'essayer d'y pallier.

3. METHODOLOGIE

3.1 Hypothèse de départ

Les médecins généralistes rencontrent de nombreuses difficultés et freins dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée.

3.2 Objectif

L'objectif principal est de comprendre quels sont les freins à la prise en charge optimale des aidants des personnes démentes, dans un but d'améliorer leur prise en charge : diminuer les situations de détresse, les dépressions, augmenter leur espérance de vie, accéder à leur demande et diminuer le nombre d'hospitalisations des aidants.
L'objectif secondaire est de comprendre les difficultés de réalisation de la consultation dédiée.

3.3 Méthode et Type d'étude

C'est une étude observationnelle quantitative, c'est à dire une enquête analytique de pratique. Elle a consisté en la réalisation d'un questionnaire informatisé, destiné aux médecins généralistes, préalablement contactés par téléphone afin de recueillir leurs adresses mail puis par mail avec l'envoi du questionnaire, grâce à l'outil Google Forms.

La population cible de cette étude concerne les médecins généralistes du département du Var.
Une randomisation des médecins généralistes du Var a été réalisée à partir de l'annuaire soit 1000 médecins, grâce à la réalisation d'une table de randomisation Excel et un tirage au sort de 250 médecins généralistes, sous le contrôle d'un statisticien.

3.4 Recherche documentaire

Le travail initial a consisté en une revue de la littérature sur le sujet concerné pour aider à la conception des questions. (43)
Les bases de données bibliographiques suivantes ont été interrogées : Medline, Science direct, Web of Science, EM Premium, PubMed, Banque de données de santé publique (BDSP), Pascal, Revue du praticien, Revue NPG
D'autres sources ont été utilisées : lecture de thèses, sites internet : HAS, INPES, Légifrance, Association France Alzheimer, Fondation Médéric Alzheimer.
Nous avons choisi cette méthodologie quantitative en s'inspirant d'une thèse qualitative réalisée précédemment : « Prise en charge des aidants de patients atteints de démence de type Alzheimer ou apparentée. Enquête auprès de 30 médecins généralistes de Loire Atlantique. » (44) Cette thèse concluait sur le rôle plutôt passif des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants. Les principales difficultés mises en évidence sont le défaut de formation des médecins dans la prise en charge des aidants, la difficulté rencontrée lorsque l'aidant est suivi par un autre médecin que celui du dément.

3.5 Questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été réalisé en ligne grâce à Google Forms.

Le questionnaire est formé de trois parties :

- Une première partie dédiée à définir la population de médecins interrogés
- Une deuxième partie dédiée à l'aidant principal vu par le médecin généraliste

- Une troisième partie portant sur la consultation dédiée

Il comprend trente questions courtes, à choix multiples.
Il a été construit à partir de la recherche documentaire et de mes connaissances personnelles, enrichies par des échanges avec médecins généralistes et gériatres.
Le questionnaire a été testé auprès de 5 médecins avant l'envoi définitif aux médecins élus, afin d'évaluer sa faisabilité, le temps de réponse. Sur les cinq testeurs ce dernier était en moyenne de six minutes.
Les questions sont en grande majorité fermées afin de permettre une réponse rapide des médecins.
Le questionnaire est anonyme permettant ainsi une meilleure objectivité des réponses des médecins interrogés.

3.6 Recueil de données

La période de recueil de données a duré quatre mois. La première moitié des médecins a été contactée d'octobre à novembre 2016 et la seconde moitié de mars à avril 2017.
En l'absence de réponse au premier appel une relance téléphonique a été réalisée, et ce à deux reprises si besoin.

3.7 Analyse des résultats

Le type d'analyse effectuée est une analyse statistique descriptive de variable quantitative : description des données et analyse des variables catégorielles par test du KHI 2, avec seuil de significativité de 5%. Traitement des données par tableur EXCEL.

4. RESULTATS

4.1 Description du recueil de données

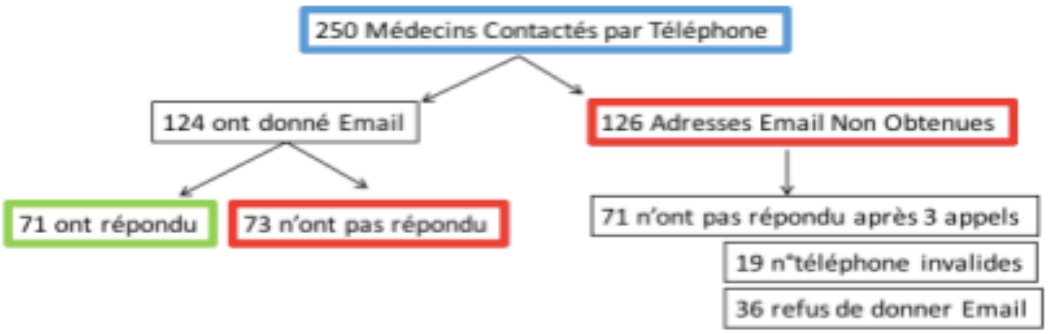
Sur les 250 médecins randomisés j'ai obtenu 124 adresses mails.

Concernant les 126 absences de mail :

- 71 médecins n'ont pas répondu au bout de 3 appels,
- 19 coordonnées de médecins étaient en réalité une erreur d'annuaire : spécialités médicales, médecins plus en fonction, erreur de numéro, décès du médecin,
- 36 médecins ont refusé de transmettre leurs adresses mails : pas le temps, pas de population gériatrique dans leur patientèle, acceptant l'envoi par courrier mais non par mail, accepte un rdv sur place.

D'autre part sur les 124 adresses mail obtenues :

- 71 médecins ont répondu au questionnaire en ligne
- 53 n'ont pas répondu au questionnaire. Nous pouvons expliquer cette non réponse par plusieurs raisons : difficultés d'accès internet, mauvaise adresse mail, adresse du cabinet et non du médecin, adresse donnée par les secrétaires et non le médecin directement.



4.2 Description du panel de médecins généralistes

- Nombre de réponses

Au total nous avons obtenu 71 réponses au questionnaire de thèse envoyé par mail.

- Répartition des sexes et type d'exercice

Sur le total des 71 médecins interrogés on décompte 53 hommes soit 74,6% de la population et 18 femmes soit 25,4% des médecins.

- Répartition des âges des médecins

La moyenne d'âge de la population de médecins étudiée est de 51 ans. Ecart type : 11, 86

- Expérience professionnelle

La majorité des médecins interrogés ont une durée d'exercice de plus de 10 ans soit 54 d'entre eux ou 76,1%. Parmi les 71 autres, 13 exercent depuis moins de 5 ans soit 18,5% et 4 entre 5 et 10 ans soit 5,6%.

Concernant la répartition des médecins selon le mode d'exercice, 28 des médecins soit 39,4% exercent en milieu urbain, 29 soit 40,8% exercent en milieu semi urbain et 14 soit 19,7% en milieu rural.

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur formation spécifique en gériatrie. 10 d'entre eux ont une formation du type Capacité ou DESC de gériatrie, 14,1% des médecins interrogés et 61 d'entre eux n'ont aucune formation dans cette spécialité, soit 85,9%.

4.3 Description de la patientèle des médecins interrogés

- Patientèle de plus de 75 ans porteuse d'une démence ou troubles cognitifs débutants

Sur les 71 médecins, 32 médecins ont moins de 5% de patients de plus de 75 ans déments, soit 45,1%. Nous retenons que 31 médecins ont entre 5 et 10% de déments soit 43,7% des médecins interrogés. Seulement 11,3%, ou 8 médecins ont plus de 10% de patients déments dans leur patientèle.

- Etude de la part d'aidants pris en charge par les médecins généralistes

Les médecins généralistes prennent en charge 29% en moyenne des aidants associés à leurs patients déments de type Alzheimer ou maladie apparentée.
1/3 des aidants sont pris en charge par le médecin traitant du patient dément et dans 2/3 des cas les aidants sont suivis par un autre médecin généraliste.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes et de leur patientèle

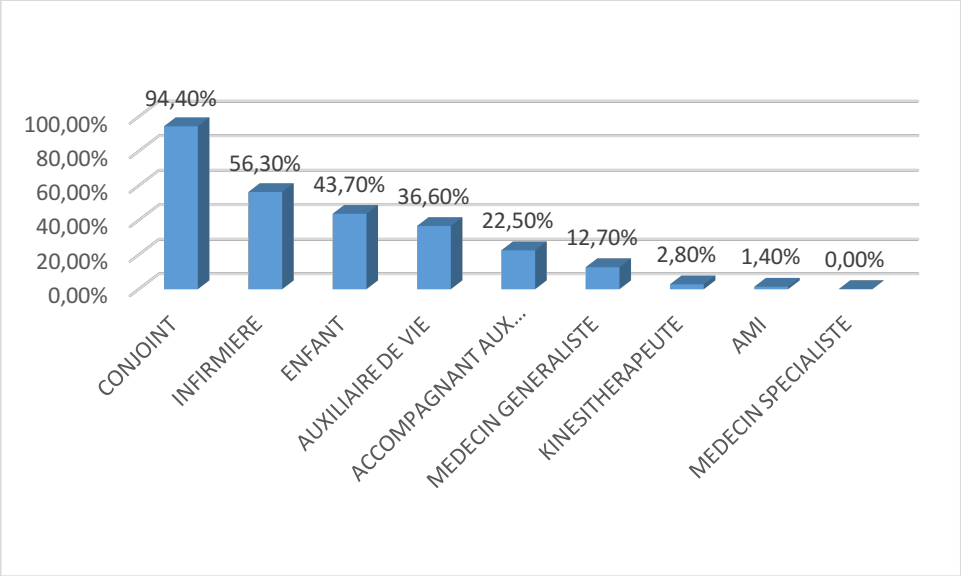
	Population Totale N=71	POURCENTAGES
AGE		
Moyenne ± ET	51,1 ± 11,9	
SEXE		
Homme	53	74,6%
MILIEU D'EXERCICE		
Rural	14	19,7%
Urbain	28	39,4%
Semi Urbain	29	40,8%
FORMATION EN GERIATRIE		
OUI	10	14,1%
NON	61	85,9%
MEDECIN AIDANT		
OUI	24	33,8%
NON	47	66,2%
PATIENTS DEMENTS		
< 5% de la patientèle	32	45,1%
Entre 5 et 10% de la patientèle	31	43,7%
>10% de la patientèle	8	11,3%
PATIENTS AIDANTS		
Nombre d'aidants pris en charge		29%

4.4 L'aidant principal perçu par le médecin généraliste

- Définition de l'aidant principal par le médecin généraliste (Histogramme 1)

Par ordre de fréquence, le conjoint est considéré dans 94,4%(67 médecins sur 71) des cas comme l'aidant principal, puis l'infirmière dans 56,3% des réponses (40 médecins) et l'enfant pour 43,7% de la population étudiée soit 31 médecins.

Histogramme 1 : Typologie des aidants selon les médecins



- Evaluation de l'identification de l'aidant

Sur l'ensemble des médecins de notre population 43 soit 60,6% ne tracent pas toujours qui est l'aidant dans le dossier médical du patient dément ou dans le dossier de l'aidant lui même. Notons que 12 soit 16,9% ne renseignent jamais leurs dossiers et seulement 16 soit 22,5% indiquent l'identité de l'aidant et statut aidant dans les dossiers médicaux. (Tableau 5)

Nous recherchons un lien entre le fait de ne jamais renseigner le dossier médical du patient concernant le statut d'aidant et la prise en charge vécue comme décourageante par les médecins (p=0,118), l'utilité de l'aidant selon les médecins dans la prise en charge d'un patient dément (p=0, 605), et la communication difficile avec l'aidant (p=0, 703) (Tableau 2).

Tableau 2 : Dossier médical du patient jamais renseigné sur le statut d'aidant

Comparaison des variables		Dossier médical jamais renseigné sur le statut d'aidant
		12/71
Prises-en charge de l'aidant décourageante	22/71	p = 0,118
Utilité de l'aidant	52/71	p = 0,605
Communication source de difficulté	9,18/10	p = 0,703

- Vécu des médecins généralistes

Parmi les médecins généralistes interrogés 24 (33,8%) ont été ou sont aidants d'une personne âgée et 47 (66,2%) n'ont jamais été aidant d'une personne âgée.
D'autre part, 22 des médecins généralistes soit 1/3 de notre population considère la prise en charge des aidants comme décourageante. Notons que 21 la trouvent stimulante, 6 médecins répondent que la prise en charge des aidants est inintéressante (8,5%), et enfin 22 soit 1/3 trouve un aspect valorisant. (Tableau 5)

- Evaluation de la connaissance des réseaux de soins

Nous avons demandé aux médecins de s'auto évaluer quant à leur connaissance des réseaux de soins, autour de leur lieu d'exercice destinés aux aidants, en donnant une note sur 10. Plus d'un tiers de la population, 49 médecins soit 69,1% considèrent avoir moins de 5/10, et un tiers soit 22 ou 31% évaluent leurs connaissances à plus de 5/10.
Ainsi la moyenne des 71 médecins est de 4,6/10. Ecart type : 2,18. (Tableau 7)

4.5 Identification des difficultés de prise en charge des aidants des personnes démentes

- L'aidant suivi par un autre médecin

Nous avons vu précédemment que 2/3 des aidants des patients déments de la patientèle de nos médecins traitants étaient suivis par un autre médecin généraliste.
Dans 77,5% des cas soit pour 55 médecins, le fait que l'aidant soit suivi par un autre médecin généraliste que le patient dément ne présente pas une difficulté. Chez 16 des praticiens soit 22,5% ce suivi par un autre médecin que celui du patient dément est source d'une difficulté dans la prise en charge de l'aidant. (Tableau 6)

- Perception de l'aidant principal par le médecin généraliste

Pour 68 des médecins ou 95,8% de notre population de médecins généralistes interrogée l'aidant est un partenaire de soin.
Pour 3 des médecins seulement soit 4,2% l'aidant est vu comme un patient. (Tableau 6)

- Coordination des soins

Nous voulions estimer le nombre de médecins généralistes qui contactent le médecin généraliste de l'aidant principal lorsque celui-ci est pris en charge par un confrère.
Nous observons que 44 des médecins ou 62% de notre population interrogée ne contactent jamais le médecin de l'aidant lorsqu'eux s'occupent du patient dément. 27 des médecins ou 36,6% des médecins contactent quelques fois leur confrère. Enfin aucun médecin n'établit une connexion de manière systématique. (Tableau 6)

Nous avons comparé les personnes qui ont répondu ne jamais contacter le médecin généraliste de l'aidant avec d'autres variables, afin de rechercher une explication à cette pratique.
Nous utilisons comme variable d'intérêt le fait que les médecins interrogés ne contactent jamais le médecin généraliste de l'aidant et confrontons cette variable à des variables explicatives, pour établir un lien de corrélation : dossier patient non renseigné (p =0,077), prise en charge de l'aidant décourageante (p=0,054), prise en charge de l'aidant inintéressante (p=0,749), aidant suivi par un autre médecin vu comme une difficulté (p=0,519), difficulté à identifier l'aidant (p=0,225), utilité de l'aidant (p=0,663)(Tableau 3).

Tableau 3 : Contact du médecin généraliste de l'aidant

Comparaison des variables		Médecins généralistes ne contactent jamais le médecin de l'aidant
		44/71
Prises-en charge de l'aidant décourageante	22/71	p = 0,054
Dossier jamais renseignés sur le statut d'aidant	12/71	p = 0,077
Prise en charge de l'aidant inintéressante	6/71	p = 0,749
Aidant suivi par un autre médecin rend la prise en charge difficile	16/71	p = 0,519
Difficulté pour identifier l'aidant	2,5/10	p = 0,225
Utilité de l'aidant	9,18/10	p = 0,663

- Identifier l'aidant principal du patient dément

Nous avons demandé aux médecins généralistes de notre population d'évaluer la difficulté d'identification des aidants des personnes démentes dans sa globalité, ce sur une échelle de 0 à 10.

- 15 des médecins ne rencontrent aucune difficulté, soit 21,1% : 0/10
- 9 des médecins rencontrent une difficulté de 1/10, soit 12,7%
- 17 médecins rencontrent une difficulté cotée à 2/10 soit 23,9% de notre population
- 10 d'entre eux estiment la difficulté à 3/10 soit 14,1% des médecins
- 6 des médecins rencontrent une difficulté à 4/10, ou 8,5% des médecins
- 5 médecins estiment la difficulté à 5/10 soit 7% des médecins interrogés
- 1 médecin cote la difficulté à 6/10 et 1 autre à 9/10 soit 2,8% de la population
- 5 généralistes estiment la difficulté à 7/10 soit 7% d'entre eux
- 2 médecins ou 2,8% trouvent une difficulté à 8/10
- Aucun médecin ne trouve une difficulté maximale à 10/10

Nous remarquons que les ¾ des médecins interrogés présentent une difficulté inférieure ou égale à 3/10. Moyenne : 2, 75. Ecart type : 2,25. (Tableau 7)

- Evaluation de l'utilité de l'aidant principal dans la prise en charge du patient dément

Les médecins généralistes de notre étude ont évalué sur une échelle de 0 à 10 l'utilité de l'aidant dans la prise en charge du patient Alzheimer ou démence apparentée.
La majorité des médecins, 40 ou 56,3% l'évaluent à 10/10. 13 des médecins ou 18,3% à 9/10. 11 généralistes trouvent une utilité de 8/10 soit 15,5% des médecins interrogés et 8,5% ou 6 des médecins estiment l'utilité de l'aidant à 7/10. Enfin un médecin évalue l'utilité à 5/10 soit 1,4% des médecins interrogés.

La majorité des médecins généralistes considère l'aidant comme utile. En effet le calcul de la moyenne de difficulté est de 9,18/10. Ecart type : 1, 11. (Tableau 7)

Nous avons choisi d'étudier le lien de corrélation entre l'utilité de l'aidant selon les médecins généralistes dans la prise en charge du patient dément et le vécu décourageant de la prise en charge de l'aidant (p=0,475), le fait que le médecin est ou ait été aidant (p=0,245), ainsi que le fait d'avoir une formation en gériatrie (p=0,576)(Tableau 4).

Tableau 4 : L'utilité de l'aidant selon les médecins généralistes

Comparaison des variables		Utilité de l'aidant perçue par les médecins
		9,8/10
Prises-en charge de l'aidant décourageante	22/71	p = 0,475
Médecin aidant lui même	24/71	p = 0,245
Formation en Gériatrie	10/71	p = 0,576

- Le dépistage de la détresse et du fardeau de l'aidant principal

- 3 médecins estiment la difficulté à 0 soit 2,1% de notre population.
- 1 médecin évalue la difficulté à 1/10 soit 1,4% des médecins.
- 10 généralistes estiment avoir une difficulté de 3/10 dans le dépistage soit 14%.
- 7 médecins pensent rencontrer une difficulté de 4/10 soit 9,8% des généralistes interrogés
- 8 médecins sur 71 ou 11,2% trouvent une difficulté de 5/10.
- 7 médecins cotent la difficulté de dépistage à 6/10 ou 9,8% des généralistes
- 15 d'entre eux trouvent la difficulté à 7/10 ou 21,1%
- 8 médecins estiment à 8/10 la difficulté soit 11,2% de la population
- 2 des médecins trouvent une difficulté à 9/10, 2,8%
- Enfin 3 généralistes estiment la difficulté de dépistage à 10/10

Ainsi on note que la plupart des médecins généralistes font remonter une difficulté dans le dépistage du fardeau et de la détresse des aidants, la moyenne de difficulté étant à 5,2/10. Ecart type : 2,49. (Tableau 7)

Nous avons recherché si le vécu décourageant de la prise en charge de l'aidant (p=0,033) et le fait que l'aidant soit perçu comme un partenaire de soin (p=0,051) influencent la difficulté de dépistage de la détresse et du fardeau de l'aidant. Par ailleurs le fait d'être formé ou non en gériatrie n'influence pas cette difficulté. Il en est de même pour les médecins qui sont ou ont été aidant, vis à vis du dépistage du fardeau (p=0, 080)(Tableau 5).

Tableau 5 : Difficulté de dépistage de la détresse et du fardeau de l'aidant

Comparaison des variables		Difficulté pour dépister la détresse des aidants et fardeau
		5,2/10
Prises-en charge de l'aidant décourageante	22/71	p = 0,033
Aidant perçu comme partenaire de soins	68/71	p = 0,051
Formation en Gériatrie	10/71	p = 0,695
Médecin aidant lui même	24/71	p = 0,080

Tableau 6 : Résumé des pratiques des médecins généralistes

	Population Totale N=71	POURCENTAGES
Traçabilité dans le dossier du statut aidant		
Toujours	16	22,5%
Pas toujours	43	60,6%
Jamais	12	16,9%
Vécu du médecin généraliste dans la prise en charge de l'aidant		
Décourageante	22	31%
Stimulante	23	32,4%
Valorisante	20	28,2%
Inintéressante	6	8,5%
Aidant suivi par un autre médecin = source de difficulté		
OUI	16	22,5%
NON	55	77,5%
Perception de l'aidant		
Partenaire de soins	68	95,8%
Patient	3	4,2%
Contact du médecin de l'aidant		
Jamais	44	62%
Quelques fois	27	38%
Systématique	0	0%

Tableau 7 : Ressenti des médecins vis à vis de l'aidant

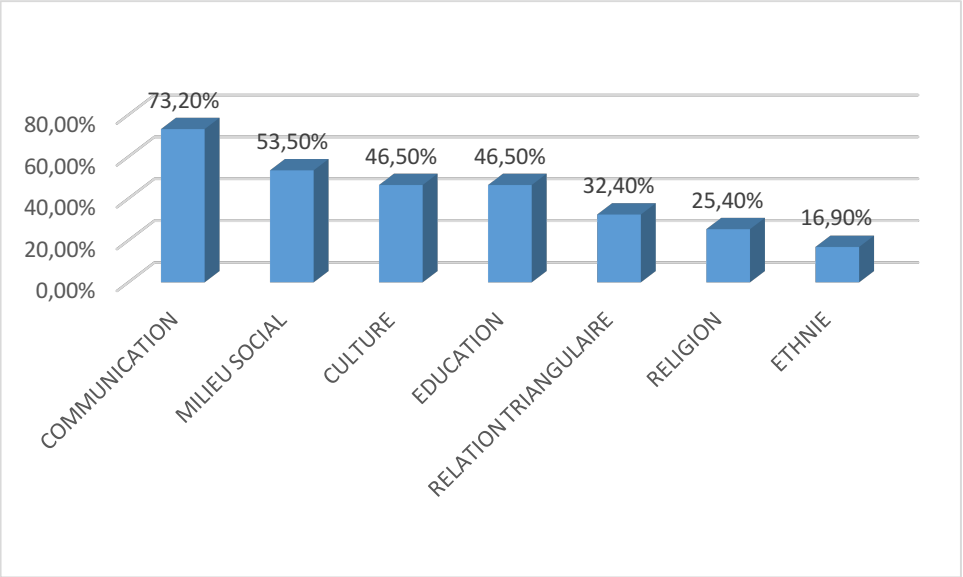
	MOYENNE	ECART-TYPE
Connaissance des réseaux de soins		
Echelle d'évaluation	4,6/10	2,18
Difficultés d'identification de l'aidant		
Echelle d'évaluation	2,75/10	2,25
Utilité de l'aidant dans la prise en charge du patient dément		
Echelle d'évaluation	9,18/10	1,11
Difficulté dans le dépistage de la détresse des aidants		
Echelle d'évaluation	5,2/10	2,49

- Les sources de difficultés de la prise en charge des aidants principaux (Histogramme 2)

Nous avons demandé aux médecins généralistes de choisir les 3 difficultés les plus importantes rencontrées dans la prise en charge de l'aidant principal d'une personne démente.

- La première difficulté est la communication pour 52 des médecins
- La deuxième difficulté est le milieu social défavorisé de l'aidant pour 38 généralistes
- La troisième difficulté qui est dénoncée est l'éducation et la culture différente pour 33 des praticiens interrogés
- Pour 23 médecins, la relation triangulaire aidant-dément-praticien est une difficulté
- Viennent ensuite la religion 18 médecins, et l'ethnie pour 12 d'entre eux.

Histogramme 2 : Les sources de difficultés rencontrées face à l'aidant



Nous avons confronté la variable « communication une difficulté majeure pour les médecins » aux variables suivantes : la relation triangulaire source de difficulté dans la prise en charge des aidants (p=0,913), l'aidant perçu comme un partenaire de soins (p=0,884), le dossier médical jamais renseigné sur le statut d'aidant (p=0,868), la présence d'une difficulté à dépister la détresse et fardeau de l'aidant (p=0,833) (Tableau 5). L'objectif était de rechercher des facteurs qui pouvaient influencer cette difficulté de communication.

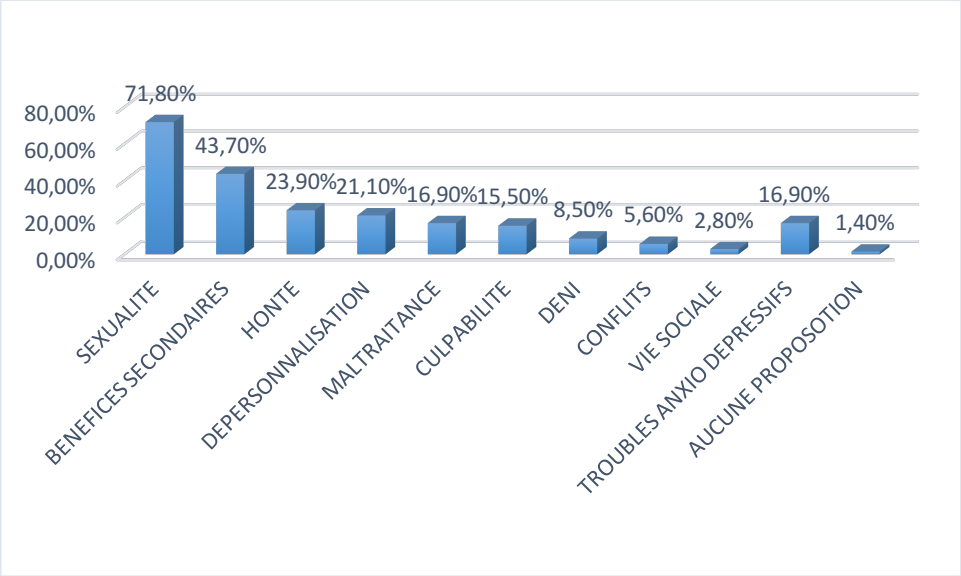
Tableau 8 : La communication avec l'aidant, une difficulté majeure

Comparaison des variables		La communication avec l'aidant source de difficulté pour les médecins
		52/71
Relation triangulaire difficile à gérer	23/71	p = 0,913
Aidant perçu comme partenaire de soins	68/71	p = 0,884
Dossier jamais renseignés sur le statut d'aidant	12/71	p = 0,868
Difficulté pour dépister la détresse des aidants et fardeau	24/71	p = 0,833

- Les sujets tabous, jamais abordés avec l'aidant (Histogramme 3)

Nous avons demandé aux médecins de déterminer les 3 sujets les plus fréquents qu'ils n'abordent jamais avec l'aidant.
Le premier sujet est la sexualité pour 51 médecins sur les 71.
Le deuxième sujet met en avant les bénéfices secondaires à être aidant principal.
A peu de chose près nous avons en troisième ligne : la honte du statut d'aidant, la dépersonnalisation de l'aidant et la maltraitance.
Suivent la culpabilité ressentie par le patient, le déni de sa situation et des difficultés, les conflits familiaux, la vie sociale, la perte d'autonomie et les troubles anxieux.

Histogramme 3 : Les sujets tabous entre médecin et aidant



- Le passé de la dyade Aidant/Dément une difficulté ?

Nous avons interrogé les médecins sur le passé de l'aidant et du dément. Leur histoire familiale, de couple, et type de relation peuvent-ils être considérés comme un frein à une bonne prise en charge par le médecin traitant ?
Pour 15 des médecins l'histoire du couple a un faible impact sur la prise en charge de l'aidant (coté inférieur à 5/10) et pour 56 généralistes un impact supérieur à 5/10.
Moyenne : 5, 7. Ecart type : 2,02

- L'impact du diagnostic de démence sur la prise en charge de l'aidant

Le diagnostic de démence est parfois difficile et complexe à faire, donner, annoncer ou tardif. Cette complexité, est un frein à la prise en charge de l'aidant, ayant un impact négatif sur la relation médecin/aidant pour 38 des médecins généralistes soit 53,5% de la population interrogée. 19 des généralistes, soit 26,8 % considèrent que le déroulement du diagnostic n'a pas d'impact sur la relation future entre l'aidant et le généraliste. Enfin 14 d'entre eux ou 19,7% ne portent pas d'attention à ce frein.

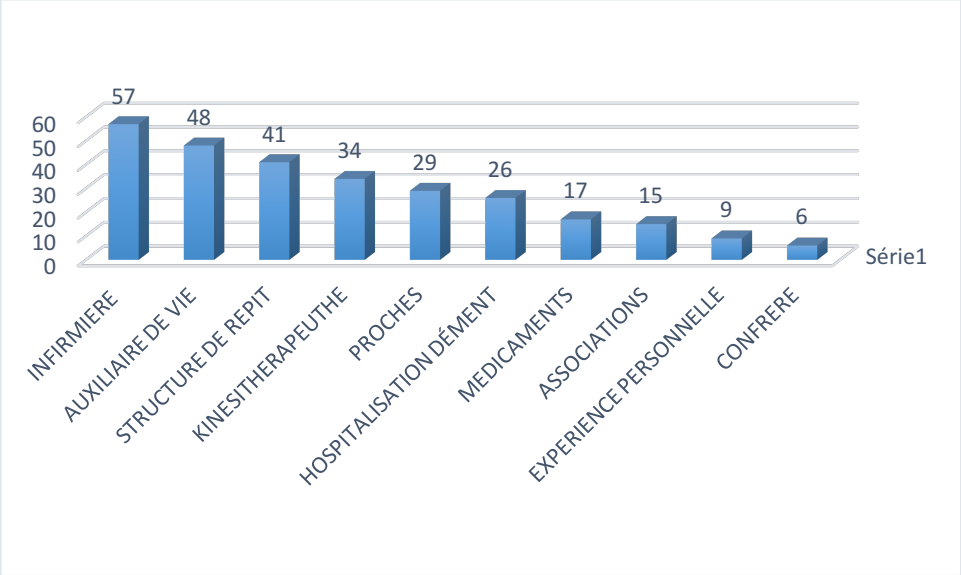
4.6 Les outils utilisés par les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des aidants :

- Les ressources utilisées pour aider les aidants (Histogramme 4)

Les médecins ont été interrogés sur les ressources qu'ils utilisent le plus fréquemment pour aider les aidants en sélectionnant les trois outils les plus utilisés.

- **Infirmière diplômée d'éta**t : 57 des médecins l'utilisent en première ressource (80%)
- **Auxiliaire de vie :** 48 généralistes sollicitent cette aide (67%)
- **Structure de répit** : 41 d'entre eux l'utilisent comme aide aux aidants (57%)
- Kinésithérapie : 34 (47%)
- Les proches : 29 (40%)
- Le placement ou l'hospitalisation du dément : 26 (36%)
- Médicaments : 17 (23%)
- Associations : 15 (21%)
- Expérience personnelle : 9 (12%)
- Sollicitation d'un confrère : 6 (8%)

Histogramme 4 : Les aides les plus fréquemment utilisées



- Evaluation de l'intérêt d'une formation continue sur la prise en charge de l'aidant et de la pathologie démentielle

Notons que 52,1% des médecins généralistes jugent utile de réaliser une formation.
La majorité préfèrent une formation continue, puis des réunions entre pairs, de la documentation et enfin une formation par séminaires.

4.7 La consultation dédiée

- Fréquence de réalisation de la consultation dédiée

Les médecins généralistes ont été interrogés sur la fréquence de réalisation de la consultation dédiée aux aidant principaux des personnes démentes de type Alzheimer ou maladie apparentées.
Nous notons que 53 des praticiens sur 71 soit 74,6% de notre population ne réalise jamais la consultation spécifique. 10 médecins la réalisent une fois par an soit 14,1%, 4 tous les 6 mois et 4 tous les deux ans (5,6%).

- La connaissance du déroulement de la consultation dédiée :

Les médecins généralistes ont été questionnés sur leur participation à des consultations mémoire ou aux aidants, en milieu hospitalier ou par des spécialistes.
Notons que 9 des médecins répondent qu'effectivement soit 12,7%, et 62 médecins soit 87,3% n'ont jamais vu ce type de consultation.

- Les sujets essentiels à aborder lors de la consultation dédiée :

Nous classons les sujets les plus importants selon les médecins généralistes interrogés à aborder lors de la consultation dédiée avec l'aidant.

- **Le fardeau de l'aidant** : 54 médecins sur 71 le classent dans les 3 sujets les plus importants
- **Les aides matérielles** en place ou à solliciter : 54 professionnels le sélectionnent en priorité
- **Les troubles anxio-dépressifs** : 52 réponses en faveur
- **Les troubles du sommeil** : 38 médecins sur 71 pensent qu'il faut l'aborder
- L'autonomie de l'aidant : 35

- Les troubles sociaux : 32
- La nutrition : 24
- La prévention : 13
- Les facteurs de risques cardio vasculaire : 3
- Les troubles digestifs :3
- L'arthrose : 2

- Le temps d'une consultation dédiée :

Nous avons demandé aux médecins généralistes le temps qu'ils accepteraient de consacrer à la réalisation de la consultation dédiée aux aidants des personnes démentes de type Alzheimer ou maladies apparentées.
En majorité (53 d'entre eux, soit 74,6%) des praticiens acceptent une consultation entre 15 et 30 minutes. 9 médecins pensent pouvoir accorder plus de 30 minutes à cette consultation spécifique soit 12,7% de la population interrogée. 8 des praticiens réaliseraient la consultation en moins de 15 minutes soit 11,3% des généralistes. Enfin 1 médecin (1,4%) accepte de faire une consultation d'une heure.

- Proposition pour pallier la difficulté de réalisation de la consultation dédiée :

Si nous proposions aux médecins une consultation dédiée aux aidants organisée à l'hôpital. 57 d'entre eux solliciteraient ce service soit 80,3% de la population étudiée et 14 d'entre eux ou 19,7% n'utiliseraient pas ce service.

Nous cherchons à savoir quel type de médecins sollicitera le service hospitalier, et comparons les médecins formés en gériatrie versus, ceux qui n'ont pas de formation. La demande de consultation hospitalière était de 57 / 71. Elle significativement plus demandée par les médecins non formés en gériatrie (10/71) soit 85,9% que ceux qui avaient reçu une formation (14,1%), p=0.047.

- L'acceptation de l'aidant à participer à une consultation dédiée :

Pour 24 des médecins sollicités, ou 33,8%, l'aidant accepterait sans souci de participer à ces consultations spécifiques. Selon 42 praticiens ou 59,2%, les aidants auraient des réticences à accepter une consultation de ce type. Enfin 5 soit 7% des médecins pensent que les aidants refuseraient.

- La consultation dédiée

Enfin nous avons étudié l'influence de l'absence de formation en gériatrie, le fait d'avoir été aidant, et le fait de ne jamais réaliser la consultation dédiée. Les médecins non formés en gériatrie ne réalisent pas moins la consultation dédiée que les médecins formés (p = 0,251). Le médecin qui est ou a été aidant ne réalise pas plus la consultation dédiée (p = 0,598).

5. DISCUSSION

5.1. Résultats principaux

Notre étude a permis de montrer que la majorité des aidants des personnes démentes sont suivies par un médecin généraliste différent de celui du patient dément. Cependant la plupart des médecins ne contactent pas le médecin de l'aidant si celui-ci est différent. Ces mêmes praticiens sont ceux qui trouvent la prise en charge des aidants décourageante et ont tendance à ne pas renseigner le dossier médical concernant le statut d'aidant.
En effet, on remarque que les médecins généralistes tracent très peu l'identité de l'aidant, ou le statut d'aidant de leur patient dans le dossier médical.

Un résultat fort de l'enquête est que l'aidant est d'abord considéré comme un partenaire de soins, avant d'être un patient, aux yeux des praticiens.

Les médecins qui présentent une difficulté pour dépister la détresse et le fardeau des aidants sont les mêmes qui considèrent la prise en charge des aidants décourageante, et voient l'aidant d'abord comme un partenaire de soins.

La communication est l'élément principal ressenti comme une source de difficulté pour la prise en charge de l'aidant.

Enfin dans la grande majorité des cas le praticien ne réalise jamais la consultation dédiée.

5.2. Forces et limites

5.2.1 Les forces :

Les résultats de la thèse sont basés sur la participation volontaire des médecins. Seuls les plus sensibilisés à la prise en charge de l'aidant des personnes démentes ont partagé leur expérience à travers le questionnaire.

D'autre part l'utilisation d'un questionnaire anonyme a permis d'obtenir des réponses plus objectives. Les médecins interrogés sur leur pratique n'avaient pas à répondre à un interlocuteur. Cette enquête déclarative de pratique écarte ainsi toute notion de jugement, et implique une plus grande liberté de la part des médecins interrogés.

L'étude bibliographique a permis d'identifier qu'une seule thèse consacrée à la prise en charge de l'aidant. Celle-ci était réalisée via des entretiens semi dirigés, ce en quoi diffère notre travail, permettant une analyse quantitative et plus étendue.

Il existe dans la littérature une importante base de données sur les aidants. Peu d'entre elles concernent l'évaluation du vécu et des difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants. Cette thèse permet une évaluation de pratiques après le dernier plan Alzheimer et la mise en place de nouvelles aides et structures. Elle peut conduire à des propositions et améliorations de ces pratiques.

5.2.2 Les limites :

Trois types de biais doivent être soulignés dans notre étude.

- Un biais de sélection car la sélection des médecins a été établie à partir des informations de l'annuaire, lesquelles se sont parfois avérées inexactes (mauvaise spécialité, praticiens n'exerçant plus ou numéros erronés).

- Un biais de déclaration car un recueil de données objectives avec accès en plus aux données des dossiers médicaux aurait pu aboutir à un meilleur niveau de preuve.

- Un biais de recueil de données car malgré le test préalable du questionnaire auprès de médecin généralistes, certaines de ses questions ont été mal posées :

- « Le passé entre l'aidant et le patient dément peut-il être un frein à la prise en charge de l'aidant (type de relation, histoire familiale) ? »[0 à 10].

  Le but était de savoir si le médecin généraliste s'intéresse à l'histoire du couple aidant-dément, afin de savoir quel impact celle-ci peut avoir sur leur relation actuelle (existence possible d'un conflit latent) dans le but de faciliter la communication avec l'aidant et la gestion du patient dément.

  Or la question posée n'interroge pas sur la prise de connaissance du passé mais le passé en tant que tel. On aurait pu écrire :

  « La méconnaissance du passé par le médecin généraliste du couple aidant-dément peut-elle être un frein à la prise en charge de l'aidant (type de relation, histoire familiale) ? ».

- Une bonne prise en charge de l'aidant permettant la mise en place d'une relation privilégiée avec le médecin généraliste passe par un diagnostic de démence précoce. C'est au cours de celui-ci que le médecin pourra informer l'aidant de son rôle à venir, des évolutions probables de la démence et mettre en place une communication optimale. La question posée devait permettre d'évaluer la sensibilité du médecin à ces éléments qui restent trop implicites dans la formulation :

  « Le diagnostic de démence est complexe et parfois tardif. Cela a t-il un impact sur la relation à venir avec l'aidant ? » [Oui, non ou pas d'attention].

  On aurait préféré :

  « Le diagnostic de démence est complexe et parfois tardif. Ses implications concernant la pathologie et le rôle de l'aidant ont-ils été présentés et discutés avec ce dernier ? ».

- La méconnaissance du réseau de soin pour les aidants semblait être une source de difficulté de prise en charge dans d'autres études. Dans cet item nous aurions dû demander aux médecins quelles structures, quels professionnels de santé, ils sollicitent

dans leur région, afin de mieux évaluer leur connaissance territoriale des aides disponibles pour les aidants. Il était préférable d'utiliser une question plus ouverte, plutôt qu'une échelle de difficulté.

La question posée était :
« Avez-vous une bonne connaissance des réseaux de soins et structures destinés aux aidants dans votre territoire ? »[0 à 10]. Qui pourrait être remplacée par :

« Quels réseaux de soins et structures destinés aux aidants connaissez-vous dans votre territoire ? » [Trois réponses max possibles à vérifier a posteriori]

Pour finir, nous avons réalisé une analyse statistique descriptive puis réalisé un test du chi 2 lesquels étaient prévus au début du projet de thèse.

5.3. Les résultats principaux de l'étude

5.3.1. L'aidant, d'abord un patient ?

- L'Identification de l'aidant :

L'aidant principal d'une personne démente est dans notre étude majoritairement le conjoint du patient dément, une infirmière diplômée d'Etat ou un enfant. Ceci correspond en partie aux résultats de l'étude Pixel ou ceux de l'étude menée par la Fondation Médéric Alzheimer (44). En effet, selon ces études, la moitié des aidants sont les conjoints, puis les enfants. (45)

Même si les médecins n'expriment a priori pas de difficulté à identifier l'aidant, il existe un vrai défaut de traçabilité dans les dossiers médicaux avec la majorité des praticiens qui ne précise pas quel est l'aidant de leur patient dément ou, si un de leurs patients est un éventuel aidant. Les risques spécifiques sont dès lors occultés. Cette défaillance peut amener à une confusion dans l'identité de l'aidant, et perdre de vue celui-ci, car l'aidant n'est pas toujours la personne qui accompagne le patient dément aux consultations.

Tracer l'identité de l'aidant principal est le début d'une démarche de prévention et de dépistage pour le médecin. L'ANAES (46) en 2003 précise bien que le dossier médical est un outil de coordination, de communication et d'information entre les différents acteurs de soins. Il permet de comprendre le parcours du patient, d'avoir un aperçu global sur ce parcours. Ainsi le fait de renseigner la position d'aidant du patient souligne dans le dossier sa situation complexe voire fragile et reste un rappel pour le médecin traitant, à chaque consultation.
L'aidant devrait être identifié dès le début de la pathologie démentielle, et tracé dans les dossiers médicaux afin d'entamer un suivi adéquat le plus précocement possible.

Le test du chi2 nous a permis de rechercher des facteurs influençant le fait de ne jamais remplir le dossier médical, tels que : l'aspect décourageant ressenti par les médecins de la prise en charge de l'aidant, l'utilité attribué à l'aidant dans la prise en charge d'un patient dément et la difficulté de communication avec l'aidant. Aucune de ces variables, dans notre étude influencent la pratique des médecins quant au renseignement du dossier médical sur le statut d'aidant.

- Le médecin traitant du dément et de l'aidant :

La coordination entre le médecin généraliste de l'aidant et celui du dément, s'ils sont différents semble essentielle. La HAS (47) recommande le contact entre les deux médecins généralistes. Nous savons en effet, que la bonne santé des aidants dépend de celle du dément et inversement. Nous pouvons poser la question des limites déontologiques à intervenir dans la prise en charge de l'aidant alors que l'on n'est pas le référent de ce dernier. Cependant il existe un vrai risque lors de l'absence de communication entre les deux praticiens, avec des aidants qui ne possèdent pas de prise en charge adaptée.

Dans notre étude de pratique la majorité des médecins généralistes, soit 2/3, ne prennent pas en charge l'aidant des patients déments qu'ils suivent. Ils ne considèrent pas le fait que ces aidants soient suivis par un autre médecin comme une difficulté pour une meilleure prise en charge de ceux-ci. Cependant 60% des praticiens interrogés ne contactent jamais le médecin traitant de l'aidant. La situation est donc paradoxale : la majorité des aidants est suivie par un autre médecin traitant dans notre étude, mais le lien entre les deux ne se fait pas, le médecin généraliste ne contacte pas son confrère afin d'échanger sur la situation des deux patients aidant et dément. Ce phénomène peut engendrer de vraies difficultés dans la prise en charge optimale de l'aidant (évaluation de la situation à domicile, du fardeau, des besoins et de la détresse de l'aidant). Connaître le statut d'aidant est la première étape vers leur prise en charge, et la communication entre médecins aux différents stades de la démence est essentielle. L'étude statistique comparative dans notre étude a permis de montrer que les médecins qui ne contactent jamais le médecin généraliste de l'aidant sont des médecins qui trouvent la prise en charge

de l'aidant décourageante, et ont tendance à ne pas renseigner l'identité et le statut d'aidant dans les dossiers médicaux.

- Perception de l'aidant et de son rôle par le médecin traitant :

Nous notons un résultat fort dans notre étude qui est l'analyse de la perception de l'aidant par le médecin. En effet, pour plus de 90% de notre population l'aidant est d'abord un partenaire de soins, plutôt qu'un patient. Cette perception, peut créer un vrai frein à une bonne prise en charge de l'aidant, en considérant d'abord l'aidant de cette façon et non comme une personne fragile, qui a des co morbidités, des pathologies, et a besoin de la même prise en charge médicale qu'un autre patient. L'aidant est décrit comme le pilier de la prise en charge du patient dément.

Les médecins reconnaissent l'utilité de l'aidant comme centrale dans la prise en charge du dément. La perception de l'aidant comme acteur et comme une aide à la prise en charge du patient dément, avant même d'être considéré comme un patient, constitue une donnée retrouvée dans une autre thèse de Médecine où 2/3 des médecins considèrent l'aidant comme indispensable. (48).

Cela vient alourdir les problèmes identitaires que peuvent ressentir les aidants dans leur rôle et générer une difficulté pour améliorer leur prise en charge. En effet, des études montrent que le statut d'aidant principal engendre un sentiment de dépersonnalisation, une crise identitaire, avec un isolement social, une perte d'identité sociale. L'aidant peut être amené à réaliser un deuil conjugal, ou parental, et renonce à beaucoup de choses dans sa vie, pour s'occuper de son proche dément. (49) (50) Le fait que les praticiens considèrent l'aidant plus comme un partenaire de soin, plutôt qu'un patient peut renforcer ce sentiment négatif. Dans ce contexte, le praticien, peut créer une vraie barrière avec l'aidant, dont la prise en charge peut ainsi se détériorer et devenir plus difficile pour le médecin et l'aidant. (51). Le test du chi2 que nous avons réalisé montre une influence de la perception de l'aidant comme partenaire de soin sur la difficulté de dépistage de la détresse et fardeau des médecins généralistes (p=0,051).

5.3.2. Evaluation des difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants

- Connaissance des réseaux de soins et ressources utilisées par les médecins généralistes

A l'issue du plan Alzheimer de nombreux projets environnementaux ont été établis afin d'améliorer l'accès aux structures d'aide pour les aidants et personnes démentes.
Dans notre étude les médecins considèrent avoir une bonne connaissance des réseaux de soins à disposition pour aider les aidants. Ils semblent solliciter ces structures et outils disponibles afin de pallier la détresse des aidants.
La Fondation Médéric Alzheimer a dressé un état des lieux en 2010 des dispositifs d'accompagnement dans la maladie d'Alzheimer au niveau national montrant un développement des lieux de diagnostic et des accueils de jour et l'apparition de nouveaux dispositifs : MAIA, plateformes de répit… Cependant il existe de réelles disparités régionales et une mauvaise diffusion de l'information locale sur l'existence et la disponibilité de ces structures.
Dans le département du Var peu de structures existent : les ESA, les CLIC, accueil de jour et Associations Alzheimer. Les médecins utilisent majoritairement : les aides humaines (IDE, auxiliaires de vie), et les structures de répit, qui sont cependant très difficiles d'accès.

- Difficultés pour dépister le fardeau des aidants

Les médecins généralistes présentent une difficulté exprimée dans notre étude pour dépister le fardeau ressenti dans le rôle d'aidant. Des outils sont disponibles afin d'améliorer ce fait notamment l'échelle de Zarit bien connue en France. D'autres échelles sont utilisées dans d'autres pays comme The Neuropsychiatric Inventory de Cummings et al (échelle sur les troubles psycho comportementaux). (52)

De nombreuses études et thèses décrivent la source de cette difficulté : le défaut d'identification de l'aidant, vu précédemment, le déni de l'aidant, la honte de l'aidant face à sa situation qui peut être vécue comme un échec.

D'autre part pour évaluer le fardeau des aidants, le médecin généraliste a besoin de temps, d'un accès à l'aidant seul, et d'une bonne entente avec l'aidant. Cela constitue un frein au dépistage du poids de la prise en charge du patient dément.

Les études lues au préalable expliquent le rôle attendu du médecin généraliste, vis à vis du fardeau : dépistage précoce, évaluation régulière, mise en place de solutions matérielles, humaines, médicamenteuses. Mais en réalité les médecins expriment une vraie difficulté à réaliser cette évaluation.
Notre étude confirme le lien entre la perception négative de la prise en charge de l'aidant, estimée décourageante et la difficulté de dépistage du fardeau (p=0,033). De même la perception de l'aidant comme partenaire de soin plutôt qu'un patient, influence la présence de cette difficulté (p=0,051).

- Les sources de difficultés

Dans notre étude la première difficulté que rencontrent les praticiens pour prendre en charge l'aidant reste la communication. (53) Plusieurs freins à la bonne communication sont décrits dans les études : le temps de consultation, la relation triangulaire, l'écoute du médecin, sa disponibilité, sa capacité à se déplacer à domicile. Dès les premiers moments de la pathologie démentielle la communication peut devenir difficile entre l'aidant et le médecin, du fait de plusieurs facteurs : le déni de la maladie, l'incompréhension, un diagnostic flou…

C'est dans ce contexte que nous pensons que le déroulement du diagnostic au départ de la pathologie démentielle a un réel impact sur la communication de l'aidant. (54) Dans notre étude, seulement la moitié des médecins traitants pensent dans ce sens.

Les sources de difficultés les plus rencontrées ensuite sont le niveau d'éducation, et les différences de cultures.

- Le binôme aidant- dément un nouveau frein pour les médecins

L'étude REMEDE permet de souligner la difficulté rencontrée par les médecins à prendre en charge les aidants du fait de la consultation le plus souvent à 3. En effet, lors de la consultation pour l'aidant ou pour le dément, le médecin rencontre des difficultés à aborder les problèmes ; il existe un frein d'expression à la fois venant du praticien, mais également de l'aidant. Ceci favorise un retard de dépistage des difficultés, du fardeau, et des situations de détresse des aidants, avec des non-dits et des sujets jamais abordés.

Il existe une gêne à évoquer les problèmes de l'aidant devant le patient dément. Nous avons à cet effet questionné les praticiens sur les sujets tabous qu'ils n'abordent pas avec l'aidant et qui pourtant jouent un rôle dans le fardeau de celui-ci et sa bonne santé. Le premier est la sexualité, qui a pourtant une place importante dans un couple, et qui peut

également être à l'origine d'une maltraitance ou souffrance. Les autres sujets les moins fréquemment abordés sont la honte du statut d'aidant, la dépersonnalisation la maltraitance et les bénéfices secondaires à être aidant.

5.3.3. Valoriser le rôle du médecin généraliste face aux difficultés

Face aux difficultés décrites précédemment, les médecins peuvent se sentir vite découragés, et leur vécu qui peut s'avérer négatif peut bien entendu intervenir comme un frein de plus à la bonne prise en charge de l'aidant.
Le médecin au centre de la prise en charge de l'aidant doit communiquer avec celui-ci, gérer la relation triangulaire, aborder des sujets délicats, guider l'aidant, trouver des solutions… Dans notre étude 1/3 des médecins trouvent la prise en charge des aidants décourageante, 1/3 stimulante et 1/3 valorisante, et presque 10% inintéressante. Une vraie disparité qui traduit les difficultés des médecins. L'intervention du médecin généraliste est indispensable pour les aidants. L'encourager, et l'aider à mieux prendre en charge l'aidant devraient être une priorité. D'autant que les médecins de notre population semblent être motivés en majorité.

De nombreuses études décrivent le rôle du médecin généraliste (55) : dans le diagnostic précoce, dans l'explication de la pathologie, dans l'établissement d'aides humaines matérielles ou financières, dans le soutien psychologique et social de l'aidant, dans la prévention des co morbidités… Ces attentes sont nombreuses pour un seul professionnel de santé, lequel exprime bien ses difficultés. Ainsi il faut renforcer les solutions afin d'aider le médecin à son tour.

5.3.4. Formation et réseau de soins

La moitié des médecins interrogés jugent utiles de réaliser une formation continue pour améliorer la prise en charge de l'aidant et les pathologies démentielles. Ils préfèrent une formation continue ou réunion entre pairs. Actuellement il existe des congrès, des réunions organisées par des équipes de gériatrie.

5.3.5. La consultation dédiée

Nous retenons que 75% des médecins interrogés ne réalisent pas la consultation dédiée. Ceci rejoint une étude sur le taux de réalisation de la consultation dédiée en France : Moins de 20% des médecins en France la réalisent. (56)
La majorité des médecins ne connait pas le déroulement de cette consultation spécifique. Cependant ils parviennent à identifier les points importants à aborder : le fardeau, les aides matérielles, les troubles anxio dépressifs et du sommeil. Le temps que les médecins sont prêts à accorder à cette consultation spécialisée est de 15 à 30 minutes. Hors ce délai est trop court afin de réaliser une analyse correcte de la situation du patient.

L'objectif est d'améliorer le taux de réalisation de la consultation dédiée en sensibilisant les médecins à sa pratique.
Notre étude ne montre pas de lien entre l'absence de formation spécifique en gériatrie ou le statut d'aidant du médecin généraliste et la fréquence de réalisation de la consultation dédiée.
Cependant les médecins qui ont une formation en Gériatrie solliciteraient d'avantage une consultation dédiée hospitalière (p=0,047).

Réaliser une consultation suivant un protocole précis demande du temps et de l'argent mais aussi une disponibilité de l'aidant, lequel doit adhérer.

Les praticiens interrogés pensent à 60% que les aidants présenteraient une réticence à participer à ce type de consultation.

5.4 Les perspectives et solutions

5.4.1 Le diagnostic de démence

Un des points clé pour pallier les difficultés des médecins traitants dans la prise en charge de l'aidant d'une personne démente est le diagnostic précoce de la pathologie démentielle. Des outils sont disponibles pour évaluer les troubles cognitifs débutants, à l'échelle du médecin généraliste, puis grâce à des médecins spécialisés (neurologue, gériatre) avec lesquels le praticien doit se mettre en relation pour faciliter le diagnostic.

Une fois la démence décelée, le meilleur schéma à utiliser est celui des pathologies cancéreuses. En effet la démence s'apparente à un cancer : diagnostic précoce, pathologie chronique et mortelle, avec un aidant.

Ainsi une consultation d'annonce doit être réalisée, l'HAS a établi des recommandations à ce sujet. Or dans très peu de cas celles-ci sont suivies. Pourtant, la consultation d'annonce permettrait à l'aidant et au patient dément d'avoir un schéma de l'avenir.
Cette consultation peut favoriser l'identification précoce de l'aidant, avec une trace de qui est l'aidant dès le début de la pathologie. Peut-être que déclarer le statut d'aidant à la Sécurité Sociale permettrait ensuite d'établir des convocations régulières à des consultations dédiées avec des spécialistes ? (même système que pour la mammographie ou le dépistage du cancer du côlon).
D'autre part, une consultation d'annonce pourrait servir à établir un plan personnalisé de soins, comme dans les cancers, pour le dément et pour l'aidant : avec la mise en relation avec les associations, les rendez-vous de consultations annuelles, les aides sociales…

Enfin nous pensons que le schéma de la prise en charge de la pathologie cancéreuse peut être capitalisé pour développer celui de la pathologie démentielle afin de pallier les premières difficultés du médecin à savoir : la communication avec l'aidant, l'identification de l'aidant et son adhésion aux consultations dédiées.

5.4.2 La coordination entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers

Les médecins communiquent peu entre eux sur la situation des aidants, c'est ce que notre étude a révélé. Nous proposons comme d'autres pays, l'identification par secteur d'un médecin ou professionnel de santé comme « case manager » ou coordinateur spécialisé dans la pathologie démentielle, permettant de faire le lien entre tous les intervenants de la prise en charge des couples aidants/déments.

Un lien plus solide doit s'établir entre la pratique de ville et la pratique hospitalière qui a les ressources pour aider les médecins généralistes. Un « case manager » peut représenter ce lien et faciliter l'accès aux services de consultation gériatriques, mémoire, neurologique, aux hospitalisations courtes pour des bilans de démence. Il existe trop d'hospitalisations en Urgence pour des aidants épuisés, ou des personnes démentes dont le maintien à domicile n'est plus possible, alors que ces situations peuvent la plupart du temps s'anticiper en ville grâce à une bonne coordination des partenaires de santé et un soutien aux médecins généralistes.
Dans la plupart des Régions existent des réseaux de soins organisés, tels que PTA VAR qui regroupe les MAIA, CLIC, soins palliatifs. Ces réseaux peuvent se proposer à aider les

médecins généralistes dans des situations difficiles à gérer au domicile et aide le médecin à trouver des solutions, matérielles, médicales ou sociales.

5.4.3 Aider le médecin généraliste dans son rôle central

Le premier soutien que l'on peut apporter aux médecins est l'accès à une formation plus spécialisée à la gériatrie et à la pathologie démentielle. Comme nous l'avons souligné dès le début de la thèse, c'est une classe de patient que le médecin généraliste soignera de plus en plus du fait du vieillissement de la population. Il est essentiel qu'ils disposent de tous les outils pour prendre en charge l'aidant avec notamment toutes les aides non médicamenteuses qui se développent de plus en plus.

Par ailleurs une rémunération plus adéquate à la réalisation d'une consultation d'annonce ou une consultation dédiée qui sont chronophages permettrait certainement d'encourager les médecins.

L'informatisation pourrait s'appliquer aux consultations dédiées afin de gagner du temps. Une trame de consultation disponible via le site Ameli Santé par exemple pourrait permettre un gain de temps et un taux plus élevé de réalisation de la consultation dédiée.

6. CONCLUSION

Les médecins généralistes sont au centre de la prise en charge des aidants des personnes qui présentent des démences de type Alzheimer ou maladies apparentées. Ils sont les mieux placés pour prendre en charge la dyade aidant/dément. Cependant cette tâche n'est pas aisée et ils rencontrent de nombreuses difficultés.

Notre étude montre que les médecins ne présentent pas de difficultés à identifier l'aidant, mais un défaut de traçabilité de l'identité de l'aidant dans le dossier médical. La coordination entre le médecin du patient dément et celui de l'aidant, s'il s'avère différent, se révèle être un frein à la prise en charge de l'aidant. Lequel est majoritairement considéré comme un partenaire de soin plus qu'un patient par les praticiens.
Une des difficultés majeures rencontrée par ceux-ci est la communication avec l'aidant du fait du manque de temps, de la relation triangulaire, du déni parfois majeur de l'aidant, et du déroulement diagnostique de la pathologie démentielle.
Le dépistage du fardeau ressenti par l'aidant reste une difficulté pour les médecins interrogés, ainsi que la gestion de la relation triangulaire.
Notre étude montre un taux de réalisation bas de la consultation dédiée, avec une mauvaise connaissance de son contenu. Les freins mis en évidence pour sa mise en place son le manque de temps, le défaut de rémunération et l'adhésion du patient aidant qui n'est pas évidente.

Des efforts sont à faire dès le début du diagnostic de la pathologie démentielle, via une consultation d'annonce. Celle-ci permettrait de bien identifier l'aidant et de commencer à construire un lien de confiance avec lui en le préparant au mieux à l'avenir. La communication entre confrères semble essentielle, afin de ne pas perdre de vue certains aidants, fragiles.

L'objectif à venir serait de valoriser ce rôle complexe que possède le médecin traitant, et de lui apporter les aides nécessaires, à son tour : un aidant de médecin généraliste ? Nous proposons l'aide d'un intervenant du corps médical (exemple : équipe mobile de gériatrie en ville) pour coordonner la gestion du patient dément, de l'aidant et aider le médecin généraliste.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050); 2003.
2. H JG. 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. 2013 Ejoe, editor.; 2013.
3. Jean-François Dartigues CH. Etude PAQUID 2012 : illustration et bilan. 2012th ed.; 2012.
4. (OMS) OmdlS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.
5. Helmer C. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés ERUDIT , editor.; 2006.
6. Bérard A. Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées et leurs aidants Alzheimer FM, editor.; 2011.
7. Bérard A. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Fondation Médéric Alzheimer; 2015. Report No.: 9.
8. Richard G. Stefanacci D. The Costs of Alzheimer's Disease and the Value of Effective Therapies. 2011 novembre.
9. Joël ME. Le coût de la maladie d'Alzheimer : un problème économique délicat. Médecine Sciences. 2002; 18.
10. Wimoa A. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. Alzheimer and Dementia. 2016 Aôut.
11. Zhu CW. Health-care use and cost in dementia caregivers: Longitudinal results from the Predictors Caregiver Study. Alzheimer's and Dementia. 2015 november.
12. Mourgues C. Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés : étude qualitative sur les conséquences économiques de la maladie et sur le fardeau des aidants. Neurologie Psychiatrie Gériatrie. 2012 Aôut; 12.
13. Organisation Mondiale de la Santé. [Online].; 2016 [cited 2016 Novembre 13. Disponible à: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/.
14. Sadowsky CH. Guidelines for the management of Cognitive and behavorial problems in dementia. Journal American board of family medecine. 2012 May; 25.
15. (HAS) HAdS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Version soumise à la validation du collège de la HAS le 25/04/07 diagnostic et prise en charge. In Recommandations de bonne pratique; 2011.
16. HM F. Recommendations for best practices in the treatment of Alzheimer's disease in managed care. The American Journal of geriatric pharmacotherapy. 2006; 4.
17. Zabalegui A. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. Patient Education and Counseling. 2014 Janvier; 95.
18. Gonzalez-Moneo MJ. Preferences of general practitioners and carers of Alzheimer patients regarding the use of neuroleptics for behavioural disorders in Alzheimer's disease. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY. 2008 Juillet; 23.

19. E V. Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison.. International Journal of geriatr psychiatry. 2012 Janvier; 27.
20. Frank C. Resources for people with dementia. Care of the Elderly Series, The Alzheimer Society and beyond. 2011 Décembre; 55.
21. (COFACE) CdOFdlE. Charte européenne de l'aidant familial. In ; 2009.
22. Alzheimer FM. Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants. ; 2011.
23. Pharma N. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ETUDE PIXEL. ; 2005.
24. Santé Omdl. Organisation mondiale de la Santé. [Online].; 2012 [cited 2016 Novembre 16. Disponible à: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/dementia_20120411/fr/.
25. Schulz R BS. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study.. Journal of American Association. 1999; 282.
26. W.Zhu C. Health-care use and cost in dementia caregivers : Longitudinal results from the Predictors Caregiver study. Alzhemer's and Dementia. 2015; 11.
27. Sastourné JP. Le maintien à domicile : aider les aidants. Exercer. 2003; 67.
28. Thomas P. Troubles du sommeil chez l'aidant à domicile de patient atteints de démence. L'Encéphale. 2010; 36.
29. Evercare. Caregivers in Decline, A Close-up Look at the Health Risks of Caring for a Loved One. National Alliance for Caregiving; 2006.
30. P.Thomas. Vulnérabilités et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. Neurologie Psychiatrie Gériatrie. 2011; 11.
31. ANKRI PJ. EVALUATION DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012. Conseil Scientifique de la Fondation Alzheimer; 2013.
32. (HAS) HAdS. Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : suivi médical des aidants naturels. ; 2010.
33. Karnieli-Miller O. Are you talking to me? An exploration of the triadic physician-patient-companion communication within memory clinics encounters. Patient Education and Counseling. 2012 June; 88.
34. Grossberg GT. The Art of Sharing the Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease With Patients and Caregivers: Recommendations of an Expert Consensus Panel. The journal of clinical psychiatry. 2012 December.
35. Molinuevo JL. Assessment of the information provided by the medical specialist on Alzheimer's disease and that retained by the patient caregivers. Neurologia. 2012; 27.
36. Bruce DG. Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. Medecine and the community. 2012 August; 177.
37. Karnieli-Miller O. Dilemmas in the (un)veiling of the diagnosis of Alzheimer's disease : Walking an ethical and professional tight rope. Patient Education and Counseling. 2007; 67.

38. Jensen CJ. Strengthening the Dementia Care Triad: Identifying Knowledge Gaps and Linking to Resources. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2015; 30.
39. Werner P. Family physicians's recommendations for help-seeking for a person with alzheimer disease. Aging Clinical and Experimental Research. 2007; 19.
40. SCHOENMAKERS B. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009; 27.
41. Cohen CA. Dementia Caregiving: The Role of the Primary Care Physician. JOURNAL CANADIEN DES SCIENCES NEUROLOGIQUES. 2009; 28.
42. Cohen CA. Caregivers for people with dementia What is the family physician's role? Canadian Family Physician. 2000 Février; 26.
43. Maisonneuve PH. Guide du thésard: SANOFI; 2017.
44. Bérard A. Répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants. Fondation Médéric Alzheimer; 2011.
45. NOVARTIS. L'Aidant principal de A à Z. 2011..
46. ANAES. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DOSSIER DU PATIENT : REGLEMENTATION ET RECOMMANDATIONS. , Evaluation des pratiques; 2003.
47. Santé HAd. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. 2010..
48. Fribault T. Prise en charge des aidants de patients atteints de démence de type Alzheimer ou apparentée : Enqête auprès de 30 médecins généralistes de Loire Atlantique. 2011..
49. Benoist R. Caregiver spouses and Alzheimer disease: perspective on marital life. exercer. 2014: p. 111-118.
50. P.Thomas. Vulnérabilité et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. Neurologie Psychiatrie Gériatrie. 2011 Novembre: p. 198-204.
51. DEPIERRE A. Expérience vécue d'aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. 2015..

8. ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de ZARIT

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :
0 = jamais
1 = rarement
2 = quelquefois
3 = assez souvent
4 = presque toujours

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

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

Annexe 2 : Questionnaire de thèse :

Questionnaire de Thèse

Cher confrère,

Interne en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Marseille, je réalise actuellement ma thèse sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée.

L'objectif de cette étude, menée auprès des médecins du Var (sélectionnés après tirage au sort) avec l'aide du Dr Guida, directeur de ma thèse, est d'évaluer l'approche des médecins dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et à la réalisation de la consultation dédiée, recommandée par l'HAS depuis le dernier plan Alzheimer (2010). Pour cela, je souhaiterais connaître votre pratique médicale sur ce sujet grâce à ce questionnaire de 30 questions, réalisable en 5 minutes et l'analyse statistique des résultats.

Je vous remercie par avance pour votre aide précieuse et vous prie de recevoir mes salutations les plus confraternelles.

*Obligatoire

Afin de mieux vous connaître

1. **Êtes-vous ?** *
   Plusieurs réponses possibles.

   ☐ Une femme
   ☐ Un homme

2. **Quel âge avez-vous ? (ex : 45)** *

3. **Depuis quand exercez-vous la médecine générale en cabinet ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Moins de 5 ans
- [ ] Entre 5 et 10 ans
- [ ] Plus de 10 ans

4. **Dans quel milieu exercez-vous ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Rural
- [ ] Semi Urbain
- [ ] Urbain

5. **Avez-vous une formation en gériatrie ? (DESC, Capacité)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] NON

6. **Pour vous, l'aidant principal d'une personne est le plus fréquemment : Cochez jusqu'à 3 réponses** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] L'infirmier(ère)
- [ ] Le kinésithérapeute
- [ ] Le médecin généraliste
- [ ] Un médecin spécialiste
- [ ] Le conjoint
- [ ] L'enfant
- [ ] Un ami
- [ ] L'accompagnant principal aux consultations
- [ ] L'auxiliaire de vie
- [ ] Autre : _____

7. **Tracez-vous dans le dossier médical l'identité de l'aidant principal ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] TOUJOURS
- [ ] PAS TOUJOURS
- [ ] JAMAIS

8. **Êtes-vous ou avez-vous déjà été aidant naturel d'une personne âgée ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] NON

9. **Avez-vous une bonne connaissance des réseaux de soins et structures destinés aux aidants dans votre territoire ?** *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6
Aucune	○	○	○	○	○	○	○

10. **Comment vivez-vous sur le plan personnel la prise en charge complexe des aidants ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Décourageante
- [ ] Stimulante
- [ ] Inintéressante
- [ ] Valorisante

11. **Lorsque l'aidant est suivi par un autre médecin généraliste, pensez-vous que cela rende difficile une bonne prise en charge ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] NON

L'aidant principal et le médecin généraliste

Définition

Selon la définition de l'HAS de février 2010 les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.

12. **Quelle est la proportion de personnes âgées (> 75 ans) qui présentent une démence dans votre patientèle ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Moins de 5%
- [ ] Entre 5 et 10%
- [ ] Plus de 10%

13. **Quel pourcentage d'aidants (tout type) de personnes démentes prenez-vous en charge? (ex: 30 %)** *

_____

14. **Avez-vous des difficultés à identifier l'aidant principal d'une personne démente ?** *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6
Aucune	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

15. **Pour vous, quelle est l'utilité de l'aidant dans la prise en charge d'un patient dément?** *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6
inutile	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

16. **Voyez-vous plus l'aidant comme un partenaire de soin dans la démence ou comme un patient ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Partenaire de soin
- ☐ Patient

17. **Pensez-vous qu'il soit difficile de démasquer la détresse chez les aidants ?** *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6
Pas de difficulté	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

18. **Le passé entre l'aidant et le patient dément peut-il être un frein à la prise en charge de l'aidant (Type de relation, histoire familiale) ?** *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7
Pas de frein	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

19. **Vous arrive-t-il de prendre contact avec le médecin généraliste de l'aidant ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois
- ☐ Souvent
- ☐ Systématiquement

20. **Le diagnostic de démence est complexe, et parfois tardif. Cela a t-il un impact sur la relation à venir avec l'aidant ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ OUI, plus tôt il est établi, de meilleure qualité est la relation
- ☐ NON, il n'y a pas de différence significative
- ☐ Je n'y porte pas d'attention particulière

21. **Pensez-vous que les éléments suivants puissent être source de difficultés dans la prise en charge des aidants :** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Culture
- [ ] Religion
- [ ] Ethnie
- [ ] Relation triangulaire (médecin-aidant-dément)
- [ ] Milieu social
- [ ] Education
- [ ] Communication (langue différente, langage médical)

22. **Pour prendre en charge les difficultés de l'aidant vous utilisez le plus souvent : (cochez jusqu'à 5 réponses)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] La prescription médicamenteuse
- [ ] La prescription d'une Infirmière
- [ ] La prescription de kinésithérapie
- [ ] La sollicitation d'un confrère
- [ ] La stimulation des proches
- [ ] Le placement du patient dément
- [ ] L' assistante sociale
- [ ] Les Associations
- [ ] Les structures de répit (MAIA, CLIC, Hébergements temporaires, Accueil de jour, ESA, EHPAD, SSIAD, centre mémoire)
- [ ] L'auxiliaire de vie
- [ ] L'expérience personnelle
- [ ] Autre : _____

23. **Parmi les propositions suivantes lesquelles n'abordez-vous pas avec l'aidant ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] La perte d'autonomie de l'aidant
- [ ] La sexualité
- [ ] La maltraitance
- [ ] Les conflits
- [ ] Les troubles anxio-dépressifs
- [ ] La vie sociale et travail
- [ ] La honte
- [ ] La culpabilité
- [ ] Le déni
- [ ] Les bénéfices secondaires de l'aidant
- [ ] La dépersonnalisation
- [ ] Aucune des propositions

24. **Pensez vous qu'une formation continue sur la prise en charge des aidants vous serait bénéfique ? (Cochez le(s) type(s) de formation qui vous conviendrait(ent))** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] Formation médicale continue
- [ ] Documentation
- [ ] Séminaires
- [ ] Réunion entre pairs
- [ ] NON, pas de bénéfice

25. **Une consultation dédiée aux aidants des personnes démentes existe depuis 2010, à quelle fréquence la réalisez-vous ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Jamais
- [ ] Tous les 2 ans
- [ ] 1 fois par an
- [ ] Tous les 6 mois

26. **Pour vous, quels sont les points essentiels à aborder au cours de cette consultation concernant l'aidant? (Cochez jusqu'à 5 réponses)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Nutrition
- [ ] Sommeil
- [ ] Facteurs de risque Cardio-vasculaires
- [ ] Troubles digestifs
- [ ] Troubles anxio-dépressifs
- [ ] Arthrose
- [ ] Degré d'autonomie
- [ ] Evaluation du fardeau
- [ ] Aides matérielles et humaines
- [ ] Troubles sociaux, travail, et finances
- [ ] Prévention
- [ ] Autre : _____

27. **Combien de temps seriez-vous prêt à accorder à cette consultation ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Moins de 15 minutes
- [ ] Entre 15 et 30 minutes
- [ ] Plus de 30 minutes
- [ ] Une heure

28. **Avez-vous déjà participé à des consultations mémoire, ou des consultations pour les aidants en milieu hospitalier ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] NON

29. **Si des consultations dédiées intra ou extra hospitalières étaient organisées pour les aidants, solliciteriez-vous ce service ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI
- [ ] NON

30. **Pensez-vous que vos patients aidants accepteraient de participer à ce type de consultation ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] OUI, facilement
- [ ] OUI, avec réticence
- [ ] NON

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Violaine ZEGERMAN

RESUME DE THESE

Evaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée

Introduction : La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées sont un véritable enjeu de santé publique, du fait du vieillissement de la population et par conséquent, l'accroissement du nombre de patients déments et de leurs aidants. La position d'aidant entraîne une augmentation de la morbi-mortalité de cette population. Le médecin généraliste, premier interlocuteur est alors au centre de leur prise en charge, laquelle n'est pas aisée. Nous tentons de comprendre les difficultés rencontrées par ces médecins.

Matériel et méthode : Etude observationnelle quantitative avec réalisation d'un questionnaire informatisé envoyé aux médecins généralistes. Analyse statistique descriptive et comparative grâce au test du Chi 2.

Résultats : Il existe un défaut de communication entre le médecin de l'aidant et celui du dément. Les praticiens qui ne contactent pas leur confrère sont ceux qui trouvent la prise en charge des aidants décourageante et ont tendance à ne pas renseigner le dossier médical concernant le statut d'aidant. Les médecins généralistes tracent très peu l'identité de l'aidant, ou le statut d'aidant de leur patient dans le dossier médical.
L'aidant est d'abord considéré aux yeux des praticiens comme un partenaire de soins avant d'être un patient.

La communication est l'élément principal ressenti comme une source de difficulté pour la prise en charge de l'aidant. Enfin, dans la grande majorité, des cas le praticien ne réalise jamais la consultation dédiée.

Discussion : Des efforts sont à faire dès le début du diagnostic de la pathologie démentielle, via une consultation d'annonce. Celle-ci permettrait de bien identifier l'aidant et de commencer à construire un lien de confiance avec lui en le préparant au mieux à l'avenir. La communication entre confrères semble essentielle, afin de ne pas perdre de vue certains aidants fragiles. La perception de l'aidant comme partenaire de soins reste un frein à la prise en charge mais peut évoluer. Une meilleure formation en gériatrie des médecins permettrait une plus grande pratique de la consultation dédiée.

Mots clé : Médecins Généralistes, aidants, démence, consultation dédiée