



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Description des pratiques et des difficultés des médecins
généralistes sur la psychiatrie de la personne âgée dans le
Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2024 à

16h00 au Pôle Recherche

par Tristan DESMAZIERE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Madame le Professeur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Avertissement

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

Table des matières

Table des matières.....	3
Abréviations et acronymes.....	5
I. Introduction.....	6
II. Méthodologie.....	10
1. Type d'étude	10
2. Recherches bibliographiques.....	11
3. Population étudiée	11
4. Aspects réglementaires et éthiques	11
5. Méthode d'entretien	12
6. Recueil de données	12
7. Analyse des données.....	13
8. Technique pour améliorer la fiabilité	13
III. Résultats	14
1. Caractéristiques des entretiens et population étudiée.....	14
2. Rôle du médecin traitant et dynamique d'échange	15
2.1. Place centrale	15
2.2. Relation médecin patient, connaissance du patient, interaction avec les proches.....	15
2.3. Rôle de prescripteur et iatrogénie.....	17
2.4. Coordonner la prise en charge.....	17
2.5. Relais du médecin traitant.....	17
3. Difficultés du médecin traitant	19
3.1. Difficultés intrinsèques	19

3.2.	Motifs cachés	20
3.3.	Etablir un diagnostic psychiatrique.....	20
3.4.	Orientation mal définie	21
3.5.	Délais d'accès.....	21
3.6.	Difficulté à convaincre.....	22
3.7.	Formation théorique.....	22
4.	Difficultés du patient âgé.....	23
4.1.	Auto-stigmatisation et défaut d'insight	23
4.2.	Difficulté d'adaptation.....	23
4.3.	Perte d'autonomie et isolement.....	24
4.4.	Difficulté de mobilité.....	24
4.5.	Renoncement financier d'accès au soin	24
5.	Perspectives.....	25
5.1.	Evolution sociétale et structurelle.....	25
5.2.	Equipes mobiles de psychiatrie.....	25
5.3.	Raccourcissement des délais	26
5.4.	Développement des réseaux, accès, et lisibilité.....	26
5.5.	Formation médicale continue	26
IV.	Discussion	27
1.	Forces et faiblesses de l'étude.....	27
2.	Principaux résultats.....	29
3.	Perspectives.....	33
V.	Conclusion.....	34
VI.	Bibliographie.....	36
	Annexes	39

Abréviations et acronymes

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

I. Introduction

Au 1er janvier 2019, 20% des personnes résidant en France étaient âgées de 65 ans et plus. Ce qui représente une croissance de 4 points en 20 ans et les plus de 60 ans devraient représenter un tiers de la population en 2060 (1). Ce n'est qu'à partir de 100 ans que la majorité d'entre eux vit en institution (2).

Le vieillissement s'accompagne de modification des traits de personnalité et du comportement (3). A la stigmatisation classique des troubles mentaux, s'ajoute la stigmatisation de l'âge, entraînant l'âgisme « *L'âgisme apparaît lorsque l'âge est utilisé pour catégoriser et diviser les gens d'une façon qui entraîne des préjugés, des désavantages et des injustices* » (4). Ainsi, l'âgisme comprend notamment le fait d'associer le vieillissement à un état de déclin, voir à la maladie (5). Cette forme de discrimination se retrouve dans la population générale, chez les personnes âgées mais aussi chez les soignants (6), ce qui renforce la difficulté d'accès aux soins et leur qualité chez les personnes âgées (7). La méconnaissance des personnes âgées sur les lieux de soins et de prise en charge des troubles psychiques accroît cette adversité (8).

Les évènements de vie passés et actuels, l'isolement, les modifications neurobiologiques, le vieillissement physique associé à une perte d'autonomie rendent le sujet âgé à risque de souffrance psychique et de pathologies à expression psychiatrique (9.10).

La psychiatrie de la personne âgée est une surspécialité de la psychiatrie concernant les personnes retraitées ; elle se rapporte souvent aux personnes de plus de 65 ans. Elle est caractérisée par une approche multidisciplinaire avec prise en charge globale : psychologique, physique et sociale (11). L'Agence Régionale de Santé la définit comme la spécialité qui « *prend en charge des sujets âgés présentant des troubles psychiatriques sans syndromes gériatriques associés* » (12).

Ainsi, la psychiatrie de la personne âgée regroupe les patients atteints de pathologies psychiatriques vieillissantes ainsi que les patients atteints de troubles psychiatriques d'apparition tardive (13). Elle se distingue de la « *psychogériatrie* » qui *s'occupe des personnes en souffrance psychique souffrant de syndromes gériatriques et notamment celles présentant des troubles cognitivo-comportementaux* (14).

Concernant le recours au médecin généraliste, les personnes âgées de 70 ans et plus ont 2 fois plus recours aux consultations chez le médecin généraliste que les personnes âgées de 19 à 69 ans. Leur accès géographique au médecin généraliste est également comparable à celui des adultes plus

jeunes (15). Les consultations pour motif de recours psychiatrique concernent 20 à 30% des consultations de médecine générale (16). Plus de la moitié des patients âgés de 65 ans et plus souffriraient d'un trouble psychiatrique, ils s'orientent dans la majorité des cas (7 personnes sur 10) en premier recours vers le médecin traitant (17, 18).

Depuis le 1er janvier 2006, il est nécessaire de déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie afin de bénéficier d'un remboursement optimal de ses soins. Son rôle, est d'assurer les soins de premier recours et de prévention. Il conseille et oriente le patient vers un spécialiste s'il le juge nécessaire (19). Dans 94% des cas, le médecin traitant est médecin généraliste de spécialité (20).

Lorsque le patient est hébergé en EHPAD, le médecin coordonnateur assure l'articulation des soins avec les différents acteurs de santé et les soins en urgence. Il réalise les actes relevant de l'action du médecin traitant lorsque ce dernier n'est pas disponible (21).

Dans le cadre de la santé mentale, le médecin généraliste est le plus souvent le premier contact du patient (22,23). Ils sont à l'origine de 95.5% des prescriptions de psychotropes dans le Nord et le Pas-de-Calais (24).

Une enquête en 2014 réalisée auprès de médecins généralistes retrouve que 9 médecins généralistes sur 10 rencontrent des difficultés d'adressage des patients pour prise en charge relative à la santé mentale notamment en

lien avec le manque de place dans les services spécialisés ainsi que des délais d'attente trop importants (25). Ces difficultés paraissent plurifactorielles : déficit de coordination entre médecins et psychiatres, multiplicité des réseaux rendant la lecture difficile pour le médecin généraliste (CMP, MAIA, CLIC, CATTP, PTA (13), mais également un déficit de formation universitaire pour les médecins généralistes concernant la psychiatrie de la personne âgée.

Le rôle du médecin généraliste est donc supposé au cœur de la prise en charge et de la coordination des soins des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques mais son action semble compromise par plusieurs facteurs.

La santé mentale des personnes âgées présente actuellement un problème de santé publique majeur. Ce phénomène risque fortement de s'accroître avec le temps en raison du vieillissement croissant de la population. Pourtant, la littérature sur le sujet reste insuffisante.

Le but de cette étude est d'identifier de façon plus précise le processus de prise en soins et ainsi repérer les pratiques et difficultés ressenties par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais concernant la prise en soins des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

Pour cela, une approche qualitative a été utilisée. Cette méthode d'analyse permet, en effet, de mettre en perspective les ressentis, les pratiques, les relations entre les différents acteurs, mais également d'identifier les freins à la prise en soins, ainsi que les leviers pouvant permettre de l'améliorer.

L'objectif de cette étude est d'établir de façon éclairée quelles sont les pratiques et les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans le Nord et le Pas-de-Calais concernant la prise en soin des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

II. Méthodologie

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés concernant l'approche de la psychiatrie de la personne âgée en médecine de soins primaires. L'approche qualitative semble être la plus adaptée dans cette étude, elle permet d'identifier les leviers et les faiblesses concernant l'étude des pratiques ambulatoires, ce qui en fait une méthode de choix.

Une méthode d'analyse thématique a été réalisée avec une approche inductive pour essayer de comprendre les pensées, les expériences et les comportements dans un ensemble de données.

2. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à l'aide des moteurs de recherche : Cairn, Cochrane, Google scholar, PubMed ainsi que grâce au service commun de documentation de l'université de Lille.

Le logiciel Zotero 6® a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Les mots clés qui ont été utilisés sont : « General practice » ; « Geriatric Psychiatry » ; « psychogeriatrics » ; « Personne âgée » ; « Psychiatry » ; « Geriatric » ; « Gériatrie ».

3. Population étudiée

L'étude a été réalisée sur une population de médecins généralistes installés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. La prise de contact initiale avec les médecins généralistes a été réalisée par contact téléphonique. Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat et avec un recrutement réalisé par « échantillonnage de convenance », puis par effet « boule de neige », en orientant sur un panel hétérogène d'âge et de durée d'installation ainsi que de secteur géographique.

4. Aspects réglementaires et éthiques

L'accord des participants à la réalisation des entretiens et des enregistrements audios a été obtenu avant chaque entretien. Il a été proposé à chaque médecin participant de lui remettre les retranscriptions issues des

enregistrements audios par mail. L'autorisation de l'ANSM ainsi que d'un comité de protection des personnes n'était pas nécessaire pour cette étude.

5. Méthode d'entretien

Un entretien individuel semi-dirigé a été réalisé par moi-même avec chaque participant avec des questions ouvertes. L'objectif étant d'explorer les représentations, le vécu, les pratiques ainsi que les difficultés des participants.

Un guide d'entretien a été réalisé en lien avec la fédération de recherche en santé mentale pour regrouper les questions ouvertes en se basant sur les difficultés mises en évidence dans la littérature. Le guide d'entretien a pu être modifié au cours de l'étude, le guide initial et le guide final sont disponibles en annexe.

6. Recueil de données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable Xiaomi POCO X3 pro via le dictaphone intégré version 1.9.63.0. Ils ont été réalisés en présentiel, au cabinet ou au domicile des médecins participants. Le verbatim a été retranscrit mot à mot à l'aide du logiciel Word.

Le recueil de données a été arrêté une fois la saturation des données atteinte.

7. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec une méthode d'analyse inspirée de la théorie ancrée et avec une approche inductive. Un codage du verbatim a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo® version 14.23.3.

Une première étape d'étiquetage du verbatim en étiquette expérientielle a été réalisée, suivi d'un codage en propriétés. 61 propriétés ont été retrouvées. Elles ont par la suite été traitées en codage axial pour faire apparaître les différentes catégories (représentées par les sous titres au format X.Y.), qui ont ensuite été regroupées en thèmes (représentés par les titres au format X.).

8. Technique pour améliorer la fiabilité

Une triangulation des données a été réalisée avec une autre personne effectuant également un travail de recherche qualitative pour améliorer la validité interne de l'étude. Des guides méthodologiques en études qualitatives ont également été employés (26, 27).

III. Résultats

1. Caractéristiques des entretiens et population étudiée

Pour cette étude, 9 entretiens semi-dirigés ont été réalisés du 20/01/2022 au 13/10/2022, avec une saturation des données obtenue au 7^{ème} entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés et n'ont pas révélé de nouveaux thèmes afin de valider la saturation des données.

6 Médecins étaient des hommes et 3 étaient des femmes. La moyenne d'âge des participants était de 49ans, avec une moyenne de durée d'installation de 16ans. La durée moyenne d'enregistrement des entretiens était de 16min29.

Les différentes caractéristiques des médecins participants sont présentées dans le tableau suivant.

Participant	Sexe	Tranche d'âge	Années d'installation	Distance du CMP le plus proche en kilomètres
M1	Homme	60-64	34	11
M2	Femme	30-34	2	9
M3	Homme	60-64	30	5
M4	Femme	35-39	5	9
M5	Homme	35-39	8	5
M6	Homme	30-34	4	5
M7	Homme	45-49	15	27
M8	Homme	60-64	40	3
M9	Femme	35-39	7	9

Figure 1 : Caractéristiques des participants

2. Rôle du médecin traitant et dynamique d'échange

2.1. Place centrale

Le médecin généraliste a une place centrale dans la prise en charge des patients âgés atteints d'un trouble psychiatrique. Il est le premier recours du patient, émet des hypothèses diagnostiques, adresse, coordonne le parcours de soins et instaure les traitements médicamenteux.

- M9 : *« je pense qu'on a un rôle de dépistage et d'information et puis après d'orientation »*
- M7 : *« C'est à nous de faire le diagnostic et de mettre le point sur le problème et après effectivement d'arriver à les orienter pour qu'il soit le mieux traité possible et soigné.*

2.2. Relation médecin patient, connaissance du patient, interaction avec les proches

Au-delà d'être le premier recours, le médecin traitant est également le recours privilégié du patient, ainsi que des proches. L'intégralité des entretiens a mis en évidence que les proches sont les premiers à aborder la santé mentale du patient, que ce soit au cours de la consultation, mais également lors de suivi des autres membres de la famille :

- M6 *« c'est très souvent d'abord à la demande d'un membre de l'entourage ou de quelqu'un qui est en contact direct avec la personne ».*
- M4 *« c'est la richesse de la médecine générale, c'est qu'on peut avoir les enfants ou le conjoint séparément au cours du mois. Donc c'est plus facile pour le médecin généraliste d'avoir le retour ».*

Dans certains cas, ce sont les intervenants au domicile qui participent à la prise en charge du patient :

- M9 « *les intervenants à domicile, donc les infirmiers, les aides-soignants. Parce qu'ils connaissent le quotidien des gens et ils voient quand il y a un changement de comportement* ».

Le rôle du médecin traitant est facilité par la connaissance approfondie de leurs patients et avoir ainsi davantage de facilité à dépister un trouble lorsque celui-ci apparaissait.

Les médecins interrogés déclaraient très majoritairement être fréquemment confrontés à des consultations pour un motif psychiatrique. Les principales pathologies rencontrées sont la dépression pour l'intégralité des médecins interrogés, suivie des troubles anxieux. Une discordance de perception a été par ailleurs mise en évidence par un médecin interrogé qui se déclarait peu confronté à ce type de problématique, s'étant aperçu en cours d'entretien y être confronté chaque jour dans sa pratique.

En revanche, un seul participant a abordé le sujet de l'addictologie chez la personne âgée déclarant y être peu confronté.

2.3. Rôle de prescripteur et iatrogénie

Le médecin généraliste est initiateur des prescriptions médicamenteuses mais également concerné par le renouvellement de traitements instaurés par des confrères. L'intégralité des participants a démontré être vigilant quant à la iatrogénie chez la personne âgée, que ce soit par la formation chez les jeunes installés, M5 « *je suis relativement jeune donc je suis sensibilisé aux anxiolytiques et somnifères* », et par la formation continue chez les médecins plus expérimentés M4 « *j'essaie d'être plus vigilante à déprescrire plutôt que de prescrire. Je dirais qu'on prescrit moins* ».

2.4. Coordonner la prise en charge

Au-delà du rôle de prescripteur, le médecin généraliste est coordinateur de soins de la personne âgée, M7 « *C'est à nous de faire le diagnostic et de mettre le point sur le problème et après effectivement d'arriver à les orienter pour qu'ils soient les mieux traités possible et soignés* ».

2.5. Relais du médecin traitant

Les principaux intervenants de la prise en charge sollicités par les médecins interrogés sont les psychologues, neuropsychologues, les psychiatres ainsi que les gériatres.

Peu de médecins déclaraient faire appel à des réseaux M1 « *il y a des services de HAD, et puis des possibilités de prise en charge par des réseaux comme Rosalie, les CLICS.* » quand d'autres n'ont pas connaissance de réseaux à disposition sur leur secteur M7 « *je n'en connais pas, je n'en utilise pas* ».

Les CMP ont été fréquemment mentionnés mais peu utilisés en pratique en raison de délais de prise en charge jugés trop longs. Le délai d'accès, le manque de connaissance des réseaux ainsi que le manque de lisibilité de ceux-ci ont été les principaux facteurs cités concernant les médecins n'y faisant pas appel, M2 « *il faut compter 3 à 4 semaines pour avoir rendez-vous, puis le patient rencontre l'infirmière de psychiatrie et elle décide si on leur montre un psychiatre et il faut compter 2-3mois* ».

Concernant les difficultés d'accès aux spécialistes la problématique du délai de prise en charge a été citée par l'intégralité des participants.

Enfin, un lien a été mis en évidence au cours des entretiens, les médecins se sentant expérimentés et confrontés à des pathologies fréquentes ont davantage tendance à ne pas faire appel à d'autres intervenants.

- M6 « *j'estime que le médecin généraliste est le recours le plus adapté et qu'il n'y a pas de nécessité de faire appel à d'autres praticiens pour les suivis de syndromes dépressifs* ».
- M4 « *La dépend notre curseur de compétences en termes de psychiatrie, notamment la psycho-gériatrie. Quand le curseur est bas, on délègue facilement à la condition que le patient soit d'accord et quand le curseur est haut on gère de bout en bout. Mais ça c'est notre compétence de médecin généraliste* ».

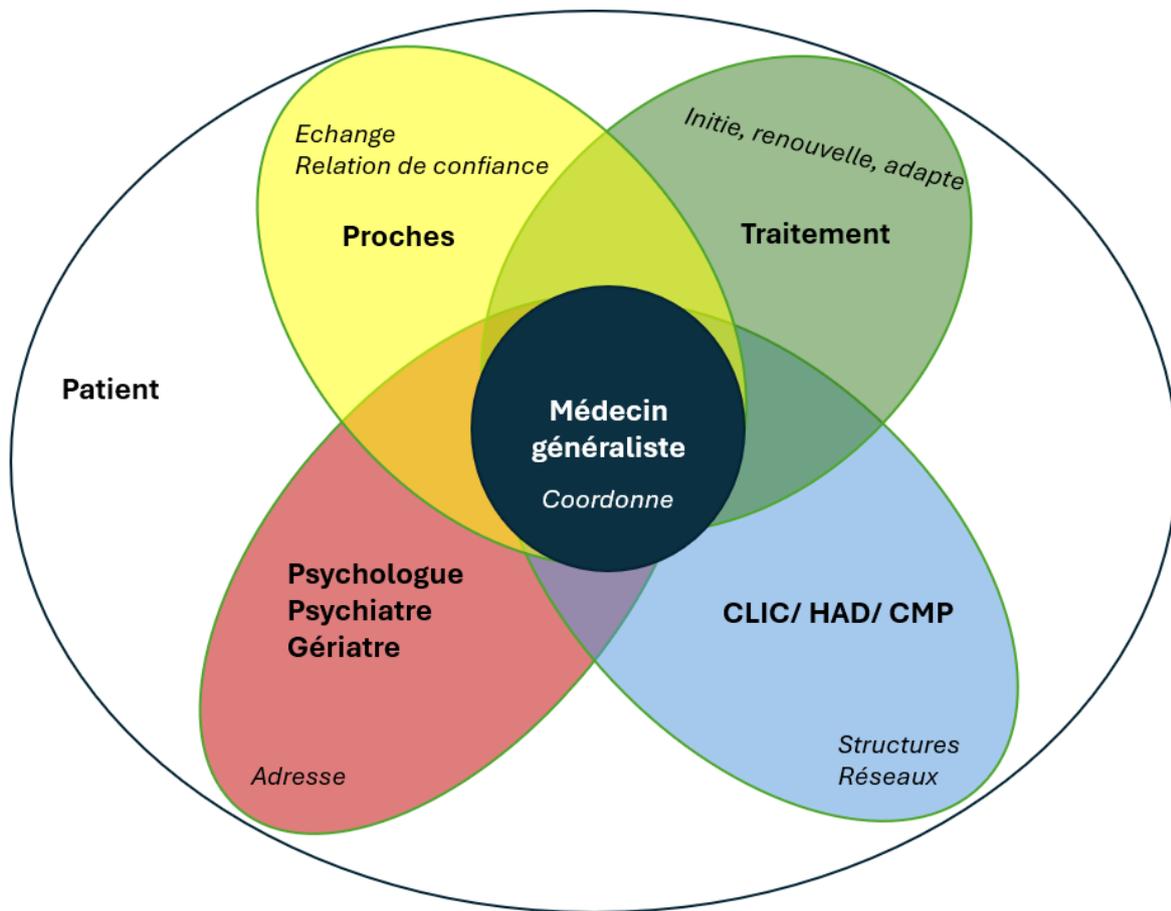


Figure 2 : Rôle du médecin traitant et dynamique d'échange

3. Difficultés du médecin traitant

3.1. Difficultés intrinsèques

Les difficultés intrinsèques au médecin sont un sentiment d'isolement ainsi que la charge importante de travail. Un sentiment de manque de formation théorique initiale avec un apprentissage par le vécu :

- M2 : « *je trouve qu'on n'a pas assez de formation et limite, je trouve que, à part les médicaments de base, le reste, je ne m'y connais pas assez* » ;
« *ma pratique se base sur les stages* » ; « *En tant que jeune médecin généraliste, je suis un peu démunie* »
- M3 : « *la psychiatrie, on l'apprend sur le terrain* »

3.2. Motifs cachés

Les plaintes en rapport avec la santé mentale sont peu abordées par les patients, avec la mise en avant d'une plainte somatique au premier plan. L'intégralité des participants mettent en avant la présence de ces motifs cachés par le patient, que ce soit d'une plainte somatoforme, ou d'un refus conscient ou inconscient du patient d'aborder le sujet de sa santé mentale :

- M8 « *le syndrome dépressif, tous les jours, ne serait-ce que par les douleurs. »*
- M3 « *ce n'est pas critiqué par le patient généralement mais critiqué par l'entourage. »*
- M7 « *Ils ne sont pas toujours conscients de ça en fait. C'est-à-dire que même souvent, on a l'impression que c'est nous qui leur disons, ils sont pas trop conscients [...] en fait en creusant un peu, on arrive à leur montrer qu'ils ont effectivement des soucis ».*

3.3. Etablir un diagnostic psychiatrique

Etablir un diagnostic est également une difficulté ressentie :

- M9 : « *il y a aussi des pathologies psychiatriques je pense différentes pour lesquelles on n'est pas formé je pense en médecine générale et qu'on a du mal à diagnostiquer »*

La distinction du champ de la psychiatrie de la personne âgée a démontré une ambivalence chez les médecins interrogés avec certains participants distinguant bien le champ de la psychiatrie de la personne âgée, contre une

difficulté de reconnaissance pour d'autres, l'intégrant avec les troubles neurocognitifs.

3.4. Orientation mal définie

Concernant l'adressage, une diversité de pratiques a été mise en évidence, avec des adressages qui peuvent s'effectuer soit vers des psychologues, des psychiatres ainsi qu'envers les gériatres. Certains praticiens auraient souhaité avoir des arbres décisionnels clairs afin de mieux définir l'orientation de leurs patients :

- M3 « *peut être une formation un peu plus solide sur des conduites à tenir, très précis, et surtout des orientations, où ? Quand, Comment ?* ».

3.5. Délais d'accès

L'autre difficulté ressentie est en lien avec les délais d'accès aux consultations avec les psychiatres ainsi qu'envers les CMP, jugés trop longs par l'intégralité des participants. Le patient âgé atteint d'un trouble psychiatrique met régulièrement le médecin face à une problématique aiguë, rendant difficile l'accès aux soins ambulatoires, avec un adressage aux urgences hospitalières :

- M3 « *Trouver une solution pour ça, qui est la solution hospitalière. Les difficultés, c'est d'orienter chez qui, comment, où ?* »

L'adressage dans les réseaux est peu utilisé par les participants, les différents facteurs mis en évidence sont les suivants :

- Manque de connaissance des réseaux

- Manque de lisibilité des réseaux
- Ont la connaissance d'un réseau mais ne pensent pas à l'utiliser
- Délai d'accès aux réseaux

Lors de la réalisation de différents entretiens dans une même MSP, 2 médecins déclaraient ne pas connaître de réseaux dédiés sur leur secteur, tandis que le 3^e déclarait travailler avec des réseaux sur son secteur pour la prise en charge psychiatrique et également addictologique. Cela met en évidence l'impact de la lisibilité ainsi que de la connaissance des réseaux dans les pratiques.

3.6. Difficulté à convaincre

L'adhérence du patient à la proposition de prise en soins est parfois difficile, Le praticien pouvant se heurter au refus du patient :

- M5 « *une fois, deux fois, trois fois que je lui dis d'arrêter, non non je ne veux surtout pas l'arrêter. C'est tout je baisse les bras* »
- M4 « *Un monsieur qui a probablement une démence mais qu'il ne veut pas faire bilanter* ».

3.7. Formation théorique

Un manque de formation théorique initiale a été recueilli :

- M2 « *Je trouve qu'on n'a pas assez de formation, et limite je trouve que, à part les médicaments de base, le reste, je ne m'y connais pas assez* ».
- M3 « *La psychiatrie, on l'apprend sur le terrain* ».

Deux participants traitent également du manque de littérature suffisante.

- M9 « *que ce soient les connaissances médicales sont forcément limitées, et puis aussi les connaissances de tout ce qui existe justement* »

Les participants déclaraient détenir leurs connaissances par le biais de l'expérience pour certains, mais également par la réalisation d'un semestre d'internat dans un service de gériatrie ou de psychiatrie pour d'autres.

4. Difficultés du patient âgé

4.1. Auto-stigmatisation et défaut d'insight

L'auto-stigmatisation de la personne âgée a été mise en évidence, concernant l'abord de leur santé mentale, ainsi qu'un défaut d'insight. L'abord est réalisé principalement par les proches. Une fois le diagnostic expliqué au patient, un déni persiste, entravant la prise en charge :

- M7 « *la difficulté principale, c'est de leur faire accepter le diagnostic* »

4.2. Difficulté d'adaptation

Les personnes âgées présentent une difficulté d'adaptation que ce soit face à l'introduction de nouveaux traitements, mais également par l'arrivée de nouveaux intervenants, ce qui est à l'origine d'une difficulté pour le médecin à convaincre son patient d'accepter la prise en charge :

- M9 « *ils n'ont pas envie d'avoir de nouveaux traitements* »
- M5 « *On y va plus doucement chez la personne âgée. C'est plus dur de changer les habitudes chez les gens.* »

4.3. Perte d'autonomie et isolement

Les problèmes d'autonomie liés à l'âge ont été très fréquemment retrouvés, avec des patients fréquemment isolés, un maintien à domicile difficile, ou des patients difficilement transportables.

- M4 « *c'est à partir du moment où ils sont grabataires et non déplaçables. On n'a pas de solution* ».

4.4. Difficulté de mobilité

La majorité des entretiens a retrouvé des difficultés de déplacement concernant la conduite automobile, rendant l'adressage difficile.

- M5 « *prendre la voiture, ça a l'air de rien, c'est pas facile pour les gens* ». « *L'accès au cabinet, l'air de rien, pas de place pour se garer ou ils ne peuvent pas y aller* ».

4.5. Renoncement financier d'accès au soin

Un frein financier, avec certains patients devant renoncer financièrement à l'accès au soin, concernant les consultations de psychologie ainsi que pour les spécialistes en secteur 2, aboutissant à une prise en charge incomplète voire un refus total de prise en charge.

- M7 « *Des psychologues en ville il y en a plein sur le secteur, ce serait facile de les faire rencontrer. J'en ai même une qui se déplace à domicile. Mais c'est pas pris en charge. Ça reste un gros frein* ».

- M4 « *c'est le psychologue qui a finalement pu venir, mais là aussi, le coût de la consultation a la charge du patient. Donc finalement ça s'est fait une fois, et puis ensuite elle n'a pas voulu donner suite* » ; « *C'est différent des tarifs ; des honoraires de psychiatres en ville sont de fait 80-100€* ».

5. Perspectives

5.1. Evolution sociétale et structurelle

Une évolution des moyens a été retrouvée chez les participants installés depuis plus longtemps, avec un investissement structurel (EHPAD, services hospitaliers) de meilleure qualité qu'au début de leur carrière, mais également une modification de la place de la personne âgée dans la société, avec une déconstruction des stigmates de l'âgisme que ce soit au niveau individuel ou sociétal.

- M5 « *Avant, un vieux, on dit qu'il est vieux. Maintenant peut-être qu'on est un peu plus centré sur le patient* » ; « *Je pense que la personne âgée elle est peut-être en peu plus recentrée qu'avant au sein de la société* ».
- M2 « *que la prise en charge des personnes âgées soit considérée comme aussi urgente que la prise en charge des gens plus jeunes, ce qui n'est pas toujours le cas* ».

5.2. Equipes mobiles de psychiatrie

L'intégralité des médecins interrogés souhaiteraient la création d'équipes mobiles de psychiatrie se rendant au domicile des patients.

- M6 « *C'est à dire que s'il pouvait y avoir une équipe, un réseau qui pouvait se mettre en place, comme on peut avoir des réseaux pour la prise en charge des soins palliatifs, pour les équipes mobiles de gériatrie qui parfois nous débloquent des situations* »

5.3. Raccourcissement des délais

Un délai raccourci de consultation par la spécialiste serait également souhaité par tous les médecins généralistes interrogés.

- M2 « *vu les délais pour avoir un avis spécialisé, c'est compliqué* ».

5.4. Développement des réseaux, accès, et lisibilité

Ils souhaiteraient également une simplification de la lecture des réseaux avec un numéro unique, un accès téléphonique direct à un psychiatre pour les demandes d'avis. Des rappels réguliers d'informations concernant les réseaux et structures existantes sur leur secteur ont été évoqués.

- M1 « *il devrait y avoir peut-être par le biais des CLIC ou bien je ne sais pas, le fait qu'on nous rappelle ça, qu'il y ait possibilité de prise en charge par le réseau, tel numéro, un numéro d'appel unique, avec un interlocuteur* ».

5.5. Formation médicale continue

Les participants déclarent majoritairement souhaiter davantage de formation médicale continue sur ce sujet face auquel ils se disent être en difficulté ; mais également avoir des rappels réguliers sur les recours existants :

- M1 « C'est vrai que l'on a été contacté par le réseau de psychiatrie des personnes âgées, mais c'est une fois dans le temps, et au bout de quelques mois et bien on oublie, si on n'a pas le besoin de la ressource rapidement et bien on oublie ».

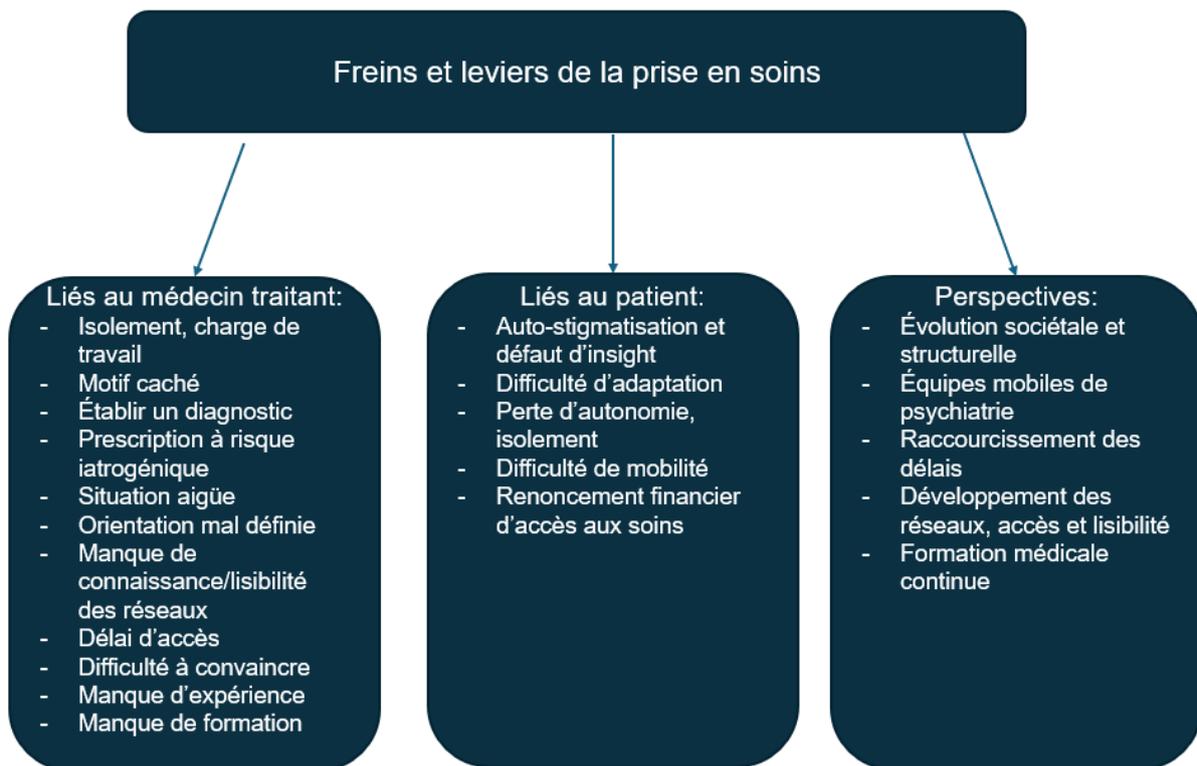


Figure 3 : Freins et leviers de la prise en soins

IV. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

Les forces de cette étude sont liées à son type de méthodologie permettant l'identification des leviers ainsi que des freins auxquels sont confrontés les médecins généralistes. Elle a été menée jusqu'à saturation des données avec la réalisation des 2 entretiens supplémentaires.

Le questionnaire réalisé en lien avec la fédération de recherche en santé mentale, est basé sur des questions ouvertes, ce qui en fait également une force, ce type de questions permet de favoriser l'obtention de réponses riches en information et de donner de la liberté au participant, ce qui favorise l'exploitation du verbatim.

La triangulation des données réalisée avec un autre étudiant effectuant un travail de recherche qualitative permet également d'augmenter la validité interne.

Bien que ce type d'étude ne soit pas basé sur des critères quantifiables, le nombre de médecins interrogés ne permet pas de représenter l'ensemble des médecins du Nord et du Pas-de-Calais.

Le recrutement par « échantillonnage de convenance » puis par effet « boule de neige » induit également un biais de sélection dû au recrutement réalisé de « proche en proche » des participants. Néanmoins, les médecins interrogés présentent des âges et durées d'exercice ainsi que de secteurs d'exercices variés, seule la parité homme femme est moins bien représentée dans l'échantillon de participants.

L'enquêteur étant de la même profession que les enquêtés, cela a pu libérer la parole mais à contrario provoquer une réserve des enquêtés par peur

d'être jugés, pouvant induire un biais du répondant ainsi qu'un biais de désirabilité sociale.

Le guide d'entretien a pu être modifié au cours des premiers entretiens, ce qui est d'usage dans l'établissement d'un modèle s'inspirant de la théorie ancrée, néanmoins, la façon d'interroger les participants a pu influencer le discours des médecins participants, ce qui peut induire un biais d'investigation.

2. Principaux résultats

Notre étude met en évidence le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge des patients âgés atteints d'un trouble psychiatrique, de par son rôle de coordinateur de la prise en charge, mais également par la relation de confiance établie (19, 28).

L'apport bénéfique de l'entourage dans la prise en charge a également été mise en évidence tant pour le soutien du patient que pour l'apport du diagnostic (29).

Les motifs les plus fréquemment rencontrés étaient les troubles dépressifs et les troubles anxieux, ce qui est concordant avec les données épidémiologiques de la littérature (30). En revanche, la comorbidité addictologique a peu été abordée par les participants et décrite comme peu fréquente ce qui

est en inadéquation avec les données de la littérature, retrouvant une prévalence du trouble lié à l'usage de l'alcool de 20 à 40% chez les patients institutionnalisés ; les consommations de substance psychoactives illicites sont en revanche très rares, la littérature restant assez pauvre à ce sujet (31).

Les résultats montrent une uniformité quant à la vigilance des prescriptions à risques iatrogéniques, fréquente dans cette catégorie de population (32, 33).

Les psychologues sont les premiers recours de la psychothérapie, ce choix est justifié par la proximité géographique ainsi que des délais d'adressage plus rapides que chez les psychiatres (25, 34). Cela a été renforcé depuis l'arrivée du dispositif Mon Psy permettant le remboursement de ces consultations.

Le recours aux réseaux est ainsi peu utilisé, justifié par un maillage inégal du territoire en termes d'offres (35), mais également par une méconnaissance des réseaux existants. Notre étude a mise en évidence la disparité de pratiques ainsi que de connaissance des réseaux, s'étant intéressé à différents médecins d'une même MSP, l'un ne connaissant pas de réseaux à sa disposition et l'autre y ayant recours régulièrement.

Concernant les CMP, bien que le délai de premier rendez-vous avec une infirmière de psychiatrie soit précoce, le délai d'accès au psychiatre va de

quelques jours à 3 mois (36), ce qui diffère des délais plus longs évoqués dans notre étude.

La prise en charge médicamenteuse est fréquemment initiée par les médecins généralistes, ils sont également responsables du renouvellement et de l'adaptation des traitements (24).

Les difficultés ressenties par le médecin sont principalement liées à un sentiment d'épuisement professionnel, d'isolement, ainsi que de manque de connaissances théoriques concernant la psychiatrie du sujet âgé. Ce point n'a pas été développé davantage dans notre étude, la littérature étant largement fournie à ce sujet (37). Le taux de burn-out en médecine générale étant de l'ordre de 60.8% contre 53% pour leurs confrères exerçant d'autres spécialités (38).

Le motif caché de la santé mentale est un autre facteur de la difficulté de prise en soins, avec une plainte rapportée par les proches en premier lieu. Le praticien se basant davantage sur l'entourage et les équipes paramédicales (infirmières, aides-soignants), ainsi que sur les modifications de comportement de son patient.

La distinction du champ de la psychiatrie de la personne âgée est une difficulté ressentie, en ce sens, la littérature manque de clarté à ce sujet. No-

tamment due à une sémiologie confondante distinguant d'une part la psychiatrie de la personne âgée ou gérontopsychiatrie (12, 13), de la psychogériatrie (14).

Des difficultés sont également ressenties sur une orientation mal définie. La psychiatrie de la personne âgée étant multidisciplinaire, elle peut nécessiter une prise en soins psychologiques, psychiatriques, sociales et gériatriques (39).

Un défaut d'insight de la personne âgée a été mis en évidence. L'auto-stigmatisation qui « *se produit lorsque les personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles intériorisent les attitudes négatives de la société à leur égard, ce qui les amène à se blâmer et à avoir une faible estime de soi* » (40) favorise les motifs cachés ainsi que la difficulté d'adaptation de la personne âgée face au diagnostic. Mais également face aux propositions de prise en soins, qu'elles soient médicamenteuses, ou un adressage vers d'autres professionnels de santé, pouvant aboutir à un refus de soins ou à un arrêt précoce de celle-ci.

La perte d'autonomie et l'isolement de la personne âgée ont également été retrouvés comme facteurs défavorables pour la prise en charge.

La difficulté de mobilité de la personne a été mise en évidence chez l'intégralité des participants de notre étude. Le frein financier a également été un

facteur clé des difficultés propres à ces patients, ce qui concorde avec la littérature à ce sujet (25).

3. Perspectives

Notre étude a permis de recueillir les pratiques ainsi que les difficultés des médecins généralistes prenant en charge des personnes âgées atteintes d'un trouble psychiatrique. Néanmoins, elle a également permis d'identifier des leviers potentiels permettant d'y répondre.

L'évolution sociétale de la place de la personne âgée prend un tournant, à l'aube d'une société où les personnes âgées de 65ans et plus seront une classe démographique dominante au sein de la population. La mise en place de consultations citoyennes comme celle menée par Agnès Busyn en 2018 « comment prendre soin de nos aînés » en est un exemple, ainsi que la déconstruction progressive de l'âgisme.

Le développement des structures sur le territoire français comme les EPHAD permet de faire face aux problèmes d'autonomie et d'isolement de la personne âgée.

Les consultations psychologiques, via le dispositif MonPsy crée en avril 2022 permettent une prise en charge par l'assurance maladie pouvant pallier aux difficultés financières, mais restent une solution partielle aux problématiques démographiques des acteurs de soins du patient.

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, suggérées par les participants est en cours de développement, mais ne permettent pas à l'heure actuelle de couvrir l'ensemble de notre maillage territorial.

Quant aux médecins généralistes, la formation continue ainsi qu'une information régulière sur les réseaux, praticiens, et structures existantes apparaît comme des facteurs déterminants pour la prise en soins.

Il apparaîtrait ainsi intéressant de mettre en place des réunions d'information, via le développement des CPTS, ou la distribution de flyers; afin d'optimiser la connaissance des praticiens, et d'évaluer l'impact de cet apport sur les pratiques des médecins généralistes ainsi que leur ressenti.

V. Conclusion

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un trouble psychiatrique. Par leur fonction de coordination, mais également par leur relation privilégiée avec leurs patients.

Bien que les médecins généralistes se sentent facilités par la connaissance de leurs patients et de leur entourage, les difficultés ressenties de prise en

charge s'avèrent plurifactorielles, que ce soit pour le médecin ainsi que pour son patient : manque de temps, de formation, délais d'adresses aux psychiatres longs, difficulté à modifier l'habitus, frein financier et de mobilité du patient âgé.

L'évolution des stigmates de la personne âgée, la mise en place de dispositifs de remboursement pour le suivi psychologique, ainsi qu'une meilleure coordination territoriale passant par l'information et des échanges répétés entre les différents acteurs de santé d'un territoire pourraient permettre de faciliter l'orientation et la prise en charge de ces patients. De plus, les médecins généralistes semblent favorables à ce type d'aide dans leur pratique.

Un accroissement de la connaissance et de la lisibilité des réseaux pourrait être une aide intéressante pour améliorer le vécu des médecins généralistes et améliorer la prise en soin de leurs patients. Elle ne permettra cependant pas, seule, de palier aux nombreuses difficultés inhérentes à la prise en soin des personnes âgées atteintes d'un trouble psychiatrique.

VI. Bibliographie

1. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
2. Seniors – France, portrait social | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
3. J-P. Clément, B. Calver. Psychopathologie de la personne âgée. In: Manuel de psychiatrie. 3ème édition. Elsevier Masson; 2017. p. 553-4.ue
4. L'âgisme, un enjeu. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
5. Bizzini L. L'âgisme. Gerontol Soc. 2007;30 / n° 123(4):263-78.
6. Vieillir en bonne santé dans une société âgiste.... NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2017;17(102):389-98.
7. Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux-Un protocole technique d'accord. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf
8. Giordana J-Y, Roelandt J-L, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées: Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encephale. 2010;(Supplément 1 au N°3):59-64.
9. Ionita A. Différentes dimensions de la vulnérabilité psychique du sujet âgé. Eur Psychiatry. 1 nov 2014;29(8, Supplement):576.
10. La santé mentale en vieillissant - Psycom - Santé Mentale Info. <https://www.psycom.org/>. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/la-sante-mentale-en-vieillissant/>
11. Psychiatry of the elderly: A consensus statement. Geneva: WHO. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf
12. cadre_dorganisation_psychogeriatric_juin_2017.pdf Disponible sur: https://www.fhp-hautsdefrance.com/app/uploads/2021/01/cadre_dorganisation_psychogeriatric_juin_2017.pdf
13. Pancrazi M-P, Guinard P, Isserlis C. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. Inf Psychiatr. 10 déc 2015;Volume 91(9):755-61.
14. Psychogériatrie. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/psychogeriatric>

15. L'accès aux soins des personnes âgées - data.gouv.fr. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/l-acces-aux-soins-des-personnes-agees-572827/>
16. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 févr 2008;166(1):63-70.
17. Rigaud A-S, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux M-L, Hanon O, et al. Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC - Psychiatrie*. 1 nov 2005;2(4):259-81.
18. Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *EMC - Psychiatrie*. janv 2004;1(1):1-6.
19. Dispositif du médecin traitant Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
20. Observatoire des parcours de soins des Français - Thème 2 : Les Français et la médecine de ville. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medicine-de-ville-Santeclair.pdf>
21. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2019-714 juill 5, 2019.
22. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):47-54.
23. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.
24. Plancke L, Benoît E, Chantelou M-L, Amariei A, Vaiva G. Le recours aux médicaments psychotropes dans le Nord – Pas-de-Calais (France). *Therapies*. 1 juill 2009;64(4):279-87.
25. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
26. Trimbou M, Placke L « Réaliser une étude qualitative en santé » décembre 2021 F2RSM Psy. Disponible sur <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
27. Lebeau J-P « Initiation à la recherche qualitative en santé » Groupe universitaire de qualitative médicale francophone, 2021.
28. Muzny, Petr. « La confiance mutuelle entre le médecin et son patient : pas seulement un principe, mais aussi une réalité ». *Rev Med Suisse* 136 (5 décembre 2007): 2806-8.
29. Fantino, Bruno, Jean-Pierre Wainsten, Martine Bungener, Hugues Joublin, et Catherine Brun-Strang. « Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient: » *Santé Publique* Vol. 19, n° 3 (1 septembre 2007): 241-52. <https://doi.org/10.3917/spub.073.0241>.

30. « Santé mentale et vieillissement ».. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
31. Chauvel C, Trépied V « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS » HAS, novembre 2022, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention__rdrd_esms_volet_pa_2023_01_24.pdf
32. ParneyA_Poster_DeprescriptionObstacles Disponible sur https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/038_.pdf
33. traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf [Internet] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fiche-synth_sujetage.pdf
34. Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/sur-doctolib-le-volume-de-consultations-des-18-24-chez-les-psychiatres-et-les-psychologues-augmente>.
35. Planche L, Bubrovsky M « la psychiatrie de la personne âgée dans les Hauts-de-France » juin 2022 Disponible sur <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30212.pdf>
36. Dupays, Stéphanie, et Dr Julien Emmanuelli. « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient », juin 2020 Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, disponible sur <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>
37. Fovet, Thomas, Ali Amad, Pierre Alexis Geoffroy, Nassir Messaadi, et Pierre Thomas. « État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France ». *L'information psychiatrique* 90, n° 5 (2014): 319-22. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1201>.
38. « Burn out : médecins en difficulté | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins ». <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>.
39. Hanon, Cécile. « La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives ». *Rhizome* 74, n° 4 (2019): 6-6. <https://doi.org/10.3917/rhiz.074.0006>.
40. « L'autostigmatisation ». *Centre Franco Basaglia* 27 novembre 2015. <https://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/lautostigmatisation/>.

Annexes

Guide d'entretien :

QUESTIONNAIRE :

- 1) Pourriez-vous me parler de la manière dont les questions de psychiatrie de la personne âgée se posent dans votre pratique ?

- 2) A quelle fréquence recevez-vous des personnes âgées pour des problématiques de santé mentale ? Est-ce le motif qui les amène à consulter ?

- 3) Quelle est la dernière situation s'étant présentée à vous ?

- 4) Quelles sont, selon vous, les pathologies que vous rencontrez le plus souvent ?

- 5) Quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques de la personne âgée ?

- 6) Avec quels réseaux/partenaires travaillez-vous pour les prendre en charge ?

- 7) Quelles sont les évolutions que vous avez pu constater au cours de votre pratique ?
- 8) A ce propos, quel âge avez-vous ? Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet ?
- 9) Quelles sont les limites/difficultés que vous rencontrez ?
- 10) Avez-vous des attentes concernant la psychiatrie de la personne âgée ? Y a-t-il des éléments qui seraient nécessaires, selon vous, pour améliorer leur prise en charge ?

Liste des propriétés extraites du verbatim :

Abord de la santé mentale par les proches
Accès au second recours long
Adresser en cas de prise en charge complexe
Avoir des réseaux à disposition
Avoir un suivi par le psychiatre
Avoir un avis expert facilement disponible
Avoir une information régulière sur les recours possibles
Avoir une place centrale dans la prise en soins du patient
Connaissance des patients
Connaissances théoriques limitées
Coordonner la prise en soins
Difficulté à convaincre
Difficulté d'adaptation de la personne âgée

Difficulté face au maintien à domicile

Difficulté d'orientation

Difficulté dans la prise en soins des troubles du comportement

Difficulté de réaliser une prise en soins globale

Difficulté à établir un diagnostic

Difficulté liée au manque d'expérience

Distinguer le champ de la psychiatrie de la personne âgée

Délai de consultation psychiatrique plus rapide

Déni du trouble par le patient

Développement de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses

Enseignement universitaire insuffisant

Formation médicale continue

Garder les mêmes pratiques

Investissement structurel

Isolement de la personne âgée

Manque de réseaux

Manque de solutions thérapeutiques

Manquer de connaissances théoriques

Manquer de professionnels de santé

Meilleure lisibilité des réseaux

Mettre en place des équipes mobiles de psychiatrie

Mobilité réduite de la personne âgée

Ne pas s'informer de la mise en place des réseaux

Négligence de la personne âgée atteinte d'un trouble psychiatrique

Manquer d'information sur les nouveautés

Prendre en compte le risque iatrogénique

Prendre son temps pour réaliser une prise en soins

Prescription à risque iatrogénique

Recours privilégié au médecin traitant

Relation de confiance médecin-patient

Rencontrer des motifs cachés
Rencontrer fréquemment des dépressions
Rencontrer fréquemment des troubles anxieux
Rencontrer peu de psychoses
Rencontrer principalement des motifs somatiques
Rencontrer souvent des troubles psychiatriques de la personne âgée
Renoncement financier d'accès aux soins
S'informer des réseaux en place
Se heurter au refus des patients
Tabou de la santé mentale
Travailler en équipe, en réseau
Utiliser des outils diagnostics
Evolution de la place de la personne âgée
Être confiant face aux diagnostics fréquents
Être débordé
Être expérimenté rassure
Être isolé
Être régulièrement confronté à une situation aiguë

AUTEUR : Nom : Desmaziere

Prénom : Tristan

Date de soutenance : 18/04/2024

Titre de la thèse : Description des pratiques et des difficultés des médecins généralistes sur la psychiatrie de la personne âgée dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille « Année 2024 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : General practice » ; « Geriatric Psychiatry » ; « psychogeriatrics » ; « Personne âgée » ; « Psychiatrie » ; « Geriatric » ; « Gériatrie »

Résumé :

Contexte : En raison d'une démographie française vieillissante, le nombre de patients âgés atteints d'un trouble psychiatrique est en croissance. Cette tranche de population a davantage recours aux soins médicaux. Le médecin généraliste est au cœur de la prise en soin.

Matériel et méthode : L'objectif principal de cette étude est d'établir quelles sont les pratiques ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en soins de patients âgés atteints d'un trouble psychiatrique. Cette étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : Les médecins généralistes sont le premiers recours et coordonnent la prise en soins, ils initient les traitements et adressent le patient si besoin. Le rôle de l'entourage est prépondérant pour apporter le diagnostic. Les médecins se sentent isolés, et semblent manquer de connaissances sur le sujet. Les délais d'accès aux psychiatres sont jugés trop longs, quant aux réseaux, leur multiplicité ainsi que le manque de connaissance de ceux-ci freinent leur accès. Le patient âgé est vu comme étant fragile, difficile à convaincre avec une autonomie limitée entravant les déplacements mais ayant également une problématique d'accès financier aux soins. L'évolution sociétale et des stigmates inhérents à la psychiatrie de la personne âgée, une meilleure connaissance des réseaux, ainsi que le développement d'équipes mobiles de psychiatrie sont des éléments souhaités par les médecins généralistes pour améliorer la prise en soins.

Conclusion : Les médecins généralistes sont les acteurs essentiels de la prise en soins des patients âgés atteints de troubles psychiatriques. L'isolement, les difficultés liées à l'âge, le manque de connaissances théoriques et des réseaux sont les principaux freins mis en évidence.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseur : Madame le Professeur Anita Tilly

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky