



**HAL**  
open science

# Quels sont les freins à l'exercice libéral de la Gériatrie ? Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 gériatres

Anne-Sophie Legros-Hurst

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Legros-Hurst. Quels sont les freins à l'exercice libéral de la Gériatrie ? Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 gériatres. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02971850

**HAL Id: dumas-02971850**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971850v1>**

Submitted on 19 Oct 2020

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse N° 24

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

**Quels sont les freins à l'exercice libéral de la  
Gériatrie ?**

**Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés  
auprès de 11 gériatres**

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2020 par

**Anne-Sophie LEGROS HURST**

Née le 2 octobre 1991, à Sèvres (92)

**Directrice de thèse :**

Madame le Dr Annie Bartholomeus

**Rapporteur de thèse :**

Dr Marco Romero

**Membres du Jury :**

Madame le Professeur RAINFRAY Muriel  
Monsieur le Docteur ROMERO Marco  
Madame le Docteur ROUBAUD Claire  
Madame le Docteur BECERRO-HALLARD Maité  
Madame le Docteur BARTHOLOMEUS Annie

Présidente de thèse  
Rapporteur  
Membre du jury  
Membre du jury  
Directrice de thèse

## **REMERCIEMENTS**

### **A la présidente du jury,**

Madame le Professeur RAINFRAY, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

### **A ma directrice de thèse,**

Madame le Docteur BARTHOLOMEUS, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et avoir accepté de la diriger. Je te remercie pour ton aide et tes conseils sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

### **Aux membres du jury,**

Au Docteur ROMERO, pour avoir accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein du jury.

Aux Docteur ROUBAUD et BECERRO-HALLARD, pour avoir accepté de juger mon travail de thèse.

**Aux gériatres qui ont participé à l'étude,**

Merci pour le temps que vous m'avez consacré et pour l'intérêt que vous avez accordé au sujet.

**Aux différents médecins et au personnel soignant que j'ai rencontrés pendant mes stages d'internes,**

Notamment au Docteur FOREST, gériatre au CH de Marmande, pour m'avoir familiarisé avec la gériatrie.

Aux Docteurs GIRAUDEAU et LE MOUEL, pour m'avoir appris la médecine générale.

Aux Docteurs BARTHOLOMEUS, MONCOUCY et PREISSER pour avoir renforcé ces bases de médecine générale.

Et à tous mes autres maitres de stages pour tout ce qu'ils m'ont appris : les docteurs MOBA et LEE KIM KHIOO, les urgentistes du CH DAX, les médecins du service des urgences pédiatriques du CHU PELLEGRIN et les docteurs BOURRINET, KHARITONOFF et ROMAIN.

## **A ma famille et mes amis,**

A mes parents, pour m'avoir toujours encouragée et soutenue dans mes choix et ce cursus de médecine. Je leur dois énormément.

A mon mari, pour le bonheur qu'il m'apporte depuis 9 ans. Merci pour avoir traversé ces études difficiles avec moi, pour ton soutien tout du long. Un énorme merci pour m'avoir apporté Baptiste qui emplit nos vies d'une joie immense. Merci de faire de moi la femme heureuse et épanouie que je suis.

A Maya et Bonpapa, mes grands-parents, pour leur soutien moral depuis le début de ces longues études.

A mes sœurs, pour leur soutien et pour être toujours là en cas de besoin.

A ma belle-famille, pour leurs encouragements pendant ces études.

A Alexandra, ma meilleure amie, que j'ai rencontré pendant mon premier semestre. Merci pour ta présence et tout ce que nous partageons.

Et enfin, à tous les amis que j'ai pu avoir tout au long de ces études qui m'ont soutenue et sans qui, ces nombreuses années n'auraient pas été aussi agréables.

# **TABLE DES MATIERES**

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>p.8</b>
<b>PARTIE I : INTRODUCTION</b>	<b>p.9</b>
1. La spécialité de la gériatrie	p.9
1.1.Histoire de la spécialité dans les études médicales	p.9
1.2.Qu'est-ce que la gériatrie ?	p.10
1.3.Démographie des gériatres	p.12
1.3.1. Actuelle	p.12
1.3.2. Évolution	p.13
2. Enjeux d'une prise en charge spécialisée des patients âgés	p.13
2.1.Vieillesse de la population	p.13
2.2.Avantages d'une prise en charge spécifique	p.14
2.3.Développement de la filière de soins gériatrique	p.15
3. En Conclusion	p.17
3.1.Question de recherche	p.17
3.2.Hypothèse	p.17
3.3.Objectifs	p.17
<b>PARTIE II : MATERIEL et METHODE</b>	<b>p.19</b>
1. Type d'étude	p.19
2. Constitution de l'échantillon	p.19
2.1.Mode de recrutement	p.19
2.2.Critères d'inclusion	p.20
2.3.Détermination du nombre de gériatres à inclure	p.20
3. Recueil des données	p.20
3.1.Le guide d'entretien	p.20
3.2.Réalisation des entretiens	p.20
4. Analyse des données	p.21
4.1.Transcription des entretiens	p.21
4.2.Codage et analyse	p.21
<b>PARTIE III : RESULTATS</b>	<b>p.23</b>
1. Déroulement de l'étude et données de l'échantillon	p.23
1.1. Période de l'étude et nombre de gériatres interrogés	p.23

1.2.	Caractéristiques des entretiens _____	p.23
1.3.	Caractéristiques de l'échantillon _____	p.24
1.3.1.	Sexe _____	p.24
1.3.2.	Âge _____	p.24
1.3.3.	Mode d'exercice _____	p.25
1.3.4.	Durée de pratique de la gériatrie _____	p.26
1.3.5.	Durée de pratique de ce mode d'exercice _____	p.26
1.3.6.	Diplômes complémentaires _____	p.27
2.	Résultats qualitatifs _____	p.27
2.1.	Définition de la gériatrie libérale _____	p.27
2.1.1.	Médecin traitant ou consultant ? _____	p.27
2.1.2.	Quelle activité ? _____	p.28
2.1.3.	Garder contact avec l'hôpital _____	p.31
2.2.	Les freins _____	p.33
2.2.1.	Freins liés à l'activité libérale _____	p.33
2.2.1.1.	Aspect financier _____	p.33
2.2.1.2.	Système de santé ambulatoire actuel _____	p.35
2.2.1.3.	Formalités administratives _____	p.36
2.2.1.4.	Manque de formation au libéral _____	p.36
2.2.1.5.	Qualité de vie _____	p.37
2.2.1.6.	Création d'activité _____	p.37
2.2.2.	Freins liés à la spécialité _____	p.38
2.2.2.1.	Manque de reconnaissance _____	p.38
2.2.2.2.	Manque d'information _____	p.38
2.2.2.3.	Attraction du CHU _____	p.39
2.2.3.	Freins liés à la pratique de la gériatrie _____	p.39
2.2.3.1.	Isolement _____	p.39
2.2.3.2.	Manque de temps _____	p.40
2.2.3.3.	Prise en charge des patients _____	p.40
2.2.3.4.	Différence d'activité hospitalière et libérale _____	p.41
2.2.3.5.	Manque de formation _____	p.41
2.3.	Les motivations _____	p.43
2.3.1.	Enjeux du développement de la gériatrie libérale _____	p.43
2.3.2.	Les motivations pour le gériatre _____	p.44
2.3.2.1.	Désavantages du salariat _____	p.44
2.3.2.2.	Liberté de travail _____	p.44
2.3.2.3.	État psychologique _____	p.45

2.3.2.4. Revenus _____	p.46
2.3.3. Les motivations par rapport aux patients _____	p.46
2.3.3.1. Qualité de prise en charge _____	p.46
2.3.3.2. Suivi au long cours _____	p.47
2.3.3.3. Augmentation de l'offre de soins _____	p.47
2.3.3.4. Autres avantages de l'existence de gériatres libéraux _____	p.48
<b>PARTIE IV : DISCUSSION _____</b>	<b>p.51</b>
1. Validité interne _____	p.51
1.1. Forces de l'étude _____	p.51
1.1.1. Type d'étude appropriée _____	p.51
1.1.2. Population étudiée _____	p.51
1.1.3. Analyse des résultats _____	p.52
1.2. Limites de l'étude _____	p.52
1.2.1. Biais de sélection _____	p.52
1.2.2. Biais de recueil _____	p.53
1.2.3. Biais d'information _____	p.53
2. Validité externe _____	p.53
3. Discussion des résultats _____	p.55
3.1. Les obstacles à l'installation des gériatres en ville _____	p.55
3.2. Les avantages de la gériatrie libérale _____	p.58
3.3. Définition vague de la gériatrie libérale _____	p.60
<b>PARTIE V : CONCLUSION _____</b>	<b>p.63</b>
<b>ANNEXES _____</b>	<b>p.64</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE _____</b>	<b>p.72</b>
<b>SERMENT MEDICAL _____</b>	<b>p.76</b>
<b>RESUME _____</b>	<b>p.77</b>



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AMELI : Assurance Maladie En Ligne  
ANGGEL : Association des Gériatres et Gérologues Libéraux  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CIL : Correspondant Informatique et Libertés  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CSG : Court Séjour Gériatrique  
DES : Diplôme d'Études Spécialisées  
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DIU : Diplôme Inter-Universitaire  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
DU : Diplôme Universitaire  
EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EMG : Équipe Mobile de Gériatrie  
ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HDJ : Hôpital De Jour  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles  
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée  
QSR international : Qualitative Solutions and Research international  
SSR : Soins de Suite et Réadaptation  
UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes  
UMG : Unité Mobile de Gériatrie  
USLD : Unités de Soins de Longues Durées

# **PARTIE I : INTRODUCTION**

## **1. La spécialité de la gériatrie**

### **1.1. Histoire de la spécialité dans les études médicales**

Avant 2004, la gériatrie n'était pas une spécialité médicale reconnue mais simplement une compétence (1). Il existait un DESC de groupe 1 depuis 1988 qui se destinait plutôt aux spécialités suivantes : médecine interne, cardiologie, neurologie, psychiatrie, médecine physique et réadaptation, rhumatologie et santé publique.

Pour rappel, un DESC de groupe 1 permet d'approfondir ses connaissances dans un domaine mais seul un DESC de groupe 2 permet de se qualifier dans une autre spécialité.

En 1998, apparaît la capacité de gérontologie, alors, non qualifiante. Peuvent la passer tous les titulaires d'un diplôme de Docteur en médecine.

La gériatrie n'est devenue une spécialité médicale reconnue qu'en 2004 avec la création du DESC de groupe 2.

Les deux seuls diplômes à être qualifiants pour la gériatrie en 2004 sont ce nouveau DESC de gériatrie et la capacité de gérontologie. Cette capacité a une validité nationale et a été plus largement dispensée que le DESC.

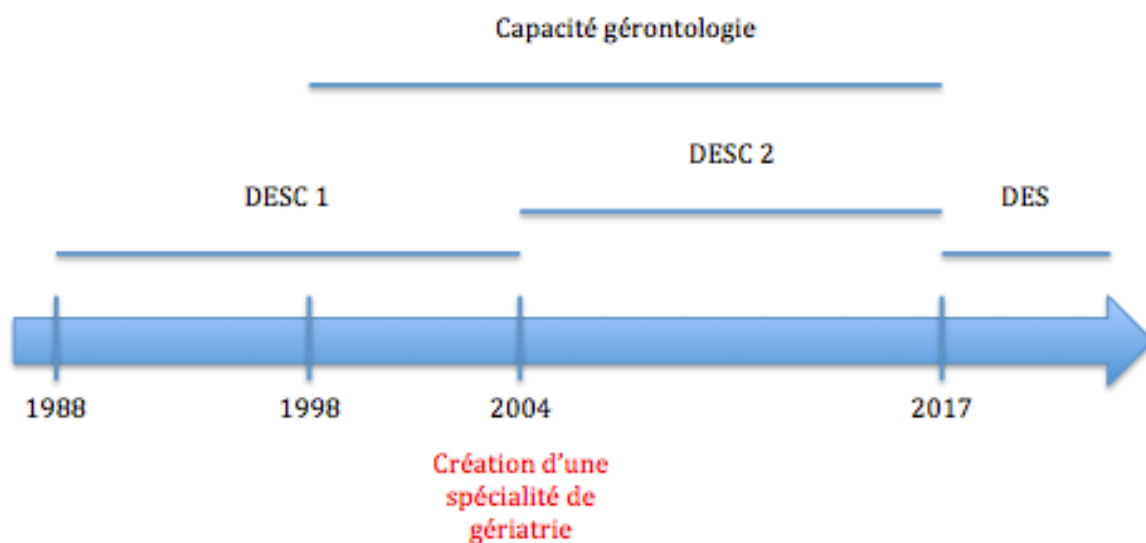
La qualification de gériatre au tableau de l'Ordre ouvre à l'exercice exclusif de la spécialité.

Cependant, il est à noter qu'il existe de nombreux autres diplômes (DU/DIU et Masters) pour se former à la gériatrie.

Il fallait donc, jusqu'en 2017, pour être reconnu gériatre, avoir obtenu initialement un DES puis se former de façon complémentaire avec ce DESC de niveau 2 ou la capacité de gérontologie.

La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, en 2017, a offert à la discipline la reconnaissance qu'il lui manquait en créant le DES de gériatrie. Les étudiants en médecine doivent donc choisir la spécialité dès l'issue de l'examen national classant (2).

**Figure 1 : chronologie de la spécialité de gériatrie**



## 1.2. Qu'est-ce que la gériatrie ?

L'UEMS définit la médecine gériatrique comme « une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés » (1).

Ainsi, le gériatre a une pratique psycho-médico-sociale. Il a une « approche globale et centrée sur la personne, sans être l'expert d'un organe avec notamment une expertise en iatrogénie, fragilité et prévention (2), même chez les patients non polypathologiques. »

Bien que, selon la circulaire DHOS de 2007, l'âge d'entrée en service de CSG soit fixé à 75 ans et celui d'accès aux plateaux ambulatoires de gériatrie à 70 ans (3), la prise en charge en médecine gériatrique dépend plus des morbidités spécifiques du malade que de son âge. Le livre blanc de la

gériatrie cite, par exemple, les différents âges à prendre en compte, montrant bien qu'il n'y a pas d'âge fixé à la prise en charge gériatrique (1) :

- l'âge auquel on peut faire un bilan préventif et préparer le vieillissement : la soixantaine
- l'âge où les instituts statistiques classent le plus souvent en « personne âgée » : 75 ans
- l'âge où les patients acceptent en général de voir un gériatre : 75-80 ans
- l'âge moyen des patients hospitalisés en gériatrie ou institutionnalisés : 85 ans

Les champs d'activités de la gériatrie sont la prévention, les traitements curatifs classiques, l'accompagnement des maladies chroniques et l'accompagnement de fin de vie (1). Il faut noter également que la pratique de la gériatrie nécessite absolument un travail en équipe pluridisciplinaire (2) :

- médecin généraliste
- médecin spécialiste en particulier ORL et ophtalmologue afin de dépister les déficits, neurologue
- infirmière
- kinésithérapeute
- psychologue
- psychomotricien
- intervenants du médico-social
- différents réseaux créés plus récemment (ESA, MAIA, plateforme globule)

Il existe 9 segments d'activité de la gériatrie (1) :

- Consultations/HDJ
- CSG
- SSR
- Psychogériatrie
- Soins de longue durée
- Médecin coordinateur d'EHPAD
- Gériatrie libérale
- EMG
- Réseaux/coordination

## Le métier de gériatre libéral, vu par Le Livre Blanc de la Gériatrie (1)

La gériatrie libérale est une spécialité régie par le Code de Déontologie. Le médecin est rémunéré à l'acte et assure la gestion de son cabinet. Il peut intervenir à la demande du médecin traitant référent pour un avis spécialisé ou à la demande directe du patient ou de sa famille.

Ses champs d'activités sont :

- le bilan global et l'évaluation gérontologique standardisée
- la prévention et le dépistage notamment des troubles mnésiques, de la dénutrition et des risques de chutes
- l'accompagnement de fin de vie

Il a un aussi regard attentif sur les risques iatrogènes (fonction rénale dégradée, associations déconseillées du fait de l'âge).

Des propositions sont remises au médecin traitant et un éventuel suivi spécialisé peut être mis en place.

Le gériatre peut aller à domicile, indiquer les services de soins disponibles et nécessaires (infirmière, kinésithérapeute, ...). Il est étroitement en rapport avec les services hospitaliers, peut réaliser des entrées directes dans les services et orienter pour les accueils de jours, les EHPAD, les SSR, ...

### **1.3. Démographie des gériatres**

#### 1.3.1. Actuelle

L'atlas démographique du CNOM de 2017 dénombre un total de 1784 gériatres en France. Sur ces 1784 praticiens, seuls 4,4% exercent en libéral exclusif ou en mixte (libéral et salariat) (4). Cela correspond à environ 71 gériatres ayant, au moins partiellement, une activité libérale.

Les gériatres libéraux sont installés de manière très inégalitaire en France.

Par exemple :

- aucun gériatre libéral en Bretagne et en Corse
- 6% en Ile-de-France, 9% en Provence-Alpes-Côte-D'azur et 7% en Occitanie
- 3% en Nouvelle-Aquitaine

La profession est majoritairement féminine à 60% avec une pyramide des âges globalement équilibrée : 12% ont strictement moins de 40 ans et 15% ont 60 ans et plus.

L'atlas démographique de 2018 (5) ne donne pas une évaluation aussi précise par spécialité mais permet de savoir que la répartition des modes d'exercice des gériatres est sensiblement la même qu'en 2017 (2% de libéraux, 3% de mixtes et 95% de salariés).

### 1.3.2. Évolution

On peut noter qu'entre 2010 et 2017 (6), le nombre de gériatres est passé de 940 à 1784 soit une hausse de 90%.

Et la proportion de gériatres travaillant au moins partiellement en libéral a diminué de 7,2% à 4,4% mais reste stable en valeur absolue (respectivement 68 et 71).

## **2. Enjeux d'une prise en charge spécialisée des patients âgés**

### **2.1. Vieillessement de la population**

Le bilan démographique de 2018 publié par l'INSEE (7) a montré une augmentation constante de la population avec 55 572 624 français en 1982 jusqu'à 64 812 052 en 2019. Il a également mis en avant le vieillissement de la population avec une majoration de la proportion de la population de plus de 60 ans. Par exemple, la population de la tranche d'âge de 0 à 19 ans a chuté de 27,7% à 24,1% de 1991 à 2019 alors que celle de plus de 65 ans a augmenté de 14% à 20% et celle de plus de 75 ans de 6,6% à 9,3%.

L'INSEE avait publié en 2006 des projections de la population française métropolitaine pour 2050 (8) avec une poursuite de sa croissance et de son vieillissement inéluctable. Cette publication prévoyait une population de 69 961 000 avec une part de 26,2% des plus de 65 ans et 15,6% des plus de 75

ans. Ces hypothèses peuvent varier selon la hausse ou la baisse de la fécondité, de la migration et de l'espérance de vie.

Enfin, en 2016, ils ont publié un rapport projetant la population à l'horizon 2070 (9) par rapport aux chiffres de 2013. La population atteindrait 76 448 000 au lieu de 65 779 000, les 65-74 ans augmenteraient de 8,5% à 10,8% (11,5% en 2040) et les plus de 75 ans de 9% à 17,9% (14,6% en 2040). En chiffres absolus, cela veut dire que la population des 75 ans et plus passerait de 5 920 110 à 13 684 192, passant du simple au double !

Il faut, toutefois, noter que ce vieillissement important jusqu'en 2040 correspond à l'arrivée des *baby-boomers* dans cette classe des seniors et s'atténuera par la suite (9). Entre 2040 et 2070, les résultats varient sensiblement selon les différents facteurs (natalité, mortalité et migration) mais le vieillissement reste certain.

## **2.2. Avantages d'une prise en charge spécifique**

Le gériatre a une approche globale, centrée sur la personne. Il prend en charge les différentes pathologies coexistantes, comme le médecin généraliste mais avec des spécificités particulières. Il prévient la perte d'autonomie et cherche à éviter la réhospitalisation délétère en organisant un retour à domicile dans les meilleures conditions (2).

Une méta-analyse de la COCHRANE (10) a relevé les études comparant une EGS à une prise en charge standardisée (soins médicaux généraux) chez des patients admis aux urgences. L'EGS est réalisée soit par une EMG soit en unité d'hospitalisation.

Les résultats ont montré un plus grand nombre de patients vivant chez eux à la date de fin d'étude pour ceux ayant eu une EGS par rapport à ceux pris en charge dans un service généraliste ( $p=0,003$ ), ce qui était le critère de jugement principal (par rapport à un décès ou une institutionnalisation). Il fallait traiter 33 personnes de façon spécialisée pour éviter une mort ou une institutionnalisation. A la fin de l'étude, il y avait une réduction significative des patients hébergés en institution quand ils avaient bénéficié d'une EGS ( $p<0,001$ ).

Il y avait également une réduction significative des décès ou des déclin des capacités fonctionnelles ( $p=0,001$ ).

Enfin, l'étude a montré un bénéfice sur les capacités cognitives ( $p=0,02$ ).

La prise en charge spécifique des personnes âgées par les gériatres améliorerait leur qualité de vie et leurs capacités cognitives et fonctionnelles.

Par ailleurs, les médecins généralistes peuvent être en difficulté dans la prise en charge des personnes âgées à domicile (11). 39% d'entre eux expriment particulièrement leurs difficultés en cas de démence et de troubles du comportement. Le principal facteur de difficulté énoncé est le manque de temps (75%). Ils souhaiteraient un développement des EMG extrahospitalières afin d'éviter ou de faciliter les hospitalisations, surtout lors de troubles cognitifs et psycho-comportementaux (38%) et de chutes à répétition (25%). Ils souhaitent un contact facile par téléphone (86%) et une intervention dans les 48-72h (54%).

### **2.3. Développement de la filière de soins gériatrique**

La gériatrie s'est fortement développée ces dernières années avec la création de la spécialité en 2004 puis la reconnaissance en tant que DES en 2017. Le vieillissement de la population mais, également, les effets désastreux de la canicule 2003 ont révélé les insuffisances de notre système de santé pour la prise en charge des personnes âgées (1). C'est suite à cette dernière que de nombreux plans santé et circulaires relatifs à la gériatrie sont parus (1).

Citons, par exemple :

- la circulaire DHOS du 18 mars 2002 (avant la canicule) relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique (12) : les hôpitaux doivent « créer des consultations gériatriques avancées ou des pôles d'évaluation gériatrique auxquels les généralistes peuvent adresser les patients » et sont préconisés l'augmentation des services de court séjour gériatriques (les admissions directes), la création d'EMG, le travail en réseau, la coordination des soins à



- domicile et l'amélioration des réponses en aval du CSG (SSR, HAD, ...)
- le rapport de 2005 de l'IGAS sur les équipes mobiles de gériatrie (13) : il décrit la mission des EMG, soit l'évaluation, le suivi et l'orientation des patients âgés (notamment aux urgences mais pas uniquement) et décrit les difficultés de leur activité et les recommandations pour leur amélioration. Ils préconisent que les EMG aient, autant que possible, une activité extrahospitalière (dans les EHPAD, à domicile)
  - « Un programme pour la gériatrie » en 2006 (14) : ce programme décrit 45 recommandations pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux. Cinq objectifs majeurs sont développés :
    - Créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement siège d'un service d'urgences
    - Faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique
    - Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques
    - Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient
    - Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique
  - Le « plan solidarité grand âge » de 2006 pour 2007-2012 (15) : il s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes et prévoit de leur donner le « libre choix de rester à domicile, d'inventer la maison de retraite de demain » (meilleure qualité de vie), « d'adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique, d'assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance et d'insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention »
  - La circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques (3) : elle veut « renforcer les dispositions prévues dans la circulaire de 2002 » et rappelle ce qu'est la filière de soins gériatrique et son fonctionnement. Elle préconise la création de réseaux de santé « personnes âgées » entre la filière de soins

gériatrique, l'HAD, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et les associations de familles ou patients.

Précisément, la filière gériatrique comprend toutes ces unités nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dans chaque territoire de santé (15) (3) : un CSG, un SSR, une EMG, un pôle d'évaluation gériatrique avec consultations et HDJ et une USLD.

### **3. En conclusion**

#### **3.1. Question de recherche**

Nous faisons face au vieillissement de la population et les enjeux d'une prise en charge spécifique et adaptée de cette tranche d'âge sont majeurs. Ces plans santé ont montré la prise de conscience en particulier par le ministère des Solidarités et de la Santé.

Ce développement a surtout été observé à l'hôpital avec, entre autres, le développement des équipes mobiles de gériatrie : 96 en 2004 et 225 en 2007 (13) (16). Je n'ai pas su trouver de chiffre plus récent ni le nombre d'EMG extrahospitalières existantes.

Dans aucun de ces plans, il n'a été évoqué de pratique de gériatrie en ville. Pourquoi la gériatrie n'est-elle pas une discipline libérale développée ? Quels sont les facteurs limitants ?

#### **3.2. Hypothèse**

Il existe des freins et des facteurs favorisant la pratique de la gériatrie en ville.

#### **3.3. Objectifs**

L'objectif principal du travail était d'étudier les freins à l'exercice libéral de la gériatrie.

Les objectifs secondaires étaient de définir la gériatrie libérale et de connaître les facteurs qui encouragent tout de même certains professionnels à exercer en ville.

## **PARTIE II : MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type d'étude**

Afin de répondre à notre question de recherche, a été réalisée une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

L'entretien semi-dirigé est une technique qualitative de recueil d'informations dans laquelle le chercheur utilise « une grille préétablie de questions ouvertes. Le chercheur s'intéresse aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus » (17).

La méthodologie de l'étude a été basée sur la grille COREQ (18) qui regroupe les lignes directrices pour la réalisation et l'écriture de recherches qualitatives (annexe 1).

### **2. Constitution de l'échantillon**

#### **2.1. Mode de recrutement**

Pour faire les entretiens, ont été recrutés des médecins gériatres dans toute la France, non connus de l'enquêteur.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale. Les variables retenues ont été : sexe et mode d'exercice. L'âge était aléatoire car non disponible.

Les médecins ont été sélectionnés en utilisant les annuaires du CNOM (19) et de AMELI (20).

Ils ont été contactés, en premier lieu, par l'envoi d'un courrier postal expliquant le travail et sa finalité (annexe 2). Certains gériatres ont pris contact d'eux-mêmes, et d'autres ont été resollicités par téléphone au cours de l'étude.

## **2.2. Critères d'inclusion**

Le seul et indispensable critère d'inclusion fut d'être inscrit au conseil de l'Ordre des médecins en tant que gériatre (pour la discipline principale exercée).

## **2.3. Détermination du nombre de gériatres à inclure**

Le nombre de gériatres à interroger n'était pas défini au moment de l'initiation de la thèse.

Lorsqu'a été obtenue une « saturation des données », c'est-à-dire que le recueil de tout nouvel entretien n'apportait plus aucune donnée nouvelle, nous avons mis fin à l'étude (après avoir effectué 2 entretiens supplémentaires pour confirmer cette saturation).

## **3. Recueil des données**

### **3.1. Le guide d'entretien**

Les entretiens ont été conduits sur la base d'un guide semi-directif (annexe 3) qui regroupait les thèmes à aborder.

Il a été modifié à l'issue de trois entretiens, pour mieux définir les questions de relance, permettant d'amener les points importants si le médecin ne les développait pas spontanément.

### **3.2. Réalisation des entretiens**

Les entretiens ont été menés par l'auteur (médecin généraliste remplaçante) et effectués par téléphone ou en présentiel sur le lieu d'exercice du médecin. La date et l'heure du rendez-vous ont été définies à la convenance du médecin interrogé.

Ils ont été enregistrés sur téléphone grâce à une application « dictaphone » pour la retranscription.

Au début de l'entretien, une information sur la finalité de l'étude, l'enregistrement de l'entretien et l'anonymat a été reprecisée. Un consentement oral a été recueilli.

Une déclaration de conformité à la CNIL a été faite en juillet 2018 (annexe 4), par l'intermédiaire du CIL de l'université de Bordeaux.

## **4. Analyse des données**

### **4.1. Transcription des entretiens**

Tous les entretiens ont été retranscrits mots pour mots (ce sont les verbatims), à l'écrit sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2011. Les données non verbales, nécessaires à la compréhension ont été ajoutées.

La retranscription a eu lieu le plus tôt possible, dans les jours suivant la réalisation des entretiens. Elle n'a pas été retournée aux participants pour correction.

Nous nous sommes assurés de l'anonymisation des participants dès la retranscription en utilisant la lettre M suivie d'un nombre (M01, M02, ...).

Tous les noms de personnes et les lieux ont été censurés et remplacés par des lettres afin de garantir l'anonymat. Les mêmes lettres de différents entretiens ne représentent pas le même élément entre les différents entretiens.

### **4.2. Codage et analyse**

L'analyse des données a été faite selon la technique de la théorie ancrée.

Un regroupement thématique a été réalisé après chaque recueil d'un ou 2 entretiens supplémentaires.

Les verbatims ont été analysés via un travail de codage ouvert, à l'aide du logiciel NVivo 12 pour Mac, téléchargé sur le site QSR international. Un

codage ouvert signifie que la grille d'analyse n'a pas été prédéfinie mais élaborée à partir de chaque verbatim.

Chaque partie des retranscriptions a ensuite été classée dans une catégorie (ou nœud). Ces catégories ont été regroupées en thèmes plus généraux.

Pour parfaire la validité des résultats, un double codage a été mis en place, indépendamment, par la thésarde et la directrice de thèse.

Les résultats n'ont pas été envoyés aux participants, il n'y a donc pas eu de retour de leur part.

## **PARTIE III : RESULTATS**

### **1. Déroulement de l'étude et données de l'échantillon**

#### **1.1. Période de l'étude et nombre de gériatres interrogés**

L'étude s'est déroulée du 29 octobre 2018 au 11 janvier 2019.

Vingt-et-un courriers ont été envoyés. Onze entretiens ont été réalisés, le 9<sup>ème</sup> entretien n'ayant pas apporté de nouvelle idée. Cinq gériatres m'ont contactée directement et j'ai joint les 6 autres par téléphone. Il n'y a eu aucun refus, les 10 autres personnes contactées par courrier n'ont pas été relancées.

#### **1.2. Caractéristiques des entretiens**

Six entretiens se sont déroulés par téléphone et les 5 autres sur le lieu de travail des interrogés, où je me suis déplacée.

Les entretiens ont duré de 10 minutes et 23 secondes à 47 minutes et 23 secondes avec une moyenne de 19 minutes et 19 secondes.



### 1.3. Caractéristiques de l'échantillon

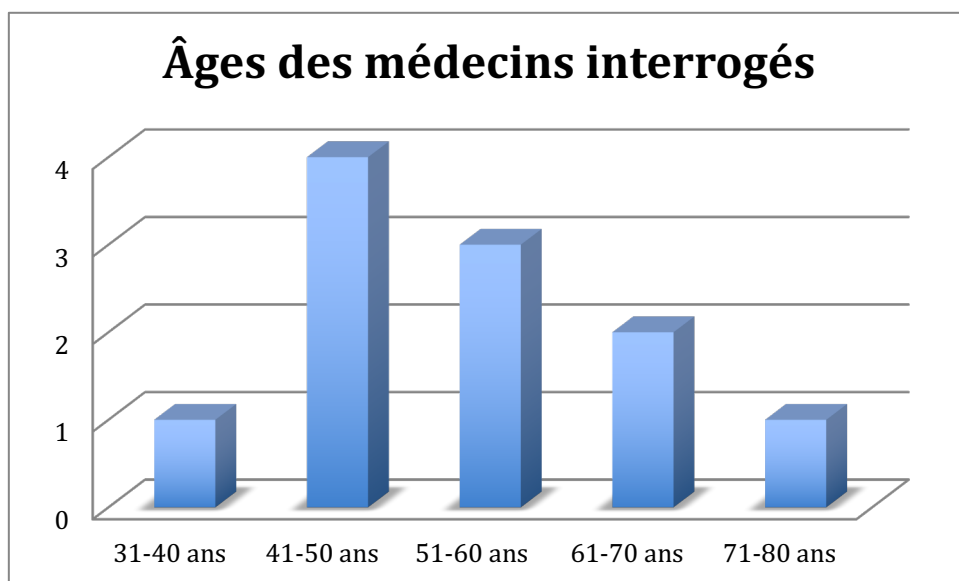
#### 1.3.1. Sexe

L'échantillon comportait 8 femmes et 3 hommes.



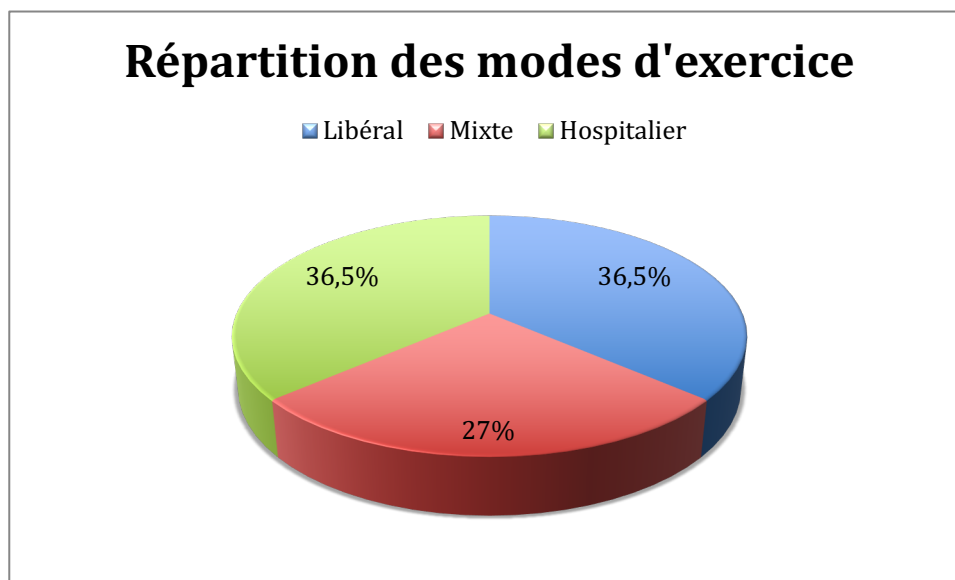
#### 1.3.2. Âge

Voici la répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge.



### 1.3.3. Mode d'exercice

Quatre des médecins exerçaient en libéral exclusivement, quatre en hospitalier et trois de façon mixte.



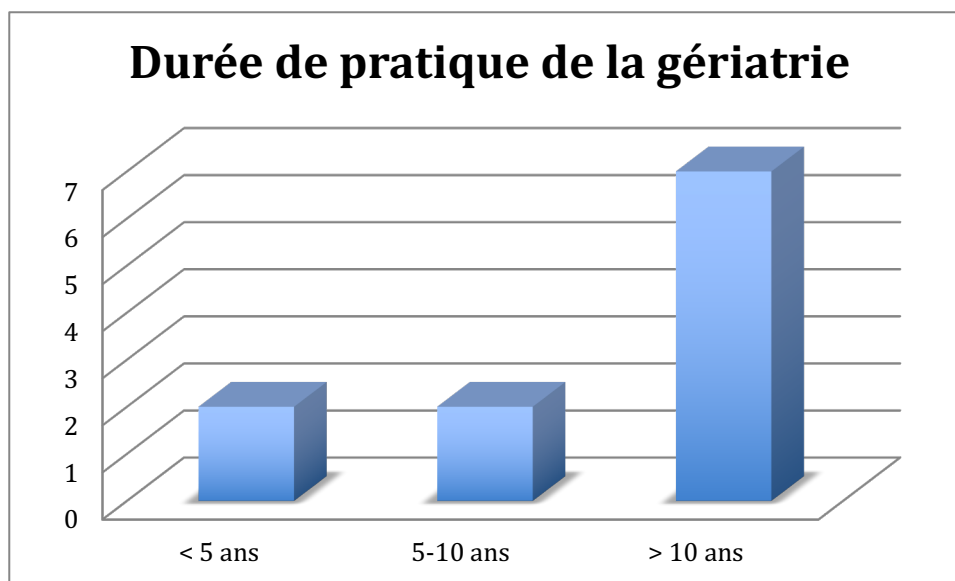
Voici un tableau récapitulant les modes d'exercice de chaque médecin interrogé :

Médecin	Mode d'installation	Secteur d'installation si libéral
M01	Libéral	Secteur 2 OPTAM
M02	Hospitalier	
M03	Hospitalier	
M04	Hospitalier	
M05	Mixte	Secteur 1
M06	Hospitalier	
M07	Mixte	Secteur 1
M08	Mixte	Secteur 1
M09	Libéral	Secteur 2 OPTAM

M10	Libéral	Secteur 2
M11	Libéral	Secteur 2

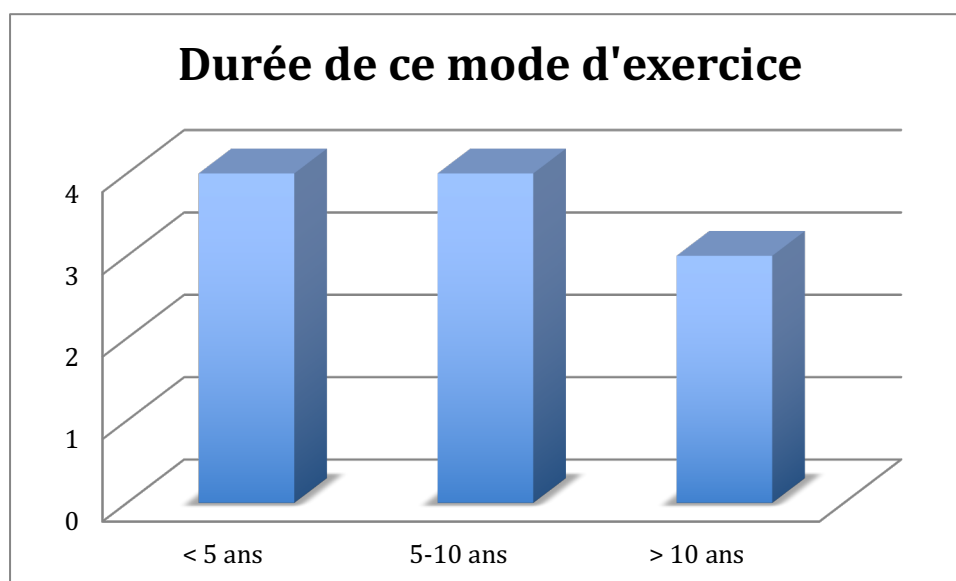
#### 1.3.4. Durée de pratique de la gériatrie

Les médecins interrogés exerçaient la gériatrie depuis 2 à 42 ans.



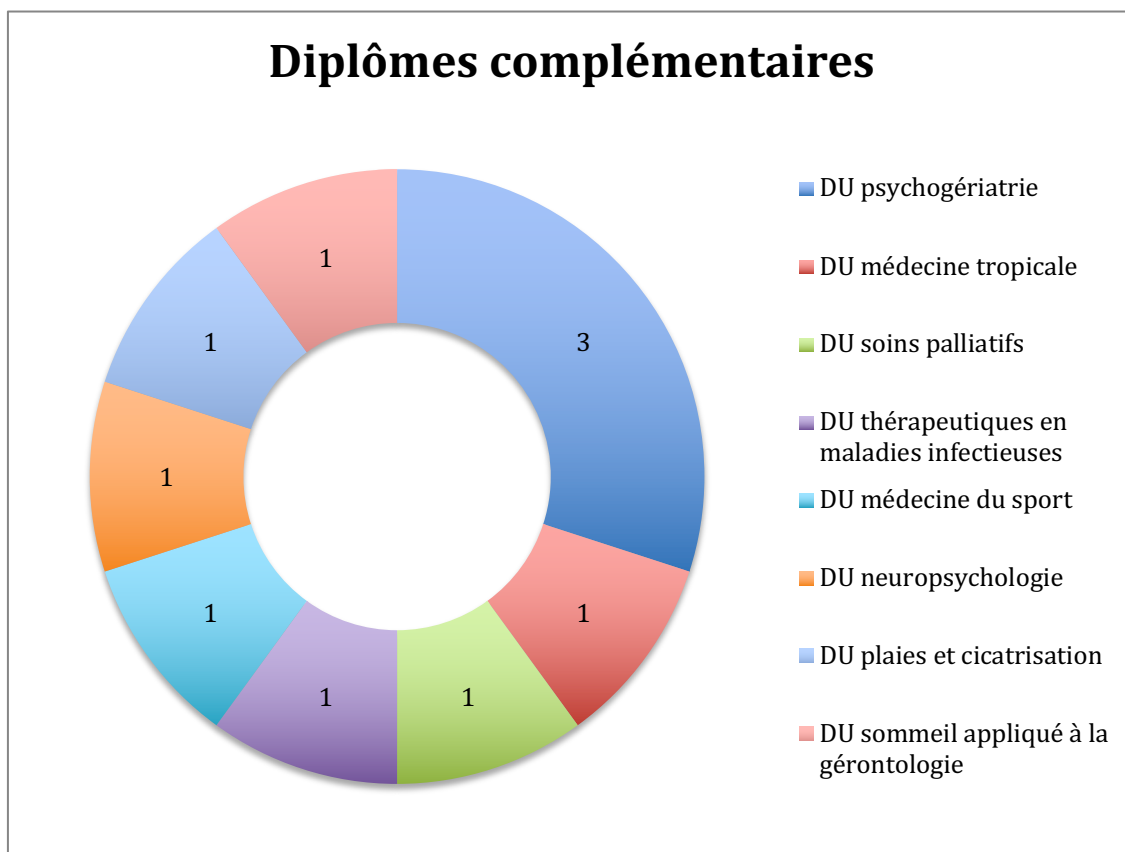
#### 1.3.5. Durée de pratique de ce mode d'exercice

Le mode d'exercice actuel des médecins était celui-ci depuis 1 à 23 ans.



### 1.3.6. Diplômes complémentaires

Sept gériatres avaient un ou plusieurs diplômes supplémentaires (en plus des diplômes nécessaires à la pratique de la gériatrie : DESC ou capacité).



## **2. Résultats qualitatifs**

Les thématiques abordées seront illustrées par une à trois citations pertinentes. Les résultats seront résumés dans un tableau à la fin de chaque partie.

### **2.1. Définition de la gériatrie libérale**

#### **2.1.1. Médecin traitant ou médecin consultant ?**

La question de la place du gériatre en tant que médecin traitant ou consultant n'était pas intégrée dans le premier guide d'entretien (seul 1 médecin l'avait abordée spontanément dans les 3 premiers). Elle fut rajoutée après ces 3 premiers entretiens car elle nous a paru indispensable.

L'avis était très partagé sur la question du rôle du gériatre en ville, à savoir être le médecin traitant ou intervenir en tant qu'avis spécialisé.

- La gériatrie libérale en tant qu'avis spécialisé avec suivi régulier

M08 : « *en tant que gériatre libéral, je pense que j'aurais fait plutôt en tant qu'avis* »

M10 : « *je ne remplace pas le médecin traitant et je ne prescris pas les médicaments du médecin traitant autres que ceux que j'ai prescrit* »

- La gériatrie libérale en tant que médecin traitant des patients âgés

M05 : « *c'est la médecine générale des personnes âgées* »

M11 : « *par la force des choses, oui je deviens leur médecin traitant* »

- La gériatrie libérale : un peu des deux ...

M01 : « *je suis médecin traitant de la moitié de ma patientèle. Je suis médecin consultant pour l'autre moitié* »

M09 : « *oui comme le médecin traitant sauf que c'est pas forcément le médecin traitant qu'on va voir parce qu'on a un rhume ou parce qu'on a un problème aigu. Mais plutôt un médecin traitant qui s'occupe du suivi* »

### 2.1.2. Quelle activité ?

- Bilan mémoire

M07 : « *j'ai également fait des bilans cognitifs* »

M09 : « *et je fais des bilans mémoire* »

- Évaluations gérontologiques standardisées

M06 : *« je pense que c'est ce qu'on peut le plus attendre des gériatres en libéral, faire des EGS »*

M08 : *« et pour évaluer les syndromes gériatriques, faire une évaluation gériatrique correcte »*

- Troubles du comportement

M05 : *« les collègues ont l'habitude de me confier plus les patients qui sont déments, troubles du comportement »*

M06 : *« des avis un peu plus spécialisés sur des troubles du comportement »*

- Bilan d'équilibre/de marche

M04 : *« voir s'il marche bien, s'il n'a pas des troubles de l'équilibre, si les fonctions sensorielles sont correctes »*

M06 : *« explorer en fait tous les domaines : les troubles de l'équilibre, ... »*

- « Révision » d'ordonnance

M04 : *« le gériatre il peut aussi, à la demande du généraliste, il peut revoir l'ordonnance »*

M07 : *« en 2<sup>ème</sup> recours sur des médecins qui demandent conseil sur des thérapeutiques à adapter »*

- Soins palliatifs

M04 : *« mais le gériatre, il pourra aussi se positionner dans le palliatif »*

- Prévention

M09 : « *le gériatre a vraiment sa place, dans la prévention des complications en fait liées à l'âge* »

M10 : « *on est vraiment le spécialiste des pathologies de la personne âgée mais abordées avec un regard global (...) et ce qui est prévention* »

- Coordination du soin à domicile

M04 : « *il pourrait organiser le soin, coordonner le soin à domicile* »

M10 : « *ça peut être aussi associé à des contacts téléphoniques avec les infirmiers, avec ceux qui sont auprès du patient au quotidien* »

- Anticipation de la dépendance

M04 : « *il faudrait pouvoir se positionner dans l'anticipation de la dépendance* »

- Psychothérapie

M04 : « *ça couvrirait même de la psychothérapie* »

- Sommeil

M09 : « *je fais du sommeil* »

- Mesures de protection judiciaire

M11 : « *j'ai également une petite part d'expertise pour les mesures de protection, tutelles, etc, ...* »

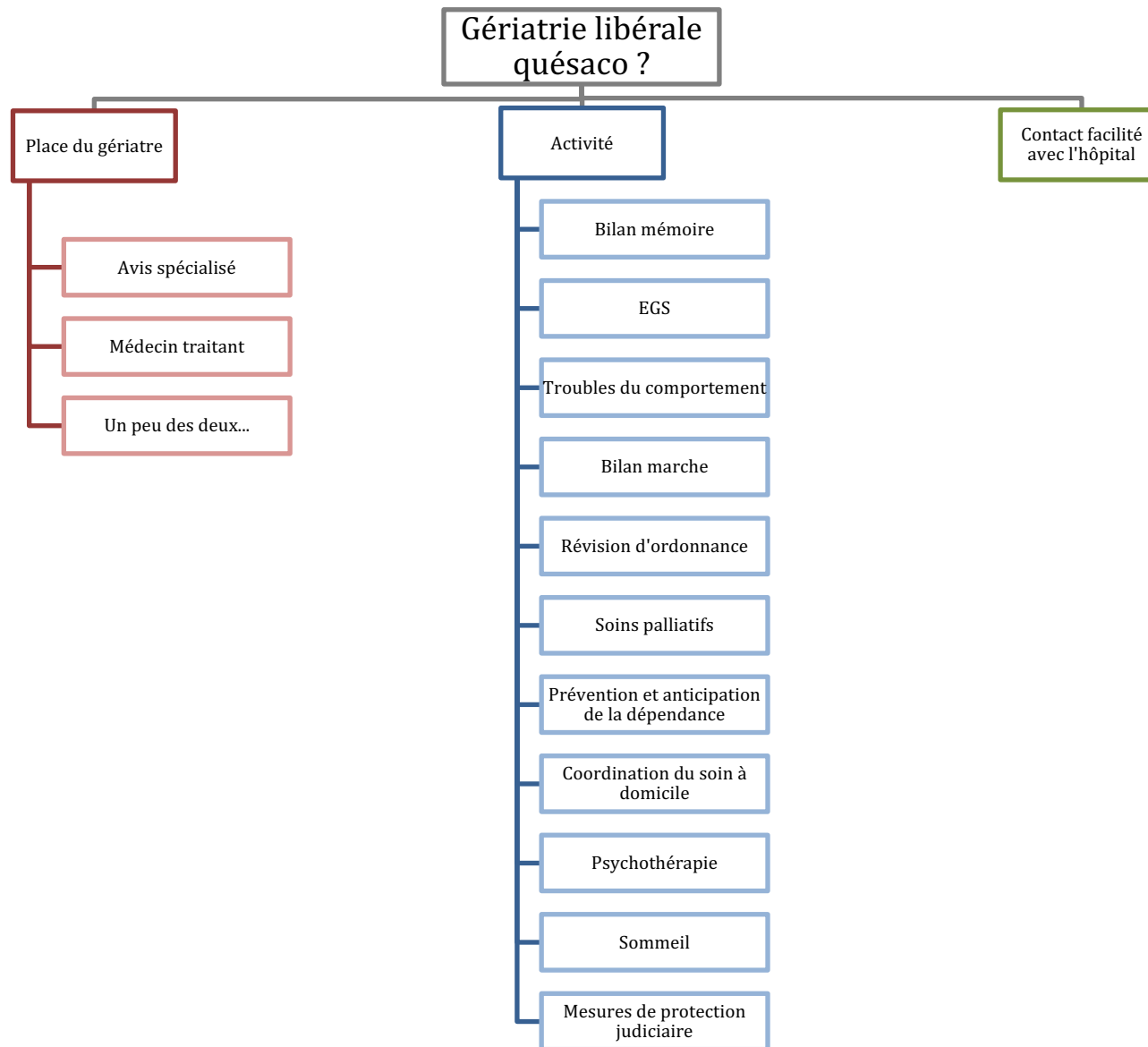
### 2.1.3. Garder contact avec l'hôpital

Certains gériatres ont insisté sur le fait de la nécessité de garder contact avec le domaine hospitalier pour pouvoir hospitaliser les patients rapidement.

*M01 : « j'ai de bonnes relations avec les 3 hôpitaux de gériatrie à X. Je travaille avec eux main dans la main. Quand j'ai besoin d'hospitalisation en court séjour ou de relais en HDJ ou en SSR, voire même de temps à autre une place hyper rare en secteur Alzheimer EHPAD, ils me connaissent tous, et me prennent les patients dans des délais défiant toute concurrence. »*

*M02 : « Après je pense qu'en tant que gériatre libéral, faudrait, enfin ça serait toujours bien, d'avoir un pied à l'hôpital ou pour avoir des lits d'hospitalisation, faudrait quand même avoir une filière aussi ... des lits pas très loin »*





## 2.2. Les freins

### 2.2.1. Freins liés à l'activité libérale

#### 2.2.1.1. *Aspect financier*

- Faibles revenus

Le frein qui a été le plus abordé fut le problème des revenus.

M04 : *« sur une journée pleine où tu n'arrêtes pas de la journée, tu vois 7-8 personnes. Donc, même si t'as pas envie de faire du fric, tu n'y arrives pas ... »*

M07 : *« je pense que c'est la rémunération. Je suis moins rémunérée qu'un médecin généraliste (...) Donc ça, le premier frein, c'est pas rentable du tout. Par rapport au temps passé, un bilan cognitif on peut coter que 69,12€ ... c'est rien du tout. Voilà. Donc le premier frein c'est financier. Il n'y a pas de doute. »*

M09 : *« le temps par rapport à une rémunération de 25€ ... C'est sûr qu'on peut pas, on peut pas. Financièrement, à la fin du mois, on peut pas tenir. Ca c'est la première chose. »*

Un médecin a également exprimé la difficulté de se faire payer dans la pratique en tant qu'expert pour les administrations.

M10 : *« j'ai 30 cm en hauteur d'expertise non payée par le tribunal parce que j'ai pas le temps de ... d'aller sur chorus et de me faire payer »*

- Nécessité du secteur 2

Les quatre médecins interrogés, qui étaient des libéraux exclusifs, étaient en conséquence installés en secteur 2.

M01 : *« Personnellement, je suis en secteur 2 avec OPTAM. En secteur 1 ce n'est pas viable d'où l'obligation d'un assistantat ou un clinicat »*

M10 : « Alors moi j'ai de la chance c'est que je suis secteur 2. Donc je peux en vivre (...) en secteur 1 ça paraît compliqué »

Un médecin hospitalier a également abordé le thème du secteur 2 et son problème.

M06 : « Parce que même si on se met en secteur 2, du coup on va vraiment biaiser la clientèle. Enfin moi je sais pas, je suis pas libéral. Mais du coup si on se met en secteur 2, allez mettons on fait payer 150€ la consult, ils sont remboursés que sur 20€ donc là ... »

Un gériatre a, malgré tout, affirmé que les mutuelles remboursaient ces patients (ce médecin était secteur 2 OPTAM).

M10 : « Alors non ils ont des mutuelles. Les dépassements sont pris en charge par les mutuelles. Il n'y a que certaines mutuelles, comme les mutuelles d'enseignants, qui font un ... des mutuelles pas sympa qui remboursent pas beaucoup mais sinon les patients sont remboursés par leur mutuelle »

- Absence de nomenclature

En lien avec le problème de revenus, beaucoup des médecins interrogés ont mis l'accent sur le fait qu'il n'y a pas de grille de cotation spécifique adaptée aux gériatres libéraux et qu'il est nécessaire de revaloriser les actes.

M01 : « A la CPAM du Y (région) je suis la seule gériatre libérale, je n'ai eu aucune aide, et aucune information quant à mes codages CCAM / NAGP possibles. J'ai dû faire toute seule, beaucoup de mes factures étaient rejetées au début, j'ai dû refaire des feuilles de soins papiers jusqu'à ce que je trouve les possibilités de facturation. Encore maintenant certaines de mes feuilles de soins papiers sont mal payées car saisies à la main par des intérimaires à la CPAM qui ne connaissent rien à mes codages. (...) Les consultations sont très longues, et la CPAM ne nous reconnaît aucune spécificité dans nos cotations »

M04 : « Donc c'est un coup à voir 7, 8, 10 malades par jour grand maximum et la nomenclature n'a pas suivi si tu veux (...) Et ça, pour le moment, tu peux pas

*te le permettre tant que la spécialité n'est pas valorisée d'une manière ou d'une autre »*

*M05 : « Je peux pas me déplacer pour aller voir les plus dépendants, qui sont incapables de venir me voir dans mon cabinet. Parce que la caisse ne me paye pas le déplacement, donc la CPAM (...) quand tu les vois, tu peux pas coter la visite à domicile. Donc il faut coter que la consultation »*

- Revenus aléatoires si arrêt de travail

Ce point a été soulevé par un des médecins hospitaliers.

*M02 : « en libéral, les copines qui ont remplacé se retrouvent avec zéro salaire, quand on remplace plus parce qu'on est enceinte et qu'on doit s'arrêter plus tôt que prévu »*

- Rapport à l'argent

Certains médecins ont éprouvé des difficultés en lien avec leur rapport à l'argent : vis-à-vis du fait de recevoir l'argent du patient et/ou du fait de définir son temps de travail en fonction de l'argent à gagner.

*M02 : « la santé c'est quelque chose que ... Je vois pas pourquoi je me ferais payer pour faire un truc ... Enfin c'est compliqué le rapport à l'argent »*

*M06 : « l'aspect financier, de devoir faire des consult, un certain nombre de consult pour avoir un certain nombre de ... enfin un salaire, très vite ça m'est devenu insupportable en fait »*

#### *2.2.1.2. Système de santé ambulatoire actuel*

Les gériatres ont exprimé une difficulté à travailler avec les médecins traitants et à définir la place qu'ils auraient par rapport à lui.

*M03 : « est-ce qu'un médecin généraliste passerait la main à son collègue gériatre, passerait ses patients, à partir de quel âge ? Pour quelle raison ? »*

M06 : « vu comment c'est la guerre avec les médecins généralistes, en nous disant « nous aussi on fait de la gériatrie, parce qu'on s'occupe des patients de 80 ans », »

M07 : « ce sont toujours les mêmes qui m'adressent des personnes. Ce sont des médecins qui ont compris que je ne serai pas médecin traitant moi même et qu'il n'y avait pas de concurrence en fait »

Un gériatre a exprimé trouver le système libéral (et notamment la médecine générale) mal organisé et que cela pouvait être une cause à la non installation des gériatres.

M04 : « mais, aujourd'hui, le déficit de la SECU, il est au niveau du libéral. Parce que, malheureusement, le libéral n'est plus organisé et s'essouffle lui aussi (...) ce n'est que quand le libéral recommencera à marcher intelligemment, qu'il y a certains spécialistes dont les gériatres qui viendront se greffer sur l'organisation de médecine générale »

#### 2.2.1.3. Formalités administratives

Les formalités administratives inhérentes à l'exercice libéral ont été évoquées comme un frein à l'installation.

M02 : « Moi c'est la paperasserie déjà, moi le frein au libéral c'est de ... s'assurer soi-même, faire sa déclaration d'impôt et tout ça (...) quand je vois B passer ses soirées à faire la compta et tout, moi c'est un truc, alors ça, ça me plaît pas du tout. Moi je veux la fiche de paie toute faite »

M08 : « tout le côté administratif parce qu'on est quand même ... c'est plus social la gériatrie, si on veut bien faire notre boulot y'a quand même beaucoup d'administratif. »

#### 2.2.1.4. Manque de formation au libéral

Ces formalités administratives ont été décrites comme complexes du fait de l'absence de formation.

M02 : « C, elle sait beaucoup mieux que moi sur le tableau des aides à domicile, elle sait beaucoup mieux que moi comment ça marche en ville et quels sont les problèmes à domicile. Alors que ça c'est un truc, en tant qu'hospitalier, je comprends pas pourquoi le SSIAD veut pas faire ceci, veut pas faire cela et qu'est-ce qui fait vraiment les complications du domicile »

M09 : « on vous fait des cours à la fin de votre cursus de DES (...) pour vous dire un peu comment s'organise l'activité libérale. Alors que, enfin moi à mon époque, on n'avait aucune information là-dessus. »

#### 2.2.1.5. Qualité de vie

La charge de travail a été évoquée.

M02 : « Le frein, moi je dirais, de toutes les femmes, avoir des enfants, avoir des horaires »

M10 : « oui faut pas avoir peur de travailler. (...) Hier j'ai fait du 7h-21h »

#### 2.2.1.6. Création d'activité

Le fait de démarrer une activité libérale revenait dans la discussion comme un frein, par la création du local aux normes actuelles et la création de son activité.

M01 : « Je dirais aussi que l'installation est complexe, parce que rare. On crée une patientèle, on ne reprend pas une affaire qui marche (...) j'ai dû attendre 6 mois, pour avoir les autorisations de mise en conformité et réaliser les travaux pour ouvrir mon cabinet »

M10 : « faut trouver un local, faut trouver un local adapté au handicap (...) après faut un investissement au niveau des ordinateurs et des connexions et tout ça, nous on est en réseau »

## 2.2.2. Freins liés à la spécialité

### 2.2.2.1. *Manque de reconnaissance*

Les gériatres vivaient comme un frein le fait que leur spécialité n'était pas suffisamment reconnue.

M05 : *« tant qu'il n'y a pas une reconnaissance de, de la spécialité de gériatrie comme une spécificité qui vient justement prendre en charge comme si c'était la médecine générale de la personne âgée et qui peuvent être des médecins de premier recours, il y a toujours un problème vraiment de voir des gériatres libéraux qui vont s'installer. »*

M06 : *« en intra-hospitalier c'est déjà comme ça, on a déjà encore beaucoup de mal à faire reconnaître notre spécialité, ou on va dire ... ce qu'on peut apporter en plus, dans la vision globale (...) Bah c'est ce que j'ai dit, du coup, la reconnaissance de la spécialité. Peut-être que ça, ça va changer avec les études de médecine, le fait que ce soit un DES maintenant. Peut-être que ça, ça va changer. Le changement de mentalité, déjà dans la communauté médicale. »*

### 2.2.2.2. *Manque d'information*

Il y aurait un manque d'information concernant la possibilité d'exercer la gériatrie en ville et un manque de connaissance de leurs collègues, de leur fonction.

M01 : *« je n'avais aucune information sur le fait de pouvoir exercer en libéral (...) quand je me suis lancée dans la gériatrie libérale il y a 1 an et demi, je n'avais aucune idée de ce que cela pouvait être »*

M11 : *« c'est vrai qu'ils sont formés à l'hôpital pour une médecine hospitalière. Ils ne savent pas ... »*

### 2.2.2.3. *Attraction du CHU*

Certains gériatres pensaient que le CHU attirait les nouveaux gériatres qui, du coup, ne souhaitaient pas s'installer en ville.

M03 : *« je trouve que le CHU a un peu la main mise sur les jeunes formés en gériatrie, ils veulent les garder à l'hôpital. Donc je pense qu'il y en aura encore de moins en moins. »*

### 2.2.3. Freins liés à la pratique de la gériatrie

#### 2.2.3.1. *Isolement*

Plusieurs gériatres ont précisé que le travail d'un gériatre a besoin d'être fait en équipe pluridisciplinaire et que cela est un frein à l'exercice en ville.

M04 : *« j'ai préféré retourner dans la fonction hospitalière car je préférerais travailler en équipe que tout seul à la maison (...) je pense qu'il peut pas travailler quand même tout seul le gériatre en ville (...) Alors qu'un généraliste peut s'en sortir tout seul en consultation, le gériatre je sais pas s'il a pas besoin d'un petit coup de main, pour plein de trucs (...) le gériatre, il ne pourrait fonctionner en libéral que s'il est dans un groupe, dans un groupe où il y aurait peut-être des généralistes, où il y aurait peut-être des infirmières, où il y aurait sans doute des ophtalmo »*

M06 : *« le fait de travailler effectivement en multidisciplinaire avec un psychologue, une cadre sup, une équipe et tout ça, ça ça me plaît. Donc c'est cet aspect là qu'on n'aura pas, de toute façon, en cabinet (...) quand on est gériatre, on a quand même besoin de beaucoup travailler avec le médico-social ... avec les partenaires psycho. Je suis pas sûre qu'en ville on trouve tout ça (...) Et avec les autres aspects, de pouvoir discuter avec l'assistante sociale, de pouvoir discuter je sais pas avec le kiné, le psycho, l'infirmière, faire un peu ce que nous on offre ici en hôpital de jour. Un gériatre tout seul en cabinet dans un coin paumé, je pense qu'il va être vite limité »*



D'autres gériatres, libéraux, ont confirmé la nécessité du travail en équipe mais ont affirmé cela possible en ville.

M01 : *« Je n'ai pas l'impression d'être seule par rapport à l'hôpital. C'est juste que je bosse avec plein d'équipes : IDE, kiné libéraux, assistantes sociales, MAIA ... »*

#### 2.2.3.2. Manque de temps

Ce frein est à mettre en relation avec le problème de cotation et donc de revenus. En effet, une consultation de gériatrie prend du temps.

M04 : *« Ce qui manque aux gériatres, aux spécialistes gériatres, c'est du temps (...) Moi si je veux passer 2h sur un malade je peux, je suis payé pareil à la fin du mois mais je, je peux le faire. »*

M06 : *« les consultations en gériatrie, mais enfin déjà 8 dans la journée je pense qu'à la fin on est vidé. Donc si faut en faire 15, parce qu'il faut avoir ... le salaire qui va avec, je, je vois pas comment on peut faire. (...) on apporte aussi, et ça j'en suis persuadée, de la compétence mais de l'écoute aussi et, ce temps d'écoute, je ne suis pas sûre qu'on puisse pour le coup se l'offrir parce que je crois que c'est vraiment maintenant cette question là, en médecine libérale. Il faut au moins une demi-heure quoi, au moins. La plupart du temps, même en une heure on est court, parce que, ils y passeraient du temps quoi »*

M10 : *« Ca veut dire, pour que ce soit rentable, il faudra les faire revenir plusieurs fois. Ce que moi je fais pas, voilà, c'est-à-dire que mes consultations sont longues. Mes consultations sont longues et quand il y a une problématique, j'essaie de voir jusqu'où je peux la régler »*

#### 2.2.3.3. Prise en charge des patients

Certains gériatres estimaient que les patients seraient mieux pris en charge à l'hôpital qu'en ville.

M03 : *« par l'impression d'être très efficace, enfin d'être... de faire de la « belle médecine » en hospitalier. »*

#### *2.2.3.4. Différence d'activité hospitalière et libérale*

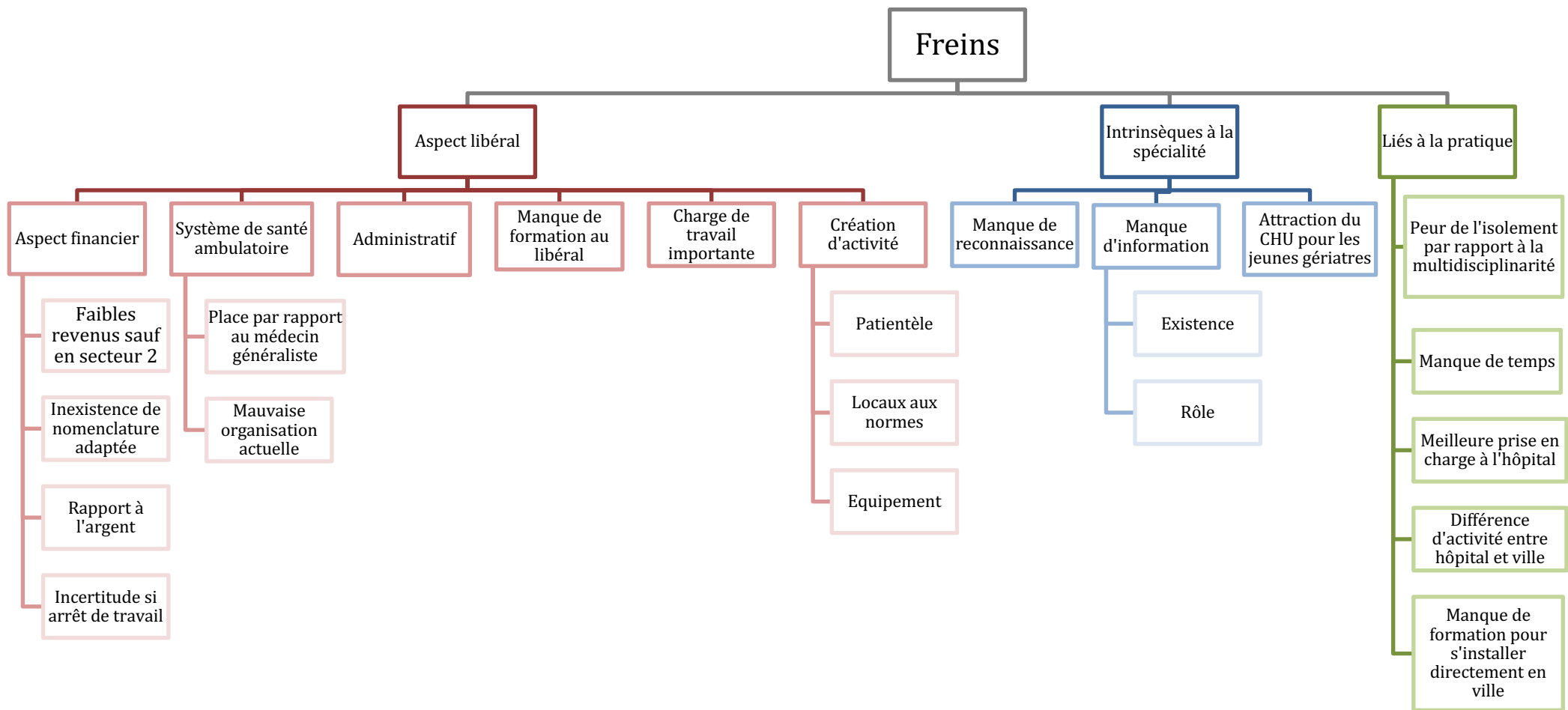
Pour certains gériatres, l'un des freins était la différence de pratique entre la médecine hospitalière et libérale.

*M02 : « en hospitalier, on a quand même un pouvoir décisionnaire qu'on n'a pas en libéral (...) si je prescris pas d'antibiotique je sais très bien qu'ils vont aller voir le collègue à côté pour finir par en avoir (...) Moi mon dada c'est vraiment la médecine, les perfusions, le degré d'urgence »*

#### *2.2.3.5. Manque de formation*

Un gériatre estimait ne pas avoir reçu assez de formation pour s'installer en libéral sans être passé par l'hôpital.

*M03 : « Mais on revient à un des freins pour moi c'est la formation. Alors en ayant eu une expérience hospitalière je pourrais m'imaginer faire des consultations, maintenant, mais pas directement, il me manquait un peu... de la formation »*



## 2.3. Les motivations

### 2.3.1. Enjeux du développement de la gériatrie libérale

Les gériatres ont affirmé qu'il y avait la place pour la gériatrie libérale avec une consultation rapidement pleine pour les gériatres déjà installés.

M01 : *« Après 1 an et demi, je ne prends plus de suivi au long cours à domicile pour garder une prise en charge de qualité. Autrement dit, il y a de la place pour des installations en ville pour les gériatres !! Pas de souci il y a du boulot ! »*

M10 : *« Et en fait très très rapidement en vue d'aller ... ma consultation elle était pleine. »*

Ils expliquent être confiants en l'avenir, pensant que la gériatrie libérale va se développer.

M04 : *« Moi je pense qu'il y a un avenir sur la gériatrie en ville, mais il est à faire (...) Au moins, les gériatres ils iront en ville. Les jeunes, enfin les jeunes, les gars qui ont 45 ans aujourd'hui, à mon avis, ils iront en ville »*

Ils évoquent également l'importance de son développement pour la prise en charge des patients âgés.

M05 : *« Donc je pense que véritablement si on devait se projeter dans l'avenir, il y a vraiment la place pour tout le monde. Il y a la place pour la gériatrie parce que, en fait il y a le vieillissement de la population, il y a des gens de plus en plus polypathologiques qui ont besoin justement d'une vision globale. »*

M07 : *« il va falloir que vraiment on s'empare de cette jeune génération qui arrive, de jeunes gériatres et qu'on leur propose de travailler en libéral et en réseau, voilà. Moi, pour moi, c'est la solution »*

## 2.3.2. Les motivations pour le gériatre

### 2.3.2.1. *Désavantages du salariat*

Beaucoup ont estimé que l'une des motivations principales était la volonté de quitter l'hôpital. En libéral, ils n'auraient plus les contraintes de temps et de pression de la hiérarchie et ils retrouveraient la pratique clinique.

M09 : *« j'en avais un peu marre de la routine : faire la visite tous les matins, faire des entrées matin et après-midi (...) une pression financière qui était, qui devenait en court séjour de plus en plus importante, DMS la plus courte possible, voilà limite le faire sortir pour qu'il revienne 2 jours après c'était mieux que de le garder 15 jours, 3 semaines. Voilà, c'était quand même assez lourd et, psychologiquement, je voyais plus du tout mon activité auprès des personnes âgées en fait »*

M11 : *« dans les hôpitaux et dans les facs, quand vous avancez en âge et en grade, vous faites beaucoup de tâches administratives et pas assez de clinique (...) sortir du carcan de l'hôpital, parce que quand même c'est, c'est ... Enfin moi je côtoie très souvent mes collègues hospitaliers qui disent « on n'en peut plus quoi, on passe notre temps à faire des budgets qu'on peut pas respecter etc etc il faudrait travailler » »*

Un autre gériatre pointait du doigt l'aspect négatif d'être salarié de l'EHPAD.

M07 : *« je voulais garder une activité libérale pour garder du soin en fait. Parce que en EHPAD je n'ai du soin qu'en urgence. Même si je donne des conseils, tout ça, je ne suis pas ... je ne suis pas en première ligne on va dire. »*

### 2.3.2.2. *Liberté de travail*

Une des motivations pour s'installer en ville était d'être son propre patron et donc d'avoir une liberté concernant la pratique de la médecine : faire la médecine que l'on veut et en prenant le temps qu'on veut.

M07 : « *bah voilà l'argent c'est une chose mais je vais faire mon métier comme j'ai envie de le faire, c'est-à-dire en prenant le temps* »

M08 : « *ce que j'aimais bien en libéral c'est ça, c'est me retrouver personnellement dans ce que je voulais faire* »

Ils avaient, de ce fait, également une liberté de planning.

M01 : « *Je cherche à présent mes enfants à 17 heures à l'école (contre 18h30 quand j'étais à l'hôpital). J'ai le temps de les aider pour leurs devoirs. Je suis avec eux les mercredis. Je n'hésite pas à prendre toutes les vacances scolaires pour eux. Et je n'ai plus d'astreinte à Noël !* »

M07 : « *en étant libéral, on peut s'organiser comme on veut (...) moi je trouve qu'il vaut mieux être en libéral pour une femme, je défends ça depuis toujours. Moi quand ... Je pouvais prendre mon mercredi pour mes enfants, j'ai toujours travaillé 4 jours par semaine et non pas ... Voilà il y a quand même une organisation qu'on peut avoir, qui n'est pas permise en tant que salarié (...) J'ai toujours pu chercher mes enfants à l'école, voilà* »

### 2.3.2.3. État psychologique

La plupart des gériatres ayant une activité libérale ont avancé avoir un bienfait sur leur état psychologique.

M01 : « *Être satisfaite de soi le soir quand on rentre à la maison, d'avoir aidé un patient, un confrère, pour ne plus jamais rencontrer de burn out.* »

M10 : « *moi je trouve que c'est très enrichissant, enfin je me sens totalement utile... totalement utile, totalement à ma place et avec un grand plaisir à aller tous les jours travailler, ce que je n'avais plus à l'hôpital (...) moi j'arrive à l'âge où mes collègues en ont ras le bol. Moi je vis encore* »

#### 2.3.2.4. Revenus

Contrairement à ce que la plupart des gériatres ont évoqué ci-dessus, deux gériatres hospitaliers pensaient que l'on gagnait mieux sa vie en ville et un gériatre libéral, installé en secteur 2, l'a avancé comme avantage.

M02 : « *Bah le salaire (...) Je sais que les libéraux qui prennent des gardes chez nous, ils nous rient au nez* »

M10 : « *Après je gagne mieux ma vie qu'à l'hôpital* »

#### 2.3.3. Les motivations par rapport aux patients

##### 2.3.3.1. Qualité de prise en charge

La moitié des gériatres ont affirmé qu'un gériatre en ville a ou aurait l'avantage d'apporter de la compétence spécifique pour la prise en charge des patients âgés.

M01 : « *Je garde le cap de faire de la « vraie bonne médecine » (...) Il y a vraiment une meilleure qualité de prise en charge pour les patients je trouve. (...) Le soir, quand je rentre, je suis satisfaite de ce que j'ai fait. Les choses sont carrées, les demandes ont été entendues, les gens ne sont pas repartis dans l'inquiétude* »

M04 : « *C'est-à-dire être présent, avoir un œil ... l'œil gériatre, à mon avis, on le remplacera pas* »

Un avantage était aussi de prendre son temps pour écouter les patients.

M01 : « *Je prends une heure pour tout bilan spécialisé ou pour la première consultation d'un patient* »

M07 : « *les avantages, bah c'est de prendre son temps* »

Enfin, il y avait, par rapport à l'hôpital, un avantage à prendre en charge les patients dans leur environnement.

M08 : « *Et puis je pense qu'on répond beaucoup plus à la demande des patients. A l'hôpital on oublie complètement, je vois les gens qui travaillent à l'hôpital, ils oublient que les gens vivent à domicile* »

Ainsi qu'un avantage à prendre en charge le patient dans sa globalité.

M08 : « *la gériatrie c'était de soigner des individus, de reconnaître leur personnalité et donc en libéral c'est beaucoup plus facile qu'à l'hôpital où c'est untel qui voit la thyroïde untel qui voit chaque chose...* »

#### 2.3.3.2. *Suivi au long cours*

Les gériatres ont pointé du doigt l'avantage de pouvoir suivre les patients régulièrement en ville, contrairement à la prise en charge hospitalière.

M03 : « *Bon après oui il y a le suivi, pour être en libéral, le suivi des patients. Qui est un des points forts, je trouve, de la médecine générale, le point fort, je trouve, de connaître les gens* »

M04 : « *Le problème c'est que ... quand tu suis par exemple un dément à domicile, il faudrait pouvoir régulièrement le revoir. Nous, en milieu hospitalier, on voit quelqu'un, on le reverra dans un an peut-être, ça ne veut rien dire quoi.* »

#### 2.3.3.3. *Augmentation de l'offre de soins*

Certains gériatres ont avancé le fait que l'offre de soins proposée aux patients augmenterait ainsi.

M06 : « *Peut-être d'augmenter l'offre déjà, parce que comme il y en a qu'en hospitalier, ça veut dire déjà qu'il n'y en a que quand il y a un hôpital, et il y a pas un hôpital tous les 5 km.* »



M09 : *« c'est plus facile pour les médecins, les généralistes ou les autres spécialistes d'adresser en fait un patient à un gériatre en ville. Parce que le délai est peut-être un peu plus court que les hospitaliers »*

#### 2.3.3.4. *Autres avantages de l'existence de gériatres libéraux*

- Refus de soins spécialisés en hospitalier

Un des avantages avancés par les gériatres était que les patients venaient plus facilement les voir, alors qu'ils pouvaient être en refus de soins auparavant.

M01 : *« chez un patient polypathologique qui est en refus de soins ou refus de bilan en HDJ par exemple (...) A l'opposé des EMG qui ont des délais longs d'intervention, et qui viennent à plusieurs ce qui effraie le patient opposant (3 personnes versus lui tout seul). »*

M09 : *« la plupart des patients quand même, rentrer dans l'hôpital, ça peut être un frein « ohlala l'hôpital, on va attendre des heures avant d'être pris, je saurais pas à qui m'adresser, il y a trop de monde » ou alors la personne âgée, c'est aussi « je vais à l'hôpital, ça veut dire que c'est très grave », donc ... que « je vais peut-être pas en sortir ou autre, alors que consultation, c'est quand même ... en libéral, ils savent qu'ils viennent et repartent. Ils viennent plus facilement quand même »*

- Prévention des hospitalisations

Avoir un suivi gériatrique en ville permettrait la prévention ou l'éviction de certaines hospitalisations par un avis spécialisé.

M02 : *« Enfin par rapport à l'exercice un peu isolé, souvent ils nous envoient en hospitalier alors que ce qu'ils voudraient c'est un autre œil, juste un autre point de vue et ça, ça pourrait se faire en cabinet de gériatre. »*

- Limitation des explorations et des traitements

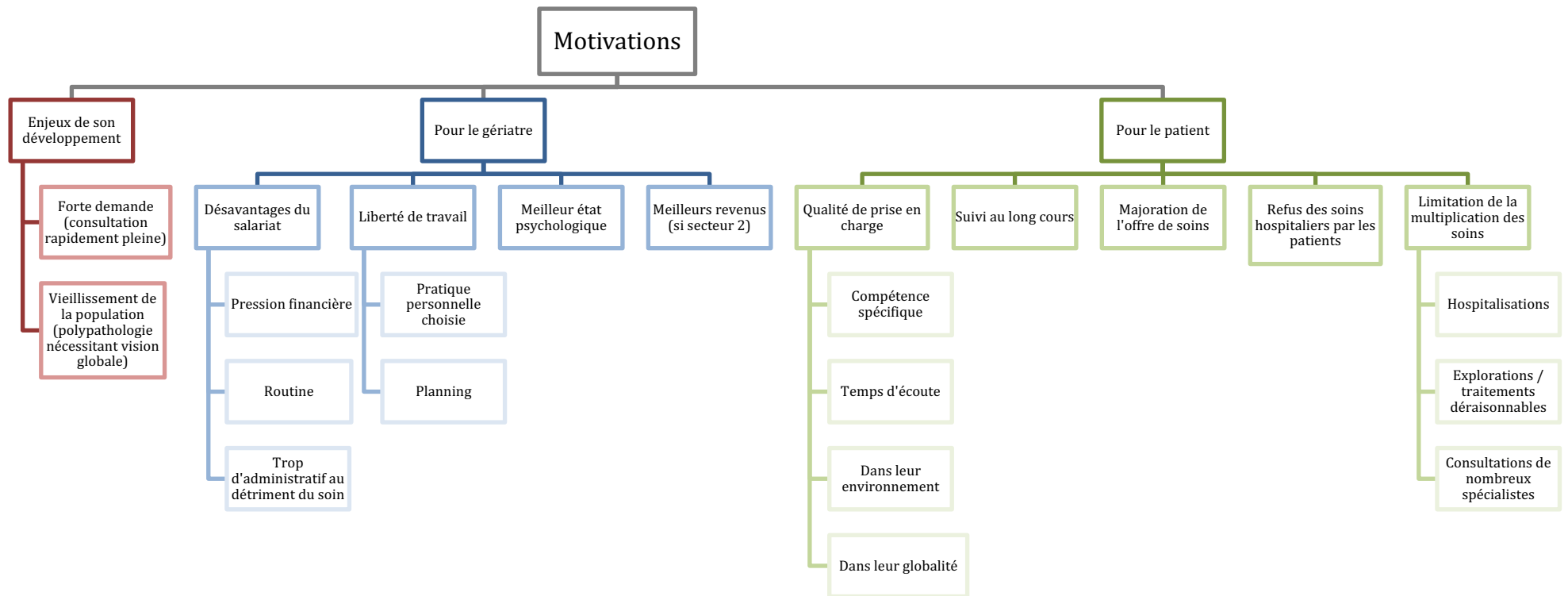
Deux gériatres ont avancé qu'avoir l'avis spécialisé d'un gériatre en ville permettrait de limiter les examens complémentaires et les traitements, jugés déraisonnables.

M04 : *« C'est-à-dire qu'à un moment donné, il faudra un œil spécialiste qui dira « ah non celui-là, foutez lui la paix, il a 90 ans, on va pas l'embêter avec son lymphome ». Nous on les cherche même pas les lymphomes. Mais, par contre, faire des traitements à outrance avec des chimio lourdes sur quelqu'un qui a 90 ans sous prétexte qu'on lui a trouvé un petit néo du colon, c'est pas raisonnable. Donc il faudra quand même, qu'à un moment donné, quelqu'un dise « non attendez c'est bon, on va faire du confort ». Mais le gériatre il pourra aussi se positionner dans le palliatif, dans tout un tas de trucs, toute la rhumato. Moi je crois que le gériatre il est un peu au carrefour, au carrefour de tout ça. On aura besoin de son avis à un moment donné. »*

- Limiter la multiplication des spécialistes

Un gériatre a également avancé le fait qu'avoir un suivi gériatrique améliorerait la qualité de vie des patients par l'éviction de multiples suivis spécialisés.

M11 : *« il y a des gens, s'ils vont de spécialiste en spécialiste, bah ils passent leur temps à prendre des rendez-vous quoi. Alors que le gériatre bah il gère allez on va dire à 80% ou 90% ou 95 si on est très optimiste ... l'ensemble des problèmes. »*



## **PARTIE IV : DISCUSSION**

### **1. Validité interne**

#### **1.1. Forces de l'étude**

##### **1.1.1. Type d'étude appropriée**

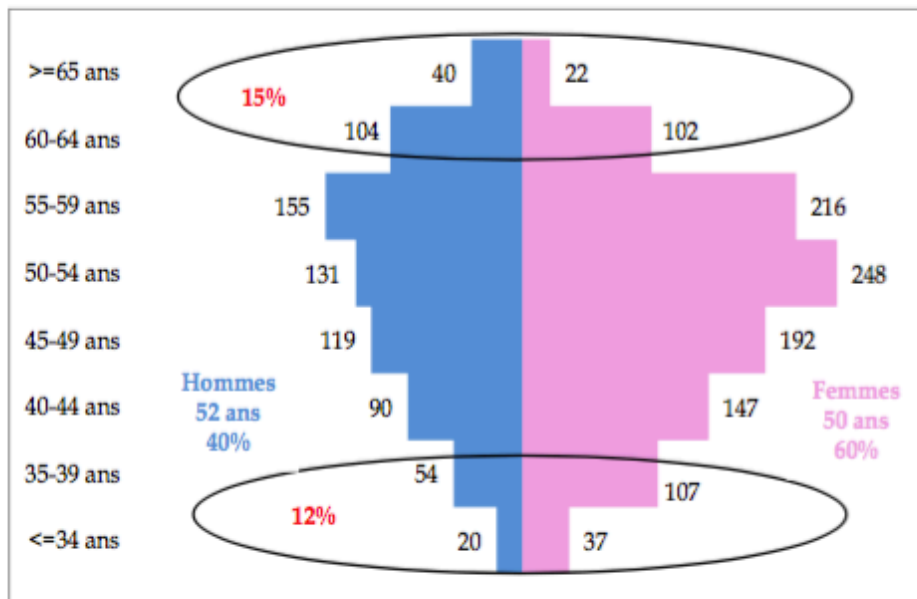
Le type d'étude réalisée, à savoir une recherche qualitative, a été adapté à la question posée. En effet, il s'agissait de générer des hypothèses et non de les quantifier, puisqu'aucune étude similaire n'avait été préalablement effectuée.

##### **1.1.2. Population étudiée**

L'échantillonnage a été fait en recherche de variation maximale sur le sexe et le mode d'exercice, d'où la force de cette recherche qualitative qui s'intéressait à la diversité des opinions. L'âge a aussi été représenté dans toutes les catégories bien qu'il n'ait pas été disponible pour la sélection de l'échantillon.

L'échantillon a été proche de la représentation des gériatres pour le sexe et l'âge selon les données du CNOM (4). Il y avait 73% de femmes et 27% d'hommes. 9% de l'échantillon avait moins de 40 ans et 27% plus de 61 ans.

Graphique n°82 : Pyramide des âges



**Pyramide des âges des gériatres : p.240 de l'Atlas démographie du CNOM de 2017**

Les participants ont aussi été caractérisés sur le nombre d'années de pratique du mode d'exercice actuel. Là aussi, l'échantillon fut varié.

1.1.3. Analyse des résultats

Une autre force de l'étude fut que les résultats ont été codés de façon indépendante par 2 personnes différentes, évitant ainsi un biais d'interprétation.

**1.2. Limites de l'étude**

1.2.1. Biais de sélection

L'étude présentait un biais de recrutement : les médecins qui ont répondu à l'étude étaient motivés par le sujet.

Bien que la méthode de saturation des données ait été respectée, un entretien supplémentaire aurait pu amener des éléments nouveaux. Il s'agit là d'une limite inhérente à tout travail qualitatif.

### 1.2.2. Biais de recueil

Toutes les questions et relances utiles ont pu ne pas être exploitées malgré l'attention apportée au travail.

Le temps et la disponibilité des gériatres a aussi pu être un biais. Deux entretiens sur les 11 ont été réalisés entre deux consultations ou avant la reprise des consultations à la demande des interrogés. Le participant a pu potentiellement écourter ses réponses pour ne pas prendre de retard sur la consultation suivante. Malgré tout, ces 2 entretiens n'ont pas été les plus courts et n'ont pas dépassé la plage horaire réservée.

### 1.2.3. Biais d'information

Il a pu exister un effet de désirabilité sociale par la présence d'un enregistreur qui a pu modifier des réponses par crainte de la réécoute et de la retranscription, bien que l'anonymat ait été garanti.

## **2. Validité externe**

Il existe de nombreux travaux sur les bénéfices de l'EGS des EMG/UMG (comme nous l'avons vu en introduction (10)) mais je n'ai pas retrouvé d'étude ou de thèse ayant pour sujet « le gériatre en libéral ». J'ai réalisé une recherche bibliographique avec les mots clés « gériatrie », « gériatre », « libéral(e) », « soins gériatriques », « ville », « soins primaires », « installation » ainsi que « geriatricians », « geriatric medicine », « private practice », « primary care » sur les sites anglophones.

Je n'ai pu trouvé qu'un article évoquant les résultats préliminaires d'une étude réalisée aux Etats-Unis (21). Le travail consistait en un ajout d'un gériatre et d'une infirmière spécialisée en gériatrie dans une maison de santé (donc en soins primaires) pour travailler en partenariat avec les généralistes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, assistantes sociales et

nutritionnistes déjà présents. Ces consultations gériatriques en soins primaires (qui incluaient aussi des visites à domicile) ont permis de réduire significativement les consultations d'autres spécialistes sans interférer avec le suivi habituel auprès des médecins généralistes. Les gériatres ont aussi facilité les admissions en soins de rééducation, EHPAD, unités Alzheimer et les soins à domicile.

Il existe également quelques études récentes (en France et à l'étranger) sur l'apport de l'évaluation gériatrique en ville mais réalisée par une infirmière et non par un médecin gériatre installé.

Il y a notamment un projet FAP (« Frailty and Alzheimer's Disease prevention into primary care ») en Occitanie depuis juin 2015 qui consiste en l'EGS au cabinet du médecin généraliste (donc en soins primaires) par une infirmière d'évaluation gérontologique. Une étude a été publiée en 2018 afin d'en appréhender la satisfaction des patients (22) et une autre en 2019 pour évaluer le ressenti des médecins généralistes (23) : ce sont des études observationnelles.

Les patients étaient « complètement » satisfaits de l'évaluation pour 72% d'entre eux avec 94% qui estimaient que cette évaluation était pertinente pour eux. Pour près d'un tiers des patients, l'évaluation a permis de mettre en évidence des problèmes non identifiés auparavant avec mise en place de mesures : physiques (kinésithérapie, ...), cognitives (ateliers de stimulation cognitive), sociales (aides humaines, inscription associative) et sensorielles (appareillages auditif et/ou visuel). 42% des patients évalués ont reconnu qu'ils l'auraient probablement refusée si elle avait eu lieu à l'hôpital (principalement pour manque de pertinence pour eux et problème d'accessibilité).

En ce qui concerne le ressenti des médecins généralistes, 92% ont eu un avis positif ou plutôt positif sur la mise en évidence de problèmes non identifiés auparavant. Quatre-vingt-un pourcent des médecins ont reconnu un gain de temps dans leur pratique. Ils ont estimé que l'évaluation la plus « utile » était celle des troubles cognitifs mais qu'il manquait une évaluation du domicile. Les médecins généralistes ont aussi pensé qu'une grande partie de leurs patients auraient refusé l'évaluation en milieu hospitalier. Enfin, pour 92% des médecins, l'évaluation a permis d'améliorer la prise en charge des patients concernés.

Un essai contrôlé randomisé a été réalisé aux Pays-Bas entre 2010 et

2013 pour étudier les bénéfices d'une évaluation en soins primaires des personnes âgées par une infirmière spécialisée, supervisée par une équipe de gériatres (24). Mais ce travail n'a montré de différence significative entre les 2 groupes sur aucun des objectifs.

Le seul document que j'ai pu trouver sur les freins à l'installation des gériatres en ville est une interview de la présidente de ANGGEL, le Dr JACQUIN-MOURAIN, de 2016 parue dans *Le Quotidien Du Médecin* (25). Elle y confie son espoir que l'on va « donner à la gériatrie libérale les moyens de se développer ». Elle souligne le même frein majeur que les gériatres interrogés dans ce travail, à savoir le problème de cotation : « Le problème est qu'il n'existe pas de cotation permettant cet exercice en ville. Aujourd'hui, une consultation chez un gériatre libéral est rémunérée à hauteur de 25 euros. C'est impossible de faire vivre un cabinet avec cette cotation en sachant qu'une consultation dure en moyenne une heure. Le seul moyen d'y arriver est d'exercer en secteur II ou d'avoir un exercice mixte, en cumulant une activité de ville avec un poste salarié ».

### **3. Discussion des résultats**

#### **3.1. Les obstacles à l'installation des gériatres en ville**

Beaucoup de freins ont été exprimés par les gériatres et nous évoquerons ci-dessous les plus souvent relayés.

Un des obstacles majeurs énoncé a été celui des revenus. La quasi-totalité des gériatres a exprimé la difficulté à vivre de l'activité de gériatre libéral avec les cotations actuelles de la CPAM (secteur 1), du fait du temps nécessaire à la consultation gériatrique.

Le souci est qu'il n'y a pas vraiment de nomenclature adaptée à la gériatrie libérale. Pour illustrer cela, en regardant l'outil d'aide de la CPAM à la cotation des actes par spécialité (26), on constate que la gériatrie n'est pas répertoriée alors que 39 spécialités y sont disponibles. Quelques actes seraient possibles en gériatrie comme le dépistage des troubles cognitifs.

Le tarif conventionnel de la CPAM de la consultation d'un gériatre est de 25€ malgré le temps d'une heure que prend souvent la consultation (27). Or les gériatres, comme les pédiatres ou les généralistes, ont peu d'acte



majorant la consultation (contrairement aux cardiologues, ORL, ...). Nous avons regroupé les cotations possibles du gériatre libéral dans des tableaux en annexe 5. Les rémunérations spécifiques du médecin traitant y sont répertoriées également (28).

Ces majorations semblent toutefois bien ponctuelles et ne pas suffire à revaloriser une consultation d'une heure.

Par ailleurs, les gériatres ne peuvent pas coter le déplacement à domicile puisque la majoration de déplacement (MD = 10€) n'apparaît que dans la liste des tarifs conventionnels du généraliste (29).

Seuls les 3 gériatres libéraux avec une pratique mixte (et donc une partie salariée de leurs revenus) étaient en secteur 1. Les 4 gériatres libéraux exclusifs étaient en secteur 2 dont 2 avec OPTAM. Avec cette option, les médecins s'engagent à pratiquer un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement (ces taux sont calculés par l'Assurance Maladie) (30). Cela permet de limiter le dépassement d'honoraires et donc de favoriser l'accès aux soins pour tous en réduisant notamment le reste à charge des assurés (car meilleure prise en charge de l'assurance maladie et des mutuelles par rapport au secteur 2 simple). Le médecin reçoit une prime qui est d'autant plus élevée qu'il se rapproche de ses taux d'engagement.

Sept des 11 gériatres vivent leurs relations avec leurs confrères généralistes comme une forme de concurrence. Les gériatres libéraux ont noté que ce sont toujours les mêmes généralistes qui leur adressaient des patients. Les gériatres hospitaliers ont évoqué le même souci : la crainte que les médecins généralistes n'adresseraient pas de patient était un frein à une éventuelle installation en libéral. Nous verrons ci-après, dans le point 3.3, que le rôle du gériatre libéral n'est pourtant pas de prendre la place du médecin traitant. Le peu de rencontres possibles entre médecin généraliste et gériatre du fait du faible nombre d'installations empêche une connaissance autour du rôle de gériatre libéral.

Les médecins généralistes sembleraient néanmoins intéressés par avoir un avis et une expertise rapide, en ville, de leurs confrères gériatres. Dans l'étude précédemment citée relatant les difficultés des généralistes face aux personnes âgées en situation médico-sociale complexe (11), 91% des généralistes connaissant la filière gériatrique y font appel et 79% sollicitent l'avis des gériatres.

Certains gériatres ont affirmé que tout le côté administratif du libéral (comptabilité, gestion d'un cabinet, gestion d'aides sociales) était un frein à l'installation. Ils n'ont pas eu, dans leur spécialité, l'étude des aspects de la gestion d'un cabinet libéral, à la différence des internes de médecine générale.

Le côté administratif incombe à chaque médecin libéral comme un responsable d'entreprise (gérer éventuellement du personnel, des locaux, la comptabilité). Malgré tout, si le choix de la pratique libérale est fait, se former à cet aspect, comme dans toutes les autres spécialités (sans formation préalable non plus) est faisable. Si l'on décide de se lancer dans le libéral, c'est sans doute difficile mais possible même si c'est plus compliqué que de rester à l'hôpital (assistante sociale, fiche de paie, ...).

La maquette du DES de gériatrie propose dans sa dernière année un stage de 1 an ou 2 stages de 6 mois en hospitalier ou en libéral au choix de l'interne (31). Un effort a été fait pour permettre aux jeunes de se former au libéral avec toutes ses contraintes administratives. Malgré tout, il n'est pas certain qu'en pratique cela sera appliqué car il existe très peu de gériatres libéraux. Par exemple, en Aquitaine, il n'existait qu'un gériatre libéral au moment de l'étude et nous ne pouvons pas savoir si ce sera un terrain de stage ouvert puisque le DES ayant été créé en 2017, nous n'en sommes pas encore à cette phase de consolidation. Cela dit, même si ce gériatre devait être maître de stage, cela ne permettrait pas à tous les internes d'y avoir accès puisque, en 2018, il y a eu 5 internes de gériatrie au CHU de Bordeaux (32).

Les gériatres interrogés se sentent mal compris dans leur spécificité que ce soit en libéral ou à l'hôpital. D'après eux, au sein même de la communauté médicale, ce qu'apporte la gériatrie n'est pas correctement visible. Cela devrait évoluer avec la création du DES. Certains gériatres ont évoqué plus précisément le manque de reconnaissance de la gériatrie en tant que spécialité libérale.

Les gériatres ont admis n'avoir pas pensé, eux-mêmes, s'installer en libéral. Ils ne savaient pas exactement en quoi cela consisterait et cela n'était pas évoqué dans leur cursus de formation.

Un autre frein exprimé, était que la gériatrie est une discipline qui se pratique en multidisciplinarité (avec des kinésithérapeutes, des infirmières, des psychologues, des assistantes sociales, ...). Une majorité du panel interrogé a craint ne pas pouvoir pratiquer correctement la gériatrie sans équipe.

Si cela est difficile, c'est loin d'être impossible. Il semble qu'ils soient mal informés de la situation actuelle. Deux des gériatres libéraux interrogés ont affirmé, spontanément, que ce n'était pas un problème et qu'ils travaillaient très bien avec les paramédicaux en ville. Pour pratiquer la gériatrie en ville, il est nécessaire de faire son réseau (psychologue, kinésithérapeute, MAIA...). Actuellement, c'est ce qui se passe notamment en MSP : l'apprentissage du travail en réseau avec des rencontres formelles et/ou informelles entre les acteurs de santé se généralise dans le monde de la santé.

On sait que les maisons de santé pluri-professionnelles se développent avec cette pluridisciplinarité. Selon la DGOS, il existait, en 2018, 910 maison de santé et 350 centres de santé pluri-professionnels (33). Les MSP se sont développées depuis leur introduction dans le code de santé publique en 2007 (34). Une étude de 2013 sur les MSP de la région Rhône-Alpes a décrit leur fonctionnement (35). Les MSP regroupent surtout des médecins généralistes et des paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, orthophonistes, ...) avec parfois l'installation de médecins spécialistes. Cela semblerait une bonne solution pour les gériatres qui ont besoin de travailler en équipe.

### **3.2. Les avantages de la gériatrie libérale**

Malgré l'absence de développement de la gériatrie libérale, expliquée en grande partie par la non valorisation des actes, le manque d'informations et le peu de communication sur cette option pendant les études, on peut avoir confiance en son avenir. En effet, si la nomenclature évoluait, les gériatres interrogés sur cette possibilité y voyaient des avantages pour le praticien lui-même mais aussi pour le patient et pour la santé publique. La plupart des gériatres ont évoqué leur conviction du développement de la gériatrie libérale et de sa nécessité.

En ce qui concerne les motivations à l'installation pour les gériatres eux-mêmes, beaucoup ont pointé les inconvénients du salariat avec la pression établie par les directions, notamment financière (faire sortir les patients le plus rapidement, être en sous effectifs avec un nombre de gardes trop important, ...), et le manque de clinique au profit de l'administratif (protocoles, budget). En allant dans le libéral, ils avaient ou auraient l'énorme avantage d'être leur propre patron avec une liberté de planning (très appréciée par les femmes médecins), une liberté de pratique et donc un meilleur état psychologique (moins de burn out, plaisir de travail, satisfait des prises en charge, ...).

Des études de 2012 publiées dans le Panorama des établissements de santé de 2014 confirment la difficulté des conditions de travail hospitalières. Les praticiens disent souffrir d'un rythme d'activité important, de la confrontation à la souffrance des malades, de l'informatisation croissante, de la tension grandissante avec les patients et leurs familles (36). Dans cette étude, les médecins du secteur privé semblent éprouver moins de difficulté que leurs collègues du public : ils ont plus de souplesse dans leur travail (82% versus 74%) et les médecins du secteur public « ont trop de choses à penser à la fois » (71% versus 52%) et déclarent être ignorés (28% versus 10%). Une enquête réalisée en 2008 auprès de l'ensemble des médecins hospitaliers a montré la pénibilité de leur travail associée à l'évolution des rapports avec l'administration, à la difficulté de soigner dans les conditions de travail actuelles, à l'agressivité des patients et au manque de considération des collègues ainsi qu'à la fatigue engendrée par les gardes qui entravent l'équilibre vie de famille/vie de travail (37). Les facteurs de risque d'abandon de l'hôpital étaient le burn out, les relations interpersonnelles, le harcèlement par les supérieurs, la crainte de faire des erreurs et le déséquilibre travail/famille.

Plus récemment, en 2018, Medscape a réalisé un sondage auprès de médecins salariés et libéraux dont 48% des répondants ont estimé avoir des symptômes de burn out et/ou de dépression (38). Les facteurs qui ont été déclarés par les médecins hospitaliers comme contribuant au burn out rejoignent ceux évoqués dans mon travail : trop de tâches administratives et horaires de travail excessifs (ces 2 points concernaient aussi le secteur libéral), manque de respect des employeurs/collègues/personnel, trop d'importance donnée aux profits au détriment des patients et sentiment de n'être qu'un rouage du système.

Les gériatres voient, au travail en libéral, un avantage majeur pour les patients. Ceux-ci seraient pris en charge de manière spécialisée avec ce que beaucoup ont appelé « l'œil gériatre », en prenant du temps (une heure de consultation versus 15-20 minutes pour la plupart des généralistes) et dans leur environnement, à domicile pour une meilleure appréciation de leur état et des possibilités que lors d'une consultation hospitalière. Cela permettrait de faire un vrai suivi régulier. Cela n'est pas le cas actuellement à l'hôpital : certains gériatres hospitaliers ne pouvaient faire que des suivis annuels par manque de temps, d'autres n'en faisaient pas car non rémunérateur pour l'hôpital.

Comme nous l'avions déjà vu, il n'y a pas d'étude permettant de conclure sur les avantages du suivi par un gériatre en libéral. Mais le projet « FAP » (22) (23) en Occitanie semble montrer un bénéfice non négligeable d'un suivi gériatrique en ville. De plus, rappelons que la méta-analyse de la COCHRANE mettait en avant les bénéfices d'une prise en charge gériatrique par une EMG (10) à l'hôpital.

Avoir un gériatre en ville permettrait aussi de prendre en charge un nombre important de patients qui sont dans le refus d'aller à l'hôpital même pour une simple consultation.

Enfin, certains gériatres interrogés ont évoqué un avantage économique, de santé publique à développer cette spécialité en ville. La prise en charge spécifique par un gériatre pourrait permettre de prévenir des hospitalisations et de limiter les explorations ou traitements déraisonnables. Le gériatre a, en effet, à cœur de tout mettre en œuvre à domicile pour essayer de limiter les hospitalisations et les recours aux urgences par les médecins généralistes qui peuvent être en difficulté en situation aiguë. Cela passe par l'ouverture de la gériatrie à l'ambulatoire (2).

### **3.3. Définition vague de la gériatrie libérale**

Les gériatres interrogés étaient clairs et consensuels sur les activités à pratiquer en ville mais leur place dans le suivi des patients ne semblait pas toujours évidente pour eux, pour leurs confrères généralistes et pour les patients. Seraient-ils des spécialistes à part entière ? des « généralistes » pour une certaine tranche d'âge comme les pédiatres ? les 2 à la fois ?

En effet, le rôle du gériatre a été défini par tous comme une compétence particulière, un « œil global de gériatre » sur la personne âgée. Un gériatre libéral réaliserait l'évaluation gériatrique standardisée, les bilans mémoire, les bilans de marche, les révisions d'ordonnance, la prévention, l'anticipation de la dépendance, la coordination des soins, l'accompagnement de fin de vie, ...

Par contre, les gériatres interrogés ont eu des avis très différents sur la place globale du gériatre en tant que substitution du médecin traitant ou médecin consultant sur avis. Cette différence d'avis n'est, à priori, pas liée au mode d'exercice actuel des gériatres car ceux qui fonctionneraient sur avis sont hospitaliers, mixtes et libéraux et ceux qui penseraient être médecin traitant ou faire un peu des deux sont mixtes et libéraux. Les médecins interrogés s'accordaient sur le point que le suivi devait être très régulier, au minimum semestriel.

Des médecins gériatres, experts et personnalités de la profession ont clairement défini dans le Livre Blanc de la Gériatrie (1) ce qui leur paraissait être le rôle du gériatre libéral. Le champ d'activités exprimé par les médecins interrogés est globalement similaire à ce qui est préconisé par cet ouvrage référentiel. Dans ce Livre Blanc, il est clairement signifié qu'un gériatre libéral « doit voir en consultation un patient adressé par son médecin traitant pour un avis spécialisé sur une problématique particulière et qu'il lui adresse un rapport accompagné de conseils après son évaluation gériatrique. Il peut être amené à suivre par la suite le patient si besoin, en accord avec le médecin généraliste. Il peut également agir à domicile en situation de crise, coordonner les soins, offrir son expertise pour les prises en charge juridiques et sociales et assurer les entrées directes en hospitalisation grâce à ses liens avec les services de gériatries » mais il ne prend pas la place du médecin traitant.

Enfin, objectivement, il faut noter que, dans le dispositif « choix du médecin traitant », tout médecin spécialiste peut avoir ce rôle (39). C'est donc à chaque gériatre libéral de faire son choix de mode de suivi des patients en accord avec ceux-ci.

Pour conclure, développer l'activité de la gériatrie est devenu nécessaire au vu du vieillissement de la population et de la difficulté d'accès aux soins chez les médecins généralistes. Augmenter l'activité gériatrique en ville permettrait de majorer l'offre de soins avec un accès plus facile et plus rapide que chez les spécialistes hospitaliers.

Les gériatres ne pourraient-ils pas devenir médecin traitant de certaines personnes âgées vu le contexte actuel ? En effet, le nombre de médecins généralistes en activité régulière diminue et diminuera à priori jusqu'en 2025 (5) alors que la population ne cesse d'augmenter et que la profession se féminise (5). Or, selon une enquête de la DREES publiée en mai 2019, le nombre d'heures travaillées est moindre chez les femmes que les hommes (40). De même, les médecins de moins de 50 ans font moins d'heures que leurs aînés (40). Il existe donc un manque de temps incontestable pour prendre en charge de façon satisfaisante tous les patients, à fortiori les personnes âgées qui nécessiteraient des consultations plus longues.

D'un point de vue personnel, je pense que les gériatres libéraux pourraient avoir ce rôle de médecin consultant, comme préconisé par le Livre Blanc de la Gériatrie, pour faire un bilan global de certains patients âgés, parler prévention, dépister d'éventuels troubles non identifiés auparavant. Cela déboucherait sur la mise en place de certaines mesures pour améliorer la prise en charge des patients. Mais, contrairement à cet ouvrage référentiel de la gériatrie, j'estime qu'ils pourraient devenir médecin traitant de certains patients âgés polypathologiques avec troubles cognitifs/comportementaux si médecin généraliste et patient sont d'accord. Vu la relation de confiance établie depuis des années entre un médecin généraliste et son patient, beaucoup de patients ne voudraient probablement pas changer de médecin traitant et il n'est pas question de les y obliger. Mais, il me semble que beaucoup de médecins généralistes n'ont plus le temps de prendre en charge de façon optimale ces patients âgés compliqués et qu'il serait bénéfique qu'ils soient suivis par un médecin gériatre (qui aurait le temps si une nomenclature codifiée était créée). Si la médecine ambulatoire devait évoluer en ce sens, il faudrait, par contre, former beaucoup plus de gériatres.

## **PARTIE V : CONCLUSION**

Les instances médicales et gouvernementales ont compris les enjeux du développement de la gériatrie comme le montrent les plans élaborés, la majoration des EMG et la création du DES. Malgré tout, elles ne semblent pas réfléchir au développement de la gériatrie libérale puisque nous avons pu constater que son activité n'est pas clairement définie et qu'il n'y a pas de nomenclature adaptée à la pratique. Tout cela explique pourquoi la spécialité n'est pas connue et que le nombre de gériatres libéraux n'a pas augmenté depuis plusieurs années.

De nos jours, la multidisciplinarité dont les gériatres auront besoin est tout à fait possible et développée en ville. En effet, les coopérations entre professionnels sont grandement facilitées par l'existence des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires et le dossier médical partagé.

J'ai cherché à savoir ce qui existait comme accès facile à la gériatrie en ville dans le sud des Landes et autour de Bayonne puisqu'il s'agira de mon lieu d'installation. Les EMG des hôpitaux de Dax et de Bayonne ont une activité extrahospitalière. Par contre, il n'y a aucun gériatre libéral ni dans les Landes, ni dans les Pyrénées-Atlantiques.

Suite à ce travail qui montre que les gériatres seraient prêts à s'installer en ville si la cotation le permettait, il serait intéressant d'étudier la vision des médecins généralistes sur la place que prendrait le médecin gériatre en ville selon eux.

Pour conclure, il faudrait développer cet exercice en ville :

- en reposant le contexte du rôle du gériatre libéral dans le suivi par rapport aux généralistes
- en informant et en formant les gériatres à la pratique en ville
- en revalorisant les tarifs conventionnels en rapport avec le temps des consultations



## ANNEXES

### Annexe 1 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>

## Domaine 2 : Conception de l'étude

### Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie  
Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

*Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*

### Sélection des participants

10. Échantillonnage  
Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*

11. Prise de contact  
Comment ont été contactés les participants ?  
*Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*

12. Taille de l'échantillon  
Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

13. Non-participation  
Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

### Contexte

14. Cadre de la collecte de données  
Où les données ont-elles été recueillies ?  
*Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*

15. Présence de non-participants  
Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16. Description de l'échantillon  
Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?  
*Par exemple : données démographiques, date*

### Recueil des données

17. Guide d'entretien  
Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

18. Entretiens répétés  
Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

19. Enregistrement audio/visuel  
Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

20. Cahier de terrain  
Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## Annexe 2 : Note d'information envoyée aux gériatres

Cher confrère,

Je m'appelle Anne-Sophie, médecin généraliste en fin d'études à Bordeaux, je vous sollicite pour ma thèse : **« Quels sont les freins à l'exercice libéral de la Gériatrie ? Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés »**.

Accepteriez-vous de répondre à 5 questions (temps estimé 15-20 minutes) ? Et, si vous le souhaitez, vous pourrez ajouter des éléments à l'issue de l'entretien mais je ne veux pas abuser de la disponibilité que vous pourrez m'accorder.

Durant mon stage en médecine générale, je me suis souvent retrouvée en difficulté dans la prise en charge des patients d'un âge avancé devant leur polyopathie, leur maintien à domicile difficile, la lourdeur de l'ordonnance, ...

J'aurais souhaité, pendant mes stages, pouvoir adresser mes patients ou avoir l'avis d'un médecin gériatre en ville comme j'ai pu le faire en pédiatrie. Ceci n'a pu exister qu'avec des confrères gériatres hospitaliers qui ont bien voulu me conseiller, faute de gériatre installé en libéral.

Vous êtes 1784 gériatres formés en 2017 et seuls 78 sont installés, au moins partiellement, en libéral, soit 4,4%. Ma thèse porte sur les facteurs limitants et votre collaboration à chacune et chacun est primordiale à mon travail.

Je vous contacterai dans quelques semaines mais, si vous le souhaitez, vous pouvez dès à présent me contacter par téléphone, mail ou SMS m'indiquant vos disponibilités pour fixer un rendez-vous (téléphonique ou en personne si en Aquitaine). J'ai fini mon internat et fais actuellement des remplacements.

Durant l'entretien, vous pourrez choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions. Les données recueillies seront anonymisées et uniquement destinées à ma thèse. Elles ne seront pas conservées après sa soutenance.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porterez à mon travail.

## Annexe 3 : Guide d'entretien final

### *Remerciements*

*Rappel de l'enregistrement et de la retranscription de l'entretien (avec anonymat)*

*Demande de l'accord verbal*

Code d'anonymisation :

Sexe :

Tranche d'âge (31-40, 41-50, 51-60, 61-70) :

Mode d'exercice (libéral, hôpital ou mixte) :

Depuis quelle année ce mode :

Année de thèse et de pratique de la gériatrie :

Formation complémentaire :

- 1) Pouvez-vous me raconter votre parcours en tant que médecin gériatre ? Pourquoi avoir choisi la gériatrie ?
- 2) Comment s'est fait le choix de votre mode d'exercice ?
- 3) Qu'est-ce qui, pour vous, définit la gériatrie libérale ? Quel serait le rôle d'un gériatre libéral ?

Avis spécialisés et/ou médecin traitant ?

- 4) Quels sont les freins, d'après vous, à un exercice de la gériatrie en ville ?

Du point de vue du gériatre personnellement ? Et pour la prise en charge des patients ?

Voyez-vous d'autres éléments qui empêchent le développement de la gériatrie libérale ?

- 5) Quels sont les avantages à pratiquer en libéral par rapport à un exercice hospitalier ?

Pour le gériatre personnellement ? Pour l'exercice de la médecine, le système de soins ?

## Annexe 4 : Demande à la CNIL

 <b>Informatique et Libertés</b> Registre des traitements de données à caractère personnel			
<b>FINALITÉ</b>	MED - Etude qualitative visant à étudier les freins à la pratique de la gériatrie en libéral		
<b>DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)</b>	Enquête qualitative auprès de gériatres installés en libéral, en hospitalier ou en exercice mixte afin de déterminer les freins à l'exercice de leur spécialité en libéral. L'échantillonnage sera établi à partir de l'annuaire santé du conseil de l'ordre. Les gériatres seront contactés par courrier et un entretien individuel semi-dirigé sera organisé face à face ou par téléphone (selon la distance) avec enregistrement, après consentement oral.		
<b>CIL DÉSIGNÉ</b>	Chantal Durand		
<b>ENTITÉ</b>	Université de Bordeaux		
<b>RESPONSABLE DE TRAITEMENT</b>	Université de Bordeaux		
<b>RESPONSABLE DE LA MISE EN OEUVRE</b>	Département de médecine générale		
<b>GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS</b>	Département de médecine générale		
<b>DATE DE MISE EN OEUVRE</b>	17/06/2018		
<b>CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES</b>	Gériatres hospitaliers ou libéral, d'Aquitaine principalement et dans d'autres régions si l'échantillonnage le nécessite		
<b>Type de données</b>		<b>Destinataires</b>	<b>Durée de conservation des données</b>
numéro d'inclusion, tranche d'âge, sexe, formation, mode d'exercice professionnel		la thésarde et son directeur	détruites à l'issue de la soutenance
<b>DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE</b>	17/06/2018		
<b>AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE</b>	Anne-Sophie Hurst		
Type de formalité	DN - Déclaration		
Nom du logiciel	In-vivo		
N° Déclaration CNIL			
Export hors UE	Non		
<b>EXPORT HORS UE : DÉTAILS</b>	non		
Vérification : Information	note d'information		
Vérification : Sécurité	authentification avec mot de passe supérieur à 8 caractères, antivirus, sauvegardes régulières sur support externe		
Pièces jointes			

**EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).**

Date :

Nom :

Signature :

**CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR.**

## Annexe 5 : Tableaux des tarifs pour les gériatres libéraux

**Tableau des cotations possibles actuellement pour les gériatres libéraux**

Code	Acte	Tarif
CS +MPC	Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié <i>(MPC si secteur 1 ou 2 avec OPTAM)</i>	23€ +2€
VS	Visite à domicile par le médecin spécialiste	23€
VL	Visite longue et complexe réalisée à domicile <i>(pour les patients déments et seulement 3x/an)</i>	60€
ID	Indemnité déplacement pour agglomérations PLM	5,34€
ID	Indemnité déplacement pour autres agglomérations	3,81€
IK	Valeur de l'indemnité kilométrique en plaine	0,61€
IK	Valeur de l'indemnité kilométrique en montagne et haute montagne	0,91€
TC	Consultation à distance réalisée entre un médecin spécialiste et un patient (téléconsultation)	23€
TE1	Acte de téléexpertise de niveau 1 par un médecin sollicité par un autre médecin	12€
TE2	Acte de téléexpertise de niveau 2 par un médecin sollicité par un autre médecin	20€
APC (ou APV)	Avis ponctuel de consultant au cabinet (ou à domicile) <i>(Le médecin s'engage à ne pas revoir le patient dans les 4 mois et non cumulable avec un acte hormis l'ECG)</i>	50€
MPA	Majoration pour les patients > 80 ans	5€
MCU	Majoration correspondant urgent <i>(que si consultation réalisée à tarif opposable)</i>	15€
MCS	Majoration de coordination	5€

SLA	Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients avec des séquelles lourdes d'AVC	16€
MIS	Majoration pour consultation initiale pour la mise en place de stratégie thérapeutique chez les patients atteints de cancer, pathologie neurologique grave ou neurodégénérative	30€

**Tableaux des cotations additionnelles possibles si le gériatre est médecin traitant**

Code	Acte	Tarif
MUT	Majoration d'urgence du médecin traitant <i>(que si consultation réalisée à tarif opposable)</i>	5€
MRT	Majoration médecin traitant sur régulation	15€
MIC	Majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant	23€
MSH	Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant	23€
FPMT	Rémunération spécifique annuelle du médecin traitant pour : - patient de 80 ans et plus hors ALD - patient de moins de 80 ans et ALD - patient de 80 ans et plus et ALD - patient de moins de 80 ans hors ALD	42€ 42€ 70€ 5€

**Autres actes médicaux des gériatres**

Code	Acte	Tarif
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression	69,12€
ALQP006	Test d'évaluation d'un déficit cognitif	69,12€
DEQP003	Électrocardiogramme	14,26€



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Jeandel C, Aquino J-P, Berrut G, Chassagne P, Emeriau J-P, Maubourguet N, et al. Livre Blanc de la Gériatrie. 2<sup>e</sup> ed. Paris : ESV Production; 2011, 300p.
2. Ducher G, Jomard N. Gériatrie, un métier d'avenir. Revue hospitalière de France. 2018;584:34-38.
3. DHOS, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. (En ligne). <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>. Consulté le 19 décembre 2018.
4. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017. CNOM. 2017,240-241. (En ligne). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1sogkeq/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf). Consulté le 12 décembre 2018.
5. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. 2018, 169p. (En ligne). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf). Consulté le 12 décembre 2018.
6. Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. 2010,72-73. (En Ligne). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_cnom\\_2010.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf). Consulté le 12 décembre 2018.
7. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution de la population - Bilan démographique 2018. (En ligne). <https://insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926&q=%C3%A9volution+de+la+population+bilan+d%C3%A9mographique>. Consulté le 23 octobre 2019.
8. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee Première. 2006;1089:1-4. (En ligne). <https://insee.fr/fr/statistiques/1280826>. Consulté le 14 décembre 2018.
9. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Projections de population à l'horizon 2070. (En ligne). <https://insee.fr/fr/statistiques/2496228>. Consulté le 14 décembre 2018.
10. Ellis G, Whitehead M, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011;343:d6553. (En ligne). <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d6553>. Consulté le 15 décembre 2018.
11. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe : place des équipes mobiles. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2016;14(1):23-30.

12. DHOS, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. (En ligne). <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>. Consulté le 19 décembre 2018.
13. Martins-condé F. Résumé du rapport n°2005/053 de l'IGAS "Les Equipes Mobiles de Gériatrie au sein de la filière de soins". (En ligne). <http://sgca.fr/textes/R%E9sum%E9%20rapport%20IGAS%20UMG%202005.pdf>. Consulté le 19 décembre 2018.
14. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie. 2006:40p. (En ligne). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000419.pdf>. Consulté le 19 décembre 2018.
15. Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Plan solidarité - grand âge. 2006:39p. (En ligne). [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf). Consulté le 19 décembre 2018.
16. Couturier P, Tranchant L, Lanièce I, Morin T, Gromier A, Sala C, et al. Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). *Ann Gérontol.* 2008;1:17-26. (En ligne). [https://www.jle.com/fr/revues/age/e-docs/fonctionnement\\_des\\_unites\\_mobiles\\_de\\_gerontologie\\_ou\\_un\\_modele\\_dinterdisciplinarite\\_professionnelle\\_experience\\_du\\_chu\\_de\\_gr\\_278906/article.phtml?tab=texte](https://www.jle.com/fr/revues/age/e-docs/fonctionnement_des_unites_mobiles_de_gerontologie_ou_un_modele_dinterdisciplinarite_professionnelle_experience_du_chu_de_gr_278906/article.phtml?tab=texte). Consulté le 20 décembre 2018.
17. Frappé P. Initiation à la recherche. Global Media Santé; 2011, 216 p.
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;15(157):50-54.
19. CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Trouver un médecin. (En ligne). <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>. Consulté le 12 décembre 2018.
20. L'Assurance Maladie. Annuaire santé d'ameli.fr. (En ligne). <http://annuairesante.ameli.fr/>. Consulté le 12 décembre 2018.
21. Engel P, Spencer J, Todd P, Boardman J. The Geriatrics in Primary Care Demonstration : Integrating Comprehensive Geriatric Care into the Medical Home : Preliminary Data. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:875-879. (En ligne). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.14026>. Consulté le 23 décembre 2019.
22. Renoux M, Chicoulaa B, Lagourdette C, Escourrou E, Secher M, Oustric S, et al. Satisfaction des patients au terme d'une évaluation gériatrique en soins premiers : données issues de l'étude FAP. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2018 ;16(4) :391-397. (En ligne). [http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/satisfaction\\_des\\_patients\\_au\\_terme\\_dune\\_evaluation\\_geriatrique\\_en\\_soins\\_premiers\\_donnees\\_issues\\_de\\_letude\\_fap\\_312966/article.phtml?lab=texte](http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/satisfaction_des_patients_au_terme_dune_evaluation_geriatrique_en_soins_premiers_donnees_issues_de_letude_fap_312966/article.phtml?lab=texte). Consulté le 23 décembre 2019.

23. Daure A, Chicoulaa B, Lagourdette C, Escourrou E, Secher M, Oustric S, et al. Ressentis des médecins généralistes ayant participé à un projet d'évaluation gériatrique en soins premiers : données issues de l'étude FAP. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019 ;17(1) :31-37. (En ligne). [http://www.jle.com/fr/revues/gpn/edocs/ressentis\\_des\\_medecins\\_generalistes\\_ayant\\_participe\\_a\\_un\\_projet\\_devaluation\\_geriatrique\\_en\\_soins\\_premiers\\_donnees\\_issues\\_de\\_letude\\_fap\\_313564/article.phtml?tab=texte](http://www.jle.com/fr/revues/gpn/edocs/ressentis_des_medecins_generalistes_ayant_participe_a_un_projet_devaluation_geriatrique_en_soins_premiers_donnees_issues_de_letude_fap_313564/article.phtml?tab=texte). Consulté le 23 décembre 2019.
24. Hoogendijk E, Van Der Horst H, Van de Ven P, Twisk J, Deeg D, Frijters D, et al. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care : Results from a stepped wedge cluster randomized trial. *European Journal of Internal Medicine*. 2016;28:43-51. (En ligne). [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(15\)00352-0/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(15)00352-0/fulltext). Consulté le 23 décembre 2019.
25. Le Quotidien du Médecin. 32 gériatres exercent en ville exclusivement – Un exercice libéral encore très marginal. (En ligne). [http://www.anchl.fr/images/32\\_g%C3%A9riatres\\_exercent\\_en\\_ville\\_exclusivement\\_-\\_Un\\_exercice\\_lib%C3%A9ral\\_encore\\_tr%C3%A8s\\_marginal\\_\\_Le\\_Quotidien\\_du\\_M%C3%A9decin.pdf](http://www.anchl.fr/images/32_g%C3%A9riatres_exercent_en_ville_exclusivement_-_Un_exercice_lib%C3%A9ral_encore_tr%C3%A8s_marginal__Le_Quotidien_du_M%C3%A9decin.pdf). Consulté le 23 décembre 2019.
26. L'Assurance Maladie. CCAM en ligne. (En ligne). <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/outils/actes-frequents/index.php>. Consulté le 7 mai 2019.
27. L'Assurance Maladie. Tarifs des médecins spécialistes en France métropolitaine. (En ligne). <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole>. Consulté le 17 février 2019.
28. L'Assurance Maladie. Le forfait patientèle médecin traitant. (En ligne). <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>. Consulté le 19 juin 2019.
29. L'Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine. (En ligne). <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>. Consulté le 17 février 2019.
30. L'Assurance Maladie. Les dépassements d'honoraires et l'OPTAM. (En ligne). [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_OPTAM.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_OPTAM.pdf). Consulté le 6 juin 2019.
31. Association des Jeunes Gériatres. Maquette du DES de Gériatrie. (En ligne). <http://www.assojeunesgeriatres.fr/pages/des-geriatrie/maquette-du-des-de-geriatrie.html>. Consulté le 20 février 2019.
32. JORF, Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 18 octobre 2018 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2018-2019. (En ligne). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/10/18/SSAN1828507A/jo/texte>. Consulté le 20 février 2019.
33. DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. Les chiffres clés de l'offre de soins : édition 2018. (En ligne). <https://solidarites->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\_cc\_2018\_02\_16\_a\_web\_pages\_hd.pdf. Consulté le 23 février 2019.

34. JORF, Journal Officiel de la République Française. Code de la santé publique - Article L6323-3 créé par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art 44. (En ligne). [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DA06610F3DF8F29A732790464A51DC1.tpdjo13v\\_3?idSectionTA=LEGISCTA000017833753&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20080314](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DA06610F3DF8F29A732790464A51DC1.tpdjo13v_3?idSectionTA=LEGISCTA000017833753&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20080314). Consulté le 23 février 2019.

35. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. *S.F.S.P.* 2015;27(4):539-546.

36. Loquet J, Ricroch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. In : Alleaume S, Boisguérin B, Brilhault G, Coquelet F, Gualbert N, Garrec M-AL, et al. *Le panorama des établissements de santé - édition 2014*. Paris : DREES; 2015, 9-30.

37. Estryng-Behar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Rev. fr. aff. soc.* 2010;(4):27-52.

38. Duqueroy V. Sondage : le burnout des médecins français. (En ligne). <https://francais.medscape.com/diaporama/33000161>. Consulté le 24 février 2019.

39. L'Assurance Maladie. Le dispositif du médecin traitant. (En ligne). <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>. Consulté le 19 juin 2019.

40. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etud. résult.* 2019;1113:1-2. (En ligne). [https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES\\_tps-travail-liberaux.pdf](https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2019.

## **SERMENT MEDICAL**

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **RESUME**

**INTRODUCTION :** La gériatrie libérale n'est pas développée en France. Or, face au vieillissement de la population et aux avantages d'une prise en charge spécialisée des patients âgés, l'augmentation de cette activité pourrait être bénéfique. L'objectif premier de ce travail était d'étudier les freins à l'exercice libéral de la gériatrie.

**METHODE :** Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 11 gériatres (hospitaliers et/ou libéraux) dans toute la France entre octobre 2018 et janvier 2019. L'analyse des données a été faite par regroupement thématique.

**RESULTATS :** Malgré l'existence de facteurs de motivation à l'installation des gériatres en ville, de nombreux freins entravent le développement de cette pratique. Deux freins majeurs ressortent : une nomenclature inadaptée au regard du temps passé et une place mal définie par rapport à leurs confrères généralistes. Les autres facteurs négatifs exprimés furent les tâches administratives, le manque de reconnaissance et d'information et la difficulté perçue du travail en réseau.

**CONCLUSION :** Pour que s'installe une activité libérale en gériatrie, il serait nécessaire de mieux définir le rôle du gériatre dans le suivi des patients, d'informer durant les études de cette possibilité d'exercice et qu'une vraie nomenclature adaptée soit mise en place.

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION :** Private practices of geriatricians are not well established in France. Meanwhile, with an aging population and the advantages of a medical care specialized in elderly patients, an increase of this activity could be beneficial. The primary objective of this study was to investigate the limiting steps toward the practice of geriatric medicine in private practice.

**METHOD :** A qualitative study interviewing 11 geriatricians (in hospital and/or private practice) by semi-oriented questions has been conducted from October 2018 until January 2019. Data have been analyzed by thematic clustering.

**RESULTS :** Despite numerous positive factors promoting the establishment of geriatricians in private practices, many factors are currently limiting their development. Two main factors have been identified: an inconsistent nomenclature towards the length of the medical act and a scope of work not well defined between geriatricians and general physicians. Other limiting factors such as heavy administrative work, lack of recognition and the foreseen complexity in working with healthcare networks have also been mentioned.

**CONCLUSION :** To enable the development of geriatric private practice, the role of geriatricians needs to be better defined and clarified to the students in medicine during their studies. Also, the current nomenclature needs to be adapted to this specialty.

**INTRODUCTION :** La gériatrie libérale n'est pas développée en France. Or, face au vieillissement de la population et aux avantages d'une prise en charge spécialisée des patients âgés, l'augmentation de cette activité pourrait être bénéfique. L'objectif premier de ce travail était d'étudier les freins à l'exercice libéral de la gériatrie.

**METHODE :** Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 11 gériatres (hospitaliers et/ou libéraux) dans toute la France entre octobre 2018 et janvier 2019. L'analyse des données a été faite par regroupement thématique.

**RESULTATS :** Malgré l'existence de facteurs de motivation à l'installation des gériatres en ville, de nombreux freins entravent le développement de cette pratique. Deux freins majeurs ressortent : une nomenclature inadaptée au regard du temps passé et une place mal définie par rapport à leurs confrères généralistes. Les autres facteurs négatifs exprimés furent les tâches administratives, le manque de reconnaissance et d'information et la difficulté perçue du travail en réseau.

**CONCLUSION :** Pour que s'installe une activité libérale en gériatrie, il serait nécessaire de mieux définir le rôle du gériatre dans le suivi des patients, d'informer durant les études de cette possibilité d'exercice et qu'une vraie nomenclature adaptée soit mise en place.

---

### **What are the limiting steps toward the practice of geriatric medicine in private practice ? A qualitative study interviewing 11 geriatricians by semi-oriented questions**

**INTRODUCTION :** Private practices of geriatricians are not well established in France. Meanwhile, with an aging population and the advantages of a medical care specialized in elderly patients, an increase of this activity could be beneficial. The primary objective of this study was to investigate the limiting steps toward the practice of geriatric medicine in private practice.

**METHOD :** A qualitative study interviewing 11 geriatricians (in hospital and/or private practice) by semi-oriented questions has been conducted from October 2018 until January 2019. Data have been analyzed by thematic clustering.

**RESULTS :** Despite numerous positive factors promoting the establishment of geriatricians in private practices, many factors are currently limiting their development. Two main factors have been identified: an inconsistent nomenclature towards the length of the medical act and a scope of work not well defined between geriatricians and general physicians. Other limiting factors such as heavy administrative work, lack of recognition and the foreseen complexity in working with healthcare networks have also been mentioned.

**CONCLUSION :** To enable the development of geriatric private practice, the role of geriatricians needs to be better defined and clarified to the students in medicine during their studies. Also, the current nomenclature needs to be adapted to this specialty.

**DISCIPLINE :** Médecine Générale

**MOTS-CLES :** Gériatrie, Activité libérale, Installation, Freins, Vieillesse de la population, Enquête qualitative, Entretiens individuels semi-dirigés, France, Patients âgés

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :** Université de Bordeaux – UFR des sciences médicales