

QUEL BILAN DE SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Péline (AP-HP)

Anne-Marie Samour et Bernard Cassou

Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société*

2008/2 - n° 125
pages 155 à 165

ISSN 0151-0193

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-2-page-155.htm>

Pour citer cet article :

Samour Anne-Marie et Cassou Bernard, « Quel bilan de santé pour les personnes âgées ? » L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Péline (AP-HP),
Gérontologie et société, 2008/2 n° 125, p. 155-165. DOI : 10.3917/g.s.125.0155

Distribution électronique Cairn.info pour Fond. Nationale de Gérontologie.

© Fond. Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



QUEL BILAN DE SANTÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Périne (AP-HP)

DR ANNE-MARIE SAMOUR, PR BERNARD CASSOU

CENTRE DE GÉRONTOLOGIE, HÔPITAL SAINTE PERINE, AP-HP, 75016, PARIS
LABORATOIRE UNIVERSITAIRE SANTÉ-VIEILLISSEMENT EA 25-06 UVSQ

L'extension des bilans de santé à la population des personnes âgées de plus de 65 ans est à l'ordre du jour. Il s'agit de répertorier et d'évaluer certains éléments qui conditionnent la qualité de vie au grand âge. La plupart des bilans proposés par les institutions de protection sociale réduisent la personne à un conglomérat d'organes et de fonctions qu'il s'agit d'explorer par des mesures techniques. La philosophie du bilan proposé par le Centre de gérontologie Sainte Périne (AP-HP) est tout autre. Elle est présentée dans cet article. Il s'agit avant tout d'aider les personnes âgées à faire face à leur vieillissement en leur permettant de faire le point sur leur trajectoire de santé et d'envisager son évolution compte tenu de leurs projets de vie. Mais avant que des bilans de santé ne soient diffusés à grande échelle, il importe d'en préciser les avantages, d'identifier les groupes de personnes âgées les plus à même d'en bénéficier et de définir les meilleurs stratégies.

OLDER PEOPLE'S HEALTH ASSESSMENT REPORTS IN THE EXPERIENCE OF THE SAINTE PÉRINE GERONTOLOGICAL CENTRE

Extending health assessment reports of the population of 65 and over is very much on today's agenda. It entails classifying and assessing certain factors, which condition the quality of life in old age. Most assessments put forward by health protection institutions reduce people to an amalgamation of organs and functions open to exploration by technical means. The Sainte Périne Gerontological Centre (AP-HP) has quite a different philosophy, which the article presents. It aims first and foremost at helping older people to face up to ageing whilst allowing them to take stock of their health trajectory and to consider its development in the light of their future life plans. However, before issuing health assessments on a broad scale, its advantages need to be specified, which groups of older people most likely to benefit from this need to be identified and the best strategies need to be defined.

Les bilans de santé représentent l'une des principales activités des services de prévention. Ils consistent à dépister précocement, chez des personnes qui se pensent en bonne santé, des maladies au stade asymptomatique ou des facteurs de risque susceptibles de bénéficier d'une intervention afin d'en diminuer les conséquences. Ils sont largement utilisés dans l'enfance, l'adolescence et chez les adultes jeunes (Deschamps, 1995) alors que leur intérêt pour la santé des populations est discuté depuis longtemps (Oberlé *et al.*, 2006). Leur extension à la population des personnes âgées de plus de 60 ans est à l'ordre du jour en France d'autant que la loi de santé publique d'août 2004 prévoit le développement de consultation médicale périodique de prévention et de dépistage (Ménard, 2005). Le plan «Solidarité grand âge» de 2006 a prévu la mise en place d'une consultation de prévention gratuite pour toutes les personnes atteignant soixante-dix ans. Dans les pays anglo-saxons, des bilans de santé ciblés pour les personnes âgées existent depuis de nombreuses années (Beers *et al.*, 1991 ; Harris, 1992 ; Kaplan, 1992).

Les conditions pour réaliser un bilan de santé dans ce groupe d'âge semblent au premier abord remplies. La perte d'autonomie fonctionnelle s'installe le plus souvent insidieusement. Par ailleurs, plusieurs études ont montré que des déficiences étaient diagnostiquées avec retard chez les personnes âgées (Freer, 1990 ; Moore & Siu, 1996). Cette méconnaissance est autant en rapport avec le fait que les médecins focalisent leur attention sur les perturbations des fonctions de base (circulatoire, respiratoire, digestive, rénale etc.) qu'avec la sous-estimation des symptômes que les personnes âgées ne signalent pas toujours au médecin. Enfin, l'efficacité d'une intervention précoce sur certaines maladies (ostéoporose par exemple) et facteurs de risque (hypertension artérielle par exemple) a été rapportée dans plusieurs études d'observation. Mais, au fur et à mesure de l'avance en âge, les frontières entre vieillissement et maladie sont difficiles à distinguer. L'intrication dans l'expression des phénomènes de santé des aspects médicaux, psychologiques et sociaux est la règle. Aussi, les bilans de santé destinés aux personnes de plus de 60 ans ne devraient pas être qu'un simple prolongement des bilans effectués chez les adultes jeunes (Gatz, 1995).

Nous réalisons depuis plus de douze ans des bilans de santé gérontologiques dans un premier temps pour des adhérents

d'une caisse de retraite complémentaire puis plus récemment pour une mutuelle de la fonction publique. C'est notre expérience que nous rapportons dans cet article en insistant sur les principes qui nous animent, sur la façon dont nous les appliquons et sur les limites de notre action.

UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

L'objectif des bilans de santé gériatriques est de repérer des itinéraires cliniques et/ou des conditions de vie pouvant augmenter la probabilité de survenue d'un mauvais vieillissement. Nous recherchons comme lors de tout bilan de santé :

- une déficience organique passée inaperçue, mal explorée ou mal prise en charge ;
- un processus morbide asymptomatique pouvant faire l'objet d'un traitement spécifique ;
- des habitudes de vie et/ou un environnement physique et social au sens large, risquant d'aggraver les conséquences d'une déficience ou d'une incapacité quand elles ne sont pas à son origine.

C'est la façon dont sont conduits ces objectifs qui fait l'originalité de notre approche. Il s'agit d'aider les personnes âgées de plus de 60 ans à faire face à leur vieillissement en leur permettant de faire le point sur leur état de santé et d'envisager son évolution compte tenu de leurs projets de vie. Nous privilégions le dialogue plus que l'approche technique. L'entretien clinique doit permettre à la personne de formuler ses craintes, d'identifier en elle-même les ressources qui lui permettront de faire face aux situations à venir. Le médecin met de l'ordre dans toutes les informations sanitaires apportées par la personne afin de l'aider à mettre du sens sur son itinéraire de santé. Il ne s'agit pas de rajouter une « couche médicale », en multipliant les tests et les explorations techniques, sur une situation où ces couches se sont succédées au gré des plaintes et des maladies. Au contraire, comme pour un tableau à restaurer, nous proposons de revenir à la couche initiale de vie en découpant tout le superflu.

Les adhérents de la mutuelle, actuellement de la Mutuelle de l'équipement et des territoires (MGET), âgés de 60 à 75 ans sont invités par courrier à participer au bilan. Celui-ci est pris en charge financièrement par la mutuelle. S'ils acceptent, ils reçoivent un auto-questionnaire à domicile qui va leur permettre de décrire leur

itinéraire de santé et de vie: évaluation de la santé perçue, antécédents, déclaration des symptômes et maladies en cours de traitement, facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et d'ostéoporose, liste des médicaments, consultations préventives, mode de vie, support social, événements importants de leur vie. Ils sont ensuite reçus pendant une heure par un médecin gériatre. Avec l'aide de l'auto-questionnaire et du dossier médical apporté par le mutualiste, le médecin passe en revue les fonctions qui se modifient avec le vieillissement et qui ont un rôle majeur dans la qualité de vie au grand âge: vision, audition, dentition, aptitude cardio-respiratoire, équilibre, résistance osseuse, continence urinaire, mais aussi la mémoire et le moral. Il porte une attention particulière aux médicaments: appréciant la pertinence de l'indication, les interactions possibles et la présence d'effets secondaires. Il confronte antécédents (personnels et familiaux), plaintes, signes cliniques, résultats de tests simples et examens complémentaires pratiqués avant le bilan afin d'apprécier l'état de santé. Ne sont examinées que les fonctions qui peuvent faire l'objet de mesures correctrices et dont l'efficacité a été évaluée. Un avis médical est formulé pour chacune d'entre elles: fonctionnement jugé cliniquement normal ou dysfonctionnement correctement pris en charge compte tenu des connaissances actuelles ou dysfonctionnement nécessitant un approfondissement ou une réévaluation des mesures prises. Le mode de vie, les mesures préventives déjà prises, l'environnement matériel et social, le degré d'activités physiques et/ou d'activités stimulantes dans le domaine cognitif, les difficultés rencontrées dans l'existence sont examinés de la même façon.

L'exploration des fonctions de l'organisme et du contexte de vie permettent surtout d'apprécier la façon dont la personne fait face aux problèmes de santé qu'elle rencontre. La perception de la santé et du vieillissement, l'estime de soi, l'état psychoaffectif, les dimensions privilégiées de la qualité de vie sont des éléments importants pour un vieillissement satisfaisant. Les informations cliniques recueillies au cours de l'entretien et l'examen clinique ne servent donc pas uniquement à identifier des dysfonctionnements organiques mais aussi à approcher les dimensions existentielles du vieillissement. Elles permettent de juger de ses capacités à réagir aux difficultés liées à l'avance en âge et qui risquent de survenir. A la fin de l'entretien, une appréciation globale est faite par le gériatre et un dialogue s'engage sur les mesures à prendre soit

pour approfondir le bilan par des consultations spécialisées, soit pour envisager des modifications dans le mode de vie. L'important est de hiérarchiser les conseils, de les rendre cohérents entre eux et de discuter des moyens qu'aura la personne pour les reprendre à son compte. Les difficultés pour suivre les conseils sont au centre du dialogue. Un compte-rendu est adressé à la personne dans les jours qui suivent le bilan. Un double pour le médecin traitant est proposé à la personne. Au total, un tiers du temps de la consultation est consacré à l'examen de l'auto-questionnaire et au dossier de la personne, un autre tiers pour l'examen clinique et le dernier tiers pour faire le bilan des forces et des faiblesses de santé avec la personne et envisager des mesures de correction des trajectoires de santé.

QUELQUES RÉSULTATS QUANTITATIFS

Les bilans de santé se déroulent dans quatre villes : Paris, Bordeaux, Saint-Etienne et Saint-Nazaire. Les résultats, présentés dans cet article, ne concernent que les bilans effectués à Paris, du 1^{er} janvier 2002 au 30 juin 2007. Nous avons accueilli 366 personnes de 67,4 ans \pm 4,9 ans d'âge moyen. Il s'agissait de 198 hommes (54,1 %) de 68,3 ans \pm 4,6 d'âge moyen et de 168 femmes (45,9 %) de 66,4 ans \pm 5,5 ans d'âge moyen. Les consultants ont été divisés en deux catégories sociales : cadres 55,7 % (les hommes représentaient 71,6 %) et non cadres 38,3 % (les hommes représentaient 35,7 %). Pour 6 % des consultants l'information manquait.

La grande majorité des consultants vivait en couple (81,7 %). Plus de deux tiers des hommes (78,1 %), et des femmes (73,0 %) ont jugé leur état de santé physique très bon ou bon. La perception du moral était jugé très bon ou bon chez 83,8 % des hommes et 84,6 % des femmes. Ils consultaient régulièrement un médecin généraliste pour 93 % d'entre eux et un médecin spécialiste pour 72,5 %, sans différence significative selon le sexe ou le statut social. Près d'un tiers des hommes (31,8 %) et près de la moitié des femmes (44,0 %) prenaient chaque jour au moins 4 médicaments. Près de 20 % des hommes et 26 % des femmes n'avaient pas d'activité physique à caractère sportif (différence non significative), 18,6 % des cadres et 28,8 % des non cadres étaient dans la même situation (différence significative, $p=0,04$). Un tiers des hommes (30,5 %) et des femmes (34,5 %) n'avaient pas d'activité sociale,

leur espace de vie se limitant à leur famille et aux activités de la vie quotidienne.

Le bilan a permis d'identifier plusieurs déficiences passées inaperçues, ou minorées par le sujet ou qui étaient insuffisamment prises en charge par les médecins traitants. Pour les hommes, il s'agissait de déficiences visuelles (10,6%), auditives (14,8%), bucco-dentaires (9,2%), urinaires (15,2%) et podologiques (14,4%). Pour les femmes, il s'agissait de troubles nutritionnels, d'excès de poids (16,6%), de déficiences visuelles (13,8%), auditives (10,3%), bucco-dentaires (6,6%), d'incontinence urinaire d'effort (7,1%), podologiques (27,3%). Plus d'un tiers des femmes (36%) auraient dû bénéficier d'une ostéodensitométrie si on se réfère à la présence de facteurs de risque d'ostéoporose. Des déficiences non identifiées ont été plus souvent diagnostiquées chez les non-cadres que chez les cadres sans que les différences soient significatives. De même, il a été constaté que les pratiques préventives de santé étaient moins fréquentes chez les non-cadres que chez les cadres.

Au total, chez un tiers des sujets seulement, les pratiques de santé (au sens large, suivi médical, mesures préventives et mode de vie) ont été jugées en harmonie avec l'avancée en âge et des conseils de réassurance ont été donnés. Pour un autre tiers des sujets, une recommandation leur a été faite concernant soit une déficience à corriger, un suivi médical à améliorer ou un mode de vie à modifier. Pour le dernier tiers, plusieurs recommandations leur ont été faites afin de corriger des trajectoires de santé à risque.

LIMITES DE NOS BILANS DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES

Les résultats doivent être rapportés à cette population particulière de la fonction publique. Moins de 20% des sujets invités à participer au bilan de santé sont venus à la consultation. Ce n'est pas parce que l'on propose un bilan de santé (dans notre cas pris en charge financièrement par la mutuelle) que les personnes âgées s'y précipitent. Pour expliquer ce désintérêt, on peut penser que cette population, en fin de compte très médicalisée, devait se considérer bien suivie par son médecin traitant et ne percevait pas la valeur ajoutée d'un tel bilan. Par ailleurs, anticiper les malheurs du grand âge n'est pas chose facile quand, d'une certaine façon,

on refuse de se considérer «vieux» et que l'on se trouve en bonne santé. Enfin, les personnes savent bien que le vieillissement ne débute pas à 60 ans. C'est la façon dont on a vécu et travaillé qui, en grande partie, détermine les modalités du vieillissement individuel et la qualité de vie au grand âge. Enfin, les actions de prévention ne doivent pas avoir le même attrait avant et après 60 ans selon que l'on pense qu'elles peuvent réduire les menaces sur sa santé ou non. Certes, il existe des limites à l'efficacité des mesures préventives chez les personnes âgées. Mais ces limites ne sont pas aussi importantes que le pense un grand nombre de personnes âgées et de professionnels de la santé.

Au début de l'expérience, nous nous sommes demandés si ce bilan avait un sens pour une population volontaire, qui a une bonne protection sociale et des conditions socio-économiques relativement satisfaisantes et que l'on savait médicalisée. Il n'était pas évident que, dans cette population, le bilan permette de repérer des situations à risque d'un vieillissement pathologique. Aussi le fait marquant qui ressort de ces bilans est qu'en dépit d'un suivi médical régulier et d'un état de santé jugé globalement satisfaisant par les sujets, ceux-ci présentaient de nombreuses déficiences et un mode de vie qui risquaient d'aboutir pour certains d'entre eux à une vie de mauvaise qualité. En fait, les sujets continuent à être suivis par leur médecin comme s'il s'agissait d'adultes jeunes, sans regard gériatrique à même de relativiser certains symptômes et/ou de focaliser l'attention sur d'autres déficiences à risque pour le grand âge. Cela justifie de chercher à changer les représentations des personnes âgées concernant l'évolution du fonctionnement de leur corps au travers de ce bilan de santé.

Nous avons choisi de centrer les bilans sur la population dite des «jeunes-vieux». L'extension des bilans de prévention à des personnes âgées de plus de 75 ans posent de multiples problèmes (Mangin *et al.*, 2007). Nous pensons que le contenu actuel de notre bilan n'est pas adapté aux risques de santé que présente une population très âgée. Il faudrait probablement insister beaucoup plus sur le moral, l'estime de soi, les capacités gestuelles et de déambulation de la personne, sur le repérage de troubles de l'équilibre, des troubles de la mémoire et sur les conditions d'un logement sécurisé. De même, les capacités de la personne âgée à la conduite automobile devraient faire l'objet d'évaluation. Il importe dans ce groupe d'âge de bien mettre en balance les bien-

faits supposés de la prévention sur la qualité de vie et l'autonomie de la personne avec les effets pervers que ces mesures peuvent aussi engendrer.

Les personnes âgées et encore plus si elles sont très âgées déclarent un ou plusieurs symptômes, d'interprétation délicate compte tenu de l'intrication des processus de vieillissement et de maladie. Le modèle de dépistage de maladie au stade subclinique et asymptomatique de l'adulte jeune paraît moins pertinent. L'intrication du somatique, psychologique et social est plus prononcée après 60 ans et les sujets bien installés dans leur mode de vie. Le risque est de mal interpréter des manifestations physiologiques en rapport avec les processus du vieillissement ou le mode de vie. Ainsi, la pratique des bilans de santé risque de renforcer la médicalisation de la vieillesse s'ils ne concernent que la dimension biomédicale du vieillissement. De plus, il n'y a pas toujours consensus dans le corps médical quant à la conduite à tenir face à une affection asymptomatique chez des personnes de plus de 70 ans. C'est souvent par extrapolation des résultats obtenus chez l'adulte jeune que l'on élabore des stratégies thérapeutiques pour la personne très âgée. Nous manquons de données cliniques et épidémiologiques spécifiques à cette tranche d'âge. Aussi, la prudence devrait être de règle. Des auteurs suédois ont suivi pendant 20 ans des patients atteints d'un cancer localisé de la prostate et non traité d'emblée (cancer le plus fréquent chez les hommes de plus de 50 ans). Près de 6 patients sur 10 n'ont pas eu d'aggravation du cancer pendant cette période. Plus de 75% sont décédés d'une autre cause (Johansson, 2004). L'intérêt de dépister ces cancers est débattu dans la communauté médicale d'autant que leur traitement peut altérer la qualité de vie des patients.

Les difficultés posées par l'évaluation des bilans, leur impact pour la personne et la collectivité sont également importants et soulèvent des problèmes méthodologiques. On peut utiliser évidemment les indicateurs classiques: pourcentage de personnes répondant favorablement à l'invitation, pourcentage de personnes chez qui un déclin a été diagnostiqué, pourcentage de personnes ayant suivi les recommandations, pourcentage de personnes satisfaites par le bilan. L'évaluation passe en fait par la mise en place d'un suivi des personnes venues aux bilans. L'identification de sujets témoins (personnes n'ayant pas bénéficié des bilans et identiques en moyenne en âge, sexe et statut

professionnel aux personnes ayant bénéficié des bilans) permettrait d'évaluer l'efficacité des bilans.

Nous avons présenté seulement des résultats quantitatifs de nos bilans alors que nous avons la prétention de faire évoluer les représentations des personnes sur ce qu'est leur santé, leur vieillissement et leurs marges de manœuvre. Seule une évaluation qualitative permettrait d'aborder ces représentations. Néanmoins, lors des évaluations faites par la mutuelle et par questionnaire, les consultants ont dit avoir particulièrement apprécié le fait que le bilan allait au-delà des aspects biomédicaux du vieillissement et intégrait également les aspects psychologiques et sociaux. Les personnes souhaitent avoir des conseils sur la façon de gérer leur santé, celle-ci entendue au sens large du terme, ressources psycho-sociales comprises. Les médecins, trop souvent, focalisent leur attention sur les aspects médicaux du vieillissement. Pour la plupart, ils n'ont pas appris à évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées, à s'intéresser à leur environnement (matériel, affectif ou financier). Ils ne connaissent pas toujours précisément les aides techniques et sociales qui pourraient minimiser les conséquences des déficiences et incapacités. Un effort de formation des professionnels est un préalable à la mise en place de tels bilans s'ils doivent être réalisés en médecine ambulatoire.

Mais la difficulté principale est liée au fait que le bilan est, en quelque sorte, une évaluation de la prise en charge médico-psycho-sociale de la personne par son réseau sanitaire et du rôle de cette personne dans cette prise en charge, évaluation qui risque de déboucher sur une vulnérabilité du réseau qui est pris, en quelque sorte, en défaut. Aussi, confier les bilans de prévention au médecin traitant du sujet, comme cela est prévu, risque de déstabiliser la relation médecin-patient. Au contraire, en mettant au centre du bilan, la personne et non ses possibles dysfonctionnements, nous cherchons à lui redonner confiance dans ses capacités à gérer sa santé. En étudiant son itinéraire de santé et en abordant ses difficultés à suivre les conseils, nous l'aidons à donner du sens aux conseils et à retrouver ou à renforcer son statut de sujet dans le domaine de sa santé.

Avant que ces bilans de santé gériatriques ne soient diffusés à grande échelle, il importe d'en apprécier l'efficacité et de définir les meilleures stratégies et de comprendre par quel mécanisme ces bilans ont des résultats positifs. D'autres questions restent en suspens et mériteraient des études : à quelle population des personnes âgées devrait-on proposer un bilan de santé et avec quelle périodicité ? Comment repérer les personnes âgées dites fragiles ? Quels sont les critères qui permettent de juger l'efficacité des bilans et sur quelle période de temps ? Les stratégies et le contenu sont encore à préciser.

Ce bilan ne doit pas se réduire à une approche uniquement médicale de la santé de la personne, se cantonnant aux seuls déficits biomédicaux. Il importe également d'évaluer la capacité à faire face aux difficultés liées à l'avance en âge. Il devrait également prendre en compte les possibilités restantes et le contexte de vie. La manière dont un sujet âgé vit sa situation actuelle et la nature de ses perspectives d'avenir ont une grande influence sur sa façon de vieillir et sa qualité de vie. Cela pose la question d'un bilan multiprofessionnel où à côté du gériatre interviendrait le psychologue, le psychomotricien, le kinésithérapeute et l'assistance sociale pour envisager d'un point de vue fonctionnel la personne et la façon dont elle se préoccupe de son corps.

■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BEERS M., FINK A. & BECK J.C. (1991).** *Screening recommendations for the elderly. Am J Public Health, 81: 1131-1140.*
- CASSOU B. (1996).** *Faut-il prévoir des examens de santé périodiques pour les patients de plus de 75 ans, et lesquels? Le Concours médical, 118: 2377-2380.*
- DESCHAMPS J.P. (1995).** *Les examens de santé systématiques, heurs et malheurs de la politique de prévention de l'assurance maladie. Revue française des affaires sociales, 49: 135-152.*
- FREER C.B. (1990).** *Screening the elderly. BMJ; 300: 1447-1448.*
- GATZ M. (1995).** *Questions that aging puts to preventionists in Promoting successful and productive aging, Bond LA, Cutler SJ, Grams A Eds, Sage Publications, Thousand Oaks, 36- 50.*
- HARRIS A. (1992).** *Health checks for people over 75. BMJ; 305: 599-600.*
- JOHANSSON J.E. (2004).** *Natural history of early localized prostate cancer. JAMA; 291: 2713-2719.*
- KAPLAN G.A. (1992).** *Maintenance of functioning in the elderly. Ann Epidemiol, 2: 823-834.*
- MANGIN D, SWEENEY K & HEALTH I. (2007).** *Preventive health care in elderly people needs rethinking. BMJ; 335: 285-287.*
- MÉNARD J. (2005).** *La consultation périodique de prévention. Rapport au Ministre de la santé, mai 2005*
- MOORE A.A. & SIU A.L. (1996).** *Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Medicine, 100: 438-443.*
- OBERLÉ D., BORG F. & BOURDILLON F. (2006).** *L'état des lieux des dépistages et des examens systématiques prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Rev Med Ass Maladie; 37: 109-116.*