



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2009

N° 165

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Stéphane DOERR

Le 04/12/2009.

LA PRÉVENTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe HARTEMANN

Président

M. le Professeur François KOHLER

M. le Professeur Marc KLEIN

M. le Professeur Francis RAPHAEL

Juges

2009

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Stéphane DOERR

Le 04/12/2009.

LA PRÉVENTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Philippe HARTEMANN

Président

M. le Professeur François KOHLER

M. le Professeur Marc KLEIN

M. le Professeur Francis RAPHAEL

Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :
du 1^{er} Cycle :
du 2^{ème} Cycle :
du 3^{ème} Cycle :
Filières professionnalisées :
Prospective :
FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS
M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
M. le Professeur Christophe CHOSEROT
M. le Professeur Laurent BRESLER
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétiologie*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention.

Université Henri Poincaré, NANCY1.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous

nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Soyez remercié de votre présence.

Que ce travail soit l'expression de notre considération

et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François KOHLER
Professeur de Biostatistiques et d'Information Médicale.
Université Henri Poincaré, NANCY 1.

Nous vous sommes très reconnaissants d'accepter de
juger ce travail et sommes touchés que ce travail soit
évalué par un enseignant de votre qualité.

Soyez remercié de votre présence et du temps que
vous acceptez de nous consacrer.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques.

Université Henri Poincaré, NANCY 1.

Nous sommes reconnaissants du grand

honneur que vous nous faites à compter parmi

nos juges.

Soyez remercié pour votre présence et pour le

précieux temps que vous nous accordez.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Francis RAPHAEL
Professeur Associé de Médecine Générale.
Université Henri Poincaré, NANCY 1.

Nous vous sommes infiniment reconnaissant
d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Nous avons apprécié votre dévouement et vos
encouragements.

Soyez remercié pour votre gentillesse, votre
patience et pour vos précieux conseils.

Nous tenions à remercier l'ensemble des médecins généralistes qui ont eu la gentillesse de nous accorder du temps en participant à cette enquête. Merci également pour les nombreux messages d'encouragement qui accompagnaient les questionnaires retournés. Nous savons à quel point, le temps libre est précieux pour les médecins généralistes et nous leur en sommes encore plus reconnaissants.

A Natacha, pour son amour, sa patience et ses encouragements. Merci d'être là, à mes côtés.

A ma famille, parents, frère, sœur et belle famille, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Un grand merci à mes quatre grands-parents, qui m'ont toujours soutenu moralement, financièrement. Quelle chance de pouvoir soutenir cette thèse devant eux.

A mes amis, Séb, Manelle, Yann, Julie, Tophe, Greg, Nat, Biquet, Marie, Chris, Jules etc...

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

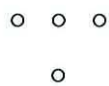
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

LA PRÉVENTION CHEZ LA PERSONNE AGÉE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE.



Une enquête en Lorraine auprès de 77 médecins
généralistes.

Table des matières

	Page :
<u>I. INTRODUCTION.</u>	19
<u>II. LA PRÉVENTION : SES DÉFINITIONS</u>	21
<u>III. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LA PRÉVENTION.</u>	23
A. Evolution du concept de prévention.	23
B. La place privilégiée du médecin généraliste dans la prévention.	24
C. Place de la prévention dans l'activité du médecin généraliste.	25
D. Les difficultés.	27
1) Inhérentes au concept de prévention.	27
2) Inhérentes au système de soins français.	27
E. Le système de prévention en France et à l'étranger.	28
1) Organisation actuelle en France.	28
2) Priorité en matière de prévention.	30
3) Quelques spécificités à l'étranger.	31
<u>IV. L'ENQUÊTE.</u>	33
A. Objectif.	33
B Matériel et méthode.	33

1. Type d'enquête.	33
2. Population.	34
3. Conception du questionnaire.	34
a) Profil des praticiens.	34
b) Dimension de la prévention.	35
c) Prévention spécifique chez la personne âgée.	35
d) Propositions pour améliorer la prévention.	36
4. Déroulement de l'enquête.	37
5. Analyse statistiques.	37
C. Les résultats.	38
1. Analyse des profils des participants.	38
2. Dimension de la prévention.	41
a) Rôle du MG.	41
b). Circonstances favorables pour aborder la prévention.	41
c). Manières d'aborder la prévention.	43
d). Utilisation et explication de dépliants de prévention.	43
e). Thèmes gênant pour les MG.	43
3. Place, temps consacré, efficacité ressentie.	43
a) tout domaine de prévention confondu.	43
b) selon le domaine de prévention.	44
1). Dans la prévention des chutes.	44
2). Dans la prévention des pathologies CV.	44
3). Dans la prévention de l'ostéoporose.	44
4). Dans la prévention des démences et troubles dépressifs.	45
5). Dans la prévention de la dénutrition.	45
4. Obstacles rencontrés par les MG.	47
5. Solutions et outils pour améliorer la prévention.	50
V. <u>DISCUSSION.</u>	52
A. Les résultats de notre enquête.	52
1. Population	52

2. Intérêt.	54
3. Circonstances d'abord de la prévention.	55
4. Prévention chez les personnes âgées.	55
5. Obstacles rencontrés.	56
6. Améliorations envisageables.	57
7. Commentaires libres.	58
B. Comparaisons aux données existantes.	59
1. Taux de participation.	59
2. Dimension de la prévention.	59
3. Intérêt, temps consacré et efficacité ressentie	60
4. Obstacles rencontrés par les MG.	61
5. Améliorations envisageables.	62
C. Faiblesses de l'étude.	63
<u>VI. CONCLUSION.</u>	64
<u>BIBLIOGRAPHIES.</u>	68
<u>LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS.</u>	73
<u>ANNEXES</u>	75

I. INTRODUCTION.

○ ○

○

Depuis plusieurs dizaines d'années nous avons pu relever l'importance de la prévention en termes de santé publique. Des succès flagrants ont été constatés : éradication de la poliomyélite, diminution de la fréquence des accidents vasculaires cérébraux et des cancers du col utérin (1). Avec la création de la charte d'OTTAWA en 1986, nous avons assisté à l'avènement de la prévention dans le milieu médical. La prévention est omniprésente dans l'activité quotidienne des Médecins Généralistes (MG) : vaccinations, recherches de facteurs de risques, bilans sanguins, prise de tension artérielle, conseils diététiques...

Les médecins généralistes voient défiler 85% de la population française dans leur cabinet (2). Ils représentent également pour la plupart des gens une source d'informations sérieuse, un mode d'accès aux examens. Les médecins généralistes suivaient et suivent encore plus, depuis la création du parcours de soins coordonnés, leurs patients dans le temps. Il est simple d'en déduire que les MG sont des intervenants privilégiés dans le processus de prévention et que le cabinet médical offre une plateforme de sensibilisation privilégiée. D'ailleurs la réforme des lois de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (loi n°2004-810) et de politique de Santé Publique (loi n°2004-806) a réaffirmé l'importance de leur rôle dans le système de soin français et dans la prévention. Ceci a été reconfirmé par la loi HPST, loi n°2009-879 du 21/07/2009, qui met l'accent sur le rôle des MG en matière de coordination du parcours de santé, sur l'importance de leur implication dans le champ de la prévention (Annexe 1). Les demandes des patients sont le plus souvent d'ordre curatif et plus que dans les autres domaines, la prévention s'adresse à des patients ne présentant pas de plaintes.

Les conditions pratiques de l'exercice de la médecine générale sont sous-tendues par les contraintes du temps compté et des régimes tarifaires, aussi est-il souvent difficile d'accorder l'importance escomptée à l'activité préventive. Nous allons nous demander comment se déroule cette partie du rôle des MG. Les médecins s'intéressent-ils à la prévention ? S'intéressent-ils à toutes les préventions ? S'impliquent-ils ? Sont-ils satisfaits de la prévention qu'ils exercent ? Quels sont les obstacles, les limites à franchir, les pistes à explorer pour améliorer la prévention dans notre système de soins ? Les MG sont-ils prêts à déléguer une partie de leurs attributions ? Finalement qu'en pensent les principaux intéressés ?

Les patients âgés représentent une part importante et croissante de la population française selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) et par conséquent de la patientèle des MG. Les différents plans de santé publique élaborés ces dernières années, en sont la preuve. Les plans « solidarité grand âge », « Bien vieillir », « Plan Alzheimer » tentent d'apporter une contribution dans les différents domaines du vieillissement.

L'augmentation de l'espérance de vie observée par les instituts statistiques s'accompagne d'une augmentation de l'incidence et de la prévalence de certaines pathologies de la personne âgée :

- les chutes
- les pathologies cardio-vasculaires
- l'ostéoporose
- les démences et troubles dépressifs
- la dénutrition

La prévention de ces pathologies constitue donc logiquement une part importante de l'activité des MG. Cette enquête va nous permettre de voir si la prévention de ces différentes pathologies suscite le même engouement, le même intérêt chez les MG.

Ce travail va comprendre un rappel de définitions concernant la prévention puis la description d'une enquête réalisée auprès de MG lorrains. Les résultats de cette enquête seront ensuite discutés dans une ultime partie.

II. LA PRÉVENTION : SES DÉFINITIONS.

○ ○

○

Il convient d'effectuer quelques rappels concernant différents thèmes de la prévention. Nous nous limiterons bien sûr à la prévention médicale. Devant la diversité des sources, les définitions de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) permettent de trouver un certain consensus. Ces définitions ont d'ailleurs été reconnues par le Code de Santé Publique dans l'article L 1417-1.

On ne peut aborder la prévention, sans définir la Santé. La définition de la SANTÉ est inscrite dans le préambule de la Constitution de l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social (3).

La PRÉVENTION MÉDICALE englobe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement d'une maladie ou la survenue d'un accident.

La PRÉVENTION PRIMAIRE a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes (facteurs de risques, vaccination...)

La PRÉVENTION SECONDAIRE vise à détecter la maladie ou lésion qui la précède, à un stade où l'on peut intervenir utilement.

La PRÉVENTION TERTIAIRE a pour objectif de diminuer les récidives, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale. Elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une pathologie.

Une notion plus récente est apparue. La PRÉVENTION QUATERNAIRE, apparentée aux soins palliatifs et à l'accompagnement.

Une autre classification a été envisagée :

La PRÉVENTION INDIVIDUELLE s'adresse à un individu en particulier.

La PRÉVENTION COLLECTIVE s'adresse parallèlement à un groupe ciblé ou à l'ensemble de la population.

La PROMOTION DE LA SANTÉ est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Charte d'OTTAWA.

Dans ce travail nous nous intéresserons à l'ensemble de ces notions afin de comprendre comment elles sont perçues et mises en œuvre par les MG.

III. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LA PRÉVENTION.

○ ○

○

Dans ce chapitre nous allons, premièrement visiter de manière simplifiée, l'histoire de la prévention, l'émergence du concept, son évolution jusqu'à nos jours, dans l'univers médical. Dans un deuxième temps nous allons entrevoir l'importance des MG dans la prévention et également l'importance de la prévention dans leur activité. Nous reviendrons également sur les difficultés rencontrées par les praticiens qui souhaitent être acteur de la prévention. Le système de santé français ainsi que son enseignement étant issus du *modèle biomédical*, il existe une dualité entre les notions de médecine curative et préventive. Ce clivage complique l'exercice de la médecine qui doit normalement trouver un équilibre entre ces deux dimensions. Enfin nous évoquerons l'organisation du système de Prévention en France, ainsi qu'à l'étranger, au travers de quelques exemples.

A. EVOLUTION DE CONCEPT DE PREVENTION

La notion de prévention n'est pas récente. Nous savons que dès l'Antiquité, les savants ont posé les bases de l'hygiène et des prémices de la prévention. En Egypte pharaonique les soins du corps et la propreté étaient fondamentaux. Les premières inventions en matière d'assainissement datent de la Grèce Antique, avec la mise en place d'égouts et de latrines. Les Romains y contribuèrent en bâtissant des aqueducs et des thermes. Les marais furent également asséchés dans le but d'éviter la propagation de certaines maladies vectorielles et les cimetières furent enfin délocalisés en dehors des

villes. Bien que les agents causals des maladies ne soient alors pas identifiés, les savants de l'Antiquité ont axé leurs efforts sur la prévention, en multipliant les observations. Ces observations leur permirent de modifier leurs habitudes alimentaires, lieux d'habitation... Ces démarches empiriques ont posé les bases de la prévention. Avec les périodes d'épidémies, la quarantaine fut instaurée pour endiguer certaines maladies, avec les succès et les échecs que nous connaissons. Le Moyen-Âge fût une période néfaste au niveau de l'hygiène et de la prévention. Les croyances religieuses parasitèrent la médecine pendant des siècles. La maladie étant vécue comme une punition divine, les traitements étaient essentiellement axés sur les prières et les moindres avancées scientifiques étaient vécues comme de l'hérésie. Il fallut attendre le 19^e siècle pour observer des avancées phénoménales dans le domaine de la médecine en générale et plus particulièrement en matière de prévention. Les travaux de Semmelweis, dès 1847 et de Pasteur allaient révolutionner la Prévention. Le premier posant les bases de l'asepsie et de l'hygiène médicale, tandis que Louis Pasteur découvrait l'univers du microbiologique. La vaccination était née.

Le 20^e siècle fut plus nuancé. En effet, selon un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les politiques de santé ont cessé de s'orienter vers la prévention dès 1945, en même temps que les progrès de la médecine ont permis une forte augmentation de l'espérance de vie.

Un virage important fut amorcé au début des années 70 qui furent marquées par les premières difficultés de régulation financière du système de soins ainsi que par l'apparition du SIDA. Ceci contribuant à ébranler ce système de soins quasi exclusivement curatif. Ces interrogations ont conduit à la création d'agences de sécurité sanitaire, tel que l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)...

B) LA PLACE PRIVILÉGIÉE DU MG DANS L'ACTIVITÉ PRÉVENTIVE.

Les MG ne sont bien sûr, pas les seuls intervenants en matière de prévention, mais ils possèdent, outre le pouvoir de prescrire des examens complémentaires et des thérapeutiques, plusieurs atouts, expliquant l'importance de leur place dans la prévention :

- une connaissance inégalable de leurs patients.

■les MG sont facilement accessibles financièrement. La Couverture Mutuelle Universelle (CMU) permet aux personnes les plus démunies d'accéder aux soins.

■une accessibilité géographique (malgré une disparité évidente).

■une capacité à se déplacer au domicile des patients, qui permet aux personnes dépendantes et isolées de bénéficier d'un suivi médical.

■une connaissance des patients dans leur environnement.(L'influence de l'environnement sur la santé n'étant plus à démontrer).

■un suivi dans la durée de leurs patients.

■une capacité à aborder de nombreux sujets. Les MG étant des omnipraticiens, leurs domaines de compétences sont variés.

■une capacité de toucher une grande partie de la population. Selon l'enquête décennale de l'INSEE (2), en 2002, 81,5% des hommes et 87,1% des femmes ont consulté un médecin dans l'année.

■la capacité de toucher toutes les générations. Les MG ont dans leur patientèle un large éventail de patients, à tout âge de la vie : des nourrissons aux personnes âgées voire « grands âgés ».

■une crédibilité auprès des patients.

Selon plusieurs sondages les MG représentent pour la majorité des Français une source crédible d'information. Selon une enquête (4) de mars 2008, menée par l'institut BVA, à la demande de l'Académie Nationale de Médecine, 91% des Français sont très satisfait (31%) ou plutôt satisfait (60%) par leur médecin traitant. Une autre enquête intitulée « Conditions de vie et aspirations de Français » menée par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'étude et l'Observation des Conditions de vie) permet d'appuyer cette affirmation. En effet à la question « Quand vous avez besoin d'informations sur une question de santé, quels sont les deux interlocuteurs privilégiés », 94% des personnes interrogées déclarent le médecin dans leurs deux premiers choix, dont 78% en première réponse.

C) IMPORTANCE DE L'ACTIVITÉ DE PRÉVENTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE.

Nous avons vu que les MG sont des acteurs incontournables de la Prévention. La prévention est également incontournable dans leur activité. La prévention occupe une part importante de l'activité des MG. On ne peut que constater la diversité des actions de prévention et des champs d'application. Cette importance va également se répercuter sur la

somme de travail accomplie dans ce domaine précis. Plusieurs études montrent que cette somme de travail s'est accrue les dernières années : l'ORS PACA (Observatoire Régional de Santé) et l'unité INSERM 379 (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) ont mené une étude en 2002 (5) dans laquelle, deux tiers des MG interrogés déclaraient une augmentation de la part de leur activité consacré à la prévention. 55.5% déclaraient qu'ils devraient même s'impliquer d'avantage. D'ailleurs l'implication des MG et leur volonté à participer aux actions de prévention ont été objectivées à de nombreuses reprises. Toujours en région PACA une autre étude montre que 83% des médecins généralistes interrogés déclarent que la prévention fait partie de leur rôle (6). La prévention englobe les activités de vaccination, de repérage précoce (comportement à risque : sexualité, alcool, tabac, drogues, sédentarité...), de conseils minimaux, de dépistage opportuniste, de dépistage organisé, de dépistage individuel référencé. Certaines de ces activités sont simplement d'ordre informatif, de conseil, d'autres s'appuient sur la réalisation d'actes diagnostiques, cliniques, biologiques et radiologiques. Aussi est il très difficile de séparer les activités curatives et préventives. La limite est souvent floue et mince. Certaines décisions ou actions médicales curatives pourront avoir ultérieurement des vertus préventives et inversement. Certaines thérapeutiques ou conseils hygiéno-diététiques peuvent être simultanément curative et prévenir l'apparition de pathologies. Plusieurs études ont essayé de quantifier la part que représente la prévention dans l'activité des généralistes mais leurs résultats restent très variable (7) et difficile à interpréter. Dans une étude menée en région Rhône-Alpes en 2001 par l'ADIM (Association pour le Développement de l'Information Médicale) la fraction du temps passée en moyenne à la prévention par les MG était estimée à 21.9% (8). Une autre étude menée conjointement par Thalès et Cemka (9) a évalué entre 17 et 25% le temps consacré par les généralistes à des actions de prévention. Cette étude réalisée pour le compte de la Sécurité Sociale montre également que 63% des consultations de l'étude comprenait au moins un diagnostic de prévention. D'autres études apportent des valeurs encore plus élevées avec une prévention qui dépasse 30% du temps de l'activité des généralistes (10). En 1998 la SFMG (Société Française de Médecine Générale) a réalisé une enquête qui a permis de montrer que l'HTA, les dyslipidémies, les vaccinations et l'examen systématique correspondait à 32,35% de l'activité des MG (11).

D) LES DIFFICULTES

La médecine générale en France renvoie dans ses représentations actuelles une image des médecins plutôt solitaires, axés vers les soins curatifs et rémunérés à l'acte.

Nous avons vu que ces deux branches de la médecine n'ont pas évolué de manière similaire au fil des siècles et qu'elles sont diamétralement opposées dans plusieurs domaines.

1) Difficultés inhérentes au concept de Prévention :

D'une part l'acte préventif répond à un problème potentiel dont la survenue est incertaine contrairement à l'acte curatif qui répond à un problème réel et actuel. D'autre part les bénéfices de l'action curative sont généralement visibles à court terme alors que ceux des actions préventives sont imperceptibles et aléatoires. Dans le cadre des actions préventives il faut apprécier la survenue d'un « non évènement ». D'autre part se pose le problème de l'Ethique en matière de prévention. Comment faire adopter à un individu des valeurs et des normes pour son propre bénéfice mais parfois à l'encontre de ses aspirations, de ses convictions ? Jusqu'où peut-on influencer un individu pour son propre bien ?

2) Difficultés inhérentes au système de soin français :

Le système de santé français est lui-même marqué par une séparation, un cloisonnement. Les soins curatifs sont financés par l'Assurance Maladie. Le financement des actes de prévention est, hormis quelques rares exceptions, restreint au FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Education et d'Information pour la Santé). Les MG sont de plus rémunérés selon un forfait à l'acte qui ne parait actuellement pas adapté aux actions de prévention collégiale.

Enfin, la formation des MG est principalement fondée sur le modèle curatif individuel. Ils ne paraissent pas correctement préparés à mener des actions préventives, qui plus est, en partenariat. Or comme le souligne Marcel GOLDBERG « une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes de nature préventives » (12). Le manque de programmes de prévention planifiés, contrôlés, aux

objectifs explicites, parait être un des handicaps majeurs du système de soins Français (13). L'enseignement actuel de la médecine a encore des difficultés à intégrer les sciences humaines et sociales au sein d'un modèle d'apprentissage principalement scientifique et biomédical.

E) LE SYSTEME DE PREVENTION EN FRANCE ET A L'ETRANGER

1) L'organisation actuelle en France

Au niveau national :

Le système français de prévention est marqué par une forte dispersion. En effet l'élaboration des politiques et programmes de prévention n'est pas confiée au seul ministère de la Santé. D'autres ministères y participent activement tels que les Ministères de l'Education Nationale, du Travail, de l'Ecologie et du Développement Durable et de l'Agriculture. Plusieurs directions ministérielles sont également en charge de la prévention :

✚ La DGS ou Direction Générale de la Santé, composée elle-même de plusieurs sous-directions :

-sous-direction de la Promotion de la Santé et de la Prévention des maladies chroniques.

-sous-direction de la prévention des risques infectieux.

-sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation.

✚ La DHOS ou Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

✚ La DGAS ou Direction Générale de l'Action Sociale, à qui la problématique de santé des populations a été confiée. Trois populations particulièrement fragiles sont ciblées :

- les enfants en bas âge.

- les personnes âgées.

- les personnes en situation précaires.

La Direction de la Sécurité Sociale

A ces directions et sous-directions ministérielles, s'ajoute les compétences de plusieurs établissements publics administratifs. Ainsi l'INPES a été créée et s'est vu confier plusieurs missions de Santé Publique :



- ✓ La mise en œuvre des programmes de Santé Publique.
- ✓ Exercer une fonction d'expertise et de conseil.
- ✓ Assurer le développement de l'Education pour la Santé.
- ✓ Gérer les situations sanitaires urgentes.
- ✓ Participer à des études, des recherches.
- ✓ La conception de campagnes d'information nationale.
- ✓ La production de support d'information.
- ✓ L'accréditation des organismes de prévention et de promotion de la santé.

D'autres établissements ont été créés suite à l'adoption de textes de lois. On peut citer sans être exhaustif, l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire), l'AFSSAPS (Agence Française Sanitaire des Produits de Santé), l'ABM (Agence de BioMédecine)...

Il est également important de rappeler le rôle des caisses nationales d'assurance maladie. Plusieurs fonds nationaux de financement gérés par les caisses nationales tels que le FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire) et le FAQSV (Fond pour l'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville), ont été créés afin de promouvoir la prévention et l'éducation de la santé en France.

Au niveau local :

Il existe au niveau local cette même dispersion avec une multitude d'intervenants. On retrouve à un échelon en général régional :

-  Les services déconcentrés des ministères concernés.
-  Les collectivités locales.

✚ Les associations à vocations généralistes (Observatoire régionaux de Santé, comités régionaux et départementaux d'Education de la Santé...).

✚ Les associations à vocation spécialisée (lutte contre l'alcool, les drogues, les MST...).

✚ Les structures de dépistages organisés de certains cancers.

✚ Les centres d'examens de santé gérés par les caisses d'Assurance Maladie.

La Loi de Santé Publique du 9 Août 2004 a permis la création des Conférences Régionales de Santé, pour remédier à ces dispersions. En effet tous les cinq ans les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) sont arrêtés par le préfet de région, suite aux recommandations des Conférences Régionales de Santé. La mise en œuvre de ces PRSP a été confiée aux Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP).

2) Les priorités en matière de prévention

En matière de prévention la réorientation des politiques de santé passe par plusieurs axes prioritaires. En premier lieu il s'agit de développer la recherche et l'évaluation dans le domaine de la prévention et de s'appuyer sur de bonnes connaissances épidémiologiques. La France concède un certain retard par rapport à d'autres pays (R-U, Canada, Pays scandinaves...).

Il convient dans un deuxième temps, de poursuivre l'action sur les comportements individuels. Il s'agit essentiellement d'agir sur plusieurs axes principaux : la prévention des infections sexuellement transmissibles, des maladies chroniques, des pratiques addictives, des accidents de la vie courante, de la promotion de l'équilibre de vie et de la prévention des risques environnementaux.

Il persiste également une priorité absolue, qui est la réduction des inégalités de santé. De très nombreuses données tendent à établir l'existence d'un gradient social important malgré les progrès importants en matière de prévention. D'une manière générale l'amélioration de la prévention en France, doit se fonder sur une démarche multifactorielle : l'approche par les risques et les pathologies, l'approche par les milieux de vie, l'approche par populations et par les territoires.

3) Quelques spécificités étrangères

D'autres états ont exploré diverses pistes pour améliorer l'efficacité des actions préventives. Au **Royaume-Uni**, à l'aube des années 90, les target payment ont été instaurés avec un effet positif sur le taux de vaccination et de dépistage chez les MG britanniques (14), grâce à un paiement à la performance. Plus récemment les médecins généralistes du Royaume-Uni, se sont liés au National Health Service (NHS). Parmi les innovations proposées, nous retrouvons la mise en place de Quality and Outcomes Framework (QOF). Il s'agit toujours de mode de rémunération, qui s'ajoute aux rémunérations traditionnelles, en fonction de l'atteinte de certains objectifs. Les études montrant l'efficacité de ce mode de rémunération sont nombreuses (15) (16). Au **Danemark**, les médecins généralistes, libéraux dans la plupart des cas et financés par les comtés, peuvent facturer des « consultations générales de promotion de la santé » à raison d'une par an et par patient. Elles sont cependant rémunérées au même tarif que les autres consultations alors qu'elles durent sensiblement plus longtemps (environ 45 minutes par rapport à 10 minutes et 15 minutes avec l'infirmière) ; cette pratique reste donc assez limitée. En **Allemagne**, le Gouvernement a envisagé de sensibiliser davantage les médecins à l'importance de la prévention en inscrivant dans la formation des futurs médecins des cours obligatoires sur la prévention. En outre, une nouvelle dénomination professionnelle devrait être créée pour mettre en évidence l'aspect de médecine préventive. En **Norvège**, les généralistes sont rémunérés depuis 2001 à la capitation et peuvent obtenir une prime additionnelle pour des actions de prévention consommatrices de temps telles que le soutien à la cessation du tabagisme. La prévention ne repose cependant pas essentiellement sur les médecins dans la mesure où leur formation initiale est peu adaptée à cette mission. Les infirmières de santé publique sont notamment responsables de la santé scolaire et des cliniques maternelles et infantiles ; plusieurs associations interviennent dans la promotion de la santé. En **Suède**, les médecins de famille recevaient une rémunération à la capitation avec une part réservée aux actions de prévention ; ce mode de rémunération a été abandonné et, si la prévention doit être intégrée dans les consultations des professionnels de santé, il n'existe pas d'incitation financière directe. Les autorités locales peuvent éventuellement instaurer ce mode de paiement. Une part importante des actions de prévention est menée, au niveau local, par les coordonnateurs en prévention et promotion de la santé, par les conseils locaux de santé : ce sont souvent des infirmières mais aussi d'autres professionnels, spécialistes en communication. En **Italie**, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en matière de

prévention dans le cadre des agences sanitaires locales où ils sont inscrits. Les patients doivent s'affilier auprès d'un généraliste et passer par lui pour consulter un spécialiste (autre que les pédiatres, ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, dentistes). La rémunération des généralistes du secteur public, à la capitation, inclut des compensations pour les programmes de prévention, la prescription de génériques, la coopération en réseaux.

Nous savons donc que la prévention n'est pas un concept récent et qu'elle semble séduire une majorité d'omnipraticiens. Ils ont pour la plupart intégré l'importance de leur rôle dans l'activité préventive et acceptent que cette part de leur activité augmente. D'une manière générale le concept de prévention séduit les MG français mais, malheureusement, les obstacles sont nombreux. La prévention est perçue comme une voie d'avenir dans le domaine de la santé mais elle augure de nombreuses difficultés : diversités des préventions, diversités des intervenants, diversités des freins rencontrés et diversités des pistes d'amélioration possibles. De plus, de par son concept, ses effets bénéfiques sont difficilement perceptibles et mesurables. L'activité préventive diffère donc fortement de l'activité « classique » curative des MG à plus d'un titre. Ces différences vont se répercuter sur la manière dont les praticiens arrivent à intégrer la prévention dans leur pratique journalière. Les expériences étrangères tendent à nous montrer qu'il faut repenser les modes de rémunération, les moyens de recrutement des populations cibles et surtout qu'il faut protocoliser, harmoniser les activités préventives et les outils permettant de mesurer ses bénéfices. La prévention ne doit plus être le fruit de l'expérience de chaque médecin mais doit s'appuyer sur des conduites à tenir élaborées par les hautes instances régissant la santé des Français.

A un niveau plus pragmatique et plus proche géographiquement, comment s'organise la prévention dans les cabinets des médecins généralistes lorrains ? L'enquête que nous avons réalisée auprès d'un échantillon de MG lorrains a pour but d'évaluer, non pas les pratiques de ces derniers, mais l'intérêt qu'ils portent à la prévention, en particulier chez les personnes âgées.

IV. L'ENQUÊTE.

○ ○

○

A) OBJECTIF :

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer la place qu'occupe la prévention dans l'activité des médecins généralistes lorrains, tant au niveau conceptuel, qu'au niveau matériel. Nous allons donc essayer de quantifier :

- l'intérêt que les MG portent à la prévention
- le temps qu'ils estiment consacrer.
- l'efficacité qu'ils ressentent.
- les obstacles qu'ils rencontrent.
- leur avis sur différents outils d'aide à la prévention

Dans un premier temps d'une manière générale puis, plus spécifiquement chez les personnes âgées par le biais de cinq types de pathologies plus spécifiques chez ces dernières.

B) MATERIEL ET METHODE.

1) Type d'enquête.

Il s'agit d'une enquête d'opinions postale par auto-questionnaire (Annexe 2). Cette enquête est une étude descriptive transversale.

2) Population.

L'auto questionnaire à été adressé à un échantillon de 150 médecins généralistes lorrains, tirés au sort aléatoirement sur l'ensemble de la population des MG figurant sur l'annuaire des médecins en situation régulière, édité par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Les médecins à exercice particulier (homéopathie, acupuncture...) ainsi que les remplaçants ont été exclus de l'échantillon.

3) Conception du questionnaire.

Ce questionnaire s'inspire des « baromètres santé médecins –pharmaciens » conçus par l'INPES. Il ne s'agit pas d'une enquête de pratique mais d'une enquête d'opinion sur la dimension de la prévention chez les personnes âgées en médecine générale. Les questions ouvertes ont été évitées par souci de simplicité quant à l'interprétation des résultats. Le questionnaire (annexe 1) comporte 46 items et une ultime partie concernant leurs remarques. Le questionnaire s'articule autour de quatre axes principaux, qui ont été choisis pour des raisons très particulières.

a) Le profil des praticiens.

Tout d'abord bien qu'anonyme (par souci de sincérité), la première partie est axée autour du profil du MG. Il semble important de savoir si les MG de notre panel sont représentatifs de la population médicale.

- le **sexe**
- le **département** d'exercice
- l'**importance de l'activité**
- la **fréquence des formations médicales continues**
- la **localisation** urbaine ou rurale
- le mode d'exercice : **seul** ou en **association**
- l'**informatisation** ou non des dossiers
- la participation à des actes de **prévention collective**

b) Dimension de la prévention.

Dans un deuxième temps, il s'agit de voir si les MG acceptent la mission de prévention. Pensent-ils que les différents types de prévention (individuelle, collective, primaire, secondaire et tertiaire) sont leur apanage ? Sont-ils acteurs actifs ou passifs de la prévention ? Est-ce que les MG abordent spontanément la prévention ? Se servent-ils de dépliants de prévention, et en expliquent-ils le contenu ?

c) Prévention spécifique chez les personnes âgées.

La troisième partie s'articule autour de cinq thèmes de prévention spécifique chez la personne âgée. Il a été demandé aux participants de donner une note entre 0 et 5 à l'intérêt qu'ils accordent aux différents thèmes choisis. Ils ont dû également noter l'importance du temps qu'ils estiment y consacrer et l'efficacité qu'ils ressentent. La notion de personne âgée n'a pas été définie par une limite d'âge, car dans le domaine de la santé, l'âge physiologique prévaut sur l'âge civil. Les cinq domaines de prévention ont été choisis en se référant aux recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) déjà éditées (confère annexes). Ce choix a été conforté, en comparant ces thèmes avec ceux sélectionnés dans le questionnaire élaboré par le Dr Menard, dans le cadre de la consultation spécifique de prévention pour les personnes de 70 ans. D'autre part ces différents thèmes ont également été sélectionnés par BOURDILLON et al. dans le Traité de Santé Publique (17). Un système de notation s'échelonnant entre 0 et 5 a été choisi, afin de quantifier le plus correctement les différentes données. Ces cinq domaines ont également été sélectionnés, de par leur incidence et leur prévalence élevée chez les personnes âgées, qui représente donc des problèmes de Santé Publique.

1) En France le nombre de **CHUTES** s'élève à 2 millions par an (18), mais ce chiffre est probablement sous estimé, car une partie de ces chutes sont bénignes. Néanmoins elles seraient responsables de 12000 décès par an (19). Les chutes sont fortement liées à l'âge puisque 90% des chutes concernent des personnes de plus de 65 ans.

2) Les **PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES** sont d'après le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) à l'origine de 40% des décès et à

l'origine de près de 20 % des hospitalisations. Les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine de 17 millions de morts dans le monde, chaque année (20). Elles restent en France la première cause de mortalité féminine, avec 31,7% des décès et la deuxième cause de mortalité masculine avec 24,9% des décès (21).

3) L'accroissement de l'espérance de vie fait également émerger l'OSTEOPOROSE comme un problème majeur de santé publique. A 80 ans, 70 % des femmes sont ostéoporotiques et 60 % d'entre elles auront une ou plusieurs fractures (22). A l'heure actuelle, il est plus aisé de chiffrer les conséquences de l'ostéoporose, à savoir les fractures, que d'avoir une idée précise de l'incidence de cette pathologie. L'étude EPOS (European Prospective Osteoporosis Study) a permis d'établir que l'incidence des fractures vertébrales ostéoporotiques était de 10,7 pour 1000 chez les femmes en Europe (23). En France, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur est estimée à 16,8 pour 1000.

4) Les estimations obtenues à partir de l'étude PAQUID (24) pour les personnes de plus de 75 ans, fait état d'une prévalence de la DEMENCE, autour de 8,7% chez les plus de 65 ans et de 17,8% chez les plus de 75 ans. On comptait en France 860000 personnes démentes en 2006.

5) L'étude Euronut SENECA (25), datant de 1988 a étudié la DENUTRITION Protéino-énergétique chez les personnes âgées vivant à domicile. Cette étude européenne a permis, en se basant sur l'utilisation de marqueurs biologiques, d'estimer la prévalence de la dénutrition à moins de 4%. Les études (26), (27) alliant les marqueurs biologiques aux marqueurs anthropométriques, retrouvent des chiffres plus élevés entre 17 et 30%.

Ces différentes pathologies, outre leur forte incidence, sont toutes à l'origine de dépendance et de perte d'autonomie.

d) Idées pour améliorer la prévention.

La quatrième partie a pour but d'étudier l'intérêt et la faisabilité de certaines propositions pour améliorer la prévention. Nous avons donc demandé aux MG de noter (de 0 à 5) six propositions visant à améliorer la prévention, selon l'intérêt qu'elles suscitent et selon leur faisabilité :

- mise en place d'une **consultation de prévention** chez les personnes âgées.
- développement de **campagnes d'information nationale** par le biais des médias.
- développement de **réseaux de soins locaux**.
- **délégation** de certains actes de prévention aux **personnels paramédicaux**.
- utilisation de **dépliants et d'affiches** dans les salles d'attente.
- développement de **logiciels informatiques de prévention** type EsPeR.

4. Déroulement de l'enquête.

Un tirage aléatoire a été réalisé parmi les médecins généralistes libéraux de Lorraine. Ainsi 150 médecins ont été sélectionnés et un questionnaire (annexe 1) accompagné d'un courrier explicatif (annexe 3) leur ont été envoyés par voie postale. Pour accroître le taux de réponse, une enveloppe timbrée de retour a été jointe lors de l'envoi. Les questionnaires ont été postés la première semaine du mois de Septembre 2008. Après six semaines, 77 questionnaires entièrement remplis et interprétables, ont été collectés et donc analysés. Nous obtenons donc un taux de participation de **51,3%**.

5. Analyse statistique.

Les statistiques descriptives des variables ont été faites en pourcentage pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne pour les variables quantitatives.

C) LES RESULTATS :

Nous allons aborder maintenant les résultats de cette enquête.

1) analyse des profils :

■selon le sexe

Parmi les 77 MG qui ont participé à cette enquête 26 sont des femmes et 51 sont des hommes, ce qui représente respectivement 33,8% et 66,2% de la population totale de l'effectif. Nous obtenons donc un sex ratio homme/femme de 1,96.

■selon le département d'exercice

Parmi les participants de cette enquête nous retrouvons 19 MG exerçant en Meurthe-et-Moselle (24,7%), 10 MG exerçant en Meuse (13%), 32 MG exerçant en Moselle (41,5%) et 16 praticiens vosgiens (20,8%).

■selon le mode d'exercice

32 praticiens exercent seul, soit 41,6% et 45 exercent en association dans un cabinet, soit 58,4%.

■selon l'activité quotidienne

Sur 77 MG seulement 6 déclarent effectuer moins de 20 actes par jour, soit 7,8%. 41 MG déclarent effectuer entre 20 et 30 actes quotidiens, soit 53,2%. Ils sont 19 à effectuer entre 30 et 40 actes par jour, soit 24,7% et 11 à voir plus de 40 patients par jour, soit 14,3%.

■selon la fréquence des participations aux FMC

Concernant la participation annuelle aux Formations Médicales Continues (FMC), 22 praticiens n'y participent que moins de 5 fois par an, soit 28,6%. 34 déclarent assister, entre 5 et 10 fois par an, à des FMC, soit 44,1%. Ils sont 13 à y assister entre 10 et 15 fois par an, soit 16,8% et plus que 8 à participer à plus de 15 FMC par an, soit 10,4%.

■selon l'informatisation ou non des dossiers

53 MG se servent de dossiers informatisés. Avec 68,8% de la population ils représentent une grande majorité, face aux 24 MG qui utilisent encore des dossiers cartonnés et qui ne représentent plus que 31,2% de l'échantillon.

■selon la localisation du cabinet

50 MG exercent dans une zone urbaine, soit 64,9% et 27 exercent dans une zone rurale soit 35,1%.

■selon la participation à des actions de prévention collective

20 praticiens participent régulièrement à des actes de prévention collective, ce qui représente 26 % de la population de l'échantillon. Ils sont 57 à ne pas participer aux actions de prévention collective, soit 74%.

Tableau n°2 : récapitulatif des données concernant le profil des participants.

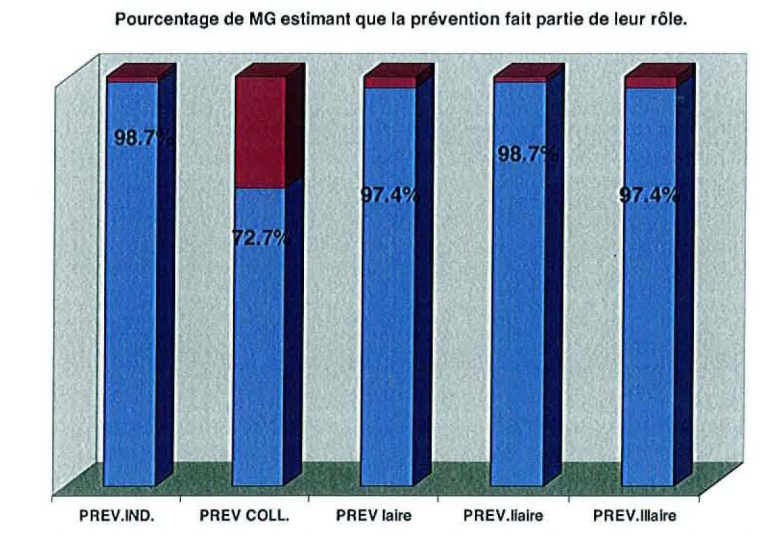
	EFFECTIF	POURCENTAGE
Population Masculine	51	66.2%
Population Féminine	26	33.8%
MG du 54	19	24.7%
MG du 55	10	13%
MG du 57	32	41.5%
MG du 88	16	20.8%
- 20 Actes par jour	6	7.8%
Entre 20 et 30 actes par jour	41	53.2%
Entre 30 et 40 actes par jour	19	24.7%
+ de 40 Actes par jour	11	14.3%
- 5 FMC par an	22	28.6%
Entre 5 et 10 FMC par an	36	44.2%
Entre 10 et 15 FMC par an	11	16.8%
+ 15 FMC par an	8	10.4%
MG urbains	50	64.9%
MG ruraux	27	35.1%
MG Informatisés	53	68.8%
MG Non Informatisés	24	31.2%
MG participant à prévention. Coll.	20	26%
MG ne participant pas à prév.coll.	77	74%
MG seuls	32	41.6%
MG associés	45	58.4%

2) dimension de la prévention :

a. Le rôle du MG

En ce qui concerne la prévention individuelle 76 praticiens sur 77 pensent que leur rôle est prépondérant, soit **98.7%**. Un seul praticien estime que la prévention individuelle n'est pas du ressort du MG, soit **1.3%**. Dans le domaine de la prévention collective, nous n'observons pas cette quasi-unanimité, puisque 56 praticiens, soit **72.7%**, pensent qu'ils ont un rôle crucial dans cette part de la prévention. 21 MG estiment qu'ils n'ont pas un rôle primordial dans ce domaine, soit **27.3%**. Nous retrouvons une importante implication des MG dans les domaines de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ils sont en effet, 75 sur 77, soit **97.4%**, à estimer avoir un rôle essentiel en matière de prévention primaire et tertiaire et 76 sur 77, soit **98.7%**, en ce qui concerne la prévention secondaire.

Schéma n°1 : pourcentage de MG estimant que la prévention fait partie de leur rôle, selon le type de prévention.



b. Circonstances d'abord de la prévention :

Quant aux circonstances favorables pour aborder les sujets de prévention on retrouve de manière décroissante :

■ les consultations pour renouvellement sont citées par 70 médecins sur 77, soit 90.9%.

■ les consultations pour délivrance de certificats sportifs et d'aptitude sont citées 50 fois, soit 64.9%.

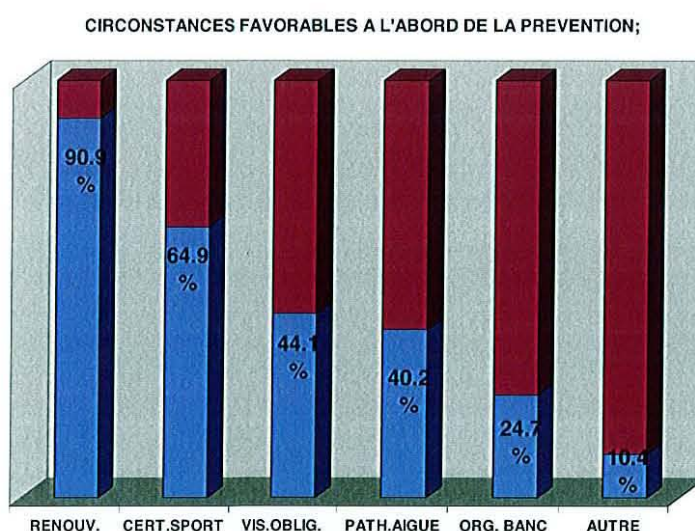
■ les consultations dans le cadre de visites obligatoires sont citées 34 fois, soit 44.1%.

■ les consultations pour pathologies aiguës sont citées 31 fois, soit 40.2%.

■ les consultations pour examens de santé, demandés par les organismes bancaires et/ou assureurs sont citées par 19 participants, soit 24.7%.

■ la rubrique « autre » a été cochée par 8 MG. Dans la zone de texte libre on peut trouver des commentaires tels que « *il devrait exister une consultation spécifique de prévention* » ou encore « *toutes les consultations peuvent servir* ». L'un des participant écrit « *une fois par an, quelque soit le motif de consultation* », un autre nous dit « *tout contact avec le médecin est une occasion* ». Un des praticiens a cité la cure thermale.

Schéma n° 2 : circonstances favorables pour l'abord de sujets de prévention.



c. Manière d'aborder la prévention

Les MG qui ont participé à cette enquête sont 72 sur 77 à aborder spontanément les sujets de prévention avec leurs patients, soit 93.5%. Ils sont 5 à ne pas le faire, soit 6.5%. Mais lorsque nous leur demandons s'ils attendent que les patients les interrogent, ils sont 6, soit 7.8% à cocher cette case. Il y a donc une discordance dans les réponses avec un praticien qui d'une part, aborde spontanément la prévention et qui d'autre part attend que ses patients le questionnent. (?)

d. Utilisation de dépliants de prévention

58 MG déclarent distribuer des dépliants ayant pour thèmes des sujets de prévention. Ils représentent donc 75.3% des participants. Ceux n'en distribuant pas sont 19 et ne représentent que 24.7%. Sur les 58 praticiens qui distribuent des dépliants 45 en expliquent le contenu et 13 ne le font pas. Ils représentent alors respectivement 77.6% et 22.4% de la population de l'échantillon.

e. Thème(s) considéré(s) comme gênant par les MG :

4 MG déclarent être gêné d'aborder un ou plusieurs sujets de prévention, soit 5.2%. Ils sont 73, soit 94.8% à ne pas l'être. La sexualité a été citée deux fois de même que le mésusage de l'alcool. L'usage de stupéfiants ainsi que la démence n'ont été cités qu'une seule fois.

3) place, temps consacré, efficacité ressentie :

a) Tout domaine de prévention confondu.

Maintenant nous allons nous atteler à étudier l'importance, l'intérêt que portent les généralistes à la prévention de certaines pathologies. Nous verrons également le temps qu'ils estiment consacrer à la prévention de ces pathologies et quels résultats ils pensent obtenir. Nous avons utilisé une échelle graduée de 0 à 5 pour quantifier leurs réponses. 0 étant la note minimale et 5 bien évidemment la note maximale.

Sans tenir compte des différentes pathologies, nous obtenons :

- une note globale de **3.56 sur 5**, pour l'intérêt accordé par les MG à la prévention.
- une note de **2.78 sur 5** pour l'importance du temps consacré à la prévention.
- une note de **2.59 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

b) Selon chaque domaine de prévention.

Nous allons ensuite analyser les différents résultats selon le type de pathologie. Nous allons voir s'il existe une différence au niveau de l'intérêt accordé, de l'importance du temps consacré ou encore au niveau du sentiment d'efficacité, que peuvent ressentir les MG.

1. Prévention des chutes :

Nous obtenons, dans le domaine de la prévention des chutes :

- une note de **3.73 sur 5**, pour l'intérêt accordé.
- une note de **2.53 sur 5** pour le temps consacré.
- une note de **2.39 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

2. Prévention/dépistage des pathologies cardio-vasculaires:

Nous obtenons, dans le domaine de la prévention des pathologies cardio-vasculaires :

- une note de **4.13 sur 5**, pour l'intérêt accordé.
- une note de **3.52 sur 5** pour le temps consacré.
- une note de **3.17 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

3. Prévention/dépistage de l'ostéoporose :

Nous obtenons, dans ce domaine de la prévention :

- une note de **3.48 sur 5**, pour l'intérêt accordé.
- une note de **2.81 sur 5** pour le temps consacré.
- une note de **2.82 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

4. Prévention /dépistage de l'altération des fonctions supérieures et des troubles dépressifs :

Nous obtenons, dans ce domaine de la prévention :

- une note de **3.40 sur 5**, pour l'intérêt accordé.
- une note de **2.58 sur 5** pour le temps consacré.
- une note de **2.30 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

5. Prévention/dépistage de la dénutrition protéino-énergétique :

Nous obtenons, dans ce domaine de la prévention :

- une note de **3.05 sur 5**, pour l'intérêt accordé.
- une note de **2.44 sur 5** pour le temps consacré.
- une note de **2.25 sur 5** pour l'efficacité ressentie.

Nous allons visualiser dans les trois schémas suivants (Schéma 5, 6 et 7), les notes que les MG de l'échantillon ont attribué à l'intérêt qu'ils portent à la prévention, au temps qu'ils estiment consacrer ainsi qu'à l'efficacité qu'ils ressentent, selon le domaine de prévention :

Schéma n°5: récapitulatif des scores d'intérêt, de temps consacré et d'efficacité ressentie.

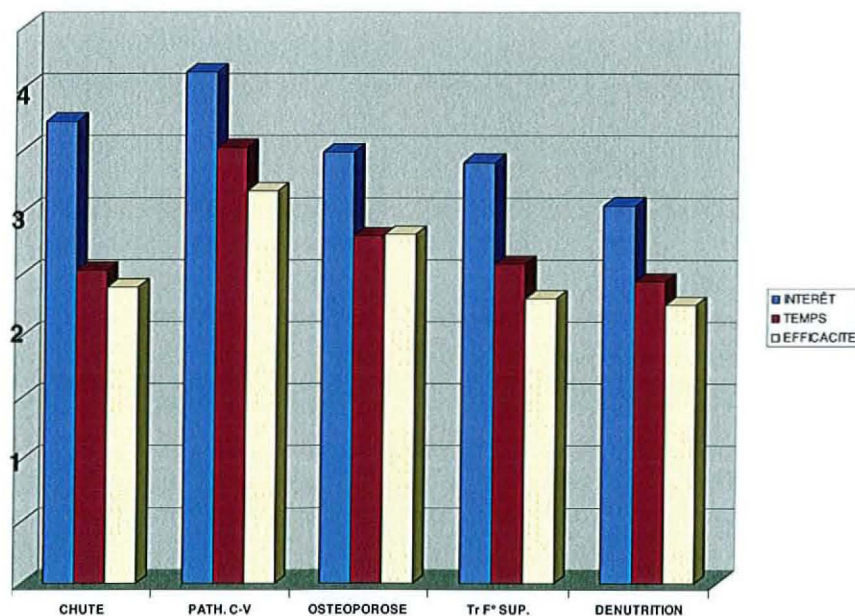


Schéma n°6: Intérêt accordé à la prévention, selon la pathologie (note sur 5).

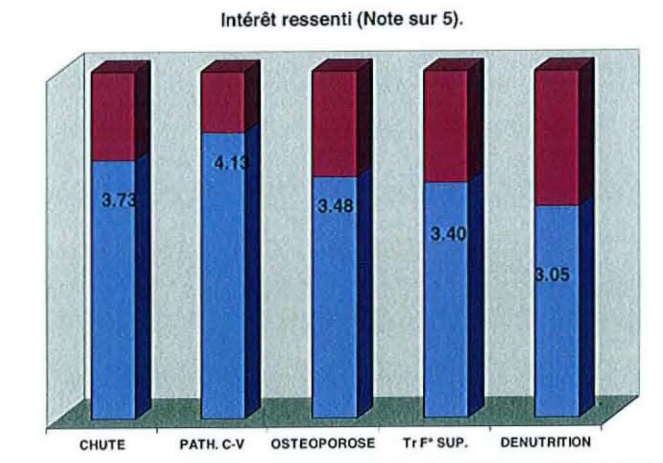


Schéma n°7: Temps consacré selon la pathologie (note sur 5).

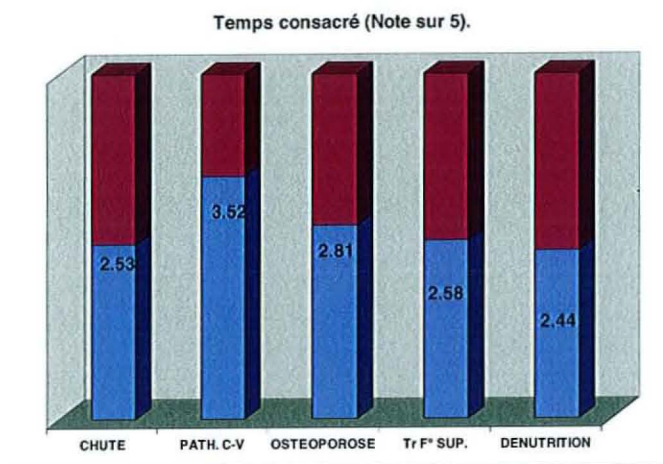
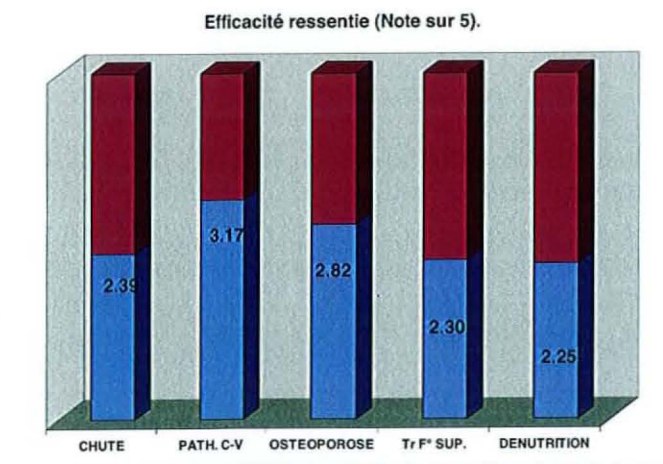


Schéma n°8 efficacité ressentie selon la pathologie (note sur 5).



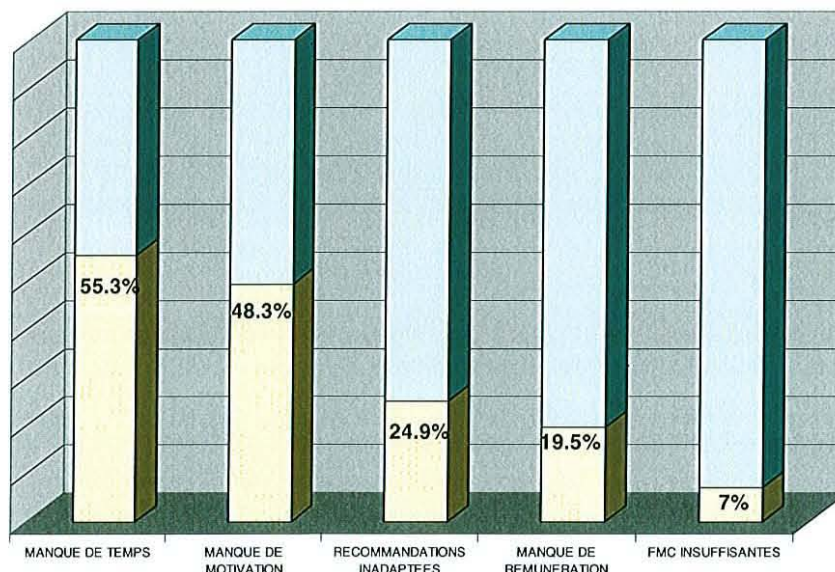
4) Les obstacles rencontrés par les MG :

Au niveau des obstacles recensés par les MG de l'échantillon nous retrouvons par ordre décroissant :

- le Manque de Temps, cité par **55,3%** des praticiens.
- le Manque de Motivation des Patients, pour **48,3%**.
- les Recommandations inadaptées pour **24,9%**.
- le Manque de Rémunération pour **19,5%**
- la Connaissance et les FMC insuffisantes pour **7%**.

On constate donc qu'un peu plus d'un médecin sur deux (55,3%) estime que le manque de temps est un obstacle à la bonne pratique de la prévention. Le manque de motivation des patients est un obstacle pour un peu moins d'un médecin sur deux (48,3%) puis viennent les recommandations inadaptées à la pratique avec presque 24,9 % de réponse. Le manque de rémunération n'est ressenti que par un MG sur cinq (19,5%). Pour finir, le manque de connaissance et de formation ne gêne que 7% des répondants.

Schéma n°4: Obstacles à la prévention selon les MG de l'échantillon



Si nous envisageons les obstacles rencontrés selon chaque domaine de prévention, nous obtenons les résultats suivants.

Dans la prévention des **chutes**, les obstacles cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de temps dans 60% des cas.
- le manque de motivation des patients dans 58.4% des cas.
- recommandations non adaptées à la pratique dans 32.4% des cas.
- le manque de rémunération dans 22% des cas.
- les FMC et connaissances insuffisantes dans 6.5% des cas.
- « autre » dans 3.9% des cas.

Dans la prévention/dépistage des **pathologies cardio-vasculaires** les obstacles cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de motivation des patients dans 58.4% des cas.
- le manque de temps dans 44% des cas.
- le manque de rémunération dans 16.8% des cas.
- recommandations non adaptées à la pratique dans 14.7% des cas
- les FMC et connaissances insuffisantes dans 1.3% des cas.
- « autre » dans 1.3% des cas.

Dans la prévention/dépistage de **l'ostéoporose** les obstacles cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de temps dans 48% des cas.
- le manque de motivation des patients dans 42.9% des cas.
- recommandations non adaptées à la pratique dans 28.6% des cas.
- manque de rémunération dans 13% des cas.
- « autre » dans 5.3% des cas.
- les FMC et connaissances insuffisantes dans 1.3% des cas.

Dans la prévention /dépistage de **l'altération des fonctions supérieures et des troubles dépressifs**, les obstacles cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de temps dans 74% des cas.
- le manque de motivation des patients dans 41.5% des cas.
- recommandations non adaptées à la pratique dans 27.3% des cas.

- manque de rémunération dans 26% des cas.
- les FMC et connaissances insuffisantes dans 11.7% des cas.
- « autre » dans 9.1% des cas.

Dans la prévention/dépistage de **la dénutrition protéino-énergétique** les obstacles cités sont, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de temps dans 50.6% des cas.
- le manque de motivation des patients dans 44.1% des cas.
- recommandations non adaptées à la pratique dans 22.1% des cas.
- manque de rémunération dans 19.5% des cas.
- les FMC et connaissances insuffisantes dans 14.3% des cas.
- « autre » dans 6.5% des cas.

Tableau n°3 : Obstacles ressentis selon les diverses pathologies (valeurs exprimées en pourcentage) :

	Chute	Pathologie C-V	Ostéoporo- rose	Démence	Dénutri- Tion.
Manque De Temps	60%	44%	48%	74%	50.6%
Manque De Motivation Des Patients	58.4%	58.4%	42.9%	41.5%	44.1%
Recommenda- tions Inadaptées	32.4%	14.7%	28.6%	27.3%	22.1%
Manque de Rémunération	22%	16.8%	13%	26%	19.5%
FMC Et Connaissances Insuffisantes	6.5%	1.3%	1.3%	11.7%	14.3%

5) solutions et outils pour améliorer la prévention :

Dans la quatrième partie de l'enquête, nous avons proposé aux MG de noter six propositions, visant à améliorer l'exercice de la prévention. Ces derniers notent, d'une part l'intérêt et d'autre part la faisabilité de ces propositions. Nous utilisons encore la même échelle graduée de 0 à 5 et obtenons les scores suivants :

◇ La mise en place d'une consultation spécifique de prévention reçoit donc la note de **3.39 sur 5**, concernant son intérêt et **2.70 sur 5**, quant à sa faisabilité.

◇ Le développement de campagnes d'information nationale par le biais des médias reçoit la note de **3.03 sur 5** pour son intérêt et **2.85 sur 5** pour sa faisabilité.

◇ Le développement de réseaux de soins locaux reçoit la note de **2.50 sur 5** pour son intérêt et **2.21 sur 5** pour sa faisabilité.

◇ La proposition de déléguer une partie des actes de prévention aux personnels paramédicaux reçoit la note de **2.60 sur 5** pour son intérêt et de **2.25 sur 5** pour sa faisabilité.

◇ Le développement d'affiches et de dépliants de prévention à disposition des patients dans les salles d'attente est noté **2.26 sur 5** pour son intérêt et **2.55 sur 5** pour sa faisabilité.

◇ Le développement de programmes informatiques de prévention est quant à lui noté **1.95 sur 5** au niveau de l'intérêt qu'il suscite et **2 sur 5** pour sa faisabilité.

Nous visualisons dans les deux schémas suivants les notes qu'ont obtenu les six propositions du questionnaire, tant au niveau de l'intérêt, qu'au niveau de la faisabilité.

Schéma n°9: Intérêt accordé aux différentes propositions (note sur 5):

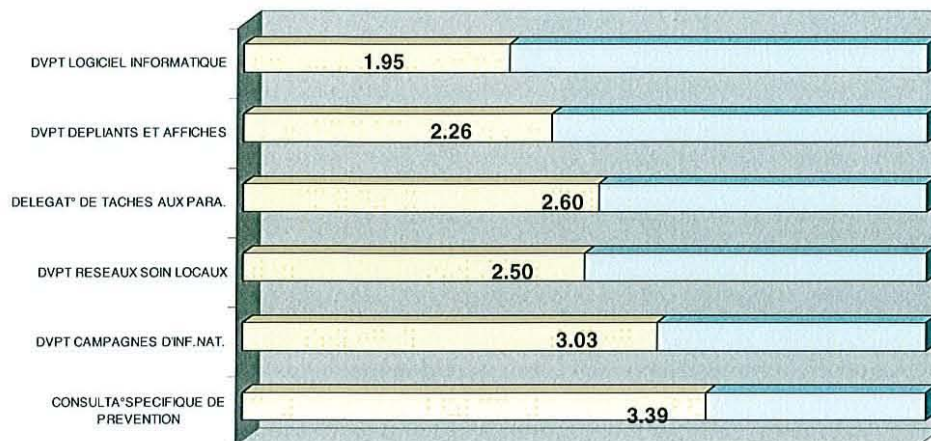
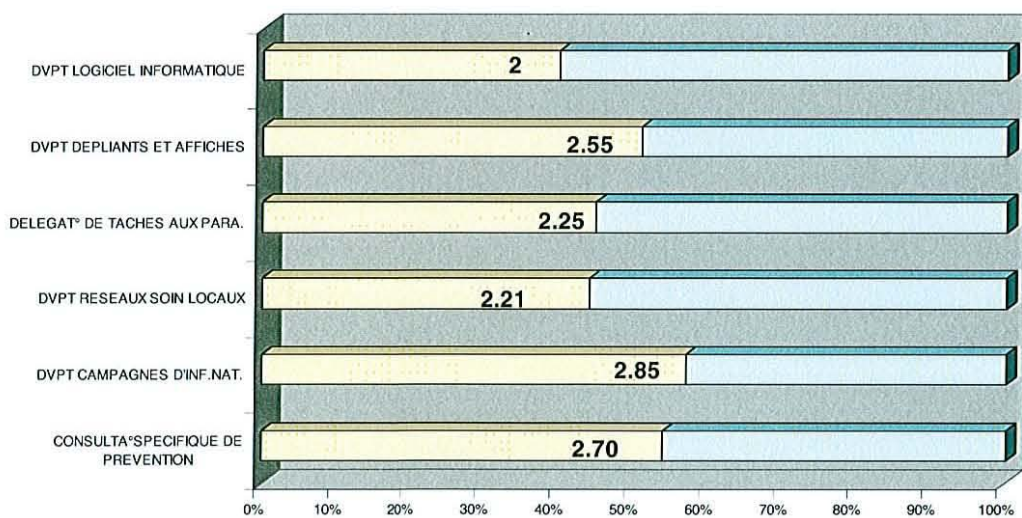


Schéma n°10: Faisabilité des différentes propositions (note sur 5).



V.DISCUSSION.

○ ○

○

A. Les résultats de notre enquête.

1. Population.

La population de notre enquête est comme au niveau national majoritairement masculine. Au niveau de la répartition par sexe les résultats de l'enquête (33,8% de femme et 66,2% d'hommes) sont proches des observations de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), qui nous indique qu'en 2003 37,2% des médecins en exercice étaient des femmes (28).

Concernant le département d'exercice et en se référant aux données de la DRASS de Lorraine (ANNEXE 5), en janvier 2007 il y avait 2284 MG libéraux en Lorraine dont 739 en Meurthe et Moselle, soit 32,4%, 168 dans le territoire Meusien, soit 7,4%, 1025 en Moselle, soit 44,8% et 352 dans les Vosges, soit 15,4%.

Nous allons pouvoir comparer dans ce tableau la répartition des MG lorrains et celle de notre panel de répondants.

Pourcentage de MG par département

	Dans la population Des MG Lorrains	Dans la population De l'enquête
Meurthe et Moselle	32.4%	24.7%
Meuse	7.4%	13%
Moselle	44.8%	41.5%
Vosges	15.4%	20.8%

On constate donc dans notre enquête que les répondants Meurthe et Mosellans et Mosellans sont moins représentés que dans la population totale des MG Lorrains et inversement pour les répondants Meusien et Vosgiens.

La majorité des MG (58,4%) de l'échantillon travaillent en association. Ils ne sont donc que 41,6% à exercer seul. Un rapport de l'IGAS de 2004 retrouve que le pourcentage d'omnipraticiens exerçant seul est de 42% (29). Le Baromètre Santé médecins/pharmaciens de 2003 retrouve des valeurs similaires avec un pourcentage de praticiens exerçant seul à 48,9% (30).

Concernant l'activité quotidienne des MG la littérature actuelle ne nous permet pas de comparer les données recueillies dans ce questionnaire. Dans le « Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003 » (30), l'activité moyenne des MG du panel est de 24 actes médicaux (consultations et visites à domicile) par jour et par praticien. Ceci semble corroborer les résultats de notre enquête : 53,2% des répondants effectuent entre 20 et 30 actes par jour.

Le niveau d'informatisation des MG de l'échantillon (68,8%) est plus faible que celui constaté au niveau national lors d'une enquête menée par la SOFRES (31) et qui est de 86% d'informatisation. Les résultats obtenus dans une thèse pour le doctorat en médecine générale en 2007 (32) retrouvaient que 81,6% des MG de l'échantillon étaient informatisés.

Les MG de l'échantillon travaillent le plus souvent en milieu urbain. Ils sont presque deux tiers à y exercer. Il n'y a pas de données nationales concernant la répartition urbaine ou rurale des MG. De plus la notion de ruralité reste vague, subjective et n'a pas été définie dans le questionnaire. Néanmoins certaines enquêtes et études permettent de nous fournir des données et de comparer le pourcentage de MG urbains de notre échantillon (64,9%). Ainsi une étude réalisée sur un panel de 106 MG de la région Rhône-Alpes en 2003 et intitulée « La Iatrogénie Médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 75 ans en Rhône-Alpes » nous indique que 85,8% des MG de l'échantillon travail dans un environnement urbain (33). Une autre Enquête menée en Ile de France par l'URML IDF (Union Régionale des Médecins Libéraux) en 2008 (34) retrouve un

pourcentage d'urbanisation plus important encore avec 88% de MG exerçant dans un milieu urbain. Dans une enquête citée précédemment (32) et adressée aux MG de cinq régions différentes, nous obtenions un pourcentage de MG urbains de 68,8%.

Un quart des participants de notre enquête participent à des actions collectives de prévention. Une enquête menée en 2008 par la DRASS de Franche-Comté (35) permet d'observer que 5% des MG de l'échantillon participaient à des actions de veille sanitaire et que 37% seraient prêts à y participer. Une autre enquête (36) en Bretagne montre que 18% des répondants ont déjà participé à des séances collectives d'éducation de patients, et que 12% souhaiteraient le faire et 53% souhaiteraient peut-être le faire. Toujours en Bretagne une étude sur les programmes régionaux de santé publique (37), nous apporte des données plus optimistes. En effet, un tiers des MG déclaraient, dans cette étude, avoir déjà participé à des projets collectifs pour améliorer l'état de santé de la population, dont ils ont la charge. 84% accepterait d'ailleurs de participer à des actions collectives qui se dérouleraient dans leur canton ou commune. Nous observons donc que le taux de participation à des actions de prévention collective de notre échantillon se situe dans la moyenne de ce que nous observons dans d'autres études.

L'item consacré à la fréquence annuelle de participation aux FMC reste difficilement interprétable. Il était demandé aux MG, le nombre de FMC à laquelle, ils participaient annuellement. Ceci comprenait donc les congrès, les séances organisées par des réseaux locaux de FMC et celles organisées par les laboratoires. Dans les cahiers de sociologie et de démographie médicales de Janvier-Mars 2009 (38), une enquête a permis d'observer que seul 45% des MG libéraux avaient recours aux congrès, mais qu'ils étaient plus nombreux à participer aux séances organisées par des associations de FMC (71%) ou par des laboratoires (42%) et visiteurs médicaux (61%).

2. Intérêt ressenti pour la prévention.

Nous avons constaté sur le schéma n°1, que les MG sont très intéressés par la prévention, et qu'ils sont persuadés que la prévention fait partie intégrante de leur rôle. Ils sont 98,7% à estimer que la prévention individuelle et la prévention secondaire font partie de leur rôle et 97,4% pour les domaines de la prévention primaire et tertiaire. La prévention collective ne bénéficie pas des mêmes résultats, puisque « seulement » 72,7%

des répondants estiment qu'elle fait partie du rôle des médecins généralistes. Ces données reflètent bien la difficulté pour les MG actuels de s'intégrer dans des actions collectives.

3. Circonstances d'abord de la prévention.

Nous constatons donc que pour une très grande proportion des MG de l'échantillon (90,9%) la consultation pour simple renouvellement est une occasion privilégiée pour aborder la prévention avec leurs patients. A contrario les consultations pour pathologies aiguës ne sont des occasions intéressantes que pour 40,2% des interrogés. Ceci reflète donc bien la difficulté d'intégrer la prévention à l'activité curative. Les consultations pour délivrance de certificats sportifs et d'aptitude sont citées par les deux tiers des MG interrogés, suivies par les consultations obligatoires, citées par 44,1% des MG de l'échantillon. L'absence de demande d'ordre curative doit contribuer à l'obtention de ces bons résultats. Les consultations pour bilan de santé, requis par les organismes bancaires et assureurs, ne séduisent qu'un quart des participants.

Nous avons également pu constater que 93,5% des MG abordaient spontanément les sujets de prévention. Ces données nous confirment l'importance qu'attachent les médecins à la prévention. Ils sont également plus des trois quarts à distribuer des dépliants de prévention. Parmi ces derniers, ils sont de nouveau plus des trois quarts à en expliquer le contenu. Lorsque nous leur avons demandé si certains thèmes les gênaient, ils n'étaient que 5,2% à répondre par l'affirmative (2 citations pour la sexualité et pour le mésusage d'alcool et une citation pour la démence et l'usage de stupéfiant).

4. La prévention chez les personnes âgées.

Avec un score de 3.56 sur 5 nous observons donc que la prévention chez les personnes âgées est un sujet qui préoccupe beaucoup les MG. Le temps consacré et l'efficacité ressentie par les MG de l'échantillon n'obtiennent malheureusement pas des scores aussi élevés puisque nous obtenons respectivement 2.78 sur 5 et 2.59 sur 5. Ce ne sont certes pas des valeurs objectives et comparables mais nous pouvons en déduire que les MG n'arrivent pas à consacrer autant de temps qu'ils le désirent pour réaliser des activités préventives. Ce phénomène se répercute également sur l'efficacité ressentie.

Si nous tentons de disséquer ces résultats, selon les différents thèmes de prévention proposés dans le questionnaire, nous allons voir que toutes ces pathologies n'inspirent pas

le même intérêt. Le temps que les MG déclarent consacrer à ces différents thèmes de prévention, est lui aussi variable. L'efficacité ressentie est également très variable d'un thème à l'autre. Nous constatons alors que la prévention des pathologies cardio-vasculaires intéresse plus les MG que la prévention des chutes, qui est elle-même jugée plus intéressante que (par ordre décroissant) la prévention de l'ostéoporose, des troubles des fonctions supérieures et la prévention de la dénutrition protéino-énergétique.

Si nous considérons le temps consacré par les MG aux différents types de prévention nous observons que la prévention des pathologies cardio-vasculaires occupe la première place, juste devant la prévention de l'ostéoporose, de la prévention des troubles des fonctions supérieures, celle des chutes et pour finir devant la prévention de la dénutrition.

En termes d'efficacité ressentie la prévention des pathologies cardio-vasculaires conserve la première place, suivie par la prévention de l'ostéoporose, des chutes, des troubles des fonctions supérieures et enfin de la dénutrition. (Schéma n°7)

Ces différents résultats nous permettent d'affirmer que la prévention des pathologies cardio-vasculaires est le thème qui intéresse le plus les MG de l'échantillon. On constate également que cette prévention est celle à laquelle les MG consacrent le plus de temps et qui leur procure le plus grand sentiment d'efficacité. La prévention de la dénutrition au contraire est le thème de prévention qui intéresse le moins les MG, auquel il consacre le moins de temps et pour lequel ils se sentent le moins efficace. Les trois autres domaines de prévention choisis dans ce questionnaire ne laissent pas la même impression d'unanimité auprès des MG de l'échantillon.

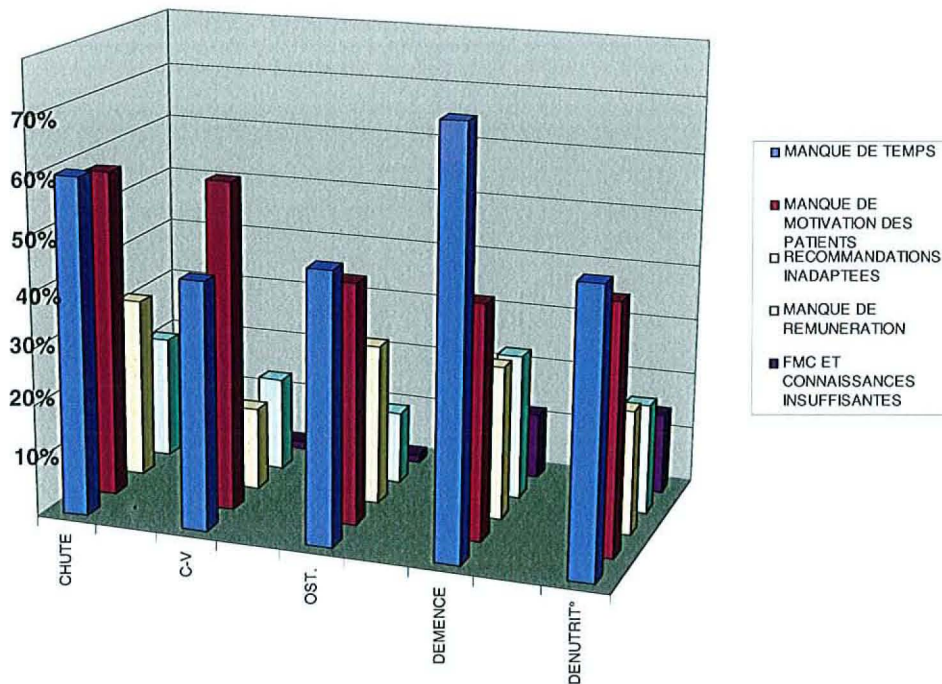
5. Les obstacles.

Concernant les obstacles que rencontrent, ou en tout cas que déclarent rencontrer les MG de l'échantillon, nous allons visualiser dans le tableau et le schéma suivant qu'ils ne sont pas aussi fréquemment cités selon le type de prévention. En effet la prévention des troubles des fonctions supérieures paraît être la plus chronophage puisque 74% des MG déclarent que le manque de temps est un obstacle à la bonne réalisation de cette prévention. Le manque de motivation des patients est quant à lui cité majoritairement (58,4%) dans la prévention des chutes et des pathologies cardio-vasculaires. L'inadaptation et le manque de réalisme des recommandations sont cités le plus souvent (32,4%) dans la prévention des chutes. Le manque de rémunération est l'obstacle le plus fréquemment cité par les MG de

l'échantillon quant à la prévention et le dépistage des troubles des fonctions supérieures, avec 26%. Le manque de connaissance, de FMC est pour 14,3% des MG un obstacle pour prévenir la dénutrition protéino-énergétique.

Mais si nous regardons ces données dans une autre perspective, nous observons que, quelque soit le domaine de prévention, les obstacles les plus fréquemment cités sont invariablement le manque de temps et le manque de motivation de la part des patients.

Schéma n°8 : Obstacles ressentis selon le domaine de prévention (pourcentage) :



6. Améliorations envisageables.

Nous observons que les différentes propositions du questionnaire ne suscitent pas le même engouement. La création d'une consultation spécifique de prévention pour les personnes âgées reçoit un score plus important (3,39 sur 5) que les autres propositions. Puis par ordre décroissant, nous retrouvons le développement des campagnes d'information nationale (3.03 sur 5), la délégation de certaines tâches aux personnels paramédicaux (2.60 sur 5), le développement des réseaux de soins locaux (2.50 sur 5), l'accroissement de la distribution d'affiches et de dépliants de prévention (2.26 sur 5). La

proposition de développer des logiciels informatiques d'aide à la prévention avec un score de 1.95 sur 5 est la proposition qui séduit le moins les MG de l'échantillon.

Les notes en matière de faisabilité qu'obtiennent les propositions du questionnaire ne sont pas similaires et le classement par ordre décroissant que nous obtenions pour l'intérêt n'est plus le même. En effet, la proposition jugée la plus facilement réalisable est le développement des campagnes d'information nationale (2.85 sur 5). La création d'une consultation spécifique de prévention (2.70 sur 5) ne reçoit que la deuxième note en matière de faisabilité, suivie de l'utilisation accrue d'affiches et de dépliants de prévention (2.55 sur 5), puis de la délégation de tâches aux personnels paramédicaux (2.25 sur 5), du développement des réseaux de soins locaux (2.50 sur 5) et pour finir le classement le développement de logiciels informatique d'aide à la prévention (2 sur 5).

7) Commentaires libres.

L'ultime partie du questionnaire, consacrée aux remarques éventuelles, n'a été utilisée que par de très rares répondants (8 MG ont écrit un commentaire en rapport avec le sujet de l'enquête. Les autres commentaires étant des encouragements pour finir ce travail). Il nous a paru judicieux de retranscrire ces remarques :

-« Pas assez de temps dans une consultation pour personne âgée, pour traiter plusieurs problèmes et en plus, plusieurs thèmes de prévention, Faut-il plusieurs consultations de prévention ? ».

-« La prévention active passe par une modification de l'organisation des soins. Délégation de tâches, problème de démographie médicale et paramédicale à revoir. ».

-« La médecine générale fera des progrès lorsque nous aurons à notre disposition des outils (Scanner, IRM) et des spécialistes joignables rapidement. La CPAM nous conduit à un système socialo-communiste de la santé. »

-« La personne âgée est à appréhender dans sa globalité. Mais pouvons nous vraiment tout gérer dans nos cabinets ? »

-« Il y a beaucoup trop de réseaux, de recommandations. Les préventions d'Alzheimer sont illusoires, coûteuses et médiatiques. »

-« Problème de temps en milieu rural. »

-« La prévention pour le médecin généraliste est un acte quotidien, permanent qui revient au conseil minimum, rappelé à chaque consultation. »

-« Recommandations et pratiques sur le terrain trop éloignées. »

B. Comparaisons aux données existantes.

Les travaux portant sur l'opinion des généralistes sur la prévention sont nombreux. Notre enquête reflète-t-elle les résultats obtenus dans ces travaux ?

1) Taux de Participation

Il nous a paru judicieux de comparer le taux de participation de notre enquête à d'autres travaux, pour voir si le thème de l'enquête passionnait les MG lorrains. Le taux de participation de l'enquête est de 51,3% avec 77 questionnaires exploités pour 150 questionnaires envoyés. Nous observons que ce taux de participation est relativement élevé par rapport à d'autres enquêtes postales réalisées. Une enquête concernant l'opinion des MG sur les recommandations et l'utilisation de l'informatique en 2007 (32) a obtenu un taux de participation de 26,7%. Dans une autre enquête portant sur les pratiques préventives des MG picards en 2004 (39) le taux de participation obtenu était de 31,3%. Certaines études obtiennent bien évidemment des résultats supérieurs, ainsi une enquête sur les programmes régionaux de santé a obtenu 58,2% de participation (37).

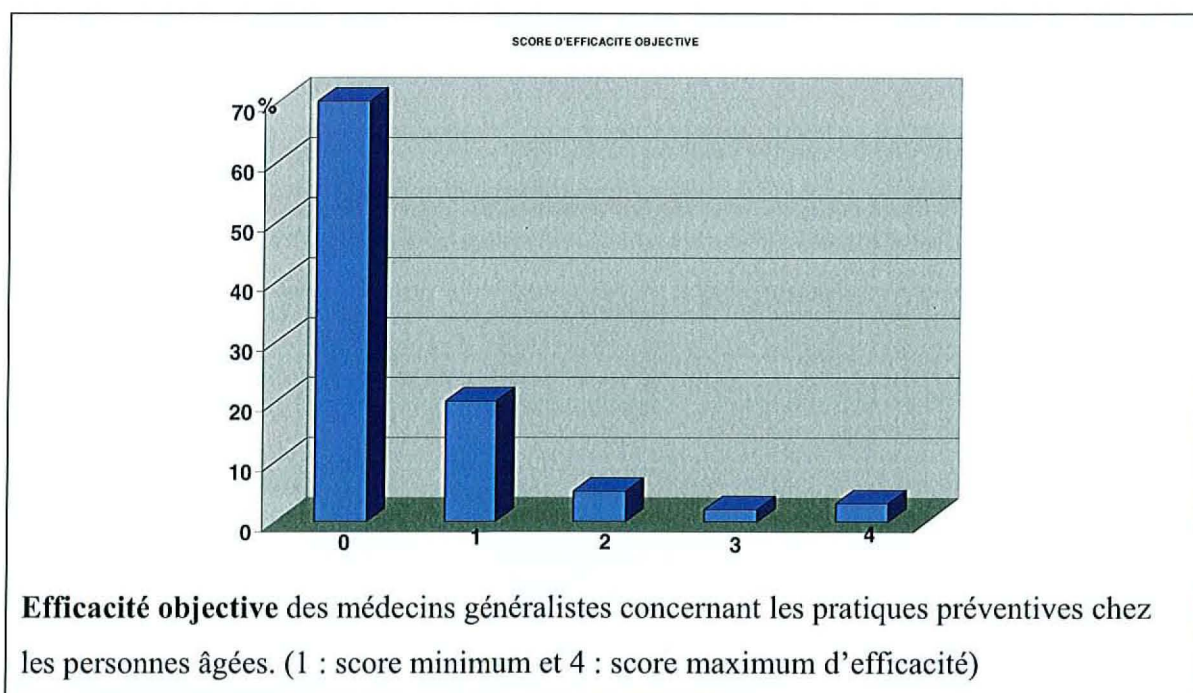
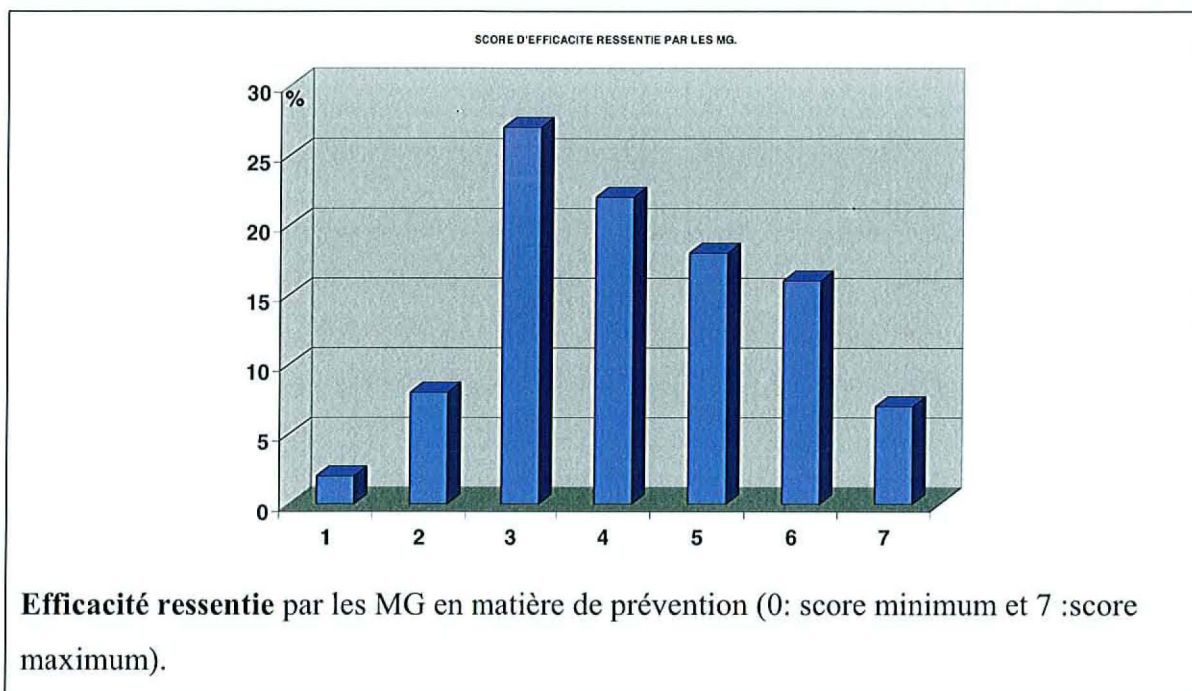
2) Dimension de la prévention.

Les enquêtes témoignant de l'intérêt que portent les MG à la prévention en général sont nombreuses (5), (6). Une enquête menée en 2008 sur l'opinion des MG sur le dépistage du cancer du sein (40) nous a montré que 80% des MG considéraient que le dépistage, en général, faisait partie de leur mission en tant qu'acteur de santé publique. Nous n'avons pas retrouvé d'étude détaillant l'intérêt pour les différentes préventions (primaire, secondaire et tertiaire). Il en va de même pour les circonstances favorables à l'abord de sujet de prévention.

Nous avons vu que dans notre panel, 75,3% des MG déclaraient distribuer des dépliants de prévention et parmi ces MG, ils étaient 77,6% à en expliquer le contenu. Dans le travail de BOCHE (39), les valeurs sont proches avec 75% de MG, distribuant des dépliants et 60,2% qui en expliquaient le contenu. L'étude européenne EURECA, datant de 1998, nous donne des valeurs similaires, avec un pourcentage de 60% de MG qui mettaient à disposition des dépliants et brochures portant sur la prévention en général (41).

3) Efficacité, Intérêt, temps consacré.

Les réponses de notre enquête étant de nature déclarative, il nous semble important d'aborder une enquête menée entre juillet et décembre 2000 en région Rhône-Alpes (42), portant sur le thème de la prévention, qui a permis d'observer le sentiment d'efficacité ressentie et d'établir des scores objectifs d'efficacité d'un panel de 80 MG. Il a été observé une discordance très importante entre ces deux données, comme nous pouvons l'observer sur ces deux graphiques empruntés à l'étude.



Nous visualisons donc une différence importante entre l'efficacité ressentie par ces participants et les résultats objectifs récoltés dans cette enquête. Les MG étaient moins de 10% à déclarer un sentiment d'efficacité inférieur ou égal à 2, et pourtant ils étaient 70% à obtenir un score d'efficacité objectif de 0 sur 5.

Une autre étude bretonne datant de 2004 (43), nous montre des tendances nettement différentes puisque dans cette enquête d'opinion portant sur 103 MG, ils étaient 61% à estimer que dans leurs pratiques, la prévention occupe une place insuffisante, voire très insuffisante. Mais lorsqu'ils sont interrogés sur les principaux acteurs en matière de prévention, ils sont 80% à citer les médecins en premier.

4) Obstacles.

Nous allons comparer dans ce chapitre les obstacles que les MG déclarent rencontrer lorsqu'ils réalisent de la prévention. Une enquête réalisée en Provence, Alpes, Côte d'Azur en 2007 (44) retrouve que les principaux obstacles en matière de prévention sont :

- Le manque de temps : 66%.
- Le manque de rémunération : 35%
- La résistance des patients : 34%
- Le manque de formation : 27,5%

Le Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens de 2003 (30) met en avant des données différentes :

- La résistance des patients : 51,2%
- Le manque de temps : 35,5%
- Le manque de formation : 4,8%
- Le manque de rémunération : 2,2%.

Un travail de thèse mené en Picardie (39) portant sur les pratiques de prévention des MG de la région a permis de retrouver les résultats suivants :

- Le manque de temps : 70,8%
- Le manque d'intérêt des patients : 29,2%
- Lassitude due au manque de résultats : 23%
- Le manque de formation : 15,8%.

Nous avons donc obtenu, des résultats similaires. Le manque de temps et le manque de motivation des patients, semblent être les freins les plus importants à la bonne pratique de la prévention. Le manque de formation et de rémunération ne paraît pas être un obstacle important, et ceci, quelque soit l'enquête concernée. Pourtant une enquête (45) menée en 2004, en région parisienne et portant sur les freins au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, a montré que 58,1% des MG interrogés estimaient ne pas avoir la formation suffisante pour détecter les patients déments. L'inadaptation des recommandations ne gêne qu'un quart des MG de notre enquête. Le travail de Cozanet (32), portant sur l'utilité des recommandations et l'apport de l'informatique en médecine générale, nous montre que seulement 5,8% des répondants pensaient que les recommandations, type HAS ou ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), étaient peu ou pas du tout utiles. Cette enquête n'avait certes pas pour but d'étudier l'utilité des recommandations en matière de prévention, mais en général. Une enquête (46) menée en Belgique en 2002 confirme ces données. En effet, tous domaines médicaux confondus, les MG étaient 25,9% à trouver le contenu des recommandations de bonnes pratiques, « très bon » et 55,1% à le trouver « bon ».

5) Améliorations envisageables.

Dans le travail réalisé par BATAILLON et col. (36), les outils pour améliorer le système d'éducation thérapeutique et de prévention, cités préférentiellement par les MG répondants sont (par ordre décroissant) :

- la mise en place de consultation spécifique (29,4%).
- le relais par IDE (16,5%).
- le travail avec des réseaux locaux (15,3%).
- le développement des brochures et dépliants (11,8%).
- l'utilisation des médias (3,5%)....

Nous constatons donc que, comme dans notre enquête, la mise en place d'une consultation spécifique de prévention, est la proposition qui est jugée la plus intéressante par les MG. Les autres propositions n'occupent pas le même classement. Dans notre échantillon, le développement des campagnes d'information nationale par le biais des médias, reçoit la

deuxième meilleure note au niveau de l'intérêt suscité, alors que dans le panel de cette précédente enquête, cette proposition ne séduit que 3,5% des répondants. Le travail avec des réseaux de santé locaux récolte une note de 2,50 et n'occupe que la quatrième place sur les six propositions. Pourtant dans une étude menée en 2008 (43) dans cinq régions françaises, nous observons que 68 à 75% des interrogés déclaraient avoir bien identifié les missions des réseaux de santé (pas spécifiquement dans le domaine de la prévention). Dans une autre enquête menée par la DREES (47) 72% des MG étaient tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée que la coordination des intervenants et des réseaux de soins autour des personnes âgées, relevait du rôle du généraliste.

Dans un autre registre, le travail réalisé en Picardie par BOCHE (39) a permis de mettre en évidence que 44,8% des MG interrogés dans son enquête proposaient des actes rémunérés de prévention au cabinet.

C. Faiblesses de l'étude

Il existe bien sûr un biais de sélection, puisque les résultats sont obtenus à partir des réponses de participants volontaires. Les répondants sont probablement plus investis dans les démarches préventives que les non répondants. D'autre part la nature déclarative des réponses impose une certaine prudence quant à la valeur de ces résultats (42).

Puis d'autres faiblesses, d'ordre sémantique nous sont apparues, une fois les questionnaires récoltés et analysés. Certaines notions n'ont pas été définies. Ainsi les notions de localisation urbaine ou rurale n'ont pas été précisément décrites, de même que l'item concernant la participation annuelle aux FMC. En effet, la FMC englobe tous les modes de formation possibles (revues, littérature, EPP, congrès...) et l'item 5 ne considérait que les réunions organisées par des réseaux de FMC, ou encore des congrès.

VI. CONCLUSION.

○ ○

○

La prévention chez les personnes âgées est, comme nous le supposions, un domaine auquel les MG Lorrains attachent de l'importance. Cette enquête reflète donc correctement l'engouement que nous pouvons objectiver au niveau national voire au niveau mondial. L'important taux de participation à cette enquête d'opinion en est la première preuve. Les MG ayant participé à cette enquête ont conscience d'être des acteurs essentiels de la prévention et semblent unanimement accepter ce rôle, quelque soit le niveau. La prévention collective semble dans une moindre mesure échapper à la règle, puisque un MG sur quatre estime ne pas avoir un rôle primordial dans cette activité.

Nous avons pu constater que toutes les circonstances ne sont pas aussi propices pour aborder les activités préventives. Les consultations de renouvellement sont pour neuf MG sur dix, favorables à l'abord de la prévention. Seuls quatre MG sur dix pensent que les consultations, contenant une demande d'ordre curative, permettent d'aborder correctement la prévention. Ceci reflète les difficultés rencontrées par les MG pour intégrer la démarche préventive à leur activité curative. La majorité des MG de notre échantillon utilisent des dépliants de prévention et en expliquent le contenu. Ils ne sont qu'un sur vingt à être gênés d'aborder certains sujets tels que la sexualité, le mésusage d'alcool ou la démence.

La prévention chez les personnes âgées, semble être un sujet très intéressant pour eux. En observant les scores obtenus, nous ne pouvons que constater que le temps, qu'ils déclarent y consacrer et l'efficacité qu'ils ressentent, ne sont pas proportionnels. De même, toutes les pathologies abordées dans le questionnaire ne provoquent pas le même engouement. La prévention des pathologies cardio-vasculaires semble susciter plus

d'intérêt, occuper plus de temps et donner un sentiment d'efficacité plus élevé, chez les MG. A l'opposé la prévention de la dénutrition obtient les scores les plus faibles.

Le **manque de temps et le manque de motivation des patients** sont les obstacles les plus fréquemment cités par les répondants, et ceci, quelque soit le domaine de prévention concerné. Le manque de formation, de rémunération et l'inadaptation des recommandations de bonnes pratiques ne semblent pas freiner autant les MG dans leur pratique de la prévention. Nous avons observé que, selon les différents thèmes abordés, plus le manque de temps était cité, plus le manque de rémunération devenait gênant.

Quant aux propositions visant à améliorer la pratique actuelle de la prévention, la **mise en place d'une consultation spécifique de prévention** obtient le meilleur score en terme d'intérêt et le deuxième score en terme de faisabilité. Le développement des campagnes nationales de prévention (média...) est la proposition jugée la plus facilement réalisable, mais la deuxième en terme d'intérêt. D'ailleurs ces deux propositions sont les solutions logiques aux deux principaux freins rencontrés par les MG de l'échantillon. En effet la création d'une consultation spécifique de prévention pourrait désengorger les salles d'attente remplies de malades et les campagnes d'information nationale pourraient impliquer d'avantage les patients. L'utilisation de **logiciels informatiques de prévention** est, malgré la popularité retrouvée dans d'autres études, la solution la moins intéressante et la moins réalisable pour les MG de notre panel. Le travail avec les personnels paramédicaux et les réseaux de santé locaux séduit moins les MG de l'enquête, que ceux interrogés dans d'autres enquêtes. Ce constat est paradoxal dans la mesure où la délégation de certaines tâches pourrait leur libérer du temps, ce temps précieux, leur faisant si souvent défaut.

La prévention est intégrée comme une mission à part entière du médecin généraliste. Nous avons vu que malgré ce constat, il persiste des inégalités entre les différents niveaux de prévention, entre les différentes pathologies à prévenir, entre les différents obstacles cités et également entre les possibles pistes d'amélioration. Ces disparités évidentes nous rappellent que l'avenir de la prévention passe par une harmonisation, une protocolisation des activités préventives, avec une approche rigoureuse et scientifique.

La résistance des patients est ressentie par un grand nombre de praticien de notre enquête ainsi que dans de nombreux travaux. L'OMS nous rappelle que le médecin doit développer l'auto-responsabilité de la personne, ses capacités à choisir les conduites favorables à sa santé. Une prévention efficace ne saurait être effective sans l'adhésion des

patients. Aussi tout contact avec un patient doit être envisagé par les MG, comme une opportunité de faire de la prévention ou au moins de l'aborder.

D'autre part il faut tenir compte de l'évolution démographique de la population médicale. La féminisation et la baisse de densité médicale attendue risquent d'avoir pour conséquence une augmentation de la charge de travail. La prévention paraît être chronophage et nous sommes en droit de nous demander s'il ne faudrait pas envisager des modifications de l'organisation du travail et donc du mode de rémunération de certaines activités. La mise en place des CAPI (contrat type d'amélioration des pratiques individuelles), encore en négociation au moment de l'enquête est une avancée dans ce domaine.

En 2008 un comité d'expert de la SFSP a édité, dans la revue Santé Publique (49), huit recommandations pour améliorer la prévention en médecine générale. Il nous a paru utile de les énumérer car elles sont complémentaires des propositions de notre étude :

- **intégrer les missions de santé publique de MG dans un référentiel métier** de la médecine générale. Il s'agit d'activités organisées et applicables à l'échelle d'une patientèle, qui relèveraient à la fois de la prévention et de fonctions plus générales (veille sanitaire, gestion des risques, concertations).
- **Permettre aux MG d'accéder aux données existantes de leur patientèle**, grâce à des listes de patients fournies par l'assurance maladie ou grâce à des logiciels médicaux, dont le cahier des charges serait établi par les pouvoirs publics.
- Augmenter **progressivement les charges** de santé publique.
- **Tenir compte des niveaux d'exercice** et distinguer la position des MG dans leur cabinet ou dans leur environnement territorial.
- **Adopter des stratégies incitatives en respectant le volontariat**. La SFSP propose des mesures incitatives telles que l'allègement des démarches administratives, une rémunération des fonctions de service publique...
- **Elaborer un cadre de référence national associé à un cadre régional**.
- Expérimenter **un système de financement mixte** en conservant le paiement à l'acte et en y associant un système de rémunération par forfait (CAPI).
- Envisager un **changement de gouvernance régional et national** avec création de pôle de prévention au sein des ARS (Agence Régionale de Santé).

Indépendamment des résultats de ce travail et à une plus grande échelle, il paraît logique de consulter les MG. Les principaux acteurs de la prévention sont les mieux placés pour identifier les obstacles. Ils sont également les mieux placés pour savoir si les pistes étudiées, voire initiées, par les « décideurs », sont compatibles avec leur pratique et leurs attentes professionnelles. Le constat est simple : l'utilité de la prévention est indubitable et reconnue par tous mais sa mise en œuvre est complexe.

Nous concluons avec une citation du Professeur Jean BERNARD :

« La Médecine du XXIème siècle sera une Médecine de Prévention et de Prédiction. »

BIBLIOGRAPHIE

(1) NAMIAS B. Médecine Préventive en Gériatrie. Rev. Med. Brux., 2003, 24, 391p.

(2) Enquête décennale INSEE 2002-2003.

(3) Préambule de la Constitution de l'OMS.

(4) Etude BVA et académie nationale de médecine

(5) PARAPONARIS A., VERGER P., SEBBAH R., GOURRHEUX J-C. et OBADIA Y. Pratiques des médecins généralistes et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de MG enseignants de la région Provence Alpes Côte d'Azur. Etude ORS PACA, URML et unité INSERM 379. 2002.

(6) AULAGNIER M, VIDEAU Y., COMBES J-B., SEBBAH R., PARAPONARIS A., VERGER P. et VENTELOU B. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecin généraliste en région Provence Alpes Côte d'Azur. Pratiques et Organisations des soins 2007, 38, 4, 262p.

(7) SCOTT CS, NEIGHBOR WE, BROCK V. Physician's attitude toward Preventive Care services : a seven year prospective study. American Journal of Preventive Medicine. 1992, 8, 241-8p.

(8) Pratiques préventives en médecine générale en région RHONE-ALPES. Enquête réalisée par l'ADIM (Association pour le développement de l'Information Médicalisée) à la demande de la DRASS dans le cadre de la Conférence régionale de Santé. Janvier 2001.

- (9) Les dépenses de prévention en Médecine Générale. Thalès et Cemka, février 2001.
- (10) GALLOIS P, VALLEE P, LE NOC Y. Prévention en Médecine Générale : regards croisés Patients-Médecins. Médecine 2008, 4, 406-15p.
- (11) SFMG . Annuaire statistiques 95 de l'observatoire de la Médecine Générale. La lettre de la Médecine Générale. 1998, 52, 87p.
- (12) GOLDBERG M. Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examens de santé. 13 Novembre 2000.
- (13) BONNET GALZY MC. Santé pour une politique de prévention durable. Rapport Annuel 2003, 157p.
- (14) SCOTT A ; HALL J. Evaluating the effects of GP remuneration : problems and prospects. Health Policy, 31, 183-95p.
- (15) CAMPBELL S., REEVES D., KONTOPENTELIS E., MIDDLETON E., SIBBALD B., ROLAND M. Quality of Primary Care in England with the introduction of Pay for Performance. New England Journal of Médecine. 2007, 357, 181-90p.
- (16) GRIGNON M., PARIS V., POLTON D., COUFFINHAL A., PIERRARD B. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience des systèmes de soins. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 2002, OTTAWA, 1-31p.
- (17) BOURDILLON F, BRUCKER G et TABUTEAU D. Traité de Santé Publique, 2ème ed. Paris : Flammarion, 2002, 488p.
- (18). ALLARD M, ANDRIEUX JM, WESTERLOPPE J. Le coût économique de la chute peut il être estimé ? L'Année Gériatologique, 1995 Supplément, 71-83p.
- (19) CORPUS DE GERIATRIE. COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. Tome 1, édition 2000 : 41-50p.

- (20) AMOUYEL P. Actualités sur les facteurs de risques cardio-vasculaires. Revue du Praticien. 2005, 55, 1755-63p.
- (21) INSEE. La France en faits et en chiffres. Les principales causes de mortalité en 2004.
- (22) MELTON LJ. How many women have osteoporosis now? Journal of Bone and Mineral Research. 1995, 10, 175-77p.
- (23) Incidence of vertebral fracture in Europe: results from the European Prospective Osteoporosis Study. Journal of Bone and Mineral Research. 2002;17,716-24p.
- (24) RAMOROSON H. Et al. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years and over: updated results of the PAQUID cohort. Revue Neurologique.(Paris) 2003;159, 405-11p.
- (25). SCHLETT WEIN GSELL D, BARCLAY D, OSLER M, TRICHOPOULOU A. Euronut SENECA study on nutrition and the elderly dietary habits and attitudes. European Journal of Clinical Nutrition 1991,45(suppl 3),83-95p.
- (26). CONSTANS T, LESOURD B, ALIX E, DARDAIGNE V. Alimentation et état nutritionnel des personnes âgées en France : domicile et hôpital. Information et Diététique 1994, 3, 22-8p.
- (27) ALIX E., CONSTANS T. Epidémiologie de la malnutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées. Age et Nutrition 1998,9, 139-47p.
- (28) ONDPS, rapport 2004, 46p.
- (29) JEANNET A, VIENNE P. Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en milieu libéral. Rapport IGAS ;rapport 2004, Avril 2004.
- (30) GAUTIER A et al. Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens 2003. INPES . Enquête réalisée auprès d'un panel de médecins généralistes.

(31) Utilisation de l'ordinateur par les médecins généralistes. Département de Santé- TNS SOFRES 19juin 2002.

(32) COZANET, Benjamin. Les recommandations sont elles utiles ? L'informatique peut elle faciliter leur mise en œuvre ? Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes.-78p. Th : Med. :Paris 5, René DESCARTES : 2007.

(33) Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 75 ans en région Rhône-Alpes. Etude réalisée en partenariat avec le réseau des MG de l'ADIM, l'association Généraliste et Toxicomanie 69 (GT-69), et le Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de Gestion (CRESGE).

(34) Voyage au centre de vos pratiques. URML IDF, juin 2008.

(35) RICHARD P et al. Veille sanitaire, prévention et gestion des alertes sanitaires en Bourgogne et Franche-Comté. BEH N°5, Avril 2008,3p.

(36) BATAILLON R, SAMZUN L, LEVASSEUR G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? La Revue du Praticien, Médecine Générale, 21Nov 2006, 1314p.

(37) LEVASSEUR G, SCHWEYER F-X. Priorités et programmes régionaux de santé : enquête auprès des médecins enseignants de Bretagne. Santé Publique.2003,3, 15, 359-67p.

(38)DANG HA DOAN B, LEVY D, TEITELBAUM J et ALLEMAND H. Les médecins libéraux en France : opinions à propos de leur exercice professionnel (Hiver 2007-Printemps 2008). Cahier de Sociologie et Démographie Médicale,49^{ème} année, 1, 73-5p.

(39) BOCHE T. Les médecins généralistes face à la prévention en Picardie : à propos d'une enquête par auto questionnaire sur 480 Médecins,-p78-9, Th :Med :Amiens 2003.

(40) ATTALI C et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Exercer. 2008, 83, 98,100-2p.

- (41) POUCHAIN D., HUAS D., DRUAIS P-L. et WOLF B. Implication des médecins généralistes dans la prévention (European Network on Strategies to Engage General Practitioners in Cancer and Addiction Prevention). La Revue du Praticien, Médecine Générale, 1998, 12, 440, 31-7p.
- (42) FANTINO B, FANTINO F, DUMONT C, NITENBERG C et DELOLME H. Pratiques Préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Santé Publique 2004/3, 43, 551-62p.
- (43) LEVASSEUR G, BATAILLON R et SAMZUN J-L. Le schéma régional d'organisation sanitaire. URML Bretagne, septembre 2004.
- (44) CLAEYS A-S. Observatoire des Pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. URML région PACA 2007.
- (45) KIM, Nina. Les freins au diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer en soins primaires. Enquête d'opinions sur questionnaire.-p94. Th : Med. :Créteil : 2004.
- (46) BOUTTIN V., BRUNIER G., LECONTE S. et PAULUS D. Recommandations et Bonnes Pratiques : Utiles et utilisées ? La Revue de Médecine Générale, 2003, 200, 70-2p.
- (47) BOURNOT M-C, GOUPIL C et TRUFFEAU F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DREES. Etudes et résultats, 649, Août 2008, 7p.
- (48) BAUDIER F ; BERTHELOT N ; CLEMENT M-C ; JEANMAIRE T et MICHAUD C. CONSULTATIONS DE PREVENTION : Constat sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport du Haut Conseil de Santé Publique, Mars 2009, 13p.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

ABM :	Agence de BioMédecine
ADIM:	Association pour le Développement de l'Information Médicale
AFFSAPS:	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
CREDOC:	Centre de Recherche pour l'étude et l'Observation des Conditions de vie
CRESGE:	Centre de Recherche Economique, Sociologique et de Gestion
DGAS:	Direction Générale des Affaires Sociales
DGS:	Direction Générale de la Santé
DHOS:	Direction de l'Hospitalisation et des Soins
DRASS:	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS:	Direction de la Sécurité Sociale
FAQSV:	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNEIPS:	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
GRSP:	Groupement Régionale de Santé Publique
HAS:	Haute Autorité de Santé
HCSP:	Haut Conseil de la Santé Publique
Loi HPST:	Loi « Hôpital, patients, santé et territoire »
IGAS:	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES:	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE:	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS:	Institut National de Veille Sanitaire
NHS:	National Health Service

OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS:	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
ORS:	Observatoire Régionale de Santé
PRSP:	Plan Régional de Santé Publique
QOF:	Quality an Outcomes Framework
SFMG :	Société Française de Médecine Générale
SOFRES:	Société Française d'étude par Sondage
URML:	Union Régionale des Médecins Libéraux

ANNEXES

ANNEXE 1

- Article 36

I. — Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Chapitre Ier bis

« Organisation des soins

« Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à [l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale](#), ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

« Art. L. 1411-12. - Les soins de second recours, non couverts par l'offre de

premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

II. - A l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « du chapitre Ier et du présent chapitre ».

III. - Au début du titre III du livre Ier de la quatrième partie du même code, il est ajouté un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Médecin généraliste de premier recours

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

ANNEXE 2

PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE AU CABINET DU MEDECIN GENERALISTE

I. PROFIL DU PRATICIEN :

- 1) Sexe : homme femme
- 2) Département d'exercice : 54 55 57 88
- 3) Mode d'exercice : seul association
- 4) Nombre moyen d'actes quotidiens : - de 20 entre 20 et 30 entre 30 et 40 + de 40
- 5) Participation annuelle au FMC : - de 5 entre 5 et 10 entre 10 et 15 + de 15
- 6) Informatisation des dossiers : oui non
- 7) Localisation du cabinet : urbaine
rurale
- 8) Participation à des actes de prévention collective (conférence, veille sanitaire...)
oui non

II. DIMENSION DE LA PREVENTION :

Pensez-vous que le médecin généraliste ait un rôle primordial dans :

- 9) la prévention individuelle (adressée à un individu en particulier) ?
: oui non
- 10) la prévention collective (adressée à l'ensemble de la population ou à un groupe ciblé) ? : oui non
- 11) la prévention primaire (éviter l'apparition des maladies en diminuant les facteurs de risques)? : oui non
- 12) la prévention secondaire (dépistages des maladies au stade le plus précoce possible) ? : oui non
- 13) la prévention tertiaire (éviter l'apparition de complications et de rechute) ? :
oui non

14) Quelles circonstances, sont favorables, selon vous, pour aborder des thèmes de prévention ? :

- consultation pour pathologie aigue
- renouvellement de traitement
- certificats sportifs, d'aptitude
- visites obligatoires (grossesse, prénuptiale...)
- examen demandé par des organismes bancaires ou assureurs
- autre :.....

15) En général, vous abordez spontanément les sujets de prévention avec vos patients ? :

- oui
- non

16) En général, vous attendez que les patients vous questionnent ? :

- oui
- non

17) Distribuez-vous des dépliants de prévention ? :

- oui
- non

18) En expliquez-vous le contenu ? :

- oui
- non

19) Y a-t-il des sujets, que vous êtes gêné d'aborder ? :

- oui
- non

20) Si oui, quel(s) est (sont) ces sujets ? :

- sexualité
- alcool
- drogue
- tabac
- pathologies cancéreuses
- démence

III. PLACE, EFFICACITE ET OBSTACLES DE LA PREVENTION CHEZ LA PERSONNE AGEE, DANS VOTRE ACTIVITE :

Nous allons aborder, dans cette partie, cinq thèmes concernant la prévention chez les personnes âgées, l'importance que vous accordez à cette part de la prévention, l'efficacité avec laquelle, vous pensez, mener à bien cette prévention

et les obstacles, que vous pouvez rencontrer. Il s'agira dans les items suivants d'attribuer des notes de 0 à 5, 0 étant la note minimale et 5, la note maximale.

A .Prévention des chutes (troubles de la marche, iatrogénie, dépistages des déficits sensoriels...)

21) Veuillez, noter la pertinence, l'intérêt que vous accordez à cette prévention :

0 1 2 3 4 5

22) Veuillez noter, l'importance du temps que vous y consacrez :

0 1 2 3 4 5

23) Évaluez les résultats, que vous pensez obtenir dans ce domaine :

0 1 2 3 4 5

24) Quel(s) est(sont) le(s) frein(s), à la réalisation de la prévention dans ce domaine ? :

- Manque de temps
- Manque de motivation des patients
- Recommandations et objectifs non adaptés à la pratique
- Manque de rémunération
- FMC et connaissances insuffisantes
- Autre :

B .Dépistage et prévention des risques cardio-vasculaire de la personne âgée :

25) Veuillez, noter la pertinence, l'intérêt que vous accordez à cette prévention :

0 1 2 3 4 5

26) Veuillez noter, l'importance du temps que vous y consacrez :

0 1 2 3 4 5

27) Évaluez les résultats, que vous pensez obtenir dans ce domaine :

0 1 2 3 4 5

28) Quel(s) est(sont) le(s) frein(s), à la réalisation de la prévention dans ce domaine ? :

- Manque de temps
- Manque de motivation des patients
- Recommandations et objectifs non adaptés à la pratique
- Manque de rémunération
- FMC et connaissances insuffisantes
- Autre :

C .Prévention et dépistage de l'ostéoporose :

29) Veuillez, noter la pertinence, l'intérêt que vous accordez à cette prévention :

0 1 2 3 4 5

30) Veuillez noter, l'importance du temps que vous y consacrez :

0 1 2 3 4 5

31) Évaluez les résultats, que vous pensez obtenir dans ce domaine :

0 1 2 3 4 5

32) Quel(s) est(sont) le(s) frein(s), à la réalisation de la prévention dans ce domaine ? :

- Manque de temps
- Manque de motivation des patients
- Recommandations et objectifs non adaptés à la pratique
- Manque de rémunération
- FMC et connaissances insuffisantes
- Autre :

D .Dépistage et prévention de l'altération des fonctions supérieures et de la dépression :

33) Veuillez, noter la pertinence, l'intérêt que vous accordez à cette prévention :

0 1 2 3 4 5

34) Veuillez noter, l'importance du temps que vous y consacrez :

0 1 2 3 4 5

35) Évaluez les résultats, que vous pensez obtenir dans ce domaine :

0 1 2 3 4 5

36) Quel(s) est(sont) le(s) frein(s), à la réalisation de la prévention dans ce domaine ? :

- Manque de temps
- Manque de motivation des patients
- Recommandations et objectifs non adaptés à la pratique
- Manque de rémunération
- FMC et connaissances insuffisantes
- Autre :

E .Prévention et dépistage de la dénutrition chez la personne âgée :

37) Veuillez, noter la pertinence, l'intérêt que vous accordez à cette prévention :

0 1 2 3 4 5

38) Veuillez noter, l'importance du temps que vous y consacrez :

0 1 2 3 4 5

39) Évaluez les résultats, que vous pensez obtenir dans ce domaine :

0 1 2 3 4 5

40) Quel(s) est(sont) le(s) frein(s), à la réalisation de la prévention dans ce domaine ? :

- Manque de temps
- Manque de motivation des patients
- Recommandations et objectifs non adaptés à la pratique
- Manque de rémunération
- FMC et connaissances insuffisantes
- Autre :

IV .SOLUTION(S) ET OUTIL(S) POUR AMELIORER LA PREVENTION :

Veillez, noter, de 0 à 5, les propositions suivantes (0 correspondant à un intérêt nul et 5 à un intérêt majeur) :

41) Mise en place d'une consultation spécifique de prévention chez la personne âgée :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

42) Développement des campagnes d'information nationale, par le biais des médias :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

43) Développement des réseaux de soins locaux :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

44) Délégation de certains actes de prévention aux personnels para-médicaux :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

45) Développement des dépliants et des affiches dans les salles d'attente :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

46) Développement de logiciels informatiques de prévention :

a) en fonction de son intérêt : 0 1 2 3 4 5

b) en fonction de sa faisabilité : 0 1 2 3 4 5

V . COMMENTAIRES LIBRES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 3

Madame, Monsieur et cher confrère,
Je réalise une thèse en médecine générale sur la prévention chez la personne âgée en médecine générale, sur le territoire lorrain .
Merci de bien vouloir me consacrer quelques précieuses minutes de votre temps, pour répondre (anonymement) a ce questionnaire .
Vous trouverez ci-joint une enveloppe timbrée de réponse .
Je vous remercie infiniment pour votre aide .
Cordialement
Stéphane DOERR, médecin thésard

ANNEXE 4

**Effectifs des
professions de
santé**

								France métropolitaine
	1990	2000	2002	2003	2005	2006	2007	2008
Professions médicales et pharmaceutiques								

Médecins	161 364	194 000	198 700	201 400	205 864	207 277	208 191	nd
Chirurgiens-dentistes	37 931	40 539	40 481	40 648	41 083	41 374	41 444	41 422
Sages-femmes	10 705	14 353	15 122	15 684	16 550	16 995	17 483	17 998
Pharmaciens	51 367	58 407	62 054	63 909	67 484	69 431	70 498	72 160
Auxiliaires médicaux								
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	304 480	382 926	410 859	423 431	452 466	469 011	483 380	476 897
Masseurs- kinésithérapeutes	38 257	52 056	55 348	56 924	60 364	61 999	62 602	64 327
Pédicures- podologues	nd	8 789	9 470	9 859	10 550	10 890	11 068	10 997
Orthophonistes	10 000	13 483	14 323	14 836	15 909	16 551	17 135	17 799
Orthoptistes	1 445	1 313	2 309	2 405	2 588	2 679	2 808	2 919
Opticiens-lunetiers	nd	10 012	11 910	12 776	15 141	16 147	17 124	18 139
Psychomotriciens	nd	4 588	5 086	5 325	5 894	6 208	6 540	6 827
Manipulateurs E.R.M	nd	21 589	22 450	23 113	24 512	25 091	25 861	26 589
Ergothérapeutes	nd	3 888	4 433	4 683	5 370	5 693	6 067	6 438
Ensemble des médecins libéraux	nd	117 041	119 136	120 084	121 049	121 603	122 103	nd
Généralistes	nd	67 072	67 670	67 880	68 154	68 532	68 532	nd
Spécialistes	nd	49 969	51 466	52 204	52 895	53 071	53 571	nd
Ensemble des médecins salariés	nd	76 959	79 564	81 316	84 815	86 588	86 088	nd
Généralistes	nd	27 674	29 659	30 625	32 492	33 017	33 017	nd
Spécialistes	nd	49 285	49 904	50 691	52 323	53 571	53 071	nd
Ensemble des médecins généralistes	nd	94 746	97 329	98 505	100 646	101 549	101 549	nd
Ensemble des médecins spécialistes	nd	99 254	101 370	102 895	105 218	106 642	106 642	nd

nd : résultat non

disponible.

/// : absence de
résultat due à la
nature des choses.

(1) : densité pour 100
000 habitants sauf
pour les sages-
femmes (femmes de
15 à 49 ans).

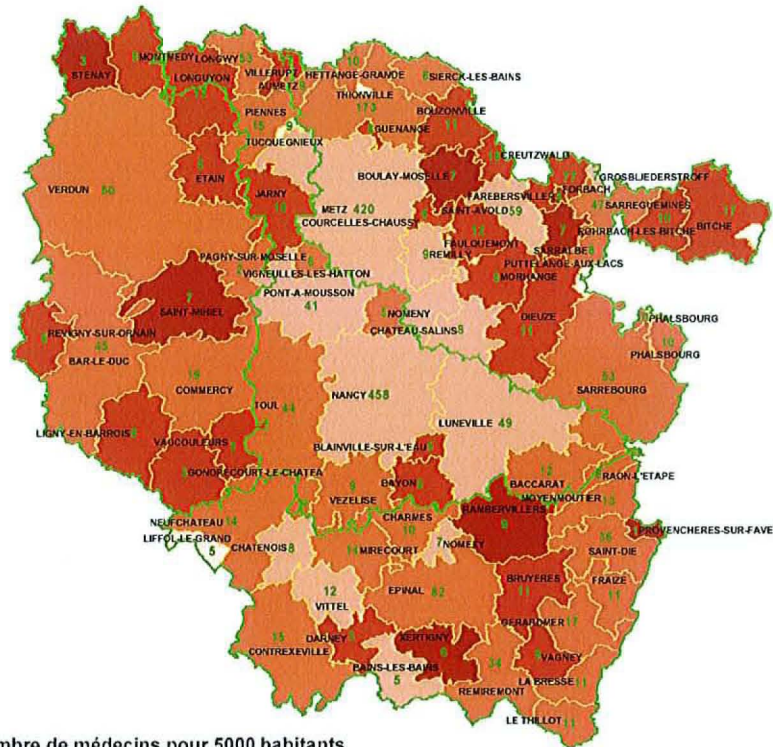
(2) : donnée 2007.

Champ : France au
1er janvier.

*Sources : Drees,
Adeli.*

ANNEXE 5

Nombre de médecins généralistes libéraux (1)
dans l'ensemble de la population (hors maisons de retraite)
par bassins de vie



Nombre de médecins pour 5000 habitants

- 6,9 - 8,7
- 5,3 - 6,8
- 4,2 - 5,2
- 3,3 - 4,1
- 2,2 - 3,2

densité moyenne en Lorraine : 5,0

(1) hors médecins à exercice particulier, hors remplaçants et y c médecins miniers

*Source : ADELI et CO au 31/12/2006 - INSEE RP 1999
version du 27/02/2007*

5 : nombre de médecins généralistes libéraux

©IGN - DRASS de Lorraine - Service statistiques

RESUME DE LA THESE : Les différentes réformes du système de soins français (Loi de Santé Publique d’Août 2004 et loi HPST du 21 Juillet 2009) ont confirmé l’importance du rôle des Médecins Généralistes (MG) en matière de santé publique, et particulièrement dans la prévention. De nombreuses enquêtes ont montré que ces derniers acceptaient globalement cette mission. Dans un contexte de vieillissement de la population, nous avons interrogé 150 MG lorrains, par auto-questionnaire, pour connaître leur opinion sur la prévention de certaines pathologies spécifiques des personnes âgées au sein de leur cabinet.

77 MG ont accepté de retourner le questionnaire (taux de participation de **51.3%**). L’analyse de ces questionnaires fait ressortir plusieurs constats. Les MG de notre échantillon reconnaissent quasi-unaniment l’importance de leur rôle en matière de prévention primaire, secondaire, tertiaire et au niveau individuel, mais ne sont plus que $\frac{3}{4}$ pour la prévention collective. Toutes les circonstances ne sont pas propices à la réalisation d’actes de prévention. Globalement les MG portent un intérêt important à la prévention mais le temps qu’ils lui consacrent et l’efficacité qu’ils ressentent, ne sont pas proportionnels. Nous observons également que les cinq groupes de pathologies sélectionnées, ne suscitent pas le même engouement chez nos répondants. Par ailleurs le manque de temps des MG et de motivation des patients sont les freins les plus fréquemment cités à la bonne réalisation d’une pratique préventive. L’instauration d’une consultation de prévention et les campagnes d’information médiatiques sont les propositions qui séduisent le plus les MG, pour améliorer la pratique préventive.

TITRE EN ANGLAIS : Prevention for elderly people in general medicine. A survey among 77 general practitioners in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2009

MOTS-CLEFS : -MEDECINE GENERALE
-PERSONNE AGEES
-PREVENTION
-AUTO-QUESTIONNAIRE

INTITULE ET ADRESSE DE L’UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

VU

NANCY, le 13 octobre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 22 octobre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Ph. HARTEMANN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 26 octobre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE : Les différentes réformes du système de soins français (Loi de Santé Publique d'Août 2004 et loi HPST du 21 Juillet 2009) ont confirmé l'importance du rôle des Médecins Généralistes (MG) en matière de santé publique, et particulièrement dans la prévention. De nombreuses enquêtes ont montré que ces derniers acceptaient globalement cette mission. Dans un contexte de vieillissement de la population, nous avons interrogé 150 MG lorrains, par auto-questionnaire, pour connaître leur opinion sur la prévention de certaines pathologies spécifiques des personnes âgées au sein de leur cabinet.

77 MG ont accepté de retourner le questionnaire (taux de participation de **51.3%**). L'analyse de ces questionnaires fait ressortir plusieurs constats. Les MG de notre échantillon reconnaissent quasi-unanimement l'importance de leur rôle en matière de prévention primaire, secondaire, tertiaire et au niveau individuel, mais ne sont plus que $\frac{3}{4}$ pour la prévention collective. Toutes les circonstances ne sont pas propices à la réalisation d'actes de prévention. Globalement les MG portent un intérêt important à la prévention mais le temps qu'ils lui consacrent et l'efficacité qu'ils ressentent, ne sont pas proportionnels. Nous observons également que les cinq groupes de pathologies sélectionnées, ne suscitent pas le même engouement chez nos répondants. Par ailleurs le manque de temps des MG et de motivation des patients sont les freins les plus fréquemment cités à la bonne réalisation d'une pratique préventive. L'instauration d'une consultation de prévention et les campagnes d'information médiatiques sont les propositions qui séduisent le plus les MG, pour améliorer la pratique préventive.

TITRE EN ANGLAIS : Prevention for elderly people in general medicine. A survey among 77 general practioners in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2009

MOTS-CLEFS : -MEDECINE GENERALE
-PERSONNE AGEES
-PREVENTION
-AUTO-QUESTIONNAIRE

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex