

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2015 N° 2015 - 50

**LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGÉE : PRATIQUES, DIFFICULTÉS,
BESOINS ET ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
*ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE PICARDIE***

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 28 Mai 2015

PAR

Dounia BOUAZAMOUR

PRÉSIDENT DU JURY : Madame le Professeur Cécile MAZIERE

JUGES : Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour vos précieux conseils, aussi bien professionnels que pour la vie de famille.

Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Laboratoire de Biochimie

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour votre gentillesse et bonne humeur communicative.

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous avez accepté d'être juge de mon travail et c'est pour moi un grand honneur. Soyez certain de ma considération et de ma gratitude.

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Médecin généraliste

Chef de clinique du département de médecine générale

Ce travail n'aurait pas été possible sans ton aide. Merci d'avoir accepté de le diriger et de m'avoir guidée tout au long avec enthousiasme et professionnalisme.

A mon mari, Taoufik,
Pour ton amour et patience

A mon fils, Kamil,
Pour la joie que tu nous apportes. Pour cette belle première année à tes côtés et toutes celles à venir.

A mes parents,
Votre soutien inconditionnel

A mon frère,

A mes beaux parents,
Pour avoir fait mon mari. Pour vos encouragements et votre soutien.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION	11
METHODE	13
1 TYPE D'ETUDE	13
2 POPULATION ETUDIEE	13
3 LE GUIDE D'ENTRETIEN	13
4 REALISATION DES ENTRETIENS ET RETRANSCRIPTION	14
5 ANALYSE DES ENTRETIENS	14
RESULTATS	16
1 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON	16
2 EVOCATIONS DE LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE	17
2.1 Globalement.....	17
2.2 Plutôt une prévention secondaire.....	17
2.3 Une prévention adaptée au patient âgé.....	18
2.4 Une prévention dont le but est de « Bien Vieillir ».....	18
3 DIFFERENTS DOMAINES DE PREVENTION	19
3.1 Prévention des Chutes.....	19
3.2 Prévention de la Iatrogénie.....	19
3.3 Prévention de la Dénutrition.....	20
3.4 Prévention des Maladies cardiovasculaires.....	21
3.5 Prévention de l'Isolement social.....	21
3.6 Prévention de l'Ostéoporose.....	21
3.7 Prévention Vaccinale.....	22
3.8 Dépistage des addictions.....	22
3.9 Dépistage des Démences.....	22
3.10 Dépistage des cancers.....	22
3.11 Dépistage de la Dépression.....	23
3.12 Dépistage des Troubles sensoriels.....	23
4 LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PREVENTION	23
4.1 Rôle du médecin généraliste.....	23
4.2 Implication dans cette prévention.....	24
5 PRATIQUES DE PREVENTION	25
5.1 Occasions d'aborder la prévention.....	25

5.2	<i>Manières de pratiquer la prévention</i>	27
5.3	<i>Fréquence de la prévention chez la PA</i>	31
5.4	<i>Type de patients</i>	32
6	<i>FREINS ET OBSTACLES A LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE RENCONTRES LORS DE L'EXERCICE</i>	33
6.1	<i>Freins liés au médecin</i>	33
6.2	<i>Freins liés au patient</i>	34
6.3	<i>Freins externes</i>	36
7	<i>BESOINS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE</i>	37
7.1	<i>Médiatisation, campagnes de publicité</i>	38
7.2	<i>Création de consultations dédiées à la prévention chez la personne âgée</i>	38
7.3	<i>Mettre en place des réseaux</i>	39
7.4	<i>Développement de Formations</i>	40
7.5	<i>Développement d'outils d'aide à la pratique</i>	40
	DISCUSSION	41
1	<i>LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE : UNE ACTIVITE DIFFICILE</i>	41
2	<i>UNE PREVENTION DONT LE BUT EST DE « BIEN VIEILLIR »</i>	41
3	<i>PLUTOT UNE PREVENTION SECONDAIRE</i>	42
4	<i>MEDECINS GENERALISTES ET PREVENTION</i>	43
5	<i>LA PREVENTION DES CHUTES ET DE LA IATROGENIE COMME PRINCIPAUX DOMAINES DE PREVENTION</i>	44
6	<i>SOUS-UTILISATION DES TESTS ET ECHELLES A VISEE GERIATRIQUE</i>	46
7	<i>TRAVAIL EN RESEAU</i>	47
8	<i>LE PATIENT ACTEUR DE SA PROPRE PREVENTION</i>	48
9	<i>FREINS ET OBSTACLES</i>	49
10	<i>PROPOSITIONS</i>	50
	CONCLUSION	52
	BIBLIOGRAPHIE	54
	ANNEXES	58

INTRODUCTION

L'allongement de l'espérance de vie en France et le recul du taux de décès entraînent un vieillissement progressif de la population. Ainsi selon l'INSEE ¹, sur 64,5 millions d'individus, 24,8% (soit environ 15,99 millions) ont 60 ans ou plus et 9,3% ont plus de 75 ans.

Les projections réalisées par les experts de l'INSEE sont encore plus parlantes pour les décennies à venir, avec une proportion estimée en 2050 de personnes âgées de 60 ans et plus atteignant 31,9%, celle des 75 ans et plus 16% (pratiquement doublée).

Il faut rappeler que dans notre pays 90% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile et seule une médecine axée sur la prévention pourra leur assurer la qualité de vie à laquelle ils aspirent.

Les généralistes apparaissent à différents égards comme les professionnels de santé les mieux placés pour dispenser des soins préventifs à la population(1). Ils sont accessibles dans des délais relativement courts et se déplacent à domicile. Ils suivent leurs patients dans le temps (80 % des Français ont le même médecin depuis plus de 5 ans) et les voient de façon fréquente (en moyenne 4,8 fois par an)(2) ce qui multiplie les occasions de dispenser des soins préventifs. Plus de 85 % des Français affirment avoir consulté un généraliste au moins une fois au cours de l'année écoulée(3). Les patients leur font confiance, ils représentent d'après eux une source fiable d'information(4).

Mais la standardisation des pratiques médicales n'est pas réalisée à ce jour et l'hétérogénéité des pratiques préventives reste importante entre les médecins généralistes.

La littérature aborde abondamment la prévention gériatrique en médecine générale, mais ne traite pas assez des difficultés et attentes des MG dans leur pratique quotidienne.

Cette thèse se situe dans le cadre d'une étude qualitative dont l'objectif est d'explorer les pratiques des médecins généralistes en matière de prévention chez la personne âgée, on souhaitait ainsi comprendre ce qu'entend un médecin généraliste par prévention chez la

¹ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

personne âgée, mettre en évidence leurs difficultés et déterminer leur besoins et attentes afin d'améliorer la prise en charge préventive de leurs patients.

METHODE

1 TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Picardie. Le but de cette étude étant de comprendre ce que font et pensent les médecins généralistes en matière de prévention chez la personne âgée, le choix de la méthode qualitative est apparu pertinent; celle-ci permet une meilleure compréhension des comportements et des logiques d'action que les méthodes quantitatives, qui sont plus aptes à décrire systématiquement, à mesurer et à comparer(5).

2 POPULATION ETUDIEE

Les médecins interviewés étaient soit des contacts personnels, soit conseillés par des médecins vus en entretien (méthode « boule de neige »), soit appelés de manière aléatoire dans l'annuaire téléphonique.

Dans une démarche qualitative l'échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif, mais il est important néanmoins de pondérer les critères comme l'âge, le sexe, d'éviter un déséquilibre de l'échantillon ou de ne pas oublier de grandes catégories(5).

Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des entretiens(6)

Le nombre de médecins interrogés n'a pas été déterminé par avance. En effet, les entretiens ont été arrêtés une fois que « *la saturation des données* » a été atteinte. Cette notion est obtenue lorsqu'aucune nouvelle information et aucun nouveau code n'apparaissent lors de l'analyse des données(7).

3 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi. Celui-ci dressait la liste des principaux thèmes à aborder sous forme de questions ouvertes et courtes. Pendant l'entretien, le guide servait de fil conducteur mais n'était pas suivi de façon linéaire et s'adaptait au discours et aux réponses des médecins interrogés pour préserver la fluidité et la spontanéité des réponses.

Le guide d'entretien était constitué de trois parties.

La première a permis d'aborder la prévention chez la personne âgée en général, et de comprendre ce que cela évoquait chez les médecins généralistes.

La deuxième partie a traité de leur pratique en matière de prévention chez la personne âgée et de leur investissement dans ce domaine.

Enfin, la troisième leur a permis de s'exprimer sur leurs difficultés face à cette prévention et d'émettre leurs propositions d'amélioration.

L'intégralité du guide est retrouvée en Annexe 1.

4 REALISATION DES ENTRETIENS ET RETRANSCRIPTION

Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice du médecin pendant ou en dehors de son activité de consultation. Les rendez-vous ont tous été convenus par téléphone préalablement et ont tous été maintenus.

Après avoir obtenu le consentement éclairé du médecin généraliste(8), les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone qui était placé au centre du bureau. Les enregistrements ont permis une meilleure compréhension et observation des médecins interrogés et l'interprétation des données(9).

Les entretiens ont tous été retranscrits mot à mot à partir des enregistrements, au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word ®.

5 ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été analysés selon la méthode d'analyse par théorisation ancrée (Grounded Theory)(10) décrite par Glaser et Strauss. Cette approche repose sur une analyse stricte phrase par phrase des données. Elle est donc ancrée dans le texte et n'utilise pas de grilles d'analyse

ni de thèmes prédéfinis par le chercheur. Au cours d'un processus de comparaison permanent, un ensemble de codes a émergé. Le codage des entretiens consiste à extraire des mots ou phrases et à synthétiser leur signification par un ou plusieurs mots qui deviennent alors un code(7). Il s'agit d'un codage ouvert fractionnant le texte en une série de codes.

L'accumulation de ces codes a fait émerger des concepts plus généraux dans lesquels pouvaient être regroupés les codes ayant la même signification ou les mêmes implications. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et de ce fait de l'apparition de nouveaux codes, un retour en arrière dans le texte déjà codé était effectué pour vérifier la présence ou non de ces nouveaux éléments(7), la mise en relation des différents concepts entre eux et la mise en évidence de leurs interactions avec la question principale de l'étude(7).

Le codage a été réalisé sans avoir recours à un logiciel d'aide à l'analyse des données, le choix de cette méthode non automatisée permet certainement une compréhension plus fine des comportements, mais présente un biais : elle n'est pas totalement objective et certains résultats peuvent varier selon l'analyste.

RESULTATS

1 PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Profil des médecins interviewés :

Médecin	Sexe	Age	Département	Mode d'exercice	Secteur
A	M	45	60	Groupe	Urbain
B	F	36	60	Groupe	Urbain
C	M	50	80	Seul	Urbain
D	F	43	80	Groupe	Urbain
E	F	47	02	Seul	Semi Rural
F	M	51	02	Seul	Urbain
G	F	58	02	Seul	Urbain
H	M	39	02	Seul	Semi Rural
I	M	45	80	Seul	Urbain
J	F	58	80	Seul	Urbain
K	M	43	60	Groupe	Urbain
L	F	62	60	Groupe	Urbain

Ce travail s'appuie sur les entretiens de 12 médecins généralistes exerçant en Picardie. Les médecins étaient 6 femmes et 6 hommes. Ils étaient tous conventionnés secteur 1 et n'avaient pas d'exercice particulier. Ils exerçaient tous en libéral, soit seul, soit en association dans un cabinet de groupe avec d'autres médecins généralistes et essentiellement en milieu urbain. Deux médecins étaient situés en zone semi rurale. La moyenne d'âge estimée des médecins interrogés arrondie à la décimale supérieure, était de 48,1 ans. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins annonce un âge moyen des médecins en activité de 51,6 ans.

Le Région de Picardie comporte trois départements. Pour tenter d'équilibrer les caractéristiques des médecins j'ai interrogé quatre médecins installés dans l'Oise, quatre dans l'Aisne et quatre dans la Somme.

2 EVOCATIONS DE LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE

2.1 GLOBALEMENT

La majorité des médecins interrogés a estimé qu'il s'agissait d'un *champ très vaste, englobant plusieurs volets*.

A : « La prévention elle est multidirectionnelle, elle n'est pas que... et c'est très mal défini, c'est vraiment...C'est vaste. »

G : « C'est la prévention au sens large donc ça peut être la prévention dans plusieurs domaines »

H « Alors, la prévention chez les personnes âgées c'est vrai que ça... Ça englobe plusieurs... Plusieurs volets »

La prévention chez la PA² a aussi été décrite par certains médecins comme étant une *activité à la fois difficile et chronophage*.

D : « Ça m'évoque des difficultés...beaucoup de temps »

G : « en médecine générale, on voit de tout donc, on n'a pas forcément le temps »

H : « Je pense que c'est quelque chose que...on y pense assez souvent mais on n'a pas toujours le temps.»

I : « La prévention c'est compliqué. »

L'un d'eux a aussi évoqué le *manque d'efficacité* de cette prévention.

D : « ... beaucoup de temps pour une efficacité avec un point d'interrogation. Enfin, avec pas forcément une efficacité très importante... »

2.2 PLUTOT UNE PREVENTION SECONDAIRE

Quelques médecins ont évoqué le fait qu'il s'agissait plutôt d'une *prévention secondaire*, car généralement la prévention est abordée chez des *personnes âgées poly pathologiques* et souvent *après la survenue d'un événement aigu*.

B : « Quand ils viennent pour quelque chose d'aigu c'est parfois l'occasion d'aborder le pourquoi de cette chute ou de cette maladie, de ce déséquilibre et parfois ça révèle quelque chose derrière auquel je n'avais pas pensé mais le but de la prévention c'est bien de d'éviter ces épisodes aigus »

D : « Donc, un phénomène aigu. Ça va être l'occasion pour refaire le point sur... sur certaines, voilà sur certains actes de prévention...

² Personne âgée

Alors, ce n'est plus de la prévention primaire....C'est de la prévention secondaire »

L'un d'entre eux a souligné *la difficulté d'anticipation* de ces événements aigus chez des patients apparemment en bonne santé.

E : « C'est de la prévention secondaire voire tertiaire...Donc, c'est pas de la prévention primaire chez les personnes âgées qui sont déjà malades...c'est difficile en prévention primaire d'anticiper, de savoir quels sont les problèmes qui peuvent arriver chez un patient qui n'a pas de problème, qui a des facteurs de risque mais qui n'a pas eu d'accident encore. »

2.3 UNE PREVENTION ADAPTEE AU PATIENT AGE

Les médecins interrogés ont majoritairement souligné le fait qu'ils *adaptaient* leur pratique de prévention à la personne âgée *en prenant en compte le terrain, l'espérance de vie, la balance bénéfice-risque.*

B« Ça m'évoque ...différents domaines adaptés à chacun. Ça, qu'il faut l'adapter à chacun. »

C : « Après, ça dépend des antécédents aussi... »

E : « C'est en fonction du profil du patient en fait. C'est pas du tout systématiquement de tous les items de prévention qu'on aborde. »

F : « Après, je cible... je cible le risque »

G : « Voilà, ça se discute au cas par cas quoi. »

Certains le font en *limitant* volontairement *leur action de prévention ou en revoyant à la baisse leurs objectifs thérapeutiques.*

A : « Le pour et le contre, bah est-ce que ça vaut le coup de l'embêter ou pas ? Souvent les hôpitaux, ils demandent de faire beaucoup de chose mais... donc, nous... nous, on essaye de voir...Est-ce que ça vaut le coup de faire ce genre de choses ? »

G : « on ne va pas être, on ne va pas avoir les mêmes objectifs d'hémoglobine glyquée chez une personne de 80 ans ou qui a 60 ans. »

G : « Mais j'estime que si l'homme âgé que j'ai en face de moi, il a une espérance de vie dix ans ou plus, je lui fais le dépistage...Si, si bon, vu les...l'état du patient, si il a moins de dix ans d'espérance de vie bah je... non, je ne vais pas l'embêter avec ça. »

2.4 UNE PREVENTION DONT LE BUT EST DE « BIEN VIEILLIR »

Enfin certains médecins ont évoqué la notion de **Bien vieillir** comme objectif, en prévenant les facteurs de risque et les pathologies influant sur la qualité de vie.

A : « Pas obligatoirement vivre le plus longtemps possible mais vraiment essayer d'améliorer la qualité de vie »

A : « Il faut que je fasse en sorte qu'ils arrivent à vivre le mieux possible sans comorbidités. »

B : « ...Ce qu'il faut c'est que la vie quotidienne se passe bien et voilà »

G : « j'essaie de voilà, de... de dépister, de... enfin... de faire de la prévention, j'essaie qui... qu'ils vieillissent mais qu'ils essayent de bien vieillir »

3 DIFFERENTS DOMAINES DE PREVENTION

3.1 PREVENTION DES CHUTES

La Totalité des médecins a évoqué la prévention des chutes comme l'un des principaux champs de prévention chez la PA en raison de la *fréquence* de ce type d'accident, et de ses conséquences potentielles lourdes en termes de *mortalité* et de *perte d'autonomie*.

E « Alors, ça m'évoque... les chutes, la prévention des chutes chez les personnes âgées en fait parce que c'est un problème assez fréquent. »

H : « En premier, comme ça, le premier qui me viendrait c'est la prévention peut être des chutes des personnes âgées parce que les chutes c'est... C'est un facteur de de morbi-mortalité important. »

J : « les chutes, et la prévention des risques médicamenteux. Le reste est négligeable. C'est les deux principaux éléments ».

La recherche des troubles de la marche pendant l'examen clinique et les conseils sur l'aménagement du logement ont été cités majoritairement parmi les moyens d'éviter les chutes.

D : « Je pense qu'une fois par an, je pense leur parler soit de... de systèmes de prévention de chute en adaptant le domicile, en enlevant les tapis, en ayant un lit qui soit adapté. »

H : « Voir un petit peu l'aménagement de l'habitat. S'il est quand même adapté aux troubles de la marche quand il y en a, si on voit que c'est une personne âgée qui... Une personne âgée qui fait la collection des tapis...Bon, on sait que c'est pourvoyeur de chute, qu'il y a des meubles un peu encombrants partout, on peut en parler. Voilà. »

3.2 PREVENTION DE LA IATROGENIE

La majorité des médecins interrogés a également abordé le thème de la prévention de la iatrogénie et estimé qu'il s'agissait d'un volet important de la prévention chez la PA, volet sur lequel ils pouvaient intervenir en *révisant les ordonnances* et en *évitant les interactions médicamenteuses*.

A : « Alors moi, pour moi la première chose qu'on me dit personne âgée c'est je pense à la... l'ordonnance, nombre de médicament, à la iatrogénie. Donc, éviter les catastrophes dues aux médicaments »

B : « Les médicaments par relecture des ordonnances et puis à la lecture de revues spécialisées dans les interactions médicamenteuses, les médicaments prescrits. »

K : « Par rapport à la prévention de la iatrogénie, ça c'est un peu à chaque... à chaque... au quotidien quand... voilà, réfléchir sur son ordonnance, qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je ne fais pas ? Est-ce que j'introduis ça ? Est-ce que j'introduis ça ? Est-ce que je ne vais pas engendrer plus de risques que de régler de solutions ? Voilà, pour la prévention de la iatrogénie. C'est voilà, réfléchir sur l'ordonnance »

3.3 PREVENTION DE LA DENUTRITION

Plusieurs médecins ont cité la prévention de la dénutrition parmi les champs abordés chez la personne âgée.

E : « l'alimentation en fait parce que... Plus ils sont vieux et moins ils mangent bien »

H : « Ensuite, la prévention, on peut aussi penser à la prévention de la dénutrition. »

J : « Il y aussi la dénutrition. Il faut aussi voir s'ils mangent bien. »

Certains ont évoqué le dépistage de la dénutrition par un *bilan biologique*, d'autres par le biais de *questionnaires alimentaires*.

C : « faire un bilan de dénutrition une fois par an, un questionnaire alimentaire... »

K : « Une fois par an, une fois tous les ans et demi, demander de temps en temps une albumine et là, on repose la question. Comme vous mangez ? Qui... qui fait les repas ? Comment vous construisez vos repas ? Etc. est-ce qu'il y a une source de protéines quotidienne ? »

L'un des médecins a parlé d'*éducation alimentaire* dans le cadre de la prévention de dénutrition.

C : « faire aussi un petit peu d'éducation alimentaire. Enfin, voilà. Prévention de la dénutrition. »

Un autre des difficultés à mettre en place cette prévention chez une personne âgée ayant une cuisine mal équipée.

D : « Impossible à mettre en place ne serait-ce que de la prévention face à la dénutrition puisque c'est une patiente qui n'a... Une cuisine très très mal équipée. Pas de frigo. »

3.4 PREVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

La majorité des médecins ont parlé de la prévention des maladies cardio-vasculaires mais certains d'entre eux ont évoqué le fait qu'elle n'était pas spécifique à la personne âgée, et qu'ils l'abordaient de la même manière que chez la population générale.

B : « prévention c'est aussi prévention des complications du diabète, prévention des complications etc. donc, ça c'est comme chez tout le monde quoi. »

C : « Prévention au même titre que les autres, cardio-vasculaires... »

J : « prévention des complications des maladies type HTA, diabète »

L'un d'entre eux a signalé son manque de sensibilisation à ce thème vu le nombre restreint d'études qui y sont consacrées.

D : « Moi, la prévention cardio-vasculaire chez la personne âgée, j'y suis très peu sensibilisé parce que j'ai lu très peu d'articles pertinents »

3.5 PREVENTION DE L'ISOLEMENT SOCIAL

Plusieurs médecins ont évoqué la dimension psychosociale de la prévention chez la personne âgée en parlant de la prévention de l'isolement social, ceci en se renseignant sur l'entourage et les conditions de vie de la personne âgée et en l'encourageant à maintenir une activité sociale.

D : « L'adaptation de la rupture de son isolement social pour qu'elle puisse, pour qu'elle puisse être ouverte aux autres... lui proposer des ateliers avec le club des personnes âgées de la ville. »

G : « ...prévention d'isolement social [...] Donc, leur proposer d'essayer de maintenir une activité surtout sociale... »

J : « il y a aussi l'aspect psychologique, l'environnement quand la solitude chez les personnes âgées ».

3.6 PREVENTION DE L'OSTEOPOROSE

L'ostéoporose a été citée conjointement avec le risque de fracture du col chez la femme par quelques médecins.

D : « prévention de l'ostéoporose, fracture du col, ça m'évoque ça plutôt au niveau des thématiques »

Mais l'un d'entre eux a noté que la prévention de l'ostéoporose devait être abordée chez les femmes plus jeunes.

G : « la prévention au niveau chez la femme des fractures du col...plus un dépistage d'ostéoporose mais chez la femme c'est quand même avant la personne âgée, je dirais. »

3.7 PREVENTION VACCINALE

Certains médecins ont évoqué la vaccination parmi les items de prévention chez la personne âgée, notamment la vaccination contre la Grippe saisonnière.

A : « est-ce que les vaccinations ont été faites ? »

B : « Par la tenue du dossier concernant les vaccins et tout. »

B : « Campagne de vaccination contre la grippe, j'essaye d'y penser »

3.8 DEPISTAGE DES ADDICTIONS

La question des dépendances chez la personne âgée a été soulevée par quelques médecins mais la réticence des patients rendait ce dépistage difficile.

B : « aussi l'alcool. Aborder la question de l'alcool qui n'est souvent pas dit »

J : « penser à l'alcoolisme des choses comme ça chez les personnes âgées. Voilà. »

Certains médecins ont évoqué leur attitude tolérante vis-à-vis de ces addictions.

G : « le tabac. Est-ce qu'on doit les embêter ? »

3.9 DEPISTAGE DES DEMENCES

Le dépistage des troubles mnésiques a été évoqué par quelques médecins.

A : « Oui, à quoi je pense ? Les vaccins, les chutes, la mémoire »

H : « la prévention c'est aussi des troubles, les troubles mnésiques »

Certains ont cité le MMSE comme test de dépistage, un autre le test de l'horloge.

G : « Il me dit « je pense que je commence à avoir des petits troubles de... de mémoire. » Et donc, bon bah très bien, on va faire un MMS tout ça et effectivement le MMS altéré. »

H : « Si par exemple, on détecte qu'il y a des... Des troubles mnésiques, on peut poser quelques questions, faire un test de l'horloge qui est peut-être un peu plus rapide »

3.10 DEPISTAGE DES CANCERS

Plusieurs médecins ont cité le dépistage des cancers comme item de la prévention chez la PA.

Certains ont parlé des cancers gynécologiques qui d'après eux sont souvent laissés de côté.

A : « prévention des maladies qu'on oublie, auxquelles on pense plutôt chez les jeunes quarante ans, cinquante ans tout ça mais... »

C'est à dire cardio vasculaire gynécologique. On ne les examine plus au niveau des seins. »

F : « prévenir les cancers de seins, colorectal,.. »

G : «Parce qu'on oublie souvent le... le cancer de... de la vulve chez la femme »

D'autres ont évoqué le dépistage du cancer de la prostate pour lequel il n'y a pas de consensus, ou celui du cancer colorectal par le test hémocult.

G : « il y a le... le cancer, le dépistage du cancer de la prostate qui n'est pas protocolisé [...]On est à la personne âgée mais on a encore le dépistage de l'Hemocult. »

I : « on peut aussi dépister les cancers, par exemple cancer de la prostate. »

3.11 DEPISTAGE DE LA DEPRESSION

Le dépistage des syndromes dépressifs représentait un champ de prévention chez la personne âgée selon plusieurs médecins interrogés, ils l'abordaient en questionnant les patients.

B : « La question du moral c'est une autre prévention souvent, n'est pas dit mais...Mais souvent c'est des personnes qui souffrent moralement »

H « Savoir comment elle va, comment elle dort, comment elle mange, comment est le moral, voilà. »

J : « Et puis, bien sûr je pense aussi assez fréquemment c'est... les syndromes dépressifs, par exemple. »

3.12 DEPISTAGE DES TROUBLES SENSORIELS

La diminution de l'ouïe et de la vue faisait également partie des dépistages chez la personne âgée selon quelques médecins interrogés.

B : « les risques personnels même la vue parfois on ne se rend pas compte, l'ouïe. Enfin, la diminution des sens, on ne se rend pas compte forcément bien »

G : « au niveau des sens aussi, de, de, de la vue est-ce que... »

4 LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PREVENTION

4.1 ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Au cours des entretiens plusieurs médecins interrogés ont évoqué l'importance de leur rôle de médecin généraliste comme acteur de la prévention.

F : « savoir prévenir certaines pathologies chez la personne âgée devient un de nos rôles essentiels,...pour la première ligne médicale qu'est le médecin généraliste »

J : « en tant que médecins généralistes, nous sommes... nous sommes en première ligne. Nous sommes en première ligne. Donc, on a un rôle de... de prévention on va dire primaire pour éviter que ça se complique. Donc, nous sommes, nous sommes en fait, notre rôle il est assez important »

La plupart a estimé qu'ils occupaient une *position centrale* dans le système de soins, et a évoqué le rôle du médecin traitant comme *pivot* en matière de prévention.

B : « j'essayais d'être le médecin traitant c'est-à-dire le médecin au centre avec les urgences »,

B : « c'était le rôle de pivot aussi du médecin traitant centralisation des informations »,

D : « C'est juste de la coordination mon job »

Certains se sentaient *responsables* de la bonne santé de leurs patients.

A : « parce que en tant que médecin j'ai l'objectif de les prendre en charge de A à Z. Je me sens responsable d'eux. Il faut que je fasse en sorte qu'ils arrivent à vivre le mieux possible sans comorbidités. Pour moi, c'est important parce que je me sens responsable de mes patients. »

D'autres *culpabilisaient* de ne pas toujours pouvoir prévenir les facteurs de risque et les pathologies de leurs patients âgés.

B : « Disons que c'est de ma faute peut-être mais pas que. Après, oui il y a forcément des déséquilibres en médicaments, des interactions médicamenteuses que je ne vois pas »

C : « rétrospectivement je me suis dit j'aurais peut-être dû faire attention un peu plus à l'agencement de son appartement parce que c'est en pleine nuit, il est tombé. »

G : « Est-ce que j'ai fait tout ce que j'ai pu faire pour... pour prévenir ça ? Voilà, ça c'est un peu un gros problème »

I : « Des souvenirs où on a la culpabilité, la sensation d'une culpabilité de ne pas avoir fait les choses à temps et en fait, c'est notre métier. On est sans arrêt en face... », « La maladie toujours prend de court le... Le médecin. »

4.2 IMPLICATION DANS CETTE PREVENTION

Tous les médecins étaient d'accord sur *l'importance* de la prévention chez la PA en médecine générale.

B : « Une grande importance. Pour moi c'est la base du suivi de la personne âgée. »

C : « Je trouve que c'est très important. Bien plus que pour la population générale parce qu'ils sont plus vulnérables en général »

F : « je trouve que... la prévention chez la personne âgée est quelque chose de très très important et... et primordial et... et essentiel »

La plupart ont affirmé leur intérêt et leur engagement en faveur de cette prévention.

A : « j'essaye de faire vraiment ce que je peux »

F : « J'accorde ... en fait, j'y accorde une place très très importante ».

K : « Moi, j'essaie d'y penser en tout cas, j'estime que ça a une place très importante. »

Mais quelques-uns ont estimé qu'ils ne s'impliquaient pas assez, le plus souvent par manque de temps.

C : « Le manque de temps entraîne un manque d'implication. »

D : « J'ai quand même conscience que... Que la prévention est importante mais en termes d'implication, on va pas dire que c'est très très élevé. Ça prend tellement de temps que... pour une efficacité qui se voit forcément à long terme, c'est pas très très motivant. Donc, forcément le temps ...Le temps que j'y consacre n'est pas très très élevé. »

H : « On se rend compte que c'est important mais on ne s'y implique pas suffisamment je pense ... Ça prend du temps. Donc du coup, on ne le fait pas forcément »

5 PRATIQUES DE PREVENTION

5.1 OCCASIONS D'ABORDER LA PREVENTION

5.1.1 Consultation de renouvellement

La consultation de renouvellement représente une bonne occasion d'aborder la prévention pour la majorité des médecins interrogés.

Certains décrivaient leur action de prévention au cours de ces consultations comme une démarche systématique.

B : « À chaque renouvellement d'ordonnance, j'essaie de me poser la question sur la justification de tel ou tel médicament. »

B : « Ça c'est assez oui systématique. Après... Enfin, systématique... Pour les renouvellements, j'essaye »

C : « Presque à titre systématique, à chaque consultation de renouvellement »

D'autres disaient profiter du fait qu'elles soient moins chronophages.

E : « c'est vraiment plutôt dans le cadre de renouvellement de traitement parce que tu as plus de temps »

G : « les personnes âgées qui viennent pour leur renouvellement, si par ailleurs, elles... on va dire, elles vont bien, elles n'ont pas de bronchites, d'un truc en plus qui va faire que la consultation va être alourdie »,

Certains médecins ont précisé qu'ils augmentaient la fréquence de ces consultations chez les patients âgés pour améliorer le suivi.

B : « renouvellement tous les deux mois maximum pour les personnes âgées, pas trois mois. »

F : « j'essaie de ne pas faire des ordonnances tous les trois mois exprès pour qu'il revienne me voir tous les mois pour que je l'observe plus »

5.1.2 Suite à un épisode aigu

Plusieurs médecins profitaient des consultations suite à un épisode aigu pour faire de la prévention, parfois relative à cet événement.

C : « Au cours de situation aiguë quand... C'est en rapport avec un problème d'accidents domestiques ou d'interférences médicamenteuses »

D : « ...ça va être éventuellement suite à des épisodes aigus d'une pathologie enfin, d'une aggravation d'une pathologie. Donc, un phénomène aigu. Ça va être l'occasion pour refaire le point sur... sur certaines, voilà sur certains actes de prévention. Par exemple, suite à une chute. »

5.1.3 Suite à une hospitalisation

Le retour d'une hospitalisation pouvait également être une occasion d'aborder la prévention d'après quelques médecins. Cela pouvait être en s'appuyant sur des résultats de dépistages réalisés pendant le séjour hospitalier ou par la révision de l'ordonnance de sortie.

A : « Revoir les médicaments le plus possible. Après chaque hospitalisation, par exemple »

H : « Ou... Alors après...si la personne a été hospitalisée il y a peu de temps, que y a des choses qui ressortent des comptes rendus hospitaliers...Comment voilà, à l'hôpital on fait beaucoup de dépistage de dénutrition, on peut en reparler aussi à ce moment-là »

5.1.4 Suite à une rencontre avec la famille

Selon quelques médecins, la question de la prévention est parfois soulevée lors des rencontres avec la famille, soit à leur initiative ou à celle du médecin.

B : « Prévention des chutes et prévention enfin, vie quotidienne. Ça, c'est parfois plus difficile, c'est quand je rencontre la famille ou les aidants »

J : « Ou bien la famille, par exemple, des fois parfois, la famille elle arrive, elle dit... mamie ou papy il a des problèmes de mémoire ou des choses comme ça. Donc, ça peut être la famille qui me demande. »

5.1.5 Lors d'une visite à domicile

Les visites à domicile représentaient également une bonne occasion pour évoquer la prévention chez la PA pour quelques médecins interrogés, estimant que les patients qui ne peuvent pas venir au cabinet sont plus fragiles.

*D : « Une personne âgée qui venait au cabinet qui ne vient plus au cabinet »
H : « au cours des visites à domicile on peut évoquer ces sujets-là »
K : « C'est vrai qu'à domicile, moi j'accorde un peu de temps un peu plus enfin, je prends vraiment mon temps pour les consultations à domicile. Voilà. C'est vrai que je suis plus amenée à me poser ce type de questions que les patients âgés que je vois au cabinet. »*

5.1.6 Suite à une plainte du patient

Un des médecins disait aborder parfois la prévention suite à une plainte du patient.

F : « En fait, des fois il le dit lui-même déjà. Il dit... il dit : voilà, je suis tombé... »

D'autres déplorait le *manque de demande* de la part des patients en matière de prévention.

*C : « Que ça vienne de la personne aussi... »
D : «... Il faudrait qu'il y ait une demande de la part des patients....Or, clairement il n'y a pas de demande »*

5.1.7 Campagne de vaccination contre la grippe

La campagne de vaccination antigrippale a été citée par quelques médecins parmi les occasions de pratiquer la prévention chez la PA.

*B : « Campagne de vaccination contre la grippe »
K : « la prévention elle a, elle a, elle a toute sa place à l'occasion par exemple de... de la vaccination anti grippale, cette prévention-là elle est, elle est, elle a son importance »*

5.2 MANIERES DE PRATIQUER LA PREVENTION

5.2.1 Révision de l'ordonnance

Pour la majorité des médecins, la révision de l'ordonnance faisait partie de leur pratique de prévention afin de gérer au mieux le risque iatrogénique et de limiter les traitements inutiles.

*C : « le tour de l'ordonnance pour éliminer le superflu, éviter les interactions »
I : « limiter les traitements et savoir retirer ceux qui sont en trop. »
K : « réfléchir sur son ordonnance, qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je ne fais pas ? Est-ce que j'introduis ça ? Est-ce que j'introduis ça ? Est-ce que je ne vais pas engendrer plus de risques que de régler de solutions ? Voilà, pour la prévention de la iatrogénie. C'est voilà, réfléchir sur l'ordonnance »*

5.2.2 Tenue du dossier/Mise à jour

Certains médecins ont évoqué la tenue du dossier parmi les moyens de prévention utilisés dans leur pratique quotidienne, notamment pour les vaccins.

A : « après la consultation je remets à jour, je revérifie le dossier médical pour voir au niveau de la prévention... »

B : « Par la tenue du dossier concernant les vaccins et tout. »

5.2.3 Questions au patient et à la famille

L'interrogatoire du patient faisait partie de la pratique de prévention d'après la majorité des médecins, il abordait plusieurs sujets influençant la qualité de vie de leurs patients âgés : moral, dépendances, sommeil, marche, autonomie, entourage...

B : « Par des questions, par... Donc, une question directe au patient »

G : « j'essaie de me renseigner si elle n'est pas isolée...S'il y a des aidants...si la personne est encore capable de conduire ou pas »

H : « Savoir comment elle va, comment elle dort...Comment elle s'occupe ? »

Parfois les médecins se tournaient vers les membres de la famille pour avoir plus de renseignements, beaucoup d'entre eux n'hésitaient pas à leur téléphoner.

B : « parfois ce n'est pas complètement fiable. Donc, question aux enfants, aux aidants, aux infirmiers, voilà. »

F : « J'interroge la famille quand la personne âgée est accompagnée ou j'appelle »

5.2.4 Constat lors d'une visite à domicile

Plusieurs médecins interrogés se basaient sur les constats faits lors de visites à domicile pour faire de la prévention. Ceci en évaluant l'aménagement du logement et en pointant les risques d'accidents domestiques.

C : « Ça peut être des remarques sur les meubles, l'agencement des meubles, des tapis »

H : « quand on va en visite à domicile, on peut... On peut se rendre compte voilà de... Dans quelles conditions la personne vit et on peut l'aborder ce côté-là, voir un petit peu l'aménagement de l'habitat. S'il est quand même adapté aux troubles de la marche quand il y en a, si on voit que c'est une personne âgée qui... Une personne âgée qui fait la collection des tapis...Bon, on sait que c'est pourvoyeur de chute, qu'il y a des meubles un peu encombrants partout, on peut en parler. Voilà. Donc, au cours des visites à domicile on peut évoquer ces sujets-là ou... Alors après... »

K : « Je regarde toujours le domicile de la personne. Je regarde effectivement s'il y a pas des tapis, si... comment ils se déplacent, les lieux de déplacement, les risques voilà, le mobilier. Est-ce que... l'agencement aussi des choses. Les toilettes, comme c'est. J'ai des personnes qui ont des barres d'appui par exemple, pour aller aux toilettes, je regarde comment... comment... comment ils se déplacent dans leur salle de bain, s'il n'y a pas un risque de chute, comment ils se déplacent en fait voilà. Donc, si par rapport à la prévention à domicile si si je le fais. »

Ou en vérifiant les armoires à pharmacie et la compréhension des patients par rapport à leurs traitements pour gérer au mieux les risques iatrogéniques.

C : « aller vérifier leur armoire à pharmacie, vérifier les stocks, vérifier qu'ils ont bien compris quel était, quels médicaments ils prenaient, pourquoi et à quelle fréquence, vérifier aussi les génériques qu'ils ne se trompent pas de molécules. »

5.2.5 Examen Clinique

La majorité des médecins affirmaient inspecter et examiner leurs patients dans leur démarche de prévention, afin de rechercher les facteurs de risques et déceler les pathologies susceptibles d'influer sur l'autonomie des patients âgés.

A : « il y a la prévention clinique c'est-à-dire on les examine,.. »

B : « Examen clinique approfondi...le poids, la taille pour calculer un IMC...auscultation classique ... c'est important de regarder la peau, les pieds, les ongles... »

I : « je fais attention à la démarche »

5.2.6 Outils de dépistage

Certains médecins ont évoqué l'utilisation d'outils de dépistage, notamment le MMSE³ et le test de l'horloge pour la mémoire et le questionnaire alimentaire pour la dénutrition.

C : « ... un questionnaire alimentaire... »

H : « Si par exemple, on détecte qu'il y a des... Des troubles mnésiques, on peut poser quelques questions, faire un test de l'horloge qui est peut-être un peu plus rapide »

Mais l'un d'entre eux a déploré leur caractère chronophage.

H : « une personne âgée qui vient pour son renouvellement, on lui consacre peut-être 20 minutes en général et 20 minutes si on doit intégrer un MMS ou faire un test de dénutrition ...Un dépistage de dénutrition, ça prend du temps. »

5.2.7 Bilan biologique

Quelques médecins interrogés utilisaient la biologie dans leur pratique de prévention, le plus souvent à la recherche de marqueurs biologiques de l'état nutritionnel (l'Albumine et la Préalbumine)

A : « Sur le plan de bilan, on essaie de voir quand est-ce qu'ils ont eu un bilan, est-ce qu'il y a besoin ou pas ? »

B : « Une prise de sang j'essaie de le faire au moins une fois par an »

« au niveau prise de sang, j'ai... Il y a un bilan que j'aime bien faire chez la personne âgée c'est l'albumine et préalbumine... »

C : « faire un bilan de dénutrition une fois par an, »

³ Mini-Mental State Examination

5.2.8 Information/ Education du patient

La majorité des médecins interrogés estimait qu'informer les patients et les conseiller étaient de bons moyens de mener leur action de prévention chez la personne âgée.

D : « expliquer aux gens ce qu'il faut faire ou ne pas faire »

J : « Des petites brochures, des affiches dans les salles d'attente...on a des petites pancartes, des choses comme ça qui fait qu'en fait, on peut expliquer les choses pour qu'ils comprennent un peu mieux. »

Selon certains il pouvait s'agir d'éducation thérapeutique ou de conseils pratiques pour éviter les accidents domestiques.

C : « vérifier qu'ils ont bien compris quel était, quels médicaments ils prenaient, pourquoi et à quelle fréquence, »

D : « lui vendre le système de télé assistance, de télé alarme pour en cas de chute ... J'ai également sensibilisé cette patiente là à ce moment du phénomène aigu sur l'adaptation de son domicile »

Cela pouvait être en les encourageant à maintenir une activité physique ou sociale.

D : « Faire continuer à travailler tout ce qui est fonction supérieur, fonctions cognitives,...proposer des ateliers avec le club des personnes âgées de la ville. »

G : « proposer d'essayer de maintenir une activité surtout sociale »

C : « Quelques conseils, quelques conseils d'activités physiques aussi ou d'entraînement. »

D'autres ont parlé de l'information des patients concernant les différentes aides pour les personnes âgées.

D : « lui proposer quand même des prestations type l'APA... Des aides à domicile »

5.2.9 Supplémentation en vitamine D

La supplémentation systématique en vitamine D faisait partie de la pratique préventive chez quelques médecins généralistes.

G : « la vitamine D, Je supplémente d'emblée »

H : « la prescription de vitamine D systématique tous les hivers et même l'été pour les... Pour ceux qui ne sortent pas de chez eux »

5.2.10 Travail en réseau

La majorité des médecins ont noté l'importance du travail en réseau avec d'autres acteurs de prévention.

G : « Il faut que ce soit une prise en charge multidisciplinaire. Donc, médecin généraliste, les infirmiers, les aidants à domicile »

Certains précisait le caractère le plus souvent informel de ces réseaux, composés de paramédicaux, d'assistantes sociales ou autres aidants.

A : « Est-ce que la famille a mis des aides en place ? Comment ça se passe ? On essaie de faire avec l'infirmière, les aides-soignantes voire avec les structures qui travaillent avec la mairie pour les repas »

H : « En réseau, plus ou moins réseau informel avec les infirmiers du secteur, avec les tutelles aussi un petit peu. Oui, c'est surtout le paramédical. »

I : « un réseau, c'est très bien. J'en ai un moi. Donc, je m'en sers tout le temps. Je mets en... En relation les familles avec le réseau et ça les aide »

La famille des patients âgés représentait également un soutien pour plusieurs médecins.

B : « l'environnement de la personne âgée en général c'est plutôt un atout...en général, ils sont plutôt clairvoyants sur leurs parents et c'est eux qui vont aller dénoncer un petit peu les troubles que le parent veut cacher »

C : « L'environnement familial ? La plupart du temps c'est plutôt un soutien...qui pointe les problèmes et qui peut aider au changement. »

Quelques médecins sollicitaient les médecins spécialistes dans leur démarche de prévention en leur adressant les patients.

B : « j'essaie qu'ils voient quand même le gériatre pour les personnes très âgées une fois par an, ... j'essaie de m'entourer de cardiologue, de diabétologue et de personnes adéquates »

G : « si je veux qu'ils soient vraiment bien dépistés, ils vont voir l'urologue »

H : « adresser à l'hôpital pour qu'ils approfondissent »

Parfois l'intervention d'un médecin extérieur au cercle pouvait être une aide à ce travail de prévention.

D : « au moment des... des visites APA c'est également l'occasion à ce moment-là de la part d'un médecin extérieur au cercle de faire de la prévention sur les chutes, de faire la prévention sur l'adaptation du domicile, à la dépendance, voilà ce genre de choses »

5.3 FREQUENCE DE LA PREVENTION CHEZ LA PA

Les médecins ont eu du mal à déterminer une fréquence à leur action de prévention, plusieurs ont déclaré qu'ils pratiquaient cette prévention au quotidien, à *chaque passage* de leurs patients âgés en consultation.

I : « Je fais de la prévention... Tout le temps. »

F : « à chaque passage d'une personne âgée dans ma consultation »

G : « ... je le fais souvent parce que j'essaie quand même d'être assez systématique, »

Certains disaient aborder spécifiquement la prévention entre une et deux fois par an.

A : « ça dépend des antécédents mais la prévention en elle-même au moins deux fois par ans. Minimum une fois par an. »

G : « j'essaie une fois par an d'essayer de revoir un peu... un peu tout. »

5.4 TYPE DE PATIENTS

Majoritairement les médecins étaient d'accord sur le fait qu'ils ciblaient dans leur pratique de prévention les patients qui leur paraissaient plus fragiles.

B : « Avec les plus à risque, plus à risque forcément même si je voudrais le faire avec les autres, je prends que ceux qui sont, qui me paraissent plus fragiles mais forcément je fais plus avec eux. »

E : « avec les patients estimés plus à risque...C'est vrai qu'on ne fait pas systématiquement avec tous les patients. »

H : « Bah oui, si on voit que globalement la personne est plutôt...En bonne forme, en bon état général ... on aborde moins la prévention. Si c'est une personne qui a pas mal de maladies chroniques, qui a une infection récente bah c'est vrai qu'on... voilà. Ou qui a des troubles mnésiques, on voit qu'elle maigrit bah forcément, là on fait plus de dépistages et on s'en inquiète plus. »

Mais plusieurs disaient aborder la prévention chez tous car il estimaient que leurs patients âgés étaient de toute façon plus à risque que les autres.

C : « Mes patients âgés sont de toute façon, à mon avis, plus à risque que les autres. Alors, j'ai quelques personnes âgées qui sont très très en forme mais les autres sont plus... Plus fragile. Donc, je cible effectivement les plus fragiles...Mais sinon un peu tout le monde. »

F : « je pense que la personne âgée est quelqu'un qui peut avoir un risque tout le temps »

I : « Tous les patients vieux sont à risque. Même s'ils ont l'air en bonne santé. Le patient en bonne santé s'il a une bronchite ou une pneumonie, il devient d'un seul coup une personne sénile. Ça on le voit fréquemment chez nos vieux de 90 ans en pleine forme qui conduisent leurs voitures et qui huit jours après, se retrouve au lit...Et en fauteuil roulant parce qu'ils sont... Ils ont été simplement atteints de la grippe»

6 FREINS ET OBSTACLES A LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE RENCONTRES LORS DE L'EXERCICE

6.1 FREINS LIES AU MEDECIN

6.1.1 Manque de temps

Le manque de temps a été majoritairement cité par les médecins interrogés comme frein à leur pratique de prévention chez la personne âgée.

B : « plutôt le temps ... faire le tour d'une personne en 20 minutes tous les deux mois. Bon, c'est pas forcément facile »

D : « manque de temps puisqu'on a toujours à gérer autre chose que de la prévention »

G : « le frein à la prévention ça peut être bah tout simplement quand je n'ai pas le temps. »

6.1.2 Manque de formation

Seulement un des médecins a considéré qu'ils n'étaient pas assez bien formés pour pratiquer de façon optimale la prévention chez la personne âgée.

H : « pas assez bien formé aussi pour... Pour... Pour ça. »

6.1.3 Difficulté d'évaluation du risque

Quelques médecins ont évoqué la difficulté d'évaluer objectivement les risques de leurs patients pour pouvoir les prévenir de manière optimale à cause de l'absence ou la méconnaissance d'outils d'évaluation du risque.

E : « on n'a pas d'outils ...Peut-être ils existent mais je ne les connais pas. »

E : « je n'ai pas à ma connaissance par exemple sur les chutes mais ça doit peut-être exister des échelles d'évaluation du risque »

D : « peut-être qu'il y a des échelles bien plus pertinentes que le senti, ressenti du médecin puisque forcément, notre regard est biaisé »

D'autres ont justifié cela par la difficulté de voir la globalité de la personne.

B : « et puis, la difficulté de voir la globalité de la personne. Quand on a juste une vision comme ça en pointillés quoi, on n'est pas là au quotidien donc... »

6.1.4 Manque de matériel lors des visites à domicile

Le manque de matériel, par exemple au cours des visites à domicile pouvait rendre le travail de prévention plus difficile selon l'un des médecins interrogés.

C : « et le fait qu'on n'a pas forcément tout le matériel...Au domicile des patients... pour les mesurer, pour les peser s'ils ne disposent pas de balance ou si elle est en panne. »

6.2 FREINS LIES AU PATIENT

6.2.1 Manque de motivation des patients

La majorité des médecins ont cité le manque de motivation des patients comme obstacle à la prévention, que ce soit pour la réalisation d'examens complémentaires dans le cadre des dépistages ou pour la modifications de certains comportements ou habitudes de vie, au niveau de l'aménagement du domicile, de l'hygiène, de l'alimentation ou de l'activité physique.

C : « Les habitudes...C'est difficile de changer les habitudes chez tout le monde mais chez les personnes âgées encore plus...Les habitudes alimentaires L'agencement des meubles...les somnifères c'est aussi une question d'habitude. »

B : « Ils ne veulent pas d'aides ménagère, Ils le disent d'ailleurs « Non, mais moi je n'aime pas que quelqu'un vienne chez moi. »

La mauvaise observance des traitements pouvait aussi constituer un frein à la prévention.

J : « il y a des patients qui sont plus ou moins difficiles, qui sont plus ou moins observants »

F : « l'observance de la personne âgée et lui-même en fait, des fois on a des patients qui ne sont pas observant et qui ne viennent pas tout le temps en consultation »

Toutefois la volonté des patients semblait respectée par tous les médecins une fois le devoir d'information accompli.

A : « Sa volonté aussi. Si elle ne veut pas aller plus, on ne peut pas obliger à faire des choses...Donc, son désir »

B : « mais on ne peut pas soigner quelqu'un à son insu. Il faut lui dire quand même. »

G : « Donc, on essaie de... d'argumenter mais si elle ne veut pas, elle ne veut pas. »

K : « Il y a certaines personnes âgées qui ne veulent pas être vaccinées pour la grippe donc, on leur propose, on leur explique, on leur impose pas. »

6.2.2 Manque d'information

Le manque d'information des patients expliquerait leur manque d'intérêt pour la prévention selon quelques médecins interrogés.

D : « les gens également n'ont pas forcément conscience de l'intérêt que ça peut avoir chez eux. »

D : « Il faudrait qu'il y ait une demande de la part des patients. Or, clairement il n'y a pas de demande... Parce que pas d'éducation au préalable et pas de campagne. »

B : « Que ça vienne de la personne aussi, ça veut dire qu'il faut qu'ils soient informés... »

6.2.3 Isolement

L'isolement des personnes âgées représentait une difficulté majeure rencontrée par plusieurs médecins interrogés lors de leur pratique de prévention.

C : « chez les personnes isolées c'est... C'est plus compliqué »

Il pouvait s'agir d'un isolement suite à l'absence d'entourage familial ou amical.

E : « Et souvent, ils sont seuls aussi. Donc, s'ils ne comprennent pas, il y a personne pour enfin, il n'y a personne à côté pour leur réexpliquer et puis pour appliquer les... les... On va dire les... Les conseils en fait. »

A : « Parce que si c'est pour prescrire des examens qui... si elle ne les fait pas, si personne ne l'emmène... »

Ou encore suite à une détresse psychologique.

B : « Après, il y a aussi les personnes âgées qu'on ne voit pas parce qu'ils restent chez eux, Ils s'enferment dans leur déprime ...On ne peut pas les atteindre »

6.2.4 Dénier du patient

Quelques médecins ont évoqué le déni des patients âgés de leurs pathologies parmi les freins à la prévention, certains ont cité l'exemple de patients âgés souffrant de maladies chroniques mais estimant qu'ils ne sont pas malades tant qu'ils n'ont pas de manifestations cliniques.

E : « les patients âgés ne se considèrent pas malades quand ils ont de la tension parce qu'ils ont pas de manifestations cliniques donc des fois, ils ne prennent pas leur traitement »

D'autres, ont parlé du refus de s'avouer âgé et dépendant

B : « Alors parfois, les personnes ne veulent pas s'avouer âgées et faibles et du coup, tout va bien. Et on a du mal à savoir vraiment si ça va pas. Et en fait, il y a par exemple un couple qui... Qui font croire que tout va bien. En fait, ils ne prennent pas les médicaments,... une fois qu'on s'en est rendu compte c'est difficile de faire passer un infirmier ou quoi pour aider parce qu'ils n'acceptent pas de n'être plus capable de gérer ça »

D : « Alors, les freins du patients clairement c'est le déni de la... de la dégradation de l'état général global de... du patient. Je pense que les personnes âgées ne se voient pas se dégrader et devenir dépendantes. Et elles ne le voient

qu'à l'issue d'un... d'une hospitalisation le plus souvent. Donc, il y a très clairement un frein de conscience de la part des patients ça c'est sûr et certain. »

6.2.5 Manque de soutien de la part de la famille

La famille des personnes âgées pouvait être un obstacle à la prévention pour certains médecins, il arrivait qu'elles ne soutiennent pas le médecin dans sa démarche de prévention ou qu'elles ne s'impliquent pas assez.

A : « Les enfants, j'ai appelé les enfants mais c'était impossible de... ils ne comprennent pas, ils ne veulent pas s'impliquer »

D : « L'absence de rencontres des familles c'est à dire qu'on ne rencontre pas suffisamment les... les familles, »

G : « l'adhésion de la famille, on ne l'a pas toujours ...on n'a pas tout de suite le soutien de la famille. »

6.3 FREINS EXTERNES

6.3.1 Freins liés aux médecins spécialistes

L'un des médecins a évoqué la divergence de vision avec les spécialistes par rapport à leurs pratiques de prévention qu'il jugeait *parfois excessives*.

I : « je me dis que certains médecins spécialistes souvent ont tendance, ont... Ont des pratiques de prévention qui sont... Qui me paraissent parfois excessives.

Mais qu'est-ce qu'on fait quand les recommandations sont trop bien suivies ? Voilà. Est-ce que le mieux est vraiment l'ennemi du bien ? »

Un autre déplorait la mauvaise communication avec les médecins hospitaliers.

B : « Je n'arrivais pas à... À faire comprendre en fait aux médecins hospitaliers que ce monsieur-là il n'allait vraiment pas bien et il a fini par faire un gros AVC chez lui. »

6.3.2 Freins liés à la relation médecin malade

La relation médecin malade pouvait représenter parfois un obstacle à la prévention d'après l'un des médecins, justifiant cela par le fait que les patients acceptaient mieux les tests de dépistage quand ils n'étaient pas réalisés par le médecin traitant.

H : « Parce que c'est plus compliqué quand même de faire un MMS à une personne qu'on connaît bien ... »

H : « finalement les patients quand ils ne connaissent pas les médecins, quand on les adresse en consultation mémoire où ils savent qu'ils vont aller là-bas juste pour ça, ils l'acceptent mieux »

6.3.3 Manque de médiatisation

L'absence d'information des patients via des campagnes médiatiques représentait une difficulté majeure au travail de prévention d'après plusieurs généralistes interrogés.

*D : « l'absence de campagne mais de la part des autorités sanitaire.
Tant qu'il n'y a pas de message du pouvoir public, le message individuel passe peu ou mal.*

6.3.4 Absence de recommandations claires

Certains médecins ont déploré le manque de recommandations claires des sociétés savantes dans le domaine de la prévention chez la personne âgée.

D : « pas de recommandations claires soit par l'HAS⁴ mais peut-être simplement aussi de certaines sociétés françaises comme les sociétés françaises de rhumato, des sociétés françaises de gériatrie ou de choses comme ça... manque aussi de perspectives des autorités sanitaires, des... On va dire des sociétés savantes ...Qui je trouve communiquent peu »

Un autre s'interrogeait sur la pertinence de poursuivre certains traitements préventifs chez des patients très âgés, cette difficulté était liée au manque d'études chez cette tranche de la population.

J : «C'est difficile de faire marche arrière sur une espèce de prévention secondaire qu'on avait instituée auparavant. Par exemple, diminuer les médicaments pour l'ostéoporose....Savoir arrêter les biphosphonates, à quel moment... Est-ce que à 80 ans après une fracture il faut instaurer un biphosphonates ou au contraire il faut l'arrêter ? Est-ce qu'il faut le faire à 90 ans ? Dans ces âges-là, on ne sait plus trop. »

6.3.5 Délais de rendez-vous

Les délais de rendez vous trop longs pouvaient compliquer l'accès aux examens et aux spécialistes et ainsi constituer un frein à la prévention chez la personne âgée selon l'un des médecins interrogés

G : « l'accès aux... aux examens, aux spécialistes...Les délais de rendez-vous »

7 BESOINS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES

CONCERNANT LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE

Face aux nombreuses difficultés rencontrées sur le terrain, les médecins généralistes

⁴ HAS : Haute Autorité de Santé

interrogés ont confié leurs besoins et attentes pour améliorer leur pratique de prévention chez la personne âgée.

7.1 MEDIATISATION, CAMPAGNES DE PUBLICITE

La majorité des médecins ont estimé qu'il était nécessaire de faire des *campagnes de médiatisation* en faveur de la prévention chez la personne âgée afin de sensibiliser les patients à l'importance de cette dernière.

D : « campagnes peut-être radio, publicitaire à la télé ... mais également des campagnes via les villes qui ont des clubs pour les personnes âgées etc, donc passer aussi par cet intermédiaire-là que peuvent, que sont les collectivités territoriales parce que les collectivités territoriales communiquent énormément vers des électeurs...Vers des personnes âgées. »

I : « il faut faire de la prévention grand publique, il faut ... Que ça vienne de l'extérieur...pour sensibiliser un peu...des petits films de la prévention. Par exemple,... Pour les accidents domestiques... des petits films de prévention dans les... Pour la canicule»

G : « sensibilisation du public, peut-être...que les, on va dire que les... les campagnes d'affichages et tout »

L'un d'entre eux a émis le souhait que les médecins généralistes soient plus consultés lors de l'élaboration de ces campagnes médiatiques car ils sont plus à même de juger la pertinence des différents supports de communication destinés aux patients.

G : « ...nous demander peut-être un peu plus notre avis parce que nous, on est sur le terrain. Des fois, il y a les affiches que je trouve qui servent à rien. Des fois, il y a des très bonnes affiches mais... »

7.2 CREATION DE CONSULTATIONS DEDIEES A LA PREVENTION

CHEZ LA PERSONNE AGEE

La majorité des médecins souhaitait la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention chez la personne âgée. Tous ont insisté sur le caractère dédié de cette consultation, cela permettrait d'avoir un temps consacré à la prévention non parasité par d'autres demandes des patients.

K : « Peut-être ce temps dédié, cette consultation dédiée où on se dit « bah là ou voilà, je refais le point. » Comme à l'instar de voilà, de... comme quand on suit, par exemple, une pathologie chronique. Par exemple, les diabétiques. Voilà, on fait le point. On fait le point sur la prévention. Ok, là on vient juste pour ça. On ne vient pas pour l'ordonnance, on ne vient pas pour un autre problème, on vient juste pour ça. Mais ça, effectivement, ça nécessite de l'organisation, de la

réflexion et une mise en place. J'allais dire peut-être si un... il n'y a pas de cotation spécifique pour ça au niveau de la classification peut-être, voilà. Qu'on se dise si... voilà, on sait qu'on vient juste pour ça »

Parmi les propositions émises concernant ces consultations : que celles-ci abordent des *thèmes codifiés* sur la base de *recommandations officielles*, qu'elles soient *mieux rémunérées* ou qu'elles fassent l'objet d'une *formation préalable*.

B : « Consultation dédiée, oui peut-être un peu standardisée pour être sûr de ne rien oublier »

C : « une consultation dédiée... Avec des thèmes codifiés, sur la base de recommandations un petit peu officielles très organisé pourquoi pas... Une consultation annuelle ou bi annuelle en fonction du profil de risque. »

G : « si on avait des consultations, des cotations des consultations de prévention longue. ...ça pourrait être motivant ... Un acte mieux côté. »

E : « la formation dans ce cas alors si en fait on mettait ça en place, il faudrait justement être formé à la consultation de prévention chez les sujets âgés »

Un seul d'entre eux a montré des réserves quant à l'intérêt et la faisabilité d'une consultation dédiée à la prévention car d'après lui les patients n'étaient pas demandeurs car pas assez sensibilisés à ce sujet là.

D: « Non parce que une consult enfin, non clairement non parce que une consultation dédiée, il faudrait qu'à ce moment-là que la demande de la... Il faudrait qu'il y ait une demande de la part des patients....Or, clairement il n'y a pas de demande...Parce que pas d'éducation au préalable et pas de campagne... »

« Aujourd'hui, faire une consultation spécifique prévention sans campagnes sanitaires au préalable...Sans avoir de support visuel, sans avoir de support de médias...Ça risque d'être très très très compliqué. »

7.3 METTRE EN PLACE DES RESEAUX

Plusieurs médecins ont proposé la mise en place de réseaux gériatriques pour les aider dans leur travail de prévention chez la personne âgée.

A : « Etre aidé plus par les structures de la mairie, de la préfecture dans les... dans les moments difficiles...avoir un réseau comme le diabète, réseau gériatrique. »

B : « Qu'est-ce qui aiderait ? C'est d'avoir un réseau autour de chaque personne qui soit fonctionnel et qui fonctionne. Bon, c'est bien. Les réseaux c'est bien mais en fait, c'est plein de réunion à droite et à gauche et ça, on ne peut pas toujours aller en réunion qui fonctionneraient peut-être par mail ou quoi. »

Un autre a souhaité donner un rôle plus important aux paramédicaux dans la prévention chez la personne âgée, par exemple en mettant les infirmiers en première ligne dans ce travail, ils

effectueraient des bilans de prévention et adresseraient les patients à risque aux médecins généralistes.

G : « bah se faire aider aussi par les... les paramédicaux ...on peut imaginer un bilan de prévention fait par une infirmière et si elle détecte des... des problèmes, elle fait un diagnostic infirmier entre guillemets et elle nous... elle nous les renvoie »

7.4 DEVELOPPEMENT DE FORMATIONS

La formation faisait partie des propositions des généralistes interrogés, ils ont imaginé des formations avec des gériatres, qui donneraient une ligne de conduite basée sur des preuves.

A : « avoir des formations avec des gériatres »

B : « forcément une formation tous les ans sur la mise au point de la... de la prévention chez la personne âgée, bien sûr ça aide »

C : « oui, une formation pour clarifier les choses, pour que ça soit moins artisanal, un peu plus... Rationnel et... Et basé sur les preuves. »

H : « une formation avec des gériatres pour qui nous... Voilà, qui nous donne des... Peut-être une petite ligne de conduite... »

7.5 DEVELOPPEMENT D'OUTILS D'AIDE A LA PRATIQUE

Certains médecins ont pensé que des outils informatiques amélioreraient leur pratique de prévention, ces outils interactifs contiendraient des items prédéfinis pour aider à évaluer le risque des patients et proposer une conduite à tenir adéquate.

E : « donc ça serait bien d'avoir un algorithme. Donc, déjà un questionnaire déjà prêt pour la personne âgée et en fonction des réponses d'avoir un... Une idée...»

C : « Des outils informatiques sous forme de check-list peut être »

DISCUSSION

1 LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE : UNE ACTIVITE DIFFICILE

La prévention chez la personne âgée représentait pour plusieurs médecins interrogés une *activité difficile*.

Cette difficulté peut être inhérente au concept même de prévention, car, comme l'a exprimé l'un des médecins, il y a parfois un sentiment de manque d'efficacité vis à vis de l'acte préventif. Celui-ci répond à un problème potentiel dont la survenue est incertaine et dont les bénéfices sont imperceptibles et aléatoires, contrairement à l'acte curatif qui répond à un problème réel et actuel et dont les bénéfices sont visibles à court terme.

Ensuite, il y a l'organisation du système de soins primaires en France qui ne paraît pas toujours favorable à une pratique préventive efficace.

D'une part, le mode de rémunération des médecins généralistes au cabinet basé principalement sur un paiement à l'acte incite les médecins à répondre à la demande des patients qui est le plus souvent d'ordre curatif et ne les encourage pas à aborder les sujets de prévention pendant la consultation si le patient n'en fait pas la demande explicite.

D'autre part, la faiblesse de l'organisation collective des soins avec des pratiques médicales propres à chaque médecin généraliste ne semble pas en faveur d'une prévention efficace.

Enfin, l'enseignement actuel de la médecine principalement fondé sur un modèle scientifique, biomédical et laissant de côté les sciences humaines et sociales ne prépare peut-être pas correctement les médecins généralistes à mener des actions préventives.

2 UNE PREVENTION DONT LE BUT EST DE « BIEN VIEILLIR »

L'allongement de l'espérance de vie a fait émerger la notion d'espérance de vie « en bonne santé », c'est à dire sans limitation d'activité (ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatisme) ; celle-ci est estimée selon

l'Insee en France métropolitaine en 2012 à 63,8 ans pour les femmes et à 62,6 ans pour les hommes(11).

Dans ce sens, la prévention de la dépendance est devenue un challenge pour les autorités publiques, elle est largement soulignée comme nécessaire, dans les différents plans gouvernementaux et projets de loi(12). En effet, les personnes à risque de perte d'autonomie représentent une cible pertinente pour une action de santé publique qui doit mobiliser les efforts des professionnels et des décideurs.

Notre enquête confirme bien que le **Bien Vieillir** est également un objectif majeur chez les médecins généralistes dans leur pratique de prévention chez la personne âgée. Ainsi plusieurs médecins interrogés disaient rechercher principalement la qualité de vie pour leurs patients âgés, en prévenant la perte d'autonomie.

En effet, le vieillissement n'implique pas nécessairement la dépendance, y compris au grand âge, et seule une partie des personnes très âgées est dépendante(13).

Grâce à la prévention des maladies liées à l'âge et la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques, qui reposent aujourd'hui, sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses, il est possible actuellement de retarder ou limiter cette dépendance.

3 PLUTOT UNE PREVENTION SECONDAIRE

Il ressort de l'analyse des résultats que la prévention chez la personne âgée évoquée par les médecins interrogés était plutôt une prévention secondaire, voire tertiaire, car leurs patients âgés étaient souvent polyopathologiques.

En effet le nombre de maladies augmente avec l'âge et les sujets âgés de plus de 70 ans sont porteurs de 3 à 5 pathologies aiguës ou chroniques en moyenne(14).

La majorité des médecins disait profiter de la survenue d'une maladie ou d'un accident pour refaire le point sur certains actes de prévention. La prévention primaire ne semble pas faire partie des réflexes des médecins généralistes interrogés, surtout chez cette tranche de la population, ils disaient avoir du mal à anticiper les événements aigus chez des patients apparemment en bonne santé.

Or pour que la prévention soit efficace, elle doit intégrer la prévention primaire et être développée tout au long de la vie, notamment par l'éducation pour la santé(15).

Il est certain que le médecin généraliste est au premier plan pour pratiquer cette prévention primaire, mais il se heurte à un manque de conscience préventive, en particulier chez les patients âgés.

4 MEDECINS GENERALISTES ET PREVENTION

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient font partie des missions du médecin généraliste(16). En France, ces missions sont inscrites dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes(17) et confirmées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (dite loi HPST).

Les généralistes interrogés revendiquaient leur rôle en tant que pivot en matière de prévention, ils étaient ainsi en accord avec les autorités publiques et les différentes enquêtes d'opinion. Ainsi, lors du dernier Baromètre santé, 95,7 % des praticiens interrogés ont déclaré qu'ils devaient intervenir dans la prévention et qu'ils se considéraient comme ses acteurs principaux(18).

L'activité préventive représente ainsi une part importante dans l'activité habituelle du médecin généraliste. Plusieurs études ont essayé d'évaluer l'importance de cette activité, mais les résultats sont variables et difficiles à interpréter. La Société française de médecine générale estimait, en 1995, que les activités préventives représentaient au moins un tiers de l'activité en médecine générale(19).

Malgré leur conscience de l'importance de leur rôle dans la prévention chez la personne âgée, certains médecins interrogés ont estimé qu'ils ne s'impliquaient pas assez, ils n'arrivaient pas à consacrer autant de temps qu'ils le souhaitaient à l'activité préventive.

En France, l'investissement des médecins dans ce domaine tient pour une large part à leur conviction et à leur volonté. En effet, les médecins généralistes français exercent le plus souvent dans des cabinets libéraux individuels ou au sein de groupes(20), ils sont souvent contraints par le temps et par la tarification à l'acte, et il ne leur est pas toujours possible, devant un patient âgé souvent poly pathologique et aux demandes multiples, de s'intéresser à la prévention.

L'organisation de ce travail de prévention semble nécessaire pour que les généralistes puissent mener à bien leur mission. Il faudrait standardiser, harmoniser les pratiques, en

mettant en place des protocoles ou conduites à tenir préventives. Les médecins généralistes auront ainsi des recommandations spécifiques, élaborées par les sociétés savantes, sur lesquelles ils pourront s'appuyer.

La revalorisation de la rémunération de ce travail préventif chronophage, pourrait également être une piste d'amélioration. Cela peut se faire en mettant en place des consultations systématiques de prévention avec une tarification plus élevée, ou en prévoyant une cotation spécifique pour les actes de prévention.

On pourrait également repenser les modes de rémunération des médecins généralistes, soit en introduisant un paiement à la performance avec des objectifs de prévention, ou en mettant en place une rémunération à la capitation avec une part réservée aux actions de prévention.

5 LA PREVENTION DES CHUTES ET DE LA IATROGENIE COMME PRINCIPAUX DOMAINES DE PREVENTION

Pour les médecins interrogés, la prévention chez la personne âgée représente un champ très large, elle englobe plusieurs volets cités au fur et à mesure des entretiens.

Si on se réfère au travail de thèse de Poutot M.L.(21), qui a réalisé une fiche synoptique synthétisant les principaux domaines de prévention, que le médecin généraliste doit cibler chez tout patient âgé, on constate qu'aucun point essentiel de la prévention n'a été oublié par les médecins.

Si nous tentons de disséquer les résultats de l'étude selon les différents thèmes de prévention, nous allons voir que tous les items n'inspiraient pas le même intérêt chez les généralistes interrogés.

Nous constatons alors que la prévention des chutes a été citée quasi unanimement comme principal champ de la prévention chez la personne âgée. Cela était justifié par la fréquence de ces événements et leurs conséquences potentielles lourdes.

En France on estime le nombre de chutes annuelles à 2.700.000, elles sont fortement liées à l'âge puisque 90% des chutes concernent des personnes de plus de 65 ans. Selon l'OMS, il s'agit de la première cause de décès accidentel après 65 ans.

La majorité des généralistes a déclaré que la prévention de la iatrogénie faisait partie de leur démarche préventive systématique chez leurs patients âgés.

En moyenne, les 65 ans et plus consomment quotidiennement 3 à 4 médicaments par personne et la iatrogénie est plus fréquente, plus grave et plus atypique dans cette population, mais principalement évitable.

Trois consultations sur quatre à destination des personnes âgées sont réalisées par les généralistes; 91 % sont suivies d'une ordonnance de pharmacie(22)(23). Ils sont ainsi les premiers prescripteurs chez le sujet âgé et de ce fait mieux placés pour prévenir les risques liés aux médicaments.

Notre étude montre que l'évaluation régulière de l'ordonnance fait partie des réflexes de pratique des médecins, ils sont conscients du risque iatrogénique, ils contrôlent leurs prescriptions et vérifient l'observance chez leurs patients âgés.

Quant à la prévention cardio-vasculaire, plusieurs médecins ont déclaré qu'ils n'y étaient pas assez sensibilisés chez la personne âgée, ils l'abordaient de la même manière que chez la population générale. En effet les facteurs de risques cardio vasculaires sont les mêmes que chez l'adulte jeune, ils ne sont pas exclusifs aux sujets âgés, et pour les prévenir efficacement il faudrait commencer bien avant le troisième âge.

On note ainsi une différence comparé aux résultats de l'enquête de S.Doerr (24) réalisée auprès de généralistes en Lorraine, qui a retrouvé que la prévention des pathologies cardio-vasculaires intéressait plus les MG que la prévention des chutes. La prévention de la iatrogénie n'avait pas été abordée dans son questionnaire.

Le dépistage de la dénutrition est également jugé important par plusieurs médecins, car c'est une pathologie fréquente du sujet âgé pouvant être responsable de nombreuses complications.

La vaccination n'a été citée que par deux médecins alors qu'il s'agit d'un acte totalement adapté à la médecine générale, et que c'est l'outil de prévention primaire le plus utilisé en médecine générale(25).

Quelques médecins ont cité la prévention des troubles de l'humeur et de la mémoire, mais le caractère intrusif de ces dépistages, surtout quand ils ne répondent pas à une plainte du patient, peut rendre leur abord difficile pour le médecin traitant.

La prévention de l'isolement social a été évoquée par plusieurs médecins, en effet une prévention efficace ne peut se concevoir sans prendre en compte la dimension psychosociale et sans s'intéresser à l'environnement et au cadre de vie de la personne âgée.

6 SOUS-UTILISATION DES TESTS ET ECHELLES A VISEE GERIATRIQUE

Notre étude a montré que les MG interrogés utilisaient peu les tests et échelles d'évaluation gériatrique au cours de leur activité de prévention, ils se basaient préférentiellement sur la clinique et l'interrogatoire du patient et de l'entourage dans leur pratique quotidienne.

Ainsi, on note que pour la prévention des chutes, aucun des tests recommandés par l'HAS pour l'évaluation des troubles de la marche chez la personne âgée (le timed up and go test, le test unipodal, la poussée sternale et le walking and talking test) n'a été cité, ces tests étaient la plupart du temps remplacés par une évaluation plus intuitive de la marche et de l'équilibre.

Concernant le dépistage de la dénutrition, quelques médecins disaient utiliser un questionnaire alimentaire, mais aucun d'entre eux n'a cité le MNA⁵ simplifié, même s'il a l'avantage d'être réalisable en seulement 4 minutes et qu'il s'avère d'une grande fiabilité(26).

Pour l'évaluation de la mémoire, la majorité des médecins déclaraient utiliser le MMSE. Mais il existe d'autres tests plus adaptés aux soins primaires, notamment le codex, qui est moins chronophage et a une meilleure performance en termes de sensibilité et spécificité que le MMSE dans la détection des démences du sujet âgé(27).

Certains disaient préférer adresser les patients à un spécialiste pour la réalisation de ce test.

Enfin, concernant l'évaluation de la thymie, l'échelle de dépression gériatrique (GDS⁶) ou sa version courte en 4 questions mini GDS ne semblaient pas être utilisées dans la pratique quotidienne des médecins interrogés, qui vu leur bonne connaissance des patients, se basaient sur un interrogatoire implicite mais ciblé pour dépister les troubles de l'humeur.

⁵ Mini Nutritional Assessment

⁶ Geriatric Depression Scale

Une étude de 2008 réalisée par E. Blanchet évaluant l'utilisation de douze tests et échelles à visée gériatrique par les médecins généralistes, a révélé leur sous utilisation, car ils étaient jugés inadaptés à la pratique de ville, leur caractère chronophage était le principal obstacle à leur utilisation(28).

Certains médecins ont évoqué la difficulté d'évaluer objectivement les risques de leurs patients pour pouvoir les prévenir de manière optimale à cause de l'absence ou la méconnaissance d'outils d'évaluation du risque.

7 TRAVAIL EN RESEAU

L'interdisciplinarité dans la prise en charge préventive de la personne âgée est essentielle, et plusieurs études montrent que les médecins sont prêts à intégrer un réseau et acceptent les réunions de concertation(29), notre enquête le confirme, la majorité des médecins interrogés ont noté l'importance du travail en réseau avec d'autres acteurs de prévention.

Certains médecins ont précisé le caractère le plus souvent informel de ces réseaux.

En effet, en France, il existe peu de réseaux formels constitués par les autorités publiques. Chaque médecin généraliste construit son propre réseau d'acteurs,(30) souvent composé de professionnels libéraux de terrain travaillant dans le même quartier. Ces réseaux informels sont, sans doute, plus efficaces et moins coûteux pour la collectivité.

Les acteurs de la prévention en milieu gériatrique sont extrêmement nombreux et seul le généraliste peut faire le lien entre tous ces acteurs, mais comme l'exprimait l'un des médecins interrogés, la coordination entre les acteurs demande beaucoup de temps, et elle n'est pas rémunératrice.

Alors, comment assurer une coordination, sans tomber dans la « réunionite », chronophage et non financée par un système libéral (31)

On pourrait imaginer comme l'a proposé l'un des médecins interrogés, un mode de fonctionnement ne mobilisant pas les différents intervenants, l'informatique semble être le moyen le plus sûr et le plus simple, les concertations entre les différents intervenants pourraient se faire par email par exemple. Dans le même sens, il y a eu la création du DMP (dossier médical personnalisé), qui permet aux professionnels de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP comporte un volet de prévention, mais il semble que ce dossier est surtout axé sur le sujet jeune (prévention cardiovasculaire, tabagisme)(32)(33).

Les coopérations et substitutions entre professionnels de santé pourraient être une des réponses aux difficultés actuelles et futures liées à la baisse de la densité médicale(34).

Comme suggérée par l'un des médecins interrogés, la délégation de certains actes de prévention aux infirmiers pourrait être un moyen d'aider les généralistes dans leur mission préventive, selon une enquête sur la coopération des médecins généralistes avec les infirmiers, 80% des médecins généralistes ont souhaité leur transférer des tâches qui relèvent de l'éducation thérapeutique du patient diabétique ou asthmatique, de l'éducation nutritionnelle, de la surveillance de la tension artérielle ou encore de l'accompagnement des patients dans l'arrêt de la consommation de tabac.

En 2008, les résultats d'une expérimentation(35) en France, de coopérations entre médecins généralistes et infirmières sur les soins de premiers recours chez des patients diabétiques de type 2 montraient que les patients inclus dans le dispositif de coopération médecins-infirmières ont vu leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin, ils réalisaient également plus systématiquement leurs examens de suivi, et cela sans surcoût pour l'Assurance maladie.

L'expérience internationale sur la délégation des soins préventifs aux infirmières(36) montre que celles ci peuvent jouer un rôle dans le développement, l'éducation et la promotion de la santé. Au Royaume Uni par exemple, parmi les compétences des infirmières, il y a la réalisation de bilans de santé, l'éducation et le dépistage. Au Canada, elles prennent part à des programmes sur les maladies sexuellement transmissibles, le dépistage chez les jeunes et le conseil type planning familial. Enfin, en Suède et en Finlande, il existe des infirmières de santé publique qui ont des qualifications spécifiques dans le domaine des soins préventifs.

8 LE PATIENT ACTEUR DE SA PROPRE PREVENTION

Il ressort des résultats de l'enquête que le patient âgé joue un rôle actif dans sa prise en charge préventive.

En effet, d'après les médecins interrogés, même si la prévention est rarement abordée à l'initiative des patients, elle ne peut être efficace sans l'engagement et la participation active de ces derniers.

Ainsi, la majorité des médecins interrogés essayait d'informer et d'éduquer leurs patients âgés afin de les emmener sur le terrain de la prévention mais ils les laissaient décider de leur propre prise en charge préventive et leurs choix étaient toujours respectés. Comme le notait

M.Bordiec dans son étude sur le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention(37), on retrouvait moins l'attitude paternaliste dans le cadre de la prévention que dans le cadre de la médecine curative.

Le manque d'information des patients expliquerait leur manque d'intérêt pour la prévention selon quelques médecins interrogés. En effet, nos patients les plus âgés ne connaissent guère que la médecine curative, et le médecin ne peut à lui seul assurer ce travail d'éducation. D'après ces médecins généralistes, les campagnes de santé publique seraient le meilleur moyen d'intéresser les patients âgés aux sujets de prévention.

9 FREINS ET OBSTACLES

Les obstacles à la prévention les plus fréquemment cités par les médecins interrogés étaient le manque de temps et le manque de motivation de la part des patients. Ce résultat est comparable à celui de différentes études(24) dont un travail de thèse mené en Picardie(38) portant sur les pratiques de prévention des MG.

Ceci rend compte d'une réalité objective : la prévention est une activité qui demande du temps, un temps difficile à trouver dans les conditions actuelles d'exercice libéral. D'ailleurs, une étude évaluant le temps nécessaire à la réalisation de l'ensemble des soins préventifs recommandés aux Etats-Unis(39)(40) a abouti à des durées intenable au regard du temps de travail d'un médecin et de la durée des consultations en médecine générale.

Le manque de recommandations claires des sociétés savantes représentait également un frein à la prévention pour certains médecins interrogés.

En effet, chez des patients âgés, souvent poly pathologiques et demandeurs de prescription, les recommandations actuelles sont difficiles à appliquer, car elles ne prennent pas en compte l'existence de comorbidités(41). Si chaque pathologie est prise en charge de façon indépendante et conformément aux recommandations, cela pourrait être inapproprié, source d'erreurs, de polymédication, d'effets indésirables et de diminution de la qualité de vie(42).

De plus, les médicaments sont peu évalués dans cette population(43). Les données concernant le bénéfice de certains traitements chez les sujets âgés de plus de 75-80 ans sont limitées, car les sujets poly pathologiques et polymédicamentés sont le plus souvent exclus des essais cliniques(23). Ce manque de preuve peut également être lié à la réticence des laboratoires à mener des études chez les sujets de plus de 80 ans faute de rentabilité(44).

L'un des médecins interrogés avait souligné ce manque d'études, et s'interrogeait sur la pertinence de maintenir certains médicaments à but préventif à ces âges avancés.

Si nous prenons l'exemple des statines, les spécialistes sont partagés, la décision d'introduire ou de maintenir le traitement tiendra principalement compte de l'âge, des pathologies associées, du contexte de prévention primaire ou secondaire, et de la motivation du patient. Mais dans tous les cas, il n'existe pas d'élément objectif en faveur ou en défaveur de la poursuite du traitement au delà de 80 ans(45). Les médecins se retrouvent ainsi dans une situation de prescription difficile.

10 PROPOSITIONS

Face aux nombreuses difficultés rencontrées sur le terrain, les médecins généralistes interrogés ont confié leurs besoins et attentes pour améliorer leur pratique de prévention chez la personne âgée.

La majorité des médecins de l'étude pensent, comme 85% des médecins interrogés lors du dernier baromètre santé(46), qu'il était nécessaire de faire des campagnes de médiatisation en faveur de la prévention afin de sensibiliser les patients à l'importance de cette dernière.

Certains ont insisté sur l'importance de leur rôle pour que ces campagnes soient efficaces, ils souhaitaient être plus impliqués dans le choix des supports de communication envers le grand public.

Plusieurs médecins interrogés ont estimé que la mise en place d'une consultation dédiée les aiderait à mieux remplir leur mission de prévention, toutefois certains ont émis des réserves quant à la faisabilité de cette consultation, ils pensaient qu'une campagne de sensibilisation était nécessaire avant l'instauration de cette consultation et jugeaient qu'une formation préalable était nécessaire avant la mise en place de cette dernière.

Ceci confirme les résultats d'une expérimentation menée en 2006, dans le cadre du plan gouvernemental «Grand Âge»(47). Une consultation de prévention à 70 ans s'est développée sur trois régions, elle utilisait un auto-questionnaire complété d'une consultation médicale faite par les médecins généralistes et rémunérée 2,5 C. Les médecins participants ont jugé que cette démarche a permis de mettre en évidence des troubles qu'ils ne soupçonnaient pas chez leur patient, mais la durée de la consultation était trop longue et ses modalités de réalisation trop complexes.

Une formation complémentaire est apparue nécessaire pour que cette consultation atteigne les objectifs de prévention des pathologies liées au vieillissement. Compte tenu de ces difficultés, l'expérimentation qui devait être généralisée à tout le territoire a été suspendue.

CONCLUSION

Ce travail a permis de comprendre ce qu'entendent les médecins généralistes de Picardie par la prévention chez la personne âgée. Ils estimaient qu'il s'agissait d'une activité difficile dont les principaux champs étaient la prévention des chutes et de la iatrogénie en raison de la fréquence de ces événements et de leur caractère évitable. L'objectif principal de ce travail préventif étant d'assurer un vieillissement réussi à leurs patients âgés en maintenant la qualité de vie et en évitant la dépendance, ils étaient en accord avec les plans gouvernementaux liés au grand âge. Tous jugeaient cette prévention importante, ils avaient conscience d'être des acteurs essentiels dans cette prévention, mais le manque de temps entraînait parfois un manque d'implication.

La pratique préventive des médecins était marquée par un travail en réseau autour de la personne âgée. Ces réseaux étaient le plus souvent informels et le médecin généraliste jouait un rôle de coordination entre les différents acteurs, mais les réunions de concertations avaient une image chronophage et il faudrait repenser un mode de fonctionnement plus pratique pour le médecin.

Nous avons noté une sous utilisation des tests et échelles gériatriques, ceci était probablement dû à la méconnaissance de ces outils ou à leur inadaptation à la médecine de ville. Les médecins se basaient préférentiellement sur la clinique et l'interrogatoire du patient et de son entourage dans leur pratique quotidienne.

Le sujet de la prévention était rarement évoqué par le patient, les médecins disaient saisir l'opportunité de consultations pour d'autres motifs afin de l'aborder. Cependant, le patient âgé était malgré tout considéré comme acteur de sa propre prise en charge préventive, et une fois le devoir d'information accompli, ses choix étaient respectés, car les médecins estimaient que la prévention ne pouvait être efficace sans l'engagement du patient.

Notre étude a également permis de relever les obstacles à la prévention rencontrés par les médecins généralistes dans leur pratique. Il s'agissait principalement du manque de temps et du manque de motivation des patients. Ce manque de conscience préventive chez les patients âgés serait lié à un défaut d'information, ainsi le développement de campagnes de sensibilisation a été jugé nécessaire pour responsabiliser les patients.

Le manque de recommandations claires des sociétés savantes pour cette tranche de la population mettait également les médecins dans une situation de prescription difficile et accentuait le risque iatrogénique.

L'instauration d'une consultation dédiée à la prévention chez la personne âgée faisait partie des propositions émises par les médecins, elle permettrait de donner un cadre organisationnel à ce travail mais l'expérimentation de la consultation de prévention à 70 ans souligne l'importance d'une formation préalable(47).

Les actions de prévention chez la personne âgée ont un bénéfice certain, d'autant plus que la perte d'autonomie est actuellement un processus évitable. Il semble évident que le médecin généraliste constitue un pivot incontournable dans la démarche préventive, il en a conscience et s'y engage. Mais, cette prévention est difficile et chronophage et pour aider le médecin à accomplir sa mission, il faudrait envisager des modifications de l'organisation du travail et améliorer la conscience préventive individuelle en rendant les personnes plus responsables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fryer GE, Dovey SM, Green LA. The importance of primary care physicians as the usual source of healthcare in the achievement of prevention goals. *Am Fam Physician*. 2000;62(9).
2. Aliaga, C. (2002). « Les femmes plus attentives à leur santé. » *Insee première* 869: 1-4.
3. LANOE J-L, MAKDESSI-RAYNAUD Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. 2005. p.1-12 p. Disponible sur: http://doc.cee-recherche.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=79206
4. Gallay, A.-L. and B. Tradieu (2013). *Le baromètre des droits des malades - 6ème vague*, CISS:41.
5. Kaufmann J-C. *L'entretien compréhensif; l'enquête et ses méthodes*. Armand Colin; 2011. 88 p.
6. Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Armand Colin; 2007.
7. Hennebo N. *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine*. www.theorisationancree.fr/guide.pdf; 2009.
8. G. Borgès Da Silva. *La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication*. *Rev Med Ass Maladie* 2001.
9. E. Pasquier. *Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine génér.*
10. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Transaction Publishers; 2009.
11. Insee - Territoire - Développement durable. 2015. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=dev-durable&file=dev-durable-711.xml
12. Plan national « Bien vieillir ». Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
13. *La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040*. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf
14. Danet S, Haury B. *L'état de santé de la population en France. Suivi Object Annex À Loi Santé Publique Paris DRESS*. 2011;
15. AQUINO DJ-P, GOHET P, MOUNIER C. *Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société. Rapp Com Avancée En Âge Prév Qual Vie*. 2013; Disponible sur: http://www.urpsmla.org/IMG/pdf_Rapport_Aquino.pdf
16. Europe W. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL

- Brux Belg. 2002. Disponible sur: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
17. convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes 2011. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale_rhone.php
 18. GAUTIER A, FOURNIER C, BECK F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Actual Doss EN SANTE PUBLIQUE. déc 2011;(77):6- 10.
 19. Société Française de Médecine Générale-Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale (Révision 2010). Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/749/fichier_drcc0d8b.pdf
 20. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, G. Bloy, F.-X. Schweyer (Eds.). Presses de l'EHESP, Rennes (2010). Activités et pratiques des médecins généralistes: 55-74. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/519995/article/singuliers-generalistes-sociologie-de-la-medecine>
 21. Poutot M-L. La prévention chez le sujet âgé de 65 à 85 ans: proposition d'un document interactif d'aide à la consultation pour le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2008.
 22. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. Gérontologie Société. 2002;103(4):13.
 23. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consomm Prescr Iatrogénie Obs. 2005;
 24. Doerr S. La prévention chez la personne âgée en médecine générale: Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.
 25. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Opinions et pratiques vaccinales des médecins généralistes. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/opinions-pratiques-vaccinales.pdf>
 26. Hugonot-Diener L. Présentation du MNA ou MINI nutritional assessmentTM: Un outil de dépistage et de suivi de la dénutrition. Gérontologie Société. 2010;134(3):133.
 27. Belmin J, Oasi C, Folio P, Pariel-Madjlessi S. Codex, un test ultra-rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. Rev Gériatrie. 2007;32(8):627- 31.
 28. Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale: intérêts et obstacles. Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Disponible sur: <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-8511?resultBackUrl=>
 29. Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care. J Am Board Fam Med JABFM. août 2006;19(4):331- 9.

30. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention? Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/33_BORDIEC.pdf
31. CHABROL A. le médecin face au grand âge. Bull Ordre Médecins. 2006;(2006/01):8- 12.
32. Prasteau P. La prévention gériatrique en médecine générale: Une réflexion pour un guide pratique à l'usage des generalists. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2006;6(36):6- 11.
33. Site d'information du Dossier Médical Personnel - DMP. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/>
34. GUILLAUMAT-TAILLIET F, OLIER L, BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J, CHAMBARETAUD S, et al. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé: Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum. St Denis: HAS; 2007 déc p. 313p.
35. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé. 2008;(136):1- 8.
36. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières: l'apport d'expériences européennes et canadiennes. 14 juin 2012; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/13469>
37. BORDIEC M, Université Paris Descartes. Paris. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. 2013.
38. BOCHE T. Le médecin généraliste face à la prévention en Picardie, en 2003 (à propos d'une enquête par questionnaire sur 480 médecins). 2003.
39. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? Am J Public Health. avr 2003;93(4):635 - 41.
40. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. avr 2003;93(4):635 - 41.
41. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. J Eval Clin Pract. 1 févr 2010;16(1):69- 75.
42. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. JAMA. 10 août 2005;294(6):716- 24.
43. PREVOT G, RIPAULT H, HOUDAILLE L, LEMONNIER JY, REA C, GAUVAIN JB, et al. Nouveautés thérapeutiques: insuffisances de l'évaluation gériatrique. Rev Geriatr. 2002;27(6):433- 6.
44. Statines et cholestérol, réponses d'experts - JESFC 2014 - Les interviews - Vidéos - Cardio Online. Disponible sur: <http://www.cardio-online.fr/Videos/Les-interviews/JESFC-2014/Statines-et-cholesterol-reponses-d-experts>

45. Quels bénéfices et quels risques pour les statines chez les sujets âgés? Disponible sur: <http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2010/11/0710.pdf>
46. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
47. Piette F, Mischlich D, Extra J, Jeandel C. La consultation de prévention a 70 ans. *Gérontologie Société*. 1 juin 2008;n° 125(2):145 - 54.

ANNEXES

Les annexes sont fournies sur le CD-ROM joint à la thèse.

Annexe 1 : Guide des entretiens

Annexe 2 : Entretiens de A à L