



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Description de l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée
par secteur de psychiatrie publique dans la région des Hauts-de-
France**

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2023 à 17h30
au Pôle Formation
par Rodolphe ALLANE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseur :

Madame le Docteur Marie PLAYE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Wanda BLERVAQUE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EMPPA : Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
des Hauts de France

Ifop : Institut Français d'Opinion Publique

Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PPA : Psychiatrie de la Personne Âgée

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
A. LE SUJET AGE	1
B. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	2
C. LA SECTORISATION DE LA PSYCHIATRIE	5
1. <i>La sectorisation des soins psychiatriques en France</i>	5
2. <i>La sectorisation des soins psychiatriques dans les Hauts de France</i>	5
3. <i>Le vieillissement de la population par secteur dans les Hauts de France</i>	9
D. SPECIFICITES DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE	11
1. <i>Différentes dénominations</i>	11
2. <i>La psychiatrie de la personne âgée : une surspécialité</i>	12
3. <i>Une approche transversale</i>	13
4. <i>L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée</i>	14
E. OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
II. METHODE	19
A. REALISATION DE L'ETUDE	19
B. ANALYSES STATISTIQUES	20
III. RESULTATS	22
A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	22
1. <i>Données socio démographiques</i>	24
2. <i>Activité professionnelle</i>	24
3. <i>Formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée</i>	25
4. <i>Intérêt pour une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée</i>	25
5. <i>Comparaisons entre secteurs gériatologiques et non gériatologiques</i>	26
B. RESULTATS DE L'ETUDE	30
1. <i>Motifs de recours à l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée</i>	31
2. <i>Patientèle relevant de la psychiatrie de la personne âgée et difficulté de prise en charge</i> ..	34
3. <i>Offre de soins existante et facilité de recours</i>	35

4.	<i>Recours à un avis spécialisé</i>	35
5.	<i>Suivi des patients âgés</i>	38
6.	<i>Recours à une hospitalisation en unité spécialisée en psychiatrie de la personne âgée</i>	38
IV.	DISCUSSION	41
A.	L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE.....	41
1.	<i>La difficulté d'accès aux soins psychiatriques pour les patients âgés</i>	42
2.	<i>Le recours aux unités d'hospitalisation dédiées</i>	43
3.	<i>La place des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA)</i>	44
4.	<i>La télépsychiatrie</i>	47
5.	<i>Un problème de lisibilité de l'offre de soins</i>	48
B.	PLACE DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DES PSYCHIATRES DE L'ADULTE EN SECTEUR PUBLIC	49
C.	ATTENTES VIS-A-VIS DES DISPOSITIFS SPECIALISES ET ADEQUATION AUX BESOINS DU SECTEUR	50
D.	PLACE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE	52
E.	LIMITES ET BIAIS.....	54
V.	CONCLUSION	56
ANNEXES	58
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE A DESTINATION DES PSYCHIATRES DE L'ADULTE DES HAUTS-DE-FRANCE.....	58
	ANNEXE 2 : PART DE LA POPULATION DE PLUS DE 60 ANS PAR SECTEUR DE PSYCHIATRIE PUBLIQUE DES HAUTS-DE-FRANCE.....	73
BIBLIOGRAPHIE	75

I. Introduction

A. Le sujet âgé

Plusieurs définitions du sujet âgé coexistent, parfois liées à plusieurs définitions de la notion de vieillissement en lui-même, et selon que l'on s'intéresse à une spécialité médicale plutôt qu'une autre, à une population présentant des caractéristiques spécifiques, ou des zones géographiques différentes.

La multiplicité des facteurs, intrinsèques comme extrinsèques, influençant le vieillissement, rendent encore plus complexe la définition d'une « personne âgée ».

Il est ainsi courant de parler de patient âgé dès 60 ans en psychiatrie générale, alors qu'un patient admis en service de gériatrie aura rarement moins de 75 ans ; de même, selon une étude Ifop (1) interrogeant la population générale en 2011, on devient « vieux » à partir de 69 ans, avec là encore une différence notable selon l'âge des personnes interrogées (61 ans pour les personnes de moins de 25 ans, et 77 ans pour les personnes de plus de 65 ans).

Plusieurs pistes peuvent expliquer ces différents âges seuils entre psychiatrie et gériatrie :

- Une espérance de vie diminuée chez les patients relevant de la psychiatrie, en lien avec le retentissement d'une pathologie psychiatrique chronique (2) ou des traitements médicamenteux en psychiatrie au long terme sur l'espérance de vie (3)

- Une difficulté d'accès aux soins somatiques des patients souffrant d'un trouble psychiatrique, retardant la prise en charge d'une pathologie physique comorbide et favorisant ainsi ses complications et son retentissement négatif sur l'état général (4)

Ne pouvant incorporer cette définition mouvante, et de façon à rester objectif, le choix a été fait dans ce travail de thèse de s'aligner sur la définition apportée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de définir un âge seuil de 60 ans pour parler de personne âgée. (5)

B. Le vieillissement de la population

Il s'agit d'un phénomène mondial, quoique plus marqué dans les pays industrialisés, en lien direct avec une baisse du taux de natalité et un allongement de l'espérance de vie.

A titre d'exemple, selon l'Insee en France en 2022, l'espérance de vie à la naissance se situe autour de 79,3 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes (6), soit un gain d'approximativement 10 ans en comparaison à l'espérance de vie en 1970.

Ainsi, en France, selon le rapport du Haut-Commissariat au Plan de février 2023 (7), les plus de 65 ans qui représentent un cinquième de la population en 2020, représenteront un quart de la population en 2030, puis près d'un tiers de la population en 2050 ; le nombre de Français âgés de 75 à 84 ans va augmenter de 49% entre 2020 et 2030, passant de 4.1 millions à 6.1 millions ; par la suite, entre

2030 et 2040, le taux de croissance de la population de plus de 85 ans devrait être supérieur à 50%.

Il est également important de remarquer qu'alors que la proportion de personnes âgées dans les zones densément peuplées et les métropoles est faible, leur nombre y est tout de même élevé ; à l'inverse, dans les zones rurales, la proportion de personnes âgées est élevée alors que leur nombre y est faible (7).

Les projections publiées par l'Insee en 2016 (8) et reprises en **Tableau 1** estiment qu'au 1^{er} janvier 2070, la France compterait 76,4 millions d'habitants ; cette augmentation de la population concernerait quasi exclusivement la part de personnes âgées de 65 ans et plus, avec une augmentation plus marquée chez les 75 ans et plus, en lien avec l'avancée en âge des générations issues du « baby boom » ainsi que de l'amélioration de l'espérance de vie.

Tableau 1. Projection de population par grand groupe d'âges (INSEE)

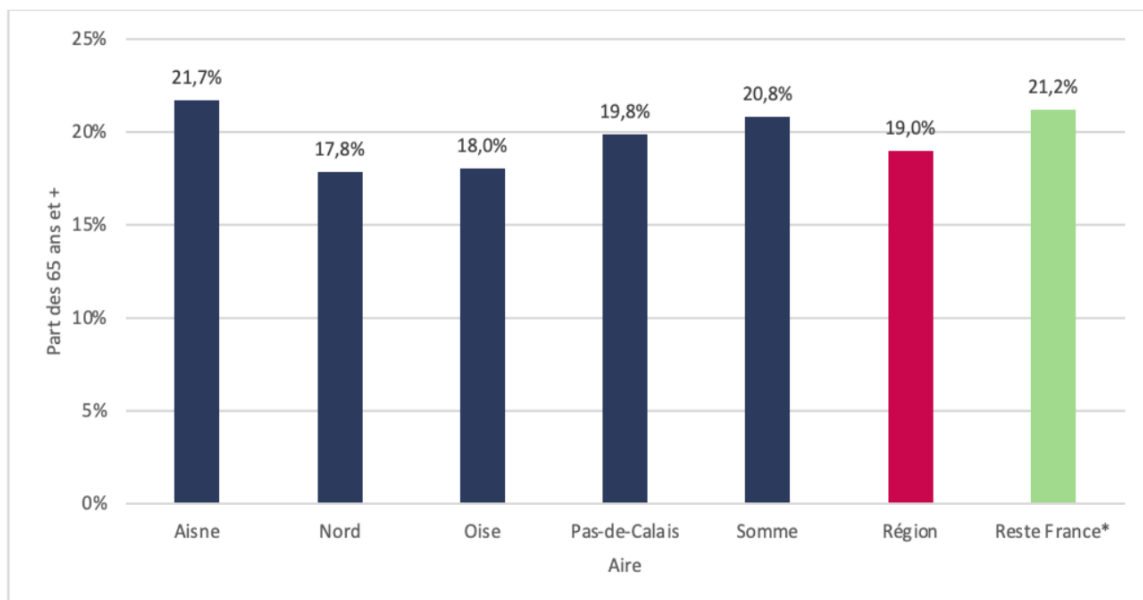
	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

La demande de suivis et de soins adaptés à cette population vieillissante devrait en toute logique suivre la même tendance d'augmentation, représentant à l'avenir un très probable défi pour les services de santé ; de plus, même si les patients présentant un trouble psychiatrique chronique ont une espérance de vie plus courte que la population générale (2) et devraient par conséquent représenter une part moins importante de la population âgée, l'incidence de l'émergence de troubles psychiatriques tardifs vient contrebalancer cette hypothèse.

Dans les Hauts-de-France, la part des 65 ans et plus représentait 19% de la population régionale des Hauts de France en 2021, avec des taux plus faibles pour le Nord et l'Oise, et plus élevés pour l'Aisne, le Pas de Calais et la Somme (**Figure 1**).

Figure 1. Part de la population de 65 ans et plus dans les Hauts de France en 2021 (F2RSM Psy)



Source : Insee. Traitement : F2RSM Psy. *autres départements métropolitains

C. La sectorisation de la psychiatrie

1. La sectorisation des soins psychiatriques en France

L'organisation des soins en psychiatrie sur le plan national s'effectue selon un découpage d'aires géographiques appelées « secteurs » ; notion clef de la psychiatrie publique, elle a été introduite par la circulaire de mars 1960 (9), permettant de développer un quadrillage géo-démographique coordonnant l'accès aux soins en santé mentale.

Ce découpage en secteurs permet de définir plusieurs types d'offre de soins :

- Une offre de soins intra sectorielle, donc organisée par secteur ;
- Une offre de soins inter sectorielle, regroupant plusieurs secteurs ;
- Une offre de soins extra sectorielle, indépendante de l'organisation en secteurs.

On dénombre, en 2010, 815 secteurs de soins psychiatriques en France, pour une moyenne de 56 100 habitants de plus de 20 ans par secteur (10).

2. La sectorisation des soins psychiatriques dans les Hauts de France

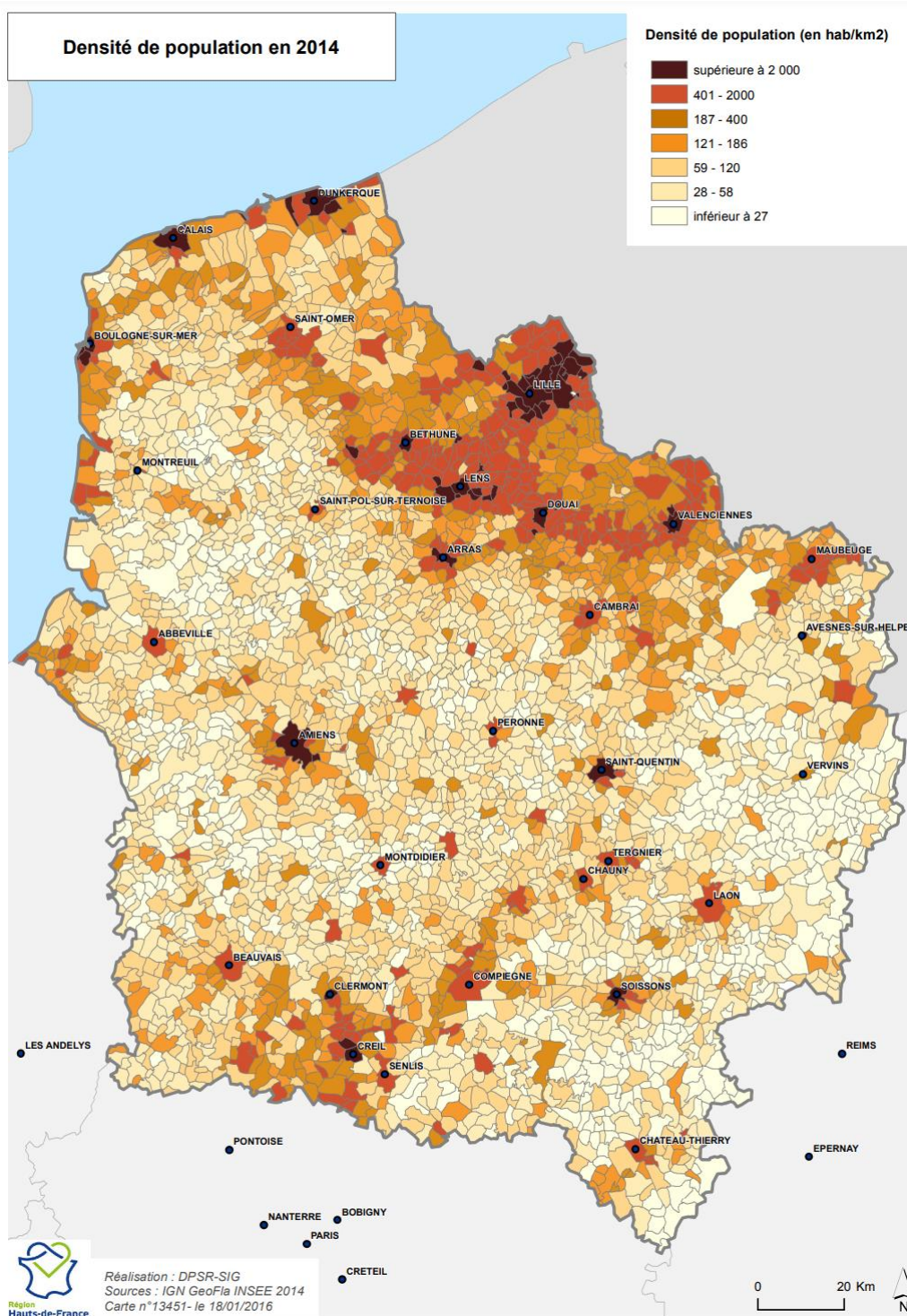
La région Hauts de France regroupe 85 secteurs de psychiatrie, répartis selon la cartographie ci-dessous (**Figure 2**) réalisée par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM).

Figure 2. Cartographie des secteurs de psychiatrie adultes dans les Hauts de France (F2RSM Psy)



En comparant la cartographie des secteurs avec celle des densités de population en 2014 présentée en **Figure 3** (11), on peut également remarquer que, comme dans la majorité des régions du territoire national, certains secteurs (notamment urbains et péri urbains) sont nettement plus peuplés que d'autres.

Figure 3. Densités de population dans les Hauts-de-France en 2014 (Région Hauts-de-France)



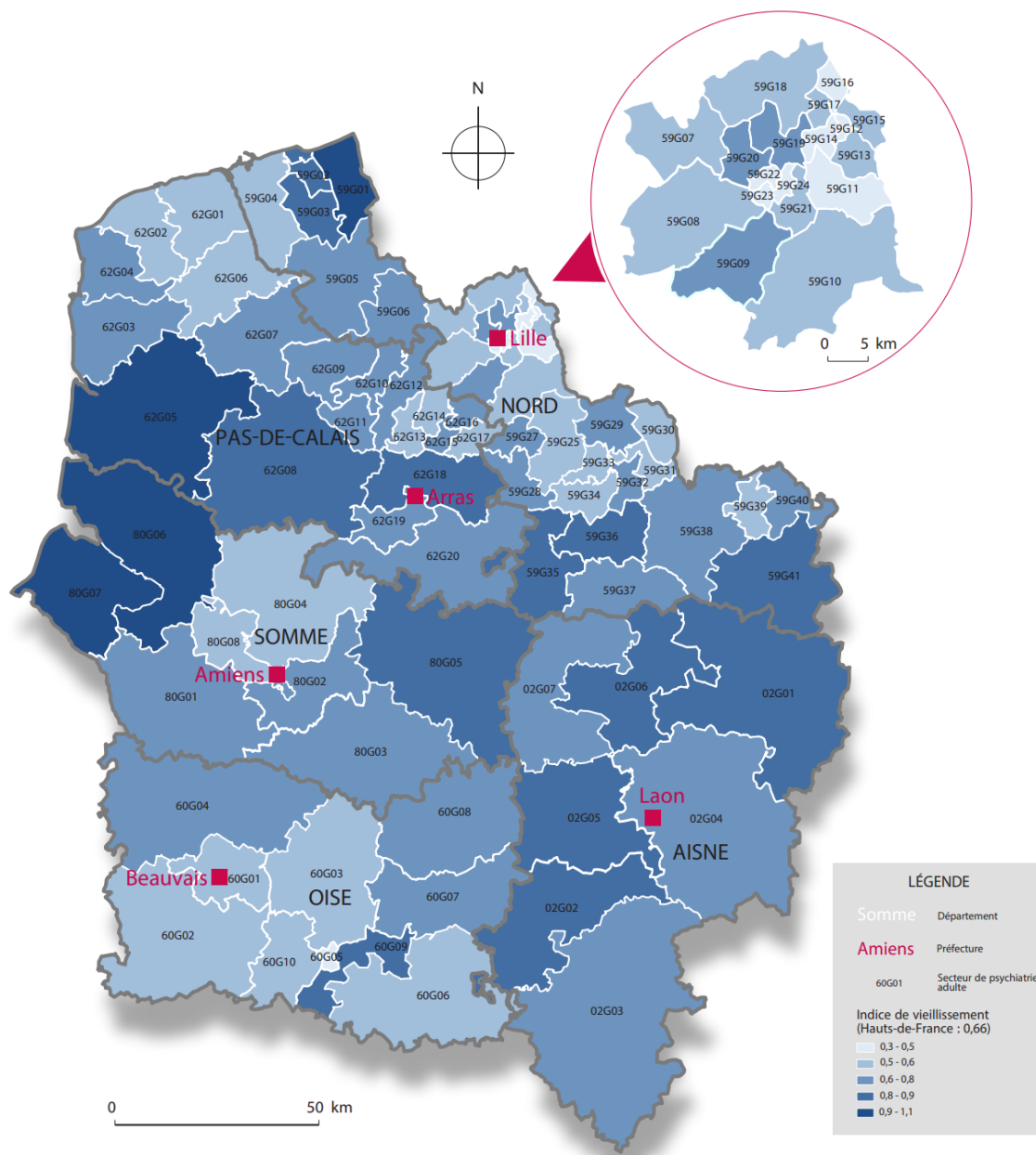
3. Le vieillissement de la population par secteur dans les Hauts de France

En calculant l'indice de vieillissement (population de 65 ans ou plus divisé par la population de moins de 20 ans) par secteur, en 2017, on peut remarquer que

(Figure 4) :

- Les secteurs les plus vieillissants sont situés dans la Somme (en excluant l'Amiénois), l'Aisne et le sud des départements du Nord et du Pas de Calais ;
- Les secteurs les plus jeunes sont situés dans la Métropole Européenne de Lille, à l'exception de Creil (Oise).

Figure 4. Cartographie de l'indice de vieillissement par secteur de psychiatrie adulte dans les Hauts de France (F2RSM Psy)



Source : Insee. Cartographie : F2RSM Psy.

D. Spécificités de la psychiatrie de la personne âgée

1. Différentes dénominations

On retrouve depuis la deuxième moitié du XXème siècle plusieurs appellations, dont les plus fréquemment rencontrées actuellement restent les termes de « psychogériatrie », de « gérontopsychiatrie » et de « psychiatrie de la personne âgée » ; chacune d'entre elles apporte sa propre nuance à l'approche utilisée. (12)

Selon Jean Marie Léger en 1999, la différence réside dans le fait que les psychiatres soient les seuls concernés lorsque l'on parle de gérontopsychiatrie ou de psychiatrie du sujet âgé, le terme de psychogériatrie semblant s'appliquer au domaine conjoint de la psychiatrie et de la gériatrie. Il note toutefois qu'il est difficile de séparer ces deux approches, étant donné que « psychiatrie du sujet âgé et psychogériatrie sont constamment intriquées, et leur dissociation est quasi impossible dans la pratique quotidienne : l'organique peut induire le trouble mental et réciproquement ». (13)

L'Organisation Mondiale de la Santé et l'Association Mondiale de Psychiatrie séparent elles aussi, en 1996, la psychiatrie du sujet âgé de la psychogériatrie (14), et les définissent ainsi :

- « La psychiatrie du sujet âgé est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées. Son domaine est la psychiatrie des personnes ayant atteint ou dépassé l'âge de la retraite. Elle se caractérise par son orientation communautaire et une approche multidisciplinaire de l'évaluation du diagnostic et du traitement. Elle s'occupe de l'ensemble des maladies

psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies.

Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques apparues à l'âge adulte et continuant à s'exprimer dans l'âge avancé »

- « La psychogériatrie est une branche de la gériatrie qui s'occupe plus spécifiquement des symptômes psychologiques et comportementaux des pathologies neurocognitives »

Il est important de remarquer que c'est la dénomination de « psychiatrie de la personne âgée » qui a été choisie dans les textes officiels pour nommer la spécialité en tant que telle, et c'est pour cette raison que seul ce terme sera dorénavant employé dans ce travail de thèse.

2. La psychiatrie de la personne âgée : une surspécialité

La psychiatrie de la personne âgée est une discipline relativement nouvelle sur le plan de la terminologie, et existe en tant que surspécialité de la psychiatrie générale (« option ») officiellement reconnue depuis 2017 suite à la réforme du troisième cycle des études médicales (selon les mêmes modalités que l'option « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » (PEA)).

A cette occasion, une nouvelle maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie (D.E.S.) a été instaurée (15), avec des spécificités propres à la psychiatrie de la personne âgée (semestres imposés en unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée ou en unité ayant une activité à orientation gériatrique).

Cette organisation de la formation en psychiatrie de la personne âgée, quoique légèrement modifiée, a été réutilisée lors de la nouvelle réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie (D.E.S.) de 2022.

3. Une approche transversale

La psychiatrie de la personne âgée œuvre à coordonner les soins psychiatriques et physiques, tout en optimisant l'environnement et les conditions de vie du patient de façon à maintenir son autonomie, dans le contexte de problématiques liées à des troubles aussi bien vieillissants qu'à début tardif.

Tout comme la psychiatrie de l'adulte, elle nécessite donc une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient et son vieillissement, associant volontiers les champs de la psychiatrie, la psychologie, la neurologie, la gériatrie, la médecine physique et de réadaptation, la nutrition, le médico-social (16).

Les réseaux de soins et de santé ont également une place prépondérante dans la prise en charge des patients, et sont des outils majeurs permettant de réduire la durée des hospitalisations, voire de s'y soustraire ; éviter ainsi de désinsérer le patient de son environnement est un des axes de prise en charge permettant de limiter la perte d'autonomie du patient. (17)

4. L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée

a. Généralités

L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée, est régulièrement critiquée car disparate et parfois peu lisible autant pour les patients que pour les soignants qui souhaiteraient y avoir recours.

Elle regroupe des consultations dédiées, des unités d'hospitalisations spécifiques, des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) permettant d'intervenir au domicile du patient, en structure médico-sociale ou dans un contexte de liaison intra hospitalière, ainsi que des hôpitaux de jour (HDJ) ou de semaine.

Elle s'axe autour du patient, mais aussi autour du rôle de l'aidant principal, avec certains dispositifs comme les associations d'aidants œuvrant à soutenir son action et éviter qu'il ne s'épuise.

N'étant pas développée de manière équitable, les patients pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée sont alors à défaut orientés vers la psychiatrie générale, la gériatrie ou le médecin traitant, acteurs du soin moins voire non spécialisés.

b. L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée dans les Hauts de France

Elle est hétérogène (**Tableau 2**) à l'image de sa répartition au niveau national avec :

- 7 unités d'hospitalisation spécifiques de Psychiatrie de la Personne Âgée (3 dans le Nord, 2 dans l'Aisne, 1 dans la Somme et 1 dans l'Oise, 0 dans le Pas de Calais)
- 13 unités cognitivo-comportementales (UCC), qui correspondent à de petites unités d'une dizaine de lits destinés à des patients présentant des troubles neurocognitifs évolués associés à des troubles du comportement (8 dans le Nord, 2 dans l'Oise, 2 dans le Pas de Calais, 1 dans l'Aisne et 1 dans la Somme)
- 18 équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant en EHPAD / en résidences autonomie / à domicile, et rattachées à des centres hospitaliers ou des établissements publics de santé mentale (9 dans le Nord, 4 dans le Pas de Calais, 2 dans l'Oise, 2 dans la Somme et 1 dans l'Aisne)
- 5 structures ambulatoires (3 dans le Nord, 1 dans l'Oise et 1 dans l'Aisne)

Ces dispositifs relèvent majoritairement du secteur public, avec 8 d'entre eux correspondant au secteur privé.

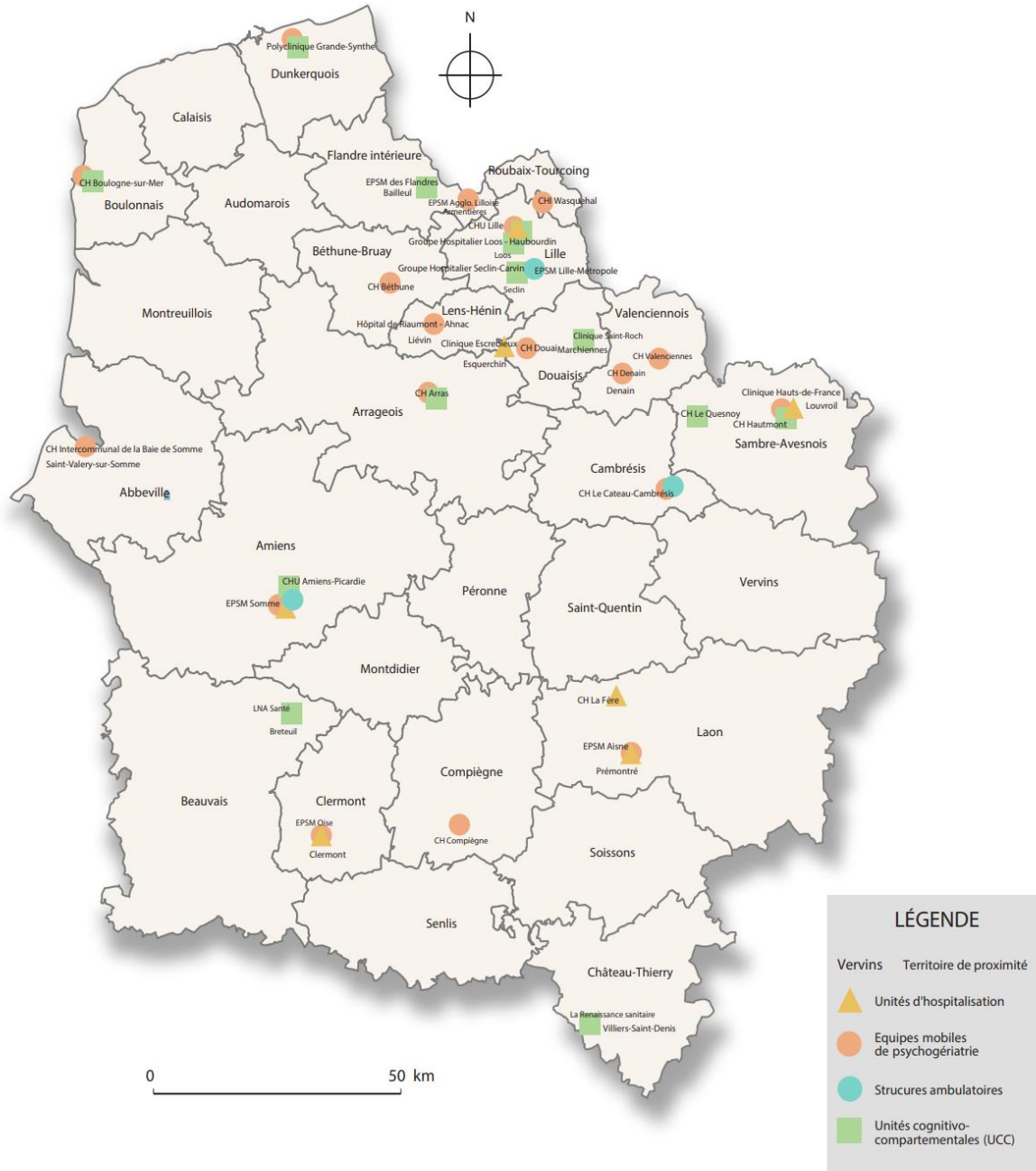
De plus, certains dispositifs ne sont pas répertoriés ici car relevant de la gériatrie, et ce malgré des missions similaires.

Tableau 2. Répartition des structures sanitaires de psychiatrie de la personne âgée selon le département dans les Hauts-de-France (F2RSM Psy)

	Type	Services hospitalisation	UCC	Équipes mobiles	Structures ambulatoires
Statut établissement	CH	1	7	11	2
	CHU	1	2	1	
	Clinique	2	2		
	EPSM	3	1	4	3
	Espic		2	2	
Département	Aisne	2	1	1	
	Nord	3	8	9	3
	Oise	1	2	2	2
	Pas-de-Calais		2	4	
	Somme	1	1	2	
Total		7	14	18	5

La **Figure 5** met en évidence cette hétérogénéité, avec plusieurs territoires de proximité sans structure sanitaire dédiée ; il est également aisé de constater que contrairement à la psychiatrie adulte, la psychiatrie de la personne âgée ne fonctionne pas sur la base d'une sectorisation, complexifiant d'autant plus l'adressage du patient.

Figure 5. Cartographie des unités d'hospitalisation de psychogériatrie, équipes mobiles de psychogériatries et unités cognitivo-comportementales dans les Hauts de France (F2RSM Psy)



E. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée au sein de chaque secteur public de psychiatrie adulte dans la région des Hauts-de-France en interrogeant les psychiatres de l'adulte et de la personne âgée qui y exercent.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Caractériser les attentes des psychiatres de l'adulte travaillant au sein des secteurs publics de psychiatrie vis-à-vis des dispositifs spécialisés de psychiatrie de la personne âgée.
- Relever l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée dans chaque secteur en regard des données démographiques récentes disponibles.
- Déterminer la place de la psychiatrie de la personne âgée dans les pratiques de soins des psychiatres travaillant dans les dispositifs sectoriels de psychiatrie adulte des Hauts-de-France pour les patients âgés de 60 ans ou plus rencontrés au moins une fois par ces psychiatres.

II. Méthode

Pour tenter de satisfaire à ces objectifs, une étude observationnelle descriptive permettant de réaliser un état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée dans les Hauts de France a été menée avec le soutien statistique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM Psy).

Pour ce faire, un auto-questionnaire a été réalisé sur « Limesurvey », outil de création de questionnaire en ligne, puis envoyé à la population cible ; les réponses étaient anonymes.

A. Réalisation de l'étude

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Être psychiatre de l'adulte ou de la personne âgée
- Exercer dans un dispositif sectoriel de psychiatrie de la région des Hauts de France (départements du Nord, du Pas de Calais, de la Somme, de L'Oise et de la Picardie)

Étaient exclus de l'étude les internes de psychiatrie, les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, les psychiatres n'étant pas affiliés à une unité de psychiatrie de secteur, et les médecins exerçant une autre spécialité médicale.

Le questionnaire (disponible en Annexe) était composé de trente questions réparties en quatre sous parties, pour une durée de passation estimée à quinze minutes environ.

Il s'agissait de questions à choix multiples, à choix unique, à réponse libre ; certaines permettaient aux participants de prioriser plusieurs options proposées par le biais d'une échelle numérique.

Les personnes interrogées ont été recensées et démarchées par courriel à partir de la mailing list de la F2RSMPsy.

Le questionnaire a été envoyé le 11 mai 2023, avec une première relance à quinze jours, une seconde à trois semaines et une troisième à six semaines.

La clôture de l'étude a eu lieu le 13 juillet 2023.

B. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.2.2.

Ces analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- Premièrement, des analyses univariées ont permis de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types, et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

- Puis des analyses comparatives ont été réalisées entre les professionnels exerçant en secteur dit « gérontologique » ou non.

La part de la population de plus de 60 ans par rapport à la population de plus de 18 ans a été calculée pour l'ensemble des secteurs de la région Hauts-de-France ; les secteurs où cette part des plus de 60 ans est supérieure à la médiane de la région ont été considérés comme secteurs dits « gérontologiques » (Médiane régionale = 31,40).

Les professionnels exerçant au moins dans un secteur où la part des plus de 60 ans était supérieure à la médiane de la région ont été considérés comme exerçant en secteur gérontologique.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.2.2.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

Un total de 56 participants a pu être recensé, sur 480 psychiatres démarchés soit un taux de participation de 11,66 %.

Sur ces 56 participants, 46 ont répondu au questionnaire dans sa totalité soit 8,21% des personnes interrogées, et 41 répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion détaillés en II.A soit 7.32% des personnes interrogées.

Le **Tableau 3** reprend les caractéristiques de l'échantillon.

Tableau 3. Caractéristiques de l'échantillon de psychiatres interrogés

	Total	Exercice en secteur non gériatrique	Exercice en secteur gériatrique
N	41	28	13
Données socio-démographiques			
Age, moy (SD)	46,34 (10,83)	47,79 (10,17)	43,23 (11,97)
Département d'exercice, n (%)			
Nord	32 (78,0)	27 (96,4)	5 (38,5)
Pas-de-Calais	9 (22,0)	1 (3,6)	8 (61,5)
Oise	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Aisne	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (7,7)
Somme	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Activité professionnelle			
Statut, n (%)			
Praticien hospitalier titulaire	34 (82,9)	25 (89,3)	9 (69,2)
Praticien hospitalier contractuel	4 (9,8)	1 (3,6)	3 (23,1)
Autre statut, n (%)	3 (7,3)	2 (7,1)	1 (7,7)
Médecin salarié	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
Praticien associé	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
Retraité, praticien attaché	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (7,7)
Ancienneté en années, moy (SD)	16,76 (10,83)	18,18 (9,87)	13,69 (12,53)
Expérience d'exercice en unité spécialisée de Psychiatrie de la Personne Âgée, n (%)	6 (14,6)	6 (21,4)	0 (0,0)
Spécialité initiale, n (%)			
Psychiatre	37 (90,2)	25 (89,3)	12 (92,3)
Médecin généraliste	3 (7,3)	2 (7,1)	1 (7,7)
Gériatre	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
Domaine d'activité actuel, n (%)			
Psychiatrie adulte	40 (97,6)	27 (96,4)	13 (100,0)
Psychiatrie de la personne âgée	5 (12,2)	5 (17,9)	0 (0,0)
Milieu d'exercice			
Hospitalisation complète / appartements thérapeutiques	31 (75,6)	20 (71,4)	11 (84,6)
Hospitalisation de jour / de semaine	9 (22,0)	4 (14,3)	5 (38,5)
Activité de liaison	16 (39,0)	11 (39,3)	5 (38,5)
CMP et/ou CATTP et/ou équipe mobile (soins ambulatoires)	39 (95,1)	26 (92,9)	13 (100,0)
Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)	3 (7,3)	1 (3,6)	2 (15,4)
Autres	7 (17,1)	4 (14,3)	3 (23,1)
Formation			
Formation spécifique à la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, n (%)	16 (39,0)	13 (46,4)	3 (23,1)
Formation diplômante psychogériatrie / psychiatrie de la personne âgée	7 (17,1)	6 (21,4)	1 (7,7)
Formation diplômante gériatrie	2 (4,9)	2 (7,1)	0 (0,0)
Formation non diplômante	6 (14,6)	5 (17,9)	1 (7,7)
Post-internat	2 (4,9)	1 (3,6)	1 (7,7)
Semestres d'internat en unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée	3 (7,3)	3 (10,7)	0 (0,0)
Intéressés par une formation spécifique en Psychiatrie de la Personne Âgée: Oui, n (%)	27 (65,9)	21 (75,0)	6 (46,2)
Format d'intérêt pour une formation spécialisée			
Formation diplômante	5 (12,2)	5 (17,9)	0 (0,0)
Formation non diplômante	11 (26,8)	8 (28,6)	3 (23,1)
[Intervention « flash » axée sur une problématique précise]	24 (58,5)	19 (67,9)	5 (38,5)
Documentation (écrite, vidéo, ...) spécifique	15 (36,6)	10 (35,7)	5 (38,5)

1. Données socio démographiques

La moyenne d'âge des personnes ayant répondu au questionnaire est de 46 ans et 4 mois.

Plus des trois quarts (78%) d'entre eux exercent dans le Nord, et moins d'un quart (22%) dans le Pas de Calais ; 1 (2.4%) de ces praticiens a une activité couplée entre un des secteurs du Nord ou du Pas de Calais et dans l'Aisne, et aucun (0%) n'exerce dans l'Oise et la Somme.

2. Activité professionnelle

La grande majorité (82.9%) des participants se compose de praticiens hospitaliers titulaires, alors que 9.8% sont des praticiens hospitaliers contractuels, 1 (2.4%) est médecin salarié, 1 (2.4%) est praticien associé et 1 (2.4%) est retraité.

Ces psychiatres exercent en moyenne depuis 16 ans et 10 mois ; 6 d'entre eux (14.6%) ont une expérience d'exercice en unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée.

Plus de 90% d'entre eux ont pour spécialité initiale la psychiatrie, 3 (7.3%) la médecine générale, et 1 (2.4%) la gériatrie.

Concernant leur domaine d'activité actuel, 97.6% exercent en psychiatrie adulte et 12.2% en psychiatrie de la personne âgée.

La majeure partie d'entre eux a une activité ambulatoire (95.1%) ou d'hospitalisation complète (75.6%), et peuvent également intervenir dans des équipes de liaison

(39%), des Hôpitaux de Jour / de Semaine (22%), en Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (7.3%) ; 17.1% interviennent dans d'autres types de structures non détaillés.

3. Formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée

Seuls 16 des 41 répondants (39%) ont pu bénéficier d'une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée, soit par le biais d'une formation diplômante en psychiatrie de la personne âgée (17.1%) ou en Gériatrie (4.9%), soit par une formation non diplômante (14.6%) ; 7.3% ont pu être formés lors d'un semestre d'internat en unité spécialisée en psychiatrie de la personne âgée, et 4.9% en post internat.

4. Intérêt pour une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée

65,9% des personnes interrogées sont intéressées par une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée, dont la majorité (58.5%) par des interventions « flashs » centrés sur une problématique donnée, 36.6% par un support de documentation, 26.8% par une formation non diplômante et 12.2% par une formation diplômante.

L'intérêt pour ces formations spécifiques selon que les participants aient pu bénéficier d'une formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée est illustré en **Tableau 4**.

Tableau 4. Intérêt pour une formation en psychiatrie de la personne âgée selon le type de formation antérieure reçue

Formation antérieure en PPA	Intérêt pour une formation PPA (n=29)
Aucune	58,62%
Formation diplômante en PPA	20,69%
Formation non diplômante en PPA	6,90%
Post internat	6,90%
Semestre(s) d'internat	6,90%
Formation diplômante en gériatrie	3,44%

5. Comparaisons entre secteurs gérontologiques et non gérontologiques

Comme précisé en II.B., les secteurs de psychiatrie adulte des Hauts de France ont été répartis selon qu'ils puissent être « gérontologiques », c'est à dire avec une part des plus de 60 ans supérieure à la médiane de la région des Hauts de France, ou « non gérontologiques » dans le cas contraire.

Selon cette répartition, 68,3% des participants exercent en secteurs non gérontologiques et 31,7% en secteurs gérontologiques.

Les deux groupes de personnes interrogées ont un âge comparable, mais ceux-ci ont moins d'ancienneté dans les secteurs gériatologiques (13 ans et 8 mois d'ancienneté en moyenne) que dans les secteurs non gériatologiques (18 ans et 3 mois d'ancienneté en moyenne).

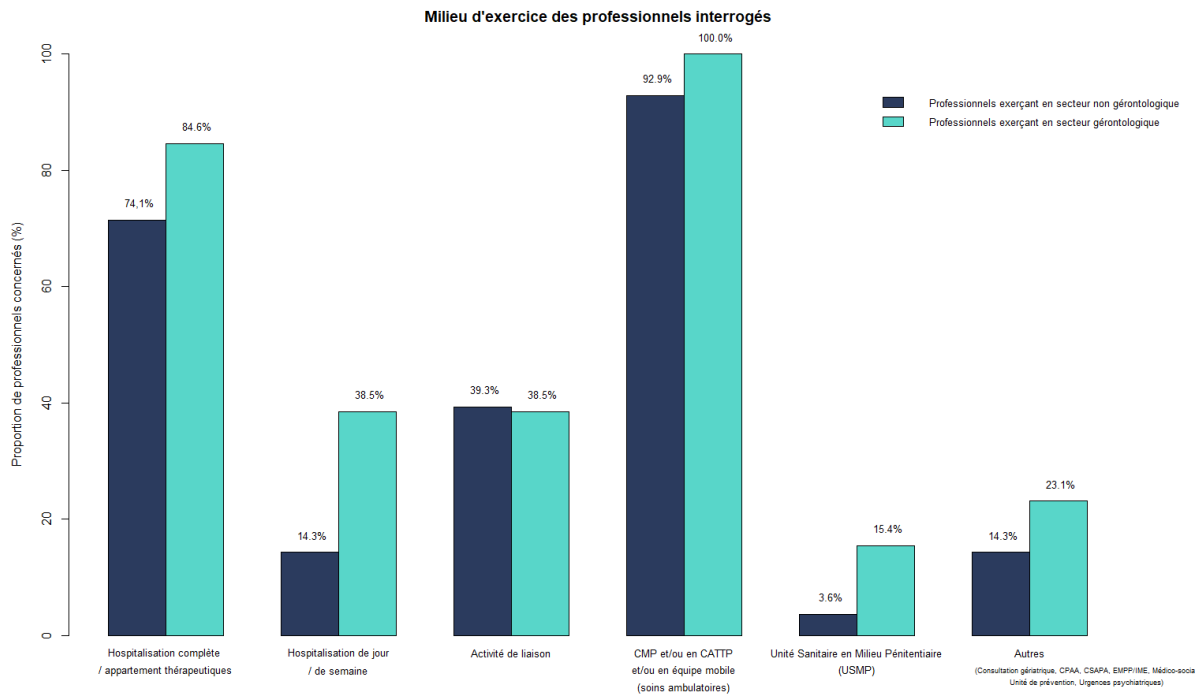
Les praticiens hospitaliers titulaires représentent dans les deux groupes la majorité des psychiatres interrogés (89,3% en secteur non gériatologique et 69,2% en secteur gériatologique).

Les trois quarts (73,5%) des praticiens hospitaliers titulaires interrogés exercent dans des secteurs non gériatologiques, alors que les trois quarts (75%) des praticiens hospitaliers contractuels interrogés exercent en secteur gériatologique.

Les spécialités médicales initiales (psychiatrie, médecine générale ou gériatrie) des personnes interrogées sont représentées en proportions similaires dans les deux groupes.

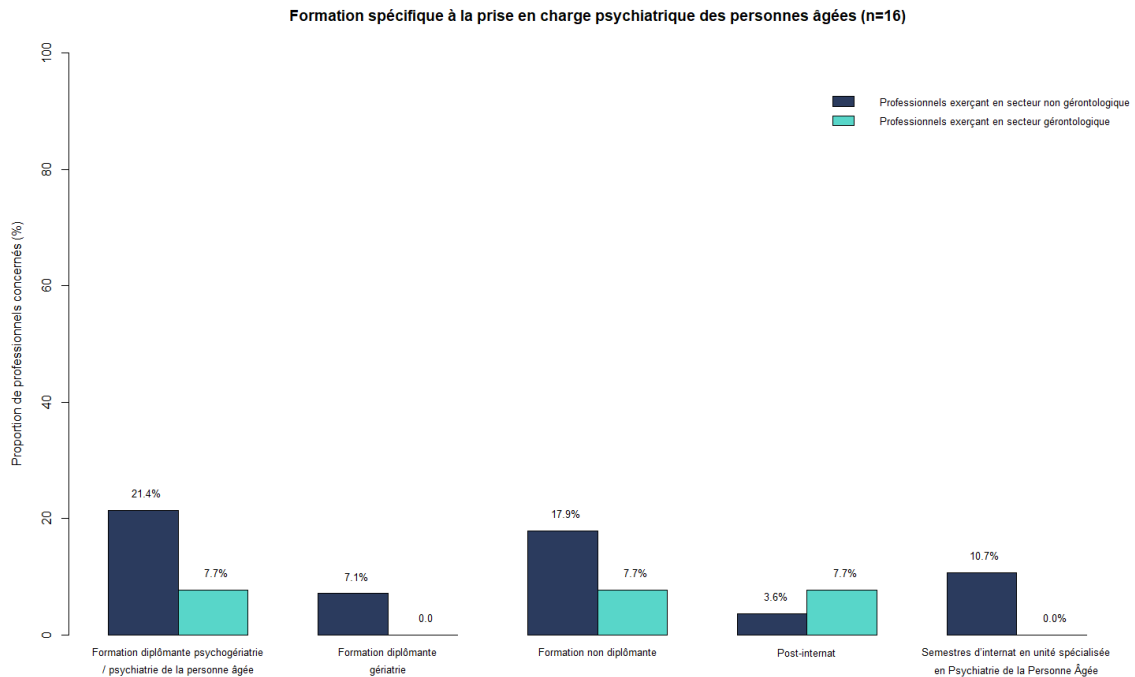
Le type d'activité des personnes interrogées selon leur secteur d'exercice est détaillé dans la **figure 6** : on remarque que la majorité des personnes interrogées dans chaque groupe exerce en hospitalisation complète et/ou en ambulatoire ; concernant les professionnels exerçant en secteurs gériatologiques, la totalité (100%) a une activité ambulatoire.

Figure 6. Type d'activité des psychiatres interrogés



Près de la moitié (46,4 %) des personnes interrogées exerçant actuellement en secteurs non gériatologiques ont pu bénéficier d'une formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée, contre 23,1% exerçant en secteurs gériatologiques ; ces différentes formations reçues sont détaillées en **Figure 7**.

Figure 7. Type de formation spécifique reçue selon que le secteur d'exercice soit « gériatrique » ou non



Sur les 6 psychiatres ayant une expérience en unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée, aucun n'exerce en secteur gériatrique

Sur les 5 psychiatres exerçant actuellement en unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée, aucun n'exerce en secteur gériatrique

75% des personnes interrogées exerçant en secteur non gériatrique sont intéressées par une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée, contre 46% en secteur gériatrique.

B. Résultats de l'étude

Les résultats de l'étude sont présentés en **Tableau 5**.

Tableau 5. Résultats de l'étude

	Total	Exercice en secteur non gériatologique	Exercice en secteur gériatologique
N	41	28	13
Patientèle et offre de soins			
Entre 1 (jamais) et 5 (toujours), pouvez-vous déterminer à quel point ces profils de patients âgés relèvent d'une prise en charge spécifique en Psychiatrie de la Personne Âgée ? Note moyenne (SD)			
Trouble psychiatrique ancien et vieillissement	3,49 (1,25)	3,36 (1,25)	3,77 (1,24)
Trouble psychiatrique à début tardif	4,32 (0,85)	4,50 (0,69)	3,92 (1,04)
Trouble psychiatrique associé à une comorbidité neuro cognitive	4,22 (0,96)	4,14 (1,04)	4,38 (0,77)
Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques stabilisées	3,66 (0,99)	3,79 (1,03)	3,38 (0,87)
[Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques décompensées	4,07 (1,21)	4,07 (1,25)	4,08 (1,19)
Trouble psychiatrique associé à une perte d'autonomie	3,49 (0,98)	3,39 (1,07)	3,69 (0,75)
Troubles du comportement en lien avec une pathologie psychiatrique	3,68 (1,23)	3,82 (1,16)	3,38 (1,39)
Troubles du comportement en lien avec une pathologie non psychiatrique	2,85 (1,41)	3,04 (1,50)	2,46 (1,13)
Maintien à domicile difficile / entrée en institution	2,49 (1,43)	2,71 (1,54)	2,00 (1,08)
Nombre moyen de patient pouvant relever de la Psychiatrie de la Personne Âgée rencontré par mois, n (%)			
1 à 10	32 (78,0)	20 (71,4)	12 (92,3)
11 à 20	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (7,7)
21 à 40	2 (4,9)	2 (7,1)	0 (0,0)
41 à 100	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
> 101	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
Aucun	4 (9,8)	4 (14,3)	0 (0,0)
Sur une échelle de 0 (pas de difficulté) à 10 (difficulté extrême), à quel degré vous sentez-vous en difficulté pour prendre en charge des patients âgés ? Note moyenne (SD)			
	5,12 (2,26)	5,18 (2,20)	5,00 (2,48)
Offre de soins spécifique en psychiatrie de la personne âgée dans le secteur: Oui, n (%)			
	20 (48,8)	16 (57,1)	4 (30,8)
Si oui, sur une échelle de 0 à 10, est-elle suffisamment développée pour répondre aux besoins de votre secteur ?, note moyenne (SD)			
	5,30 (1,72)	5,25 (1,84)	5,50 (1,29)
Avis spécialisé			
Possibilité de solliciter pour un avis médical spécialisé en psychiatrie de la personne âgée: Oui, n (%)			
Un collègue spécifiquement formé à cette discipline médicale	24 (58,5)	19 (67,9)	5 (38,5)
Une équipe mobile intra hospitalière	6 (14,6)	5 (17,9)	1 (7,7)
Une équipe mobile extra hospitalière	15 (36,6)	12 (42,9)	3 (23,1)
Un service spécialisé	16 (39,0)	15 (53,6)	1 (7,7)
Vous n'avez pas cette possibilité	8 (19,5)	1 (3,6)	7 (53,8)
Provenance de l'avis spécialisé sollicité: n (%)			
Du secteur de psychiatrie où le professionnel interrogé exerce	20 (48,8)	16 (57,1)	4 (30,8)
D'un autre secteur de psychiatrie que celui où le professionnel interrogé exerce	4 (9,8)	2 (7,1)	2 (15,4)
De dispositifs intersectoriels, ou appartenant à un autre pôle de compétence (en dehors des dispositifs sectoriels de psychiatrie)	23 (56,1)	19 (67,9)	4 (30,8)
Du secteur privé	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Autre: Interne au CHU	1 (2,4)	1 (2,4)	0 (0,0)
A quelle fréquence avez-vous besoin d'un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? n (%)			
Parfois	30 (73,2)	20 (71,4)	10 (76,9)
Souvent	6 (14,6)	5 (17,9)	1 (7,7)
Jamais	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
NA	4 (9,8)	2 (7,1)	2 (15,4)
Entre 1 (jamais) et 5 (toujours), pouvez-vous prioriser ces raisons pouvant justifier d'un recours à un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? Note moyenne (SD)			
Doute sur le diagnostic, présentation clinique atypique	4,22 (0,85)	4,27 (0,92)	4,09 (0,70)
Adaptation de la thérapeutique médicamenteuse (choix de molécule, posologie, risque iatrogène)	3,51 (0,96)	3,46 (1,07)	3,64 (0,67)
Impasse thérapeutique, trouble psychiatrique résistant	4,22 (0,98)	4,19 (1,06)	4,27 (0,79)
Orientation ou choix d'une thérapeutique non médicamenteuse	3,35 (1,11)	3,42 (1,17)	3,18 (0,98)
Intrication de troubles psychiatriques et cognitifs	4,03 (1,24)	4,12 (1,11)	3,82 (1,54)
[Intrication de troubles psychiatriques et somatiques (autres que cognitifs)]	3,57 (1,17)	3,73 (1,08)	3,18 (1,33)
Sur une échelle de 0 (très facile) à 10 (très difficile), à combien estimez-vous la difficulté de recours à un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? Note moyenne (SD)			
	5,49 (2,98)	4,81 (2,86)	7,09 (2,74)

	Total	Exercice en secteur non gériatologique	Exercice en secteur gériatologique
N	41	28	13
Suivi psychiatrique des patients âgés			
Concernant le suivi psychiatrique des patients âgés, n (%)			
Il est effectué uniquement par votre secteur	30 (73,2)	20 (71,4)	10 (76,9)
<i>Ce suivi vous semble t'il adapté ? Oui, n (%)</i>	12 (40,0)	11 (55,0%)	1 (7,7%)
Il est effectué conjointement avec une unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée	9 (22,0)	6 (21,4)	3 (23,1)
<i>Ce suivi vous semble t'il adapté ? Oui, n (%)</i>	9 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)
Il est effectué uniquement par une unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée	2 (4,9)	2 (7,1)	0 (0,0)
<i>Ce suivi vous semble t'il adapté ? Oui, n (%)</i>	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Ce suivi vous semble t'il adapté ? : Oui, n (%)	22 (53,7)	18 (64,3)	4 (30,8)
Hospitalisation en psychiatrie des patients âgés			
Possibilité d'hospitaliser des patients dans un service spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée: Oui, n (%)	16 (39,0)	16 (57,1)	0 (0,0)
Concernant les patients relevant de la Psychiatrie de la Personne Âgée que vous prenez en charge, à quelle fréquence une hospitalisation est-elle souhaitable ? n (%)			
Parfois	28 (68,3)	21 (75,0)	7 (53,8)
Souvent	8 (19,5)	4 (14,3)	4 (30,8)
Jamais	1 (2,4)	1 (3,6)	0 (0,0)
NA	4 (9,8)	2 (7,1)	2 (15,4)
En l'absence de possibilité d'hospitalisation en unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée, entre 0 (inutile) et 5 (très utile), pourriez-vous prioriser ces alternatives ? Note moyenne (SD)			
Equipe mobile intersectorielle avec évaluation au domicile du patient	4,32 (1,07)	4,52 (0,95)	3,91 (1,22)
Equipe mobile intersectorielle avec évaluation du patient dans votre service	4,03 (1,24)	4,17 (1,19)	3,73 (1,35)
Consultation spécifique à distance	3,91 (1,10)	4,04 (1,04)	3,56 (1,24)
HDJ / HDS / HPDD spécialisé en PPA	3,91 (1,42)	3,82 (1,33)	4,09 (1,64)
Avis téléphonique spécialisé	3,75 (1,40)	3,64 (1,58)	4,00 (0,89)
Consultation spécifique en urgence	3,51 (1,31)	3,46 (1,35)	3,64 (1,29)
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (PPA, Gériatre, Neurologue, MPR, ...)	3,49 (1,12)	3,38 (1,13)	3,73 (1,10)
Téléconsultation	3,18 (1,24)	3,38 (1,01)	2,67 (1,66)

1. Motifs de recours à l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée

Différentes problématiques couramment rencontrées lors de la prise en charge du sujet âgé ont été soumises aux participants, en leur demandant de les prioriser selon qu'elles puissent justifier d'un recours à l'offre de soins spécifique ou non.

Les résultats de l'analyse univariée sont présentés en **Figure 8**.

Les analyses bivariées réalisées selon que le secteur d'exercice des psychiatres interrogés soient gériatologiques ou non montrent des divergences dans la priorisation établie, présentées en **Tableau 6**.

Figure 8. Profils de patients âgés pouvant relever d'une prise en charge spécifique en psychiatrie de la personne âgée

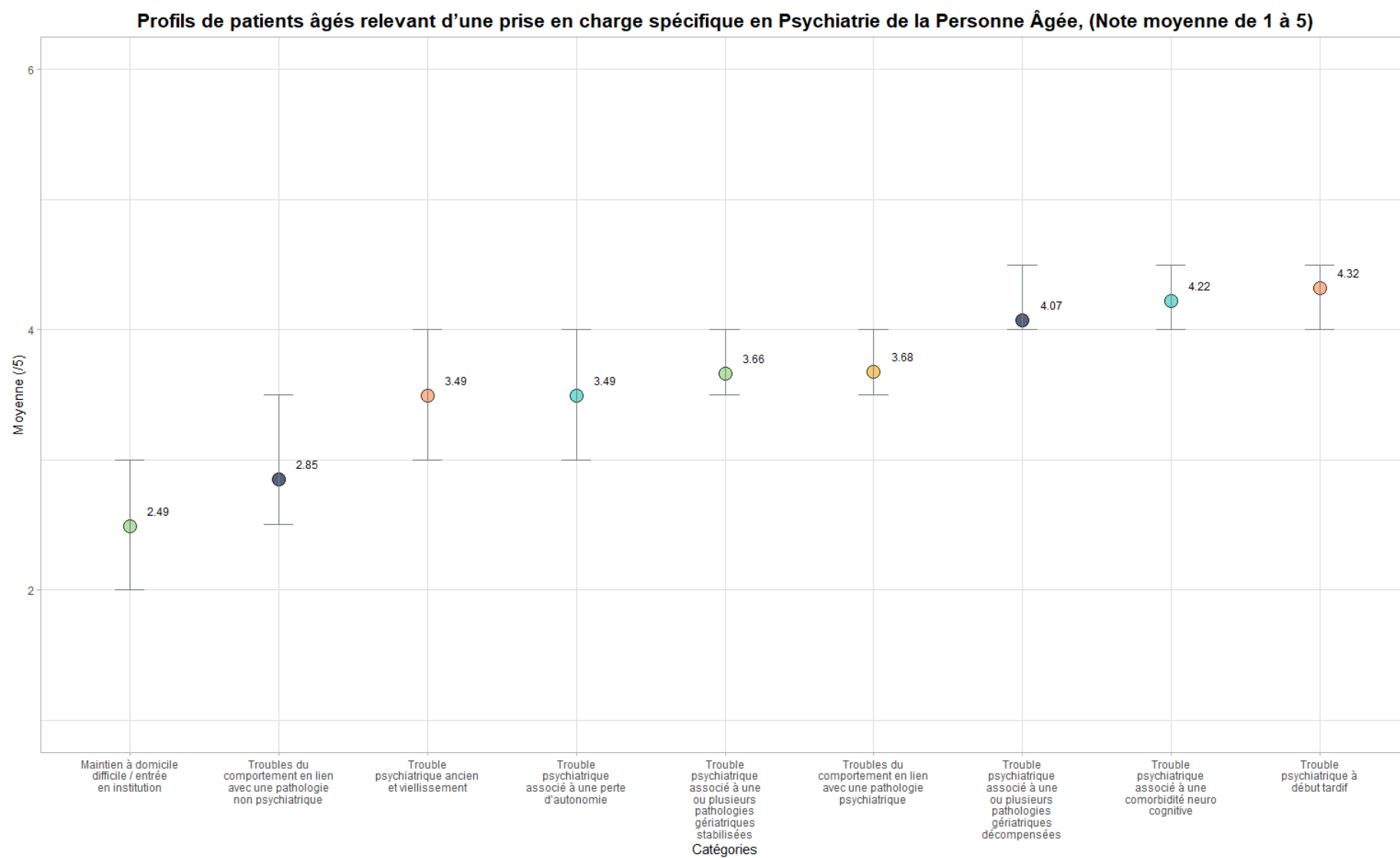


Tableau 6. Priorisation des profils de patients selon le type de secteur d'exercice

	Exercice en secteur non gériatrique	Exercice en secteur gériatrique
1	Trouble psychiatrique à début tardif	Trouble psychiatrique associé à une comorbidité neuro cognitive
2	Trouble psychiatrique associé à une comorbidité neuro cognitive	Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques décompensées
3	Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques décompensées	Trouble psychiatrique à début tardif
4	Troubles du comportement en lien avec une pathologie psychiatrique	Trouble psychiatrique ancien et vieillissement
5	Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques stabilisées	Trouble psychiatrique associé à une perte d'autonomie
6	Trouble psychiatrique associé à une perte d'autonomie	Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques stabilisées
7	Trouble psychiatrique ancien et vieillissement	Troubles du comportement en lien avec une pathologie psychiatrique
8	Troubles du comportement en lien avec une pathologie non psychiatrique	Troubles du comportement en lien avec une pathologie non psychiatrique
9	Maintien à domicile difficile / entrée en institution	Maintien à domicile difficile / entrée en institution

2. Patientèle relevant de la psychiatrie de la personne âgée et difficulté de prise en charge

La majeure partie des psychiatres interrogés déclarent rencontrer entre 1 à 10 personnes pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée par mois, qu'ils exercent en secteurs gériatriques (92,3%) ou non gériatriques (71,4%).

Des psychiatres déclarant en rencontrer plus, seul 1 (7,7%) exerce en secteurs gériatriques et 3 exercent en secteurs non gériatriques.

4 psychiatres, exerçant tous en secteurs non gériatriques, déclarent ne rencontrer aucun patient pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée.

Les deux groupes ressentent un niveau de difficulté intermédiaire dans la prise en charge des patients pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée, avec une note moyenne de 5,18/10 en secteurs non gériatriques et de 5,00/10 en secteurs gériatriques.

Les participants intéressés par une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée décrivent un niveau de difficulté plus important que ceux qu'une formation de cet ordre n'intéresse pas, comme exposé en **Tableau 7**.

Tableau 7. Intérêt pour une formation spécifique en psychiatrie de la personne âgée et difficulté de prise en charge associée

Intérêt pour une formation PPA	Difficulté moyenne de prise en charge des patients PPA
Oui (n=27)	5,40/10
Non (n=14)	4,57/10

3. Offre de soins existante et facilité de recours

48,8% des participants peuvent solliciter un des dispositifs de l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée dans leur secteur d'exercice ; ils donnent la note de 5,3/10 concernant l'adéquation aux besoins du secteur.

Les analyses bivariées montrent que cette offre de soins spécifique est mieux représentée dans les secteurs non gériatriques que ceux gériatriques, avec des notes respectives de 5,25/10 et 5,50/10 concernant son adéquation aux besoins du secteur.

4. Recours à un avis spécialisé

80,5% des participants ont la possibilité de solliciter un avis spécialisé en cas de besoin, le plus souvent via un collègue spécifiquement formé ; cet avis spécialisé provient soit du secteur où ces psychiatres exercent, soit de dispositifs intersectoriels, dans des proportions similaires ; ces résultats sont superposables à

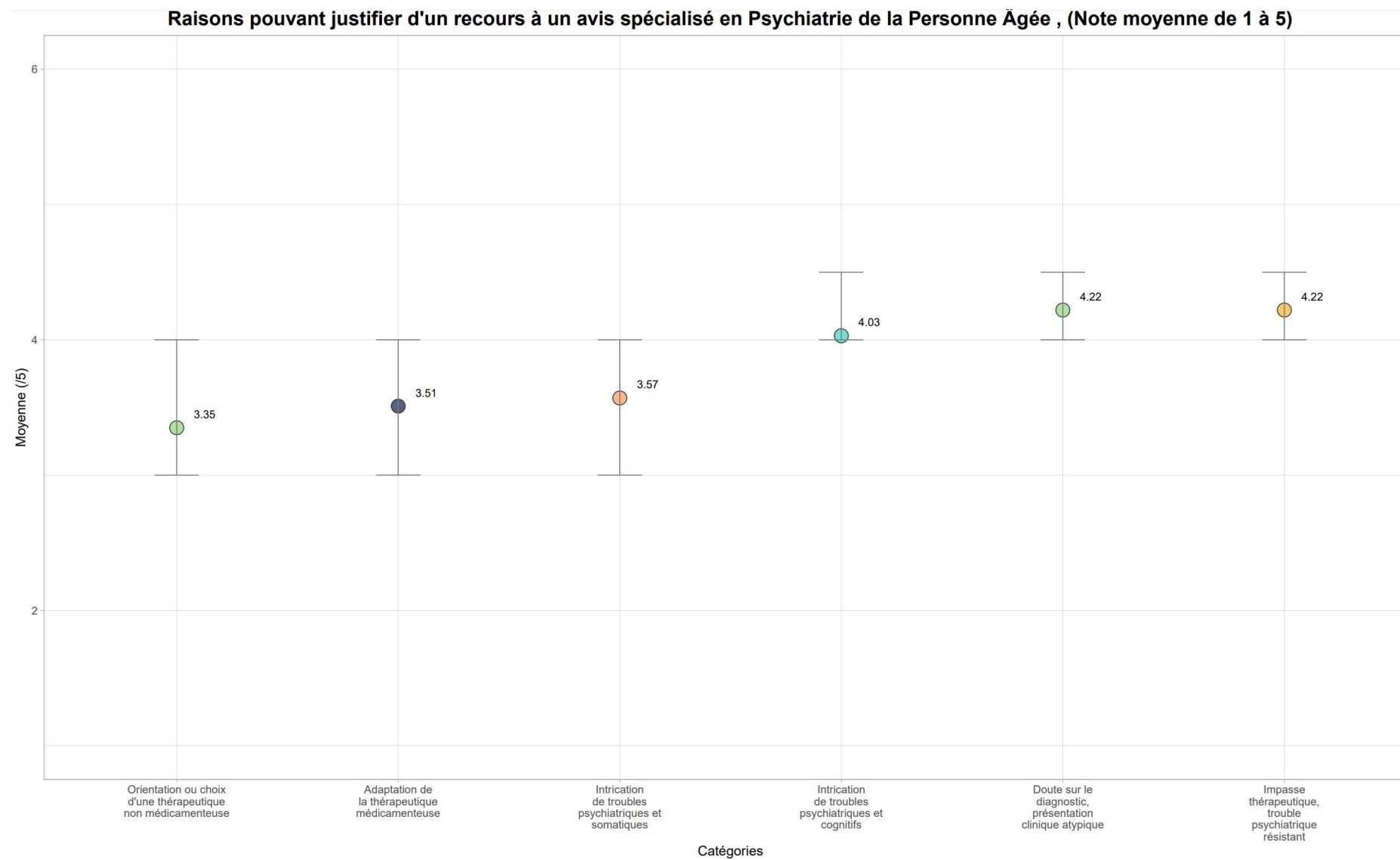
ceux obtenus en séparant les participants selon que leur secteur d'exercice soit gériatologique ou non gériatologique.

Parmi ceux ne pouvant pas avoir cette possibilité, 87,5% d'entre eux exercent en secteurs gériatologiques.

Cet avis spécialisé est décrit comme utile par 73,2% des personnes interrogées, et 14,6% d'entre eux y ont souvent recours (dont 83,3% d'entre eux exerçant en secteur non gériatologique).

Les motifs de recours à un avis spécialisé sont présentés en **Figure 9**.

Figure 9. Motifs de recours à un avis spécialisé en psychiatrie de la personne âgée



5. Suivi des patients âgés

Le suivi psychiatrique des patients âgés est assuré par un secteur de psychiatrie adulte pour plus de 70% des personnes interrogées, qu'elles exercent ou non en secteur gériatrique.

Des options de suivi envisageables proposées, celle d'un suivi conjoint entre psychiatrie de la personne âgée et psychiatrie adulte apparaît comme la plus adaptée (100% peu importe le type de secteur d'exercice).

Les personnes ayant répondu qu'un suivi psychiatrique des personnes âgées ne relève pas d'un suivi de secteur ont mis en avant deux axes majeurs :

- Impossibilité de recours à un avis spécialisé en cas de besoin
- Locaux inadaptés

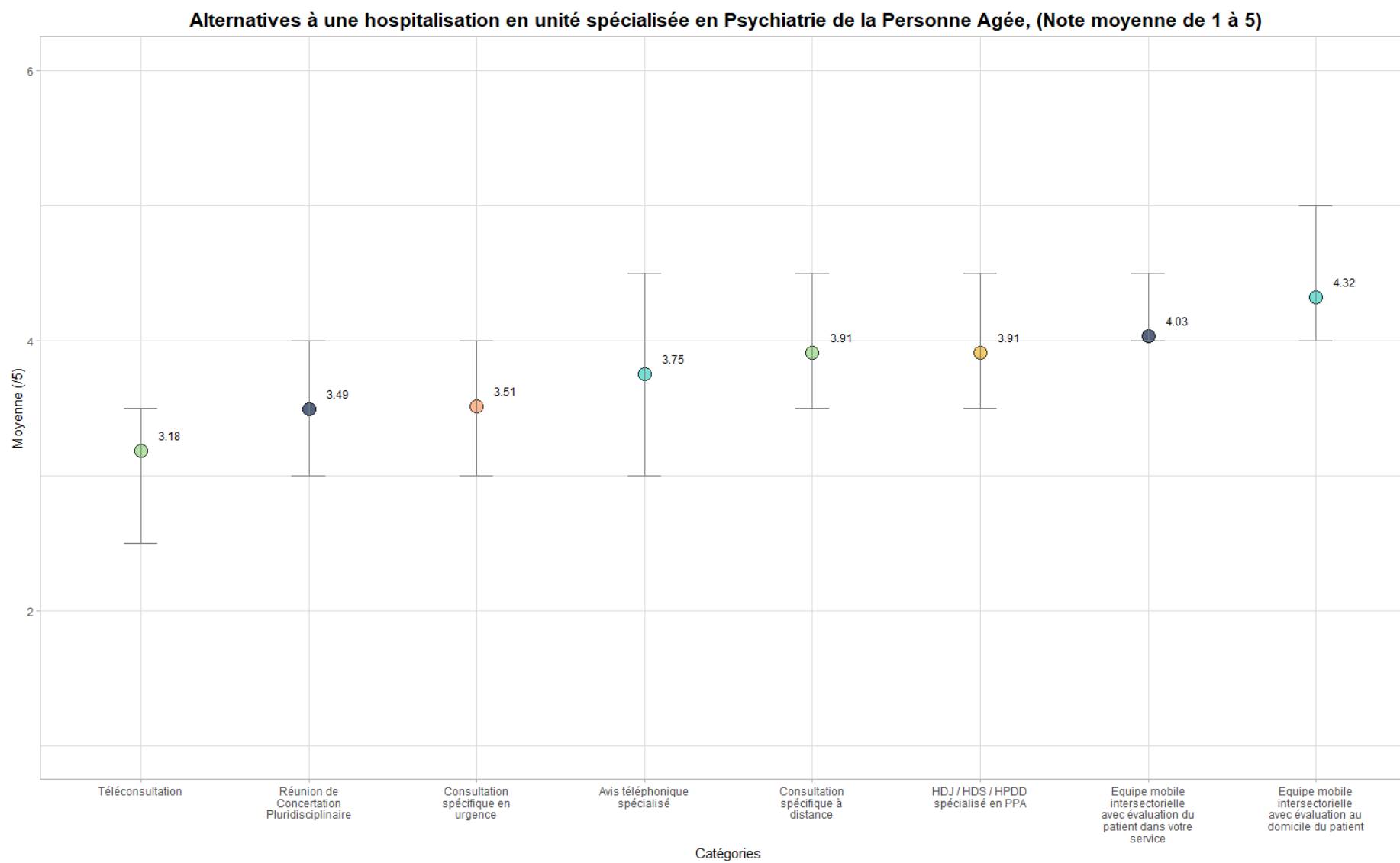
6. Recours à une hospitalisation en unité spécialisée en psychiatrie de la personne âgée

En cas de besoin, seuls 39% des psychiatres déclarent pouvoir hospitaliser des patients relevant de la psychiatrie de la personne âgée en unité spécialisée ; dans les secteurs gériatriques, aucun n'a cette possibilité alors que tous déclarent qu'une hospitalisation pourrait être souhaitable.

En l'absence de possibilité d'hospitalisation, des alternatives ont été proposées aux participants ; elles ont été notées entre 1 et 5 et les résultats sont présentés en

Figure 10.

Figure 10. Alternatives à une hospitalisation en unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée



IV. Discussion

A. L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée

Elle apparaît comme inégalement développée sur l'ensemble de la région, ce qui concorde avec les éléments avancés en I.D.4.b

Dans le cas des dispositifs sectoriels, ils sont moins bien représentés dans les secteurs où la part des plus de 60 ans est plus importante et qui correspondent en grande partie à des territoires moins densément peuplés, comme indiqué sur les **Figures 2, 3 et 5** présentées en introduction.

Dans le cas des dispositifs intersectoriels, ils couvrent une plus grande partie du territoire et parfois même des secteurs où une offre de soins sectorielle spécifique existe déjà : certains secteurs de psychiatrie ont ainsi la possibilité de solliciter plus d'un dispositif en cas de besoin.

Il est tout de même important de noter que plusieurs secteurs ayant une offre de soins spécifique à disposition, aussi bien sectorielle qu'intersectorielle, comme indiqué sur la **Figure 5**, et ce notamment dans les secteurs de la métropole lilloise, déclarent pourtant l'inverse ; un défaut de visibilité de ces dispositifs pourrait être évoqué, et une action de communication permettant de les faire connaître pourrait être judicieuse.

1. La difficulté d'accès aux soins psychiatriques pour les patients âgés

L'accès aux soins reste une problématique d'actualité, comme en témoigne le plan d'action du gouvernement publié en juillet 2023 qui cite explicitement cette problématique et vise à accroître l'offre de soins à disposition des patients en permettant aux soignants de se focaliser sur le soin en tant que tel (18) .

Plusieurs modèles permettant de représenter les difficultés d'accès aux soins ont été proposés : on peut notamment citer celui d'Andersen, qui identifie des facteurs prédisposants, des facteurs favorisants/limitants et des facteurs dits « de besoin ».

Ainsi, transposé au champs de la psychiatrie générale (19) :

- Les facteurs prédisposants correspondent au sexe (favorable au sexe féminin), au statut marital (favorable aux personnes en couple), aux valeurs et croyances (ici la stigmatisation des troubles psychiatriques et l'internalisation de cette stigmatisation, obstacles importants à toute démarche de soins) ;
- Les facteurs favorisants/limitants correspondent aux moyens financiers (permettant de s'acquitter des frais de soins), le soutien social, l'offre de soins inégale (structures publiques hétérogènes, délais d'attente, répartition disparate des médecins libéraux), et le manque de coordination interprofessionnelle ;
- Les facteurs dits « de besoin » correspondent à la souffrance psychique, au fait que l'accès aux soins sera facilité avec l'aggravation du trouble, et au besoin ressenti.

Dans le cas de patients âgés relevant de soins psychiatriques, cette problématique d'accès s'en trouve exacerbée puisque combinée aux difficultés inhérentes à la population âgée :

- L'éloignement géographique, voire l'isolement de ces patients dans les régions rurales, dans un contexte de désertification médicale impactant négativement l'entrée dans les soins ;
- La perte d'autonomie, physique comme psychique, et les restrictions de mobilité résultantes.

2. Le recours aux unités d'hospitalisation dédiées

Avec 13 unités cognitivo-comportementales et 7 unités d'hospitalisation spécifiques de psychiatrie de la personne âgée répertoriées par la F2RSM Psy en 2022 pour l'ensemble de la région des Hauts-de-France, il est compréhensible que l'accès à ce type de dispositifs soit peu aisé ; cette difficulté de recours est également décrite par les psychiatres interrogés lors de l'étude, avec une impossibilité d'hospitalisation rapportée par l'ensemble des praticiens exerçant dans des secteurs où la population a un indice de vieillissement plus élevé que la médiane régionale.

En conséquence, l'hospitalisation de ces patients incombe le plus souvent aux services de gériatrie ou de psychiatrie adulte de secteur, rendant d'autant plus souhaitable la possibilité de recours à un avis spécialisé si nécessaire. Cet avis est toutefois difficile voire impossible à obtenir dans certains territoires, posant la question d'un maillage insuffisant et à développer.

Une des pistes à explorer pourrait être de favoriser la mise en place de dispositifs d'hospitalisation dits de jour ou de semaine, permettant d'assurer en un seul et même lieu (20) :

- Un rôle d'expertise dans l'évaluation et l'aide au diagnostic, avec la passation de bilans spécialisés par exemple (psychiatriques, neuropsychologiques, évaluations gériatriques, orthophoniques), difficilement réalisables lors de simples consultations ;
- Un rôle dans le choix des thérapeutiques adaptées, et notamment des thérapeutiques non médicamenteuses (facilitant bien souvent une déprescription des psychotropes pourvoyeurs d'effets indésirables) ;
- Un rôle psychothérapeutique ;
- Un rôle dans le rétablissement, la réautonomisation et le maintien du lien social ;
- Un rôle dans le soulagement de l'aidant principal, permettant ainsi d'aborder la question de l'entrée en structure médico-sociale si nécessaire.

3. La place des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA)

En l'absence de possibilité d'hospitalisation en unité spécifique, le recours à une équipe mobile est l'alternative qui est plébiscitée par les participants de notre étude.

Les politiques de santé actuelles en matière de psychiatrie de la personne âgée s'orientent vers le développement des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) ; ainsi, la circulaire du 15 avril 2022 relative à la campagne budgétaire pour 2022 pour les établissements de santé spécifiait qu'un budget de 5

millions d'euros serait alloué pour les créer ou les développer, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins des patients résidents en EHPAD (21).

Ces équipes mobiles constituent le plus souvent le premier contact du patient avec les soins spécifiques en psychiatrie de la personne âgée, et permettent d'assurer le lien entre professionnels de premier recours (médecin traitant, médecin coordonnateur, équipe professionnelle travaillant en EHPAD, CMP de secteurs) et offre de soins psychiatrique dédiée ; elles présentent également l'avantage d'éviter au patient de devoir se rendre au CMP, dans le contexte de perte d'autonomie décrit en IV.A.1. D'autres missions peuvent leur incomber, notamment de soutien des aidants en souffrance si nécessaire ou de formation du personnel en EHPAD (22).

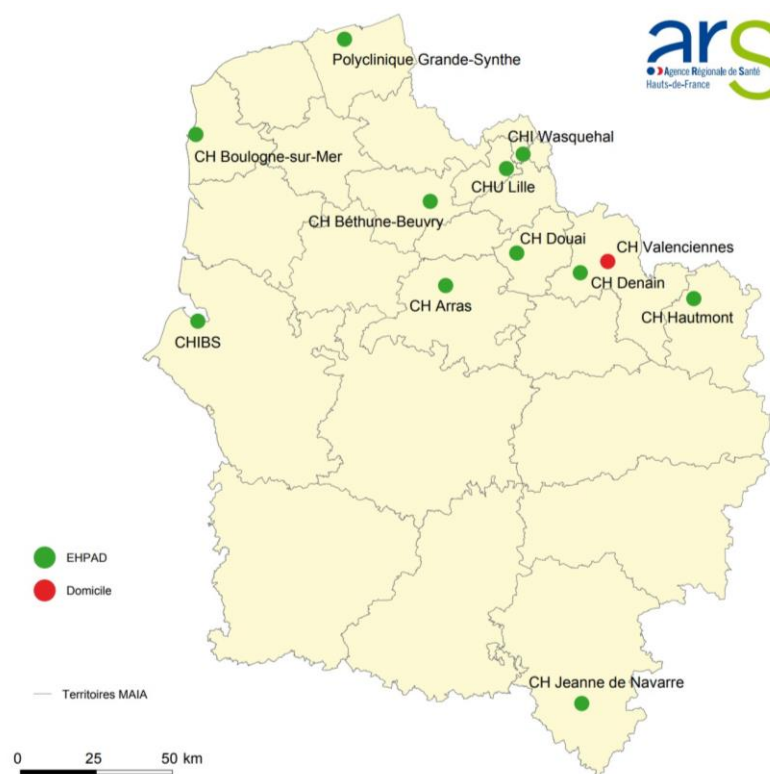
Ce type de dispositif se focalisant pour l'instant sur les patients résidents en EHPAD, l'intérêt d'un élargissement des lieux d'intervention (au domicile du patient exemple) mériterait d'être questionné, puisque la population ciblée est volontiers isolée à domicile et en difficulté pour rencontrer les professionnels de premier recours cités plus haut, entre perte de mobilité et désertification médicale.

Dans notre étude, seuls 36,6% des psychiatres de secteur interrogés peuvent solliciter une équipe mobile extra hospitalière et 14,6% une équipe mobile intra hospitalière, ce qui laisse supposer que ces dispositifs ne sont que peu accessibles aux secteurs de psychiatrie, et ce malgré leur rôle primordial d'interface entre psychiatres et autres acteurs du territoire.

Enfin, les possibilités de recours aux équipes mobiles de la personne âgée à disposition des médecins traitants mériteraient d'être explorées.

À la suite de la circulaire du 15 avril 2022, un bilan du développement de ces dispositifs auprès des ARS a eu lieu le 30 juin 2023, dont les conclusions ne sont à l'heure actuelle pas encore disponibles ; une cartographie recensant ces équipes mobiles a toutefois été réalisée en janvier 2020 par l'ARS des Hauts-de-France, mettant à nouveau en lumière une grande disparité dans l'offre de soins existante au niveau régional ainsi que son caractère visiblement insuffisant ; elle est présentée ci-dessous en **Figure 11**.

Figure 11. Cartographie des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée en 2020 (ARS Hauts-de-France)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

Les départements qui apparaissent comme les moins bien dotés en terme d'offre de soins spécifique sont paradoxalement ceux dont les psychiatres ont le moins (voire n'ont pas) répondu à cette étude.

On peut toutefois remarquer qu'avec un nombre de 18 équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée répertorié par la F2RSM Psy en 2022 dans sa monographie dédiée, comparativement à la cartographie de 2020 présentée en **Figure 11** n'en recensant que 12, ces dispositifs semblent se développer conformément aux recommandations de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) citées précédemment.

4. La télépsychiatrie

Une revue de littérature produite en 2016 par les Dr Céline Elie-Lefebvre, Jean-Pierre Schuster et Frédéric Limosin (23) a pu démontrer qu'une téléconsultation de psychiatrie de la personne âgée a plusieurs avantages :

- Les patients étaient globalement satisfaits de la téléconsultation même s'ils préfèrent une consultation en face à face ;
- Le fait de ne pas avoir à se déplacer jusqu'au praticien est un avantage pour les patients ;
- Il est possible de proposer la téléconsultation à des patients présentant des troubles neuro cognitifs, permettant de renforcer leurs capacités attentionnelles et de communication durant la consultation ;
- Les diagnostics et passations d'échelles sont significativement similaires entre consultations physiques et téléconsultations ;

- Le coût de prise en charge est moins élevé ;
- Le personnel soignant était globalement satisfait ;
- Le médecin pouvait assurer un suivi plus soutenu des patients via la téléconsultation.

En France, la téléconsultation est depuis le septembre 2018 remboursée par l'Assurance Maladie (et depuis février 2019 concernant la téléexpertise) ; elle est accessible sur l'ensemble du territoire français depuis le 15 septembre 2018 mais se heurte à des difficultés d'équipement des professionnels, malgré des aides financières à l'équipement mises en place (24) ; une limite de 20% de l'activité du médecin consultant est également préconisée, au motif que l'alternance de consultations et téléconsultations est nécessaire au suivi régulier du patient.

La téléconsultation est pourtant l'alternative à une hospitalisation la moins intéressante aux yeux des participants à notre étude, et il aurait été intéressant de les questionner sur les raisons de ce choix.

De plus, il est régulier de vouloir solliciter certains psychiatres habitués de certaines pathologies psychiatriques spécifiques du sujet âgé, leur expérience pouvant alors justifier d'une télé-expertise.

5. Un problème de lisibilité de l'offre de soins

La multiplicité des acteurs tant sur le plan somatique (accueil des urgences, court séjour gériatrique, service de SSR gériatrique, services de neurologie) que

psychiatrique (équipe de liaison psychiatrique de l'adulte, centre d'accueil de crise, secteurs de psychiatrie) retarde le plus souvent l'adressage des patients en psychiatrie de la personne âgée.

Ce constat n'est pas spécifique de la région des Hauts-de-France, avec une critique similaire formulée en Île-de-France par le Dr Marie-Pierre Pancrazi et Al. (25).

Ils pointent notamment du doigt l'absence d'un parcours de soins suffisamment bien défini, des dispositifs existants mais souvent isolés ou partiels et inégalement répartis dans les départements, un manque de repérage et de reconnaissance des besoins ; un facteur majeur de complexification reste pour eux l'intrication de problématiques psychiques et somatiques, avec un accès aux soins spécifiques réduit aux services d'urgence lors des décompensations.

Ce défaut de lisibilité ne vient que renforcer les difficultés d'accès aux soins inhérentes à la population de patients âgés présentant un trouble psychiatrique (détaillés en IV.A.1) allant à l'encontre d'une équité de l'accès à des soins psychiatriques de qualité indépendamment de l'âge ou du lieu d'habitation.

B. Place de la psychiatrie de la personne âgée dans la pratique quotidienne des psychiatres de l'adulte en secteur public

Plus de 90% des psychiatres interrogés rencontrent au moins un patient pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée par mois, et 22% d'entre eux plus de dix par mois, avec une aisance de prise en charge déclarée inférieure à la moyenne.

Cet inconfort à prendre en charge des patients relevant de la psychiatrie de la personne âgée motive un plus fort intérêt à une formation spécifique (**Tableau 7**) ; celui-ci est également plus important chez les participants n'ayant pas pu bénéficier d'une formation antérieure.

Il est toutefois surprenant de voir que, chez les personnes souhaitant bénéficier de ce type de formation, plus de 20% aient déjà bénéficié d'une formation diplômante en psychiatrie de la personne âgée, ce qui peut traduire un biais de volontariat chez les participants à notre étude comme cité en IV.A ; on remarque aussi que plus des 58% des personnes intéressés par une formation spécifique n'ont pas pu bénéficier d'une formation antérieure en psychiatrie de la personne âgée (**Tableau 4**).

On ne remarque toutefois pas de surreprésentation de cette patientèle dans les secteurs où l'indice de vieillissement est plus élevé, avec au contraire un nombre plus important de patients pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée dans les secteurs non gériatriques : le faible effectif de population interrogé, notamment dans les secteurs gériatriques, peut expliquer ce résultat.

C. Attentes vis-à-vis des dispositifs spécialisés et adéquation aux besoins du secteur

La priorisation des profils de patients pouvant relever de la psychiatrie de la personne âgée établie en **Tableau 6** permet de mettre en évidence une tendance similaire dans les pratiques de soins des psychiatres exerçant en secteurs gériatriques comme non gériatriques, avec :

- Une priorité plus élevée concernant les troubles psychiatriques à début tardif ;
- Une priorité élevée concernant l'intrication de troubles psychiatriques et neurocognitifs ou gériatriques ;
- Une priorité intermédiaire concernant l'intrication de troubles psychiatriques et la perte d'autonomie ;
- Une plus faible priorité concernant l'absence de trouble psychiatrique dans un contexte de trouble du comportement, ainsi que le maintien à domicile difficile.

Comme évoqué par le Dr Pancrazi , le trouble psychiatrique à début tardif reste mal pris en charge et est particulièrement source d'errance diagnostique, et par extension de souffrance pour le patient mais également pour son entourage en plus de représenter une perte de chance (25).

Ainsi, chez les sujets âgés, la prévalence du suicide est le double de celui de la population générale, avec une létalité des passages à l'acte qui augmente avec l'âge : en 2006, sur 13 000 décès annuels par suicide recensés, un quart concernent des sujets âgés (26).

Les motifs de recours à un avis spécialisé en psychiatrie de la personne âgée présentés en **Figure 9** montrent quant à eux un placement de cette discipline en seconde ligne (ou plus), avec l'impasse thérapeutique, le trouble résistant et la présentation clinique atypique comme réponses majoritaires.

Ce positionnement de la psychiatrie de la personne âgée amène de façon légitime la question du suivi des patients présentant une problématique psychiatrique du sujet âgé, et a donc été posée aux participants ; ceux ayant la possibilité d'assurer ce suivi

conjointement avec une unité spécialisée de psychiatrie de la personne âgée (soit 22% des psychiatres interrogés) rapportent tous être satisfaits, alors que moins de la moitié des psychiatres devant assurer ce suivi seuls (soit 73% des participants) déclarent l'être. On peut également remarquer que seul un des dix psychiatres interrogés exerçant en secteur gériatrique et devant assurer seuls ce suivi déclare être satisfait, ce qui pourrait traduire des difficultés à prendre en charge une population vieillissante.

Il apparaît donc qu'un suivi conjoint entre psychiatrie de secteur et service spécialisé semble être l'option la plus satisfaisante, mais cette possibilité se heurte à une couverture du territoire encore inégale comme souligné par la **Figure 5** ; l'offre de soins reste manifestement insuffisamment développée au regard des besoins des secteurs, avec moins d'un psychiatre interrogé sur deux rapportant une offre de soins spécifique à disposition.

D. Place de l'infirmier en pratique avancée en psychiatrie de la personne âgée

La création en 2016 lors de la loi Tourraine du statut d'Infirmier en Pratique Avancée, ou IPA, s'inscrit dans une volonté de modernisation du système de santé Français via la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux ; il est validé par l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée au terme d'une formation spécifique de 2 ans reconnue au grade de Master, à la suite de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier sur 3 ans.

Cette modernisation a deux objectifs annoncés : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients (27).

Ne comptant initialement que trois domaines d'intervention (pathologies chroniques et stabilisées, oncologie et hémato-oncologie, maladie rénale chronique dialyse et transplantation rénale) (28), il a été élargi en 2019 avec l'ajout de deux autres domaines (psychiatrie et santé mentale, urgences) (29) ; les IPA en exercice sont environ 1700 en 2023 et pourraient être jusqu'à 5000 l'année prochaine (30), et sont en capacité d'orienter des patients, de faire de la prévention, du dépistage et de pratiquer certains actes techniques ou de surveillance clinique, au sein d'une équipe coordonnée par un médecin.

Il n'existe à ce jour pas de domaine spécifique en psychiatrie de la personne âgée pour ces IPA, mais un retour d'expérience positif publié en 2019 dans la revue *Gérontologie et société n°159* fait état de l'insertion d'une infirmière chargée de mission en pratique avancée au sein d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France (31) : dans ce dispositif composé d'un psychiatre de la personne âgée et de deux infirmiers dont l'IPA, le rôle de l'IPA a été d'évaluer et diagnostiquer le patient (notamment par la passation de tests psychiatriques, psychométriques et gériatriques), de l'orienter vers la filière de soins la plus adaptée, et d'assurer un suivi de courte durée, en complémentarité avec le psychiatre du dispositif. Est ainsi mise en évidence une augmentation de la file active de l'équipe mobile, ainsi qu'une forte demande concernant des visites à domicile (estimées à 48% de l'activité annuelle de l'IPA).

Ces données sont encourageantes, même si elles sont pour l'heure très parcellaires, et ce d'autant plus que l'intégration d'un IPA à d'autres types de dispositifs est envisageable en psychiatrie de la personne âgée.

E. Limites et biais

Le faible taux de participation (8,54%) représente l'une des limites principales de cette étude, et ce malgré plusieurs relances auprès des 480 psychiatres de la région des Hauts-de-France démarchés ; le faible effectif de population implique que la majeure partie des résultats ne peut prétendre à être significative, mais peut tout de même avoir une valeur qualitative par l'expression d'une tendance.

On peut également pointer le faible taux de participation des départements de l'Aisne (2.4%), de l'Oise (0%) et de la Somme (0%), alors qu'ils regroupent un nombre important de secteurs dits gériatriques et sont donc particulièrement concernés par la problématique des soins psychiatriques du sujet âgé ; ce faible taux de participation induit également une surreprésentation des psychiatres du Nord et du Pas-de-Calais dans cette étude.

Plusieurs biais de recrutement sont également identifiables :

- Seuls les psychiatres des Hauts-de-France exerçant en secteur public ont été démarchés, laissant de côté les psychiatres libéraux (237 en 2021, activités exclusivement libérale et mixte confondues (32)) qui rencontrent possiblement eux aussi des difficultés de prise en charge et d'adressage des patients âgés ; également, les psychiatres exerçant en structures privées de soins psychiatriques du sujet âgé n'ont pas été prospectés lors de cette étude ;
- Un biais de volontariat, où les participants seraient au moins en partie déjà sensibilisés aux problématiques auxquelles s'intéresse la psychiatrie de la personne âgée ; il concorde notamment avec le fait que 17% des participants

aient eu accès à une formation diplômante en psychiatrie de la personne âgée, ce qui n'est peut-être pas la réalité du terrain ;

- Un désintérêt pour la psychiatrie de la personne âgée chez les psychiatres sollicités, pouvant expliquer en partie le faible taux de participation

V. Conclusion

Le vieillissement de la population française pose la question de l'accès à des soins adaptés et de qualité lors de l'avancée dans l'âge ; après l'émergence en France du champ de la psychiatrie de la personne âgée il y a plus de vingt ans, l'offre de soins spécifique reste inégalement développée sur le plan national et repose à défaut sur les secteurs de psychiatrie adulte ou les services de gériatrie.

Ce travail de thèse tente de décrire cette offre de soins dans la région des Hauts-de-France et d'en apprécier la pertinence. Malgré un faible taux de participation à l'étude réalisée, il montre que les dispositifs dédiés ne sont pas accessibles à tous les secteurs de psychiatrie publique car très inégalement répartis sur le territoire ; le cas échéant, le recours à ces dispositifs n'est pas aisé, alors qu'une meilleure coopération est souhaitée par une majorité des participants. La notion de coopération intervient également dans le suivi des patients âgés, mettant en avant la nécessité de poursuivre le développement de l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée.

Plusieurs pistes de développement sont envisagées, voire déjà favorisées : on peut ainsi citer les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, ainsi que la télépsychiatrie. L'extension de leur domaine d'activité au domicile du patient et non seulement aux structures médicosociales pourrait permettre d'œuvrer pour un accès aux soins facilité dans un contexte de perte d'autonomie physique comme psychique. La récente création du statut d'infirmier en pratique avancée pourrait également venir renforcer l'offre de soins spécifique disponible.

La psychiatrie de la personne âgée, discipline relativement récente, va ainsi probablement devoir continuer à se transformer afin de répondre aux objectifs du « bien vieillir » et aux enjeux de santé mentale associés.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude à destination des psychiatres de l'adulte des Hauts-de-France

Description de l'offre de soins en Psychiatrie de la Personne Agée par secteur dans la région des Hauts de France

Etude sur l'offre de soins sectorielle en PPA

Bonjour,

Actuellement interne de Psychiatrie de la Personne Âgée (PPA) à Lille, je réalise mon travail de thèse sur l'accès aux soins spécialisés en PPA dans la région des Hauts de France.

Ce travail est encadré par le Docteur Wanda Blervaque, psychiatre de la personne âgée au CHU de Lille, et est soutenu sur le plan méthodologique par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM).

Ce questionnaire est à destination de tous les psychiatres de l'adulte et/ou de la personne âgée travaillant en psychiatrie sectorielle publique dans les Hauts de France. L'objectif principal de cette étude est de préciser l'offre de soins en PPA au sein de chacun des secteurs de la région des Hauts de France.

Chacune de vos réponses permettra de préciser cette évaluation globale et de proposer des perspectives d'amélioration et d'homogénéisation de l'offre de soins en PPA sur le territoire.

Le temps de réponse à ce questionnaire est d'environ 10 minutes

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail et de votre participation à ce projet.

Rodolphe ALLANE

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Démographie médicale

Quel est votre statut ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Praticien hospitalier titulaire
- Praticien hospitalier contractuel
- CCA / Assistant
- Autre

Quel âge avez-vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous exercez en tant que psychiatre depuis : *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre spécialité médicale initiale ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Psychiatre

Gériatre

Médecin généraliste

Autre

Quel est votre domaine d'activité actuel ? (plusieurs réponses possibles) *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Psychiatrie Adulte

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Psychiatrie de la Personne Âgée

Autre:

Dans quel département exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aisne
- Nord
- Oise
- Pas de Calais
- Somme

Dans quel secteur exercez vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous exercez : (plusieurs réponses possibles) *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En hospitalisation complète / appartements thérapeutiques
- En hospitalisation de jour / de semaine
- En activité de liaison
- En CMP et / ou en CATTP et / ou en équipe mobile (soins ambulatoires)
- En Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Autre:

**Formation et pratiques de soins en Psychiatrie de la
Personne Âgée**

Avez-vous été formé spécifiquement à la prise en charge psychiatrique des personnes âgées ? (plusieurs réponses possibles) *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui par une formation diplômante en psychogériatrie / Psychiatrie de la Personne Âgée
- Oui par une formation diplômante en gériatrie
- Oui par une formation non diplômante (préciser)
- Oui lors de semestres d'internat effectués en unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée
- Oui lors de votre post internat
- Non
- Autre:

Avez-vous déjà exercé en unité spécialisée de Psychiatrie de la Personne Âgée ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé par une formation spécifique en Psychiatrie de la Personne Âgée ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, sous quel format ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '11 [FORMATIONSPE1]' (Seriez-vous intéressé par une formation spécifique en Psychiatrie de la Personne Âgée ?)

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Formation diplômante
- Formation non diplômante
- Intervention « flash » axée sur une problématique précise
- Documentation (écrite, vidéo, ...) spécifique
- Autre:

Entre 1 (jamais) et 5 (toujours), pouvez-vous déterminer à quel point ces profils de patients âgés relèvent d'une prise en charge spécifique en Psychiatrie de la Personne Âgée ?

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Trouble psychiatrique ancien et vieillissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychiatrique à début tardif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychiatrique associé à une comorbidité neuro cognitive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques stabilisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychiatrique associé à une ou plusieurs pathologies gériatriques décompensées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychiatrique associé à une perte d'autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du comportement en lien avec une pathologie psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du comportement en lien avec une pathologie non psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintien à domicile difficile / entrée en institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En moyenne, sur un mois, combien de patient pouvant relever de la Psychiatrie de la Personne Âgée rencontrez-vous ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Sur une échelle de 0 (pas de difficulté) à 10 (difficulté extrême), à quel degré vous sentez-vous en difficulté pour prendre en charge des patients âgés ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Offre de soins sectorielle en Psychiatrie de la Personne Âgée

Y a-t-il une offre de soins spécifique en psychiatrie de la personne âgée dans votre secteur ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, sur une échelle de 0 à 10, est-elle suffisamment développée pour répondre aux besoins de votre secteur ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '16 [OFFREDESAINPPA1]' (Y a-t-il une offre de soins spécifique en psychiatrie de la personne âgée dans votre secteur ?)

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Concernant un avis médical spécialisé en psychiatrie de la personne âgée, vous pouvez solliciter (plusieurs réponses possibles) :

! Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Un collègue spécifiquement formé à cette discipline médicale
- Une équipe mobile intra hospitalière
- Une équipe mobile extra hospitalière
- Un service spécialisé
- Vous n'avez pas cette possibilité

Autre:

Si oui, cet avis spécialisé provient : (plusieurs réponses possibles)

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Du secteur de psychiatrie où vous exercez
- D'un autre secteur de psychiatrie que vous pouvez solliciter
- De dispositifs intersectoriels, ou appartenant à un autre pôle de compétence (en dehors des dispositifs sectoriels de psychiatrie)
- Du secteur privé
- Autre:

Avez-vous la possibilité d'hospitaliser des patients dans un service spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Concernant le suivi psychiatrique des patients âgés : *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Il est effectué uniquement par votre secteur
- Il est effectué conjointement avec une unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée
- Il est effectué uniquement par une unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée

Cela vous semble-t-il adapté ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si non, pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '22 [SUIV12]' (Cela vous semble-t-il adapté ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

**Recours à l'offre de soins en Psychiatrie de la
Personne Âgée**

Entre 1 (jamais) et 5 (toujours), pouvez-vous prioriser ces raisons pouvant justifier d'un recours à un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Doute sur le diagnostic, présentation clinique atypique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptation de la thérapeutique médicamenteuse (choix de molécule, posologie, risque iatrogène)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impasse thérapeutique, trouble psychiatrique résistant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientation ou choix d'une thérapeutique non médicamenteuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrication de troubles psychiatriques et cognitifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrication de troubles psychiatriques et somatiques (autres que cognitifs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pourriez-vous avoir besoin d'un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée pour une autre raison que celles citées précédemment ? Si oui laquelle / lesquelles ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Sur une échelle de 0 (très facile) à 10 (très difficile), à combien estimez-vous la difficulté de recours à un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

A quelle fréquence avez-vous besoin d'un avis spécialisé en Psychiatrie de la Personne Âgée ?

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Concernant les patients relevant de la Psychiatrie de la Personne Âgée que vous prenez en charge, à quelle fréquence une hospitalisation est-elle souhaitable ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

En l'absence de possibilité d'hospitalisation en unité spécialisée en Psychiatrie de la Personne Âgée, entre 0 (inutile) et 5 (très utile), pourriez-vous prioriser ces alternatives ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Avis téléphonique spécialisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléconsultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation spécifique en urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation spécifique à distance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HDJ / HDS / HPDD spécialisé en PPA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (PPA, Gériatre, Neurologue, MPR, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe mobile intersectorielle avec évaluation au domicile du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe mobile intersectorielle avec évaluation du patient dans votre service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En l'absence de possibilité d'hospitalisation, d'autres alternatives vous semblent-elles intéressantes ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous des remarques particulières ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour vos réponses.

Annexe 2 : Part de la population de plus de 60 ans par secteur de psychiatrie publique
des Hauts-de-France

Source : Cartopsy Hauts-de-France 2018

Code	Libellé	Nombre de personne ≥ 60 ans	Nombre de personne ≥ 18 ans	Part des ≥ 60 ans (%)	Secteur gérontologique
02G01	02G01	15565	42204	36,88	OUI
02G02	02G02	23686	66869	35,42	OUI
02G03	02G03	23404	69900	33,48	OUI
02G04	02G04	20592	61914	33,26	OUI
02G05	02G05	20369	58276	34,95	OUI
02G06	02G06	20573	55376	37,15	OUI
02G07	Saint-quention	19221	56344	34,11	OUI
59G01	Rosendaël - Hondshoote	15594	41943	37,18	OUI
59G02	Bergues - Coudekerque	14168	42306	33,49	OUI
59G03	Wormhout	17966	54685	32,85	OUI
59G04	Gravelines - Bourbourg	16164	53756	30,07	NON
59G05	Cassel - Hazebrouck	16163	49457	32,68	OUI
59G06	Bailleul - Merville	13044	40921	31,88	OUI
59G07	Armentières	16025	53804	29,78	NON
59G08	Loos - Haubourdin	21060	74865	28,13	NON
59G09	Seclin	17420	56062	31,07	NON
59G10	Cysoing	15523	50910	30,49	NON
59G11	Villeneuve d'Ascq	15391	60950	25,25	NON
59G12	Roubaix centre	6581	27149	24,24	NON
59G13	Roubaix est - Hem - Lannoy	12701	45448	27,95	NON
59G14	Roubaix ouest - Croix -Wasquehal	14833	57172	25,94	NON
59G15	Wattrelos - Leers	11552	37956	30,44	NON
59G16	Tourcoing - Neuville-en-F.	11178	45452	24,59	NON
59G17	Tourcoing - Mouvoux	11892	42562	27,94	NON
59G18	Halluin - Quesnoy sur D.	19642	63572	30,90	NON
59G19	La Madeleine - Marcq-en-B.	19421	63878	30,40	NON
59G20	Lomme - Lambersart	16687	56587	29,49	NON
59G21	Lille - Hellemmes - Mons-en-B.	17443	66757	26,13	NON
59G22	Lille-Nord	8161	58541	13,94	NON
59G23	Lille-Sud	6965	44630	15,61	NON
59G24	Lille-Est	9198	51053	18,02	NON
59G25	Somain	22936	73037	31,40	OUI
59G27	Douai-Nord	15084	46233	32,63	OUI
59G28	Douai-Sud	22402	68622	32,65	OUI
59G29	Saint-Amand-les-Eaux	12007	38807	30,94	NON
59G30	Condé-sur-l'Escaut	14756	47131	31,31	NON
59G31	Anzin	16933	52911	32,00	OUI
59G32	Valenciennes -Trith-St-Léger	17010	59123	28,77	NON
59G33	Denain - Wallers	9814	32435	30,26	NON
59G34	Denain	11467	36676	31,27	NON
59G35	Cambrai - Marcoing	14570	42382	34,38	OUI
59G36	Cambrai - Solesmes	14282	42243	33,81	OUI
59G37	Caudry - Le Cateau	12930	39072	33,09	OUI
59G38	Aulnoye - Le Quesnoy	18191	53622	33,92	OUI
59G39	Maubeuge - Hautmont	15126	47987	31,52	OUI
59G40	Jeumont	10163	30972	32,81	OUI
59G41	Fourmies	14508	41177	35,23	OUI
60G01	60G01	18562	62195	29,84	NON
60G02	60G02	23271	79323	29,34	NON
60G03	60G03	22108	74050	29,86	NON
60G04	60G04	15110	46932	32,20	OUI
60G05	60G05	10772	43560	24,73	NON
60G06	60G06	21267	71528	29,73	NON
60G07	60G07	25307	81822	30,93	NON
60G08	60G08	19192	59011	32,52	OUI
60G09	60G09	16265	51171	31,79	OUI
60G10	60G10	16190	57404	28,20	NON
62G01	Calais-Est	18576	63785	29,12	NON
62G02	Calais-Ouest	17133	55883	30,66	NON
62G03	Boulogne-sur-mer-Sud	24539	73136	33,55	OUI
62G04	Boulogne-sur-mer-Nord	17013	50421	33,74	OUI
62G05	Montreuil	31068	79045	39,30	OUI
62G06	Saint-Omer	14757	49177	30,01	NON
62G07	Aire-sur-la-Lys	16653	50892	32,72	OUI
62G08	Ternois	18530	51447	36,02	OUI
62G09	Lillers	17641	52342	33,70	OUI
62G10	Béthune	17448	54311	32,13	OUI
62G11	Bruay-la-Buissière	14962	45448	32,92	OUI
62G12	Nœux-les-Mines	19164	60219	31,82	OUI
62G13	Liévin	19308	61672	31,31	NON
62G14	Lens	17682	58774	30,08	NON
62G15	Avion	15499	48748	31,79	OUI
62G16	Carvin	15689	48912	32,08	OUI
62G17	Hénin-Beaumont	19508	66142	29,49	NON
62G18	Arras-Nord	21541	63375	33,99	OUI
62G19	Arras-Sud	15851	52353	30,28	NON
62G20	Bapaume	12169	37691	32,29	OUI
80G01	80G01	20034	66072	30,32	NON
80G02	80G02	21764	71181	30,58	NON
80G03	80G03	13890	43131	32,20	OUI
80G04	80G04	18283	58704	31,14	NON
80G05	80G05	21961	61769	35,55	OUI
80G06	80G06	17394	44606	38,99	OUI
80G07	80G07	21685	54721	39,63	OUI
80G08	80G08	13243	47767	27,72	NON
Médiane				31,40	

Bibliographie

1. IFOP [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Les Français et le Bien Vieillir. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-bien-vieillir/>
2. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée.
3. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*. 22 août 2009;374(9690):620-7.
4. 9789242506020_fre.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
5. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Espérance de vie à la naissance en 2022 - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/40_SOC/44_EGF/44A_figure1
7. Gouvernement.fr [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Vieillissement de la société française : réalité et conséquences. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/vieillissement-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences>
8. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#graphique-figure1>
9. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RINFANR5L15B2249.html>
10. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. 2009;
11. Cartothèque [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: [https://cartes.hautsdefrance.fr/?q=map-list&field_mots_cles_tid\[\]=403](https://cartes.hautsdefrance.fr/?q=map-list&field_mots_cles_tid[]=403)
12. Hanon C. La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives. *Rhizome*. 2019;74(4):6-6.
13. Albou Ph. Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2006;6(32):45-50.

14. Hanon C, Camus V. Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? *Inf Psychiatr.* 2010;86(1):15-20.
15. ARRETE-21-04-2017.pdf [Internet]. [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://www.affep.fr/wp-content/uploads/2020/10/ARRETE-21-04-2017.pdf>
16. Lepetit A, Lavigne B, Herrmann M, Hanon C, Limosin F. Formation en psychiatrie de la personne âgée en France : propositions du groupe de travail de l'Affep. *Inf Psychiatr.* 2015;91(9):783-5.
17. [prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf) [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf
18. Pour des solutions concrètes d'accès aux soins dans les territoires.
19. Younès N, Lemogne C. Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. *Après-Demain.* 2017;N ° 42, NF(2):24-6.
20. Jaulin P. Intérêt d'un hôpital de jour gérontopsychiatrique dans une filière de soins aux personnes âgées. *Inf Psychiatr.* 2010;86(1):27-31.
21. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2022/110 du 15 avril 2022 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45332>
22. Instruction DGOS-R4 - EMPPA en EHPAD - 2022_244.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-11/Instruction%20DGOS-R4%20-%20EMPPA%20en%20EHPAD%20-%202022_244.pdf
23. Elie-Lefebvre C, Schuster JP, Limosin F. Telepsychiatry: what role in the care of the elderly? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* sept 2016;14(3):325-31.
24. Téléconsultation [Internet]. [cité 17 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
25. Pancrazi MP, Guinard P, Isserlis C. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. *Inf Psychiatr.* 2015;91(9):755-61.
26. Masson E. EM-Consulte. [cité 20 sept 2023]. Suicide chez les sujets âgés. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/55203/suicide-chez-les-sujets-ages>

27. L'infirmier en pratique avancée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
28. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0164 du 19/07/2018 [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=3m3Uc5wFauIOOfWXk79HNR4APX7KalcLgYeuznhj5ZE=>
29. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0187 du 13/08/2019 [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=XRSPDyIhXu_iMg1MsSQ3YOpLQ_73v3YJlyGkPkXsgCg=
30. Infirmier en pratique avancée (IPA), ce nouveau métier au cœur de la bataille de l'accès aux soins. Le Monde.fr [Internet]. 13 févr 2023 [cité 22 sept 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/02/13/deserts-medicaux-infirmier-en-pratique-avancee-ce-nouveau-metier-au-c-ur-de-la-bataille-de-l-acces-aux-soins_6161600_3224.html
31. Gakou S, Torne Celer A, Ostermeyer M, Biglietto J. Psychiatrie du sujet âgé : l'autonomie, enjeu de la pratique avancée infirmière. *Gérontologie Société*. 2019;41 / 159(2):101-15.
32. Les psychiatres libéraux et d'exercice mixte dans les Hauts-de-France - 2021 [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/les-psychiatres-liberaux-drexcercice-mixte-hauts-france.html>

AUTEUR : Nom : ALLANE

Prénom : Rodolphe

Date de soutenance : 11 octobre 2023

Titre de la thèse : Description de l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée par secteur de psychiatrie publique dans la région des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie de la Personne Âgée

Mots-clés : psychiatrie de la personne âgée, neuropsychiatrie, santé mentale, offre de soins, disparité d'accès aux soins

Résumé :

Introduction : La psychiatrie de la personne âgée existe depuis 2017, après plus de vingt ans à en esquisser les contours. Elle vise à coordonner les soins psychiatriques et somatiques du sujet âgé.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive a été réalisée par un auto-questionnaire adressé aux psychiatres de l'adulte et de la personne âgée exerçant dans les secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-France. Ces secteurs ont été classés selon qu'ils soient gérontologiques ou non.

Résultats : Le taux de participation est de 7.32% (41 participants) ; la majorité des participants exercent dans le Nord et le Pas-de-Calais. Aucun n'exerce dans l'Oise et la Somme. La quasi-totalité exerce en psychiatrie adulte et 12.2% en PPA. Les psychiatres interrogés rencontrent majoritairement entre 1 et 10 patients relevant de la PPA par mois ; tous déclarent un niveau de difficulté de prise en charge intermédiaire. Les personnes intéressées par une formation déclarent un niveau de difficulté plus important. Un psychiatre interrogé sur deux peut solliciter un dispositif spécialisé, avec une note moyenne de 5,3/10 concernant l'adéquation aux besoins du secteur ; l'offre de soins spécifique est mieux représentée dans les secteurs non gérontologiques mais moins en adéquation aux besoins du secteur. 80,5% peuvent solliciter un avis spécialisé. Le suivi des patients est majoritairement assuré par le secteur adulte ; un suivi conjoint entre psychiatrie adulte et PPA est unanimement plébiscité. L'hospitalisation en unité spécialisée est difficile d'accès. Le recours à une équipe mobile de PPA, un hôpital de jour ou de semaine ou à une consultation spécifique est privilégié.

Conclusion : L'offre de soins en PPA reste inégalement développée et repose sur les secteurs de psychiatrie adulte ou les services de gériatrie. Cette étude montre que les dispositifs spécifiques ne sont pas accessibles à tous ; le cas échéant, le recours à ceux-ci n'est pas aisé. Une meilleure coopération est souhaitée par l'ensemble des participants concernant le suivi des patients relevant de la PPA. Plusieurs pistes de développement sont envisagées : équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, télépsychiatrie, recours à l'infirmier de pratique avancée. Une poursuite de l'évolution de notre discipline est alors attendue pour répondre aux objectifs du « bien vieillir » et aux enjeux de santé mentale associés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Madame le Docteur Marie PLAYE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Wanda BLERVAQUE