

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Jérémy DELCROS**

Le 19 OCTOBRE 2021

**Evaluation des pratiques des médecins généralistes en Occitanie  
concernant le repérage du sujet âgé fragile en soins premiers.**

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU

#### JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT Présidente

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU Assesseur

Monsieur le Docteur Franck SAPALY Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2020**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOU Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICQEMME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERAT Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOURHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHLIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCCICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERALD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISLIERI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTE Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur GRAND Alain
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LANG Thierry
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	Professeur RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

**Professeurs Emérites**

Professeur ADER Jean-Louis  
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
 Professeur ARBUS Louis  
 Professeur ARLET Philippe  
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
 Professeur BOCCALON Henri  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur BONEU Bernard  
 Professeur CARATERO Claude  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur CONTE Jean  
 Professeur COSTAGLIOLA Michel  
 Professeur DABERNAT Henri  
 Professeur FRAYSSE Bernard  
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur JOFFRE Francis  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LANG Thierry  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MANELFE Claude  
 Professeur MASSIP Patrice  
 Professeur MAZIERES Bernard  
 Professeur MOSCOVICI Jacques  
 Professeur MURAT  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeur SALVAYRE Robert  
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOIREAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Généraliste
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Forc.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jaeh (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LECOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fahimah (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE Jérôme	Neurologie
M. PARNAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carl (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOLO Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GALIZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Jarick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme RI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neurologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVIGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SEUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandrine

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoinette	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BIJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandro	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatito-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURSON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Aline-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUSER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétricale
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STELLINKES André

P.U. - P.H.  
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Généraliste
M. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Généraliste et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGÈZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-SUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUQUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Mylène	Ophthalmologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de OLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annabelle	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Saïbouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Marjorie	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Célestine	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PELLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOLAA Bruno  
Mme PUECH Martine

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Lucre	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DECOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EYRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIAU Lévinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Lella

## **Remerciements aux membres du jury :**

### **A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT**

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter de présider cette thèse, je vous en remercie. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU**

Je te remercie de m'avoir aidé à cheminer vers ce sujet de thèse. Tes nombreux conseils et ta rigueur ont permis d'enrichir mon travail.

Je te remercie également pour ta disponibilité et ta patience, ton accompagnement a été précieux.

### **A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

Je vous remercie d'accepter de juger mon travail de thèse et d'y apporter votre expertise sur la prise en charge du sujet âgé en soins premiers.

### **Monsieur le Docteur Franck SAPALY**

Ta présence dans ce jury est naturelle, je te remercie de m'avoir fait découvrir comme maître de stage ta pratique de la médecine à laquelle j'ai adhéré. Ton compagnonnage et ton amitié me sont précieux.

## **Remerciements à mes proches :**

**A mes parents**, merci de m'avoir soutenu toutes ces années, merci pour votre amour et pour l'enfance heureuse que vous m'avez donnée.

**A ma sœur**, merci d'avoir été présente dans les bons et les mauvais moments, nous avons grandi ensemble avec complicité (et peut être quelques très rares disputes). A Xavier qui l'accompagne et a trouvé sa place dans la famille.

**A mes grands-pères**, Papi pour les valeurs de travail et d'attachement à mes racines, Papé pour tes récits sur le grand médecin que tu as été qui ont contribué à ma vocation et au médecin que je suis aujourd'hui. Vous avez toujours été fiers de moi et n'êtes plus là aujourd'hui, je pense fort à vous.

**A mes grands-mères**, Mamie, Mamou merci d'avoir toujours été présentes et pris soin de moi.

**A mes oncles et tantes**, Jean-Bernard et Catherine, Véronique et Killy, Denis et Carole, Cécile, qui m'avez vu grandir et avec qui j'aime partager des bons moments, merci. A Christine merci, tu m'accompagneras toujours.

**A mes cousines et cousins bordelais**, Antoine et Elsa merci pour toutes ces vacances et bons moments de notre enfance passés ensemble. A Lionnel, Samia, Lisa, Mounir, Emilie, Romain, aux belles réunions de familles passées et à venir, aux ateliers !

**A mes cousines et cousins parnacois**, Camille, François, Pierre Alain, Pauline, Victor, Baptiste et Dimitri, vous avoir vu grandir a été un bonheur, je suis fier des jeunes adultes que vous êtes devenus. A Jean Médéric, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi.

**A mes amis lotois**, Gaétan, Nicolas, Olivier, pour les bons moments : cabanes, apéros et autres radeaux de fortunes, merci.

**A mes amis**, futurs estimés confrères et consœurs, Adrian, Astruc, Brubru, Emmeline, Gwendo, JB, Pauchet, Pierre (un seul des deux), Marion, Romain, Samar, Timtim et Oussama. Merci pour ces années d'études et de soirées partagées, pour celles à venir.

**A ma belle-famille**, Michèle (Môman), Jean Louis, Cécile, Hugo, Antoine et Céline, je vous remercie de m'avoir accueilli comme l'un des vôtres, les moments que nous partageons me sont précieux.

**Aux Maitres de stages qui m'ont accompagné et formé**, Caroline, Julie, Jean-Luc, Christophe C., Céline, Christophe B., Marie-Laure, Pierre et Marion, merci.

**Aux professionnels de santé de Labastide St Sernin**, Aurélia, Christine et Pascale merci de m'avoir accueilli et intégré au cabinet dans la bonne humeur. A tous ces beaux projets à venir. Aux IDE, Kinés, pharmaciens, orthophonistes, je suis heureux de vous côtoyer et travailler avec vous.

**Aux professionnels** de la Fondation Marie Louise et de l'Ehpad Castel Girou, merci.

**A Laure**, l'amour de ma vie, merci d'être toujours à mes côtés. J'ai de la chance de t'avoir rencontré et de partager ta vie.

## **Table des matières :**

<b>INDEX DES ABREVIATIONS</b> .....	9
<b>I. INTRODUCTION :</b> .....	10
<i>A/ Etat actuel des connaissances sur la fragilité et son diagnostic :</i> .....	10
<i>B/ Le repérage de la fragilité :</i> .....	13
<b>II. MATERIEL ET METHODES :</b> .....	16
<i>A/ Type d'étude et population cible :</i> .....	16
1/ Type d'étude : .....	16
2/ Population cible :.....	16
<i>B/ Elaboration du questionnaire :</i> .....	17
1/ Méthodologie générale :.....	17
2/ Déroulement du questionnaire et principaux axes abordés :.....	18
<i>C/ Diffusion du questionnaire et recueil des données :</i> .....	20
<i>D/ Analyse statistique :</i> .....	20
<i>E/ Considérations éthiques :</i> .....	21
<b>III. RESULTATS :</b> .....	22
<i>A/ Segmentation de l'inclusion et taux de non-réponse :</i> .....	22
<i>B/ Analyse descriptive puis qualitative univariée de la population étudiée :</i> .....	23
1/ En fonction de l'âge :.....	23
2/ En fonction du sexe :.....	24
3/ En fonction du lieu d'exercice : .....	24
4/ En fonction du mode d'exercice et d'une éventuelle formation complémentaire :.....	25
5/ Synthèse : .....	26
<i>C/ Analyse descriptive des réponses :</i> .....	27
1/ Evaluation des pratiques gériatriques des médecins : .....	27
2/ Evaluation des pratiques concernant le repérage de la fragilité :.....	29
<i>D/ Analyse statistique qualitative univariée des réponses :</i> .....	31
1/ En fonction de l'âge :.....	31
2/ En fonction du milieu d'exercice :.....	32
3/ En fonction du sexe :.....	33
4/ En fonction du d'une éventuelle formation complémentaire en gériatrie :.....	34
5/ En fonction de la maîtrise de stage universitaire : .....	35
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	36
<i>A/ Concernant la population étudiée et la représentativité de l'échantillon :</i> .....	36
<i>B/ Résultats concernant les pratiques gériatriques des médecins généralistes :</i> .....	38

<i>C/ Analyse des résultats concernant la fragilité et les outils de son repérage : .....</i>	40
<i>D/ Forces et limites de l'étude elle-même : .....</i>	41
<b>V. CONCLUSION : .....</b>	43
<b>VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....</b>	45

## **INDEX DES ABREVIATIONS**

ADL : Activities of Daily Living

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la Santé)

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale

GFST : Gérontopôle Frail Screening Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MG : Médecin Généraliste

MMSE : Mini Mental State Examination

MSU : Maitre de stage universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

## I. INTRODUCTION :

### *A/ Etat actuel des connaissances sur la fragilité et son diagnostic :*

La fragilité est définie par la société française de gériatrie et gérontologie comme un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve, altérant ainsi les mécanismes d'adaptation au stress. (1)

Pour définir le syndrome de fragilité, deux modèles existent, cherchant chacun à mettre en évidence cette altération des réserves fonctionnelles (2):

#### - ***Le modèle de FRIED (3)(Modèle physique) :***

- Il évalue les éléments suivants :
  - Perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou  $\geq 5$  % du poids) depuis 1 an,
  - Epuisement ressenti par le patient,
  - Vitesse de marche ralentie,
  - Baisse de la force musculaire,
  - Sédentarité.
- Un patient ne présentant aucun de ces critères est considéré robuste, en présence d'un à deux critères on parlera « d'état pré fragile », à partir de 3 critères le patient est considéré comme fragile.

#### - ***Le modèle de ROCKWOOD (4) (Modèle multi-domaine) :***

- Il propose une approche intégrative regroupant cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités.
- Il ne permet donc de poser le diagnostic qu'après évaluation gériatrique standardisée.
- Il ne propose pas de seuil mais plutôt un continuum définissant un degré de fragilité.

La fragilité est un marqueur de risque de la survenue d'évènements péjoratifs. En 2001, l'étude de FRIED a montré que la fragilité est un facteur prédictif à 3 ans de survenue de chutes, de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. (3) En 2011 une revue de la littérature confirme l'association entre les critères de FRIED (associés ou isolés) et une altération dans les activités de la vie quotidienne chez les patients de plus de 65 ans vivant au domicile. (5)

L'étude SHARE a permis le suivi de 11000 personnes fragiles en Europe sur une durée de 2 ans. Elle utilise pour définir la fragilité le « *SHARE operationalized frailty phenotype* » dérivé des critères de Fried.(6) On retrouve ainsi une association entre la fragilité et l'apparition au cours du suivi prospectif des éléments suivants : (7)

- Troubles de la mobilité,
- Anomalie dans les ADL et IADL,
- Augmentation de la morbidité.

Enfin en 2015 une revue systématique et méta analyse d'études de cohortes prospectives montre l'association entre fragilité et augmentation de la mortalité. (8)

Le diagnostic de la fragilité est permis par l'évaluation gériatrique standardisée. Elle correspond à « *un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé fragile, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psychosociales et fonctionnelles dans le but d'implanter un projet de traitement et de suivi à longue durée* » (9)

En plus d'une évaluation médicale habituelle, elle s'intéresse à plusieurs items spécifiques à la gériatrie en s'appuyant sur différents outils validés. On retrouve ainsi comme principaux axes d'étude :

- La nutrition,
- L'évaluation fonctionnelle des activités de la vie quotidienne de base et instrumentales,
- La mobilité (Chutes et troubles de la marche),
- La fonction Mentale (troubles cognitifs et de l'humeur, fonctions sensorielles),
- Iatrogénie médicamenteuse (Polymédication),
- Evaluation de l'environnement et des ressources socio-économiques.

Elle débouche sur une intervention gériatrique globale qui permet de détecter des pathologies traitables passées inaperçues et ainsi diminuer le risque de chutes, d'institutionnalisation et d'hospitalisation. (10)

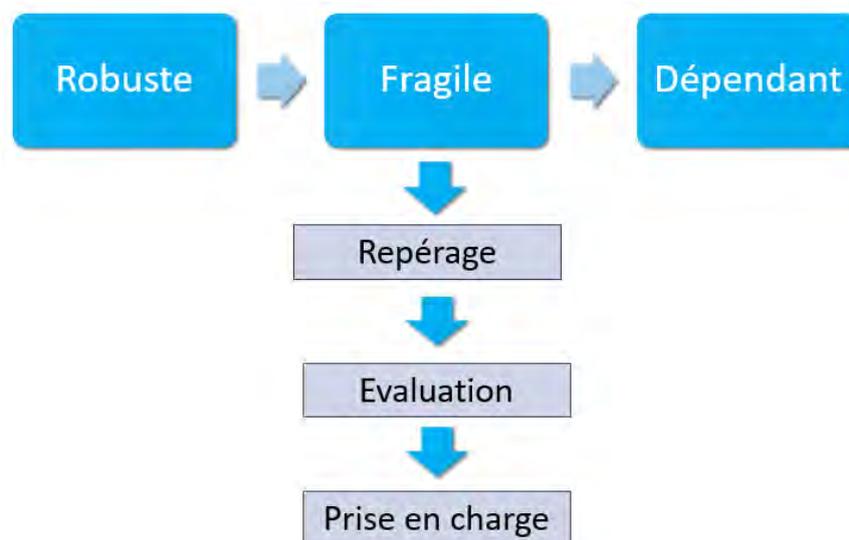
Les études sur la prise en charge gériatrique globale sont en faveur d'une amélioration du pronostic fonctionnel et de la survie.(9) Par exemple, la mise en place de programmes d'activité physique adaptés chez les patients fragiles, permet de prévenir la perte d'autonomie (11–15) et de réduire la prévalence de la fragilité. (16)

En France, la prévalence de la fragilité varie selon les études et la définition de la fragilité utilisée. Dans l'étude SHARE où la fragilité est définie à partir des critères de FRIED, on retrouve une prévalence à 15% chez les sujets de plus de 65 ans vivant au domicile. (17)

La fragilité a donc une prévalence relativement élevée chez les patients de plus de 65 ans. Elle est un marqueur péjoratif d'évènements défavorables et est réversible, sa prise en charge permet ainsi d'améliorer le pronostic. D'après les données de la littérature, son diagnostic et sa prise en charge reposent sur une évaluation gériatrique standardisée et une intervention globale. Cependant il est impossible de proposer cette évaluation à l'ensemble de la population. Se pose ainsi l'enjeu de repérer les sujets à risque de fragilité en population générale et de les soumettre à une EGS.

## B/ Le repérage de la fragilité :

Le repérage est la porte d'entrée d'une séquence complète de prise en charge de la fragilité :



Il peut être réalisé par tout soignant de premier recours : médecin traitant, infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante. Les services d'aide à la personne et sociaux sont également mis à contribution. Il est préférable de former ces professionnels à la démarche et à l'utilisation d'outils validés. (18)

La médecine générale, basée sur une approche globale des patients dans le temps, a une place de choix dans le repérage de la fragilité. (19) L'impression clinique des médecins généralistes est d'ailleurs performante dans le dépistage de la fragilité, mais nécessite l'appui d'outils de mesure objectifs pour être plus sensible et spécifique. (20)

Dans la littérature, de nombreux outils existent pour le repérage de la fragilité, dérivés des critères de FRIED. Ils sont imparfaits mais apportent une base au clinicien pour approcher le concept de fragilité. (21)

La société française de gériatrie et la Haute Autorité de Santé recommandent l'utilisation du Gérontopôle Frail Screening Tool (GFST) en médecine de ville pour le

dépistage de la fragilité (18). C'est une grille de repérage élaborée par le Gérotopôle de Toulouse, comportant tout d'abord les questions suivantes (22) :

- Quatre questions dérivées des critères physiques de Fried (asthénie, poids, vitesse de marche et difficultés à se déplacer),
- Une question explorant l'environnement social (vivre seul),
- Et une question abordant la dimension cognitive (troubles de la mémoire).

Si le médecin répond positivement à l'une de ces questions, une dernière question prend en compte le sentiment subjectif du médecin sur la fragilité de son patient. Si le médecin y répond par l'affirmative, le patient doit être adressé pour évaluation. (*Annexe 1*)

Quand on regarde les données sur les patients évalués en hôpital de jour gériatrique au gérotopôle de Toulouse, adressés par leur médecin généraliste via le GFST (23) :

- En se basant sur les critères de Fried, 39.1% de patients étaient pré fragiles et 54.5% fragiles.
- 43 % des patients repérés ainsi avaient un risque de dénutrition et 39% un faible score d'activité physique.
- L'autonomie pour les AVQ était préservée (score à  $5,6 \pm 0,8/6$ ). Cependant les activités instrumentales de la vie quotidienne étaient perturbées (IADL à  $6,0 \pm 2,3$  pour un score usuel de 8/8).

Ainsi, l'échantillon recruté par les médecins généralistes via le GFST paraît pertinent car 93.6% des patients adressés étaient fragiles ou à risque de fragilité, et ont nécessité des interventions. (23)

Si l'on interroge les médecins généralistes sur la faisabilité du GFST en consultation, 90.9% d'entre eux le décrivent comme faisable. (24)

Le GFST, recommandé par la HAS, paraît donc adapté au repérage de la fragilité par les médecins généralistes. Cependant une enquête sur 148 professionnels de santé dans le bassin lourdaise (dont 40 médecins, 60 infirmiers, 29 kinésithérapeutes et 19 pharmaciens) montre que 60 % d'entre eux disent connaître le concept de fragilité, mais

moins de 10 % son test de dépistage. Ainsi on peut relever un contraste entre la connaissance du concept de fragilité et son test de dépistage. (25)

Finalement les recommandations existantes préconisent l'utilisation du GFST chez les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. (21) Les médecins généralistes reconnaissent ces recommandations comme applicables. (24)(25) Ainsi les conditions pour un large repérage de la fragilité en médecine de ville semblent réunies, mais en pratique les données manquent concernant leur mise en œuvre au quotidien : *Quelles sont les pratiques des médecins généralistes concernant le suivi des patients âgés en général, et le repérage de la fragilité en particulier ?*

*L'objectif principal* de cette étude était d'évaluer les pratiques gériatriques des médecins généralistes en Occitanie concernant le repérage de la fragilité du sujet âgé.

*Les objectifs secondaires étaient :*

- De préciser la fréquence et les moyens de l'évaluation des patients âgés potentiellement fragiles : via le repérage de la fragilité dans sa globalité ou via l'évaluation des différents items de l'évaluation gériatrique standardisée.
- D'évaluer l'applicabilité supposée du GFST par les médecins généralistes.

Une meilleure compréhension de ces notions permettrait de mieux appréhender les freins aux actions de repérage de la fragilité et de les promouvoir en soins premiers.

## II. MATERIEL ET METHODES :

*A/ Type d'étude et population cible :*

### 1/ Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête épidémiologique descriptive transversale évaluant les pratiques des médecins généralistes par un questionnaire en ligne.

Elle s'est déroulée du 01/12/2020 au 15/01/2021. La diffusion était réalisée par mail aux médecins généralistes répertoriés sur l'annuaire de professionnels de l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Occitanie.

Le mail avait comme objet « Fragilité du sujet âgé en soins premiers », et comportait un corps de texte explicatif de l'étude ainsi qu'un lien menant vers le questionnaire hébergé par Google Forms.

Une phase de pré-test effectuée en novembre 2020 auprès de 4 médecins généralistes, en conditions, avait permis de valider le questionnaire et d'estimer le temps de réponse à 8 minutes.

### 2/ Population cible :

#### *a / Définition de la population cible :*

La population cible de cette étude observationnelle descriptive quantitative et transversale, était les médecins généralistes installés en libéral dans la région Occitanie inscrits au tableau du conseil de l'Ordre des médecins.

*Les critères d'inclusion étaient :* médecins généralistes en Occitanie, installés en libéral, titulaire d'une thèse, âgés de moins de 75 ans.

*Les critères de non-inclusion étaient :* les internes en médecine, les médecins de plus de 75 ans et/ou non installés.

Nous justifions ce choix par la volonté d'obtenir un échantillon de médecin plus exposés au suivi au long cours des patients âgés. Les médecins pouvaient avoir une activité libérale exclusive ou mixte (avec une part d'activité salariée).

### ***b / Recrutement et échantillonnage :***

L'utilisation de l'annuaire professionnel de l'URPS nous a permis de disposer d'une importante base de données et de réaliser un échantillonnage aléatoire. Le nombre important de destinataires permettait d'anticiper le faible taux de réponse.(26)

### ***B/ Elaboration du questionnaire :***

#### **1/ Méthodologie générale :**

L'élaboration du questionnaire était précédée d'une revue de la littérature portant sur la fragilité et sa prise en charge, afin de se reposer sur des bases scientifiques validées.

Le déroulement du questionnaire était le suivant : introduction par des questions catégorielles, puis 3 principaux axes se faisant suite dans un ordre logique pour faciliter la compréhension du médecin questionné. Nous avons également utilisé des questions filtres pour faciliter la progression tout au long du questionnaire. (27)

Le biais de désirabilité sociale se produit lorsque la personne interrogée cherche à donner une « bonne image » à l'enquêteur ; dans notre cas, en sur évaluant ses pratiques dans le repérage de la fragilité. Pour le limiter, nous avons choisi de formuler les questions de la façon la plus neutre possible. Nous n'avons donné les informations aux médecins questionnés concernant les recommandations sur le repérage de la fragilité qu'en toute fin d'étude, afin qu'ils ne calquent pas leurs réponses sur ces dernières. (28)

Nous avons également décidé de privilégier les questions fermées, afin de simplifier le recueil et l'analyse des données. Les questions ouvertes sont, elles, utilisées à hauteur de 13 % et autorisent l'obtention d'informations complémentaires.

## 2/ Déroulement du questionnaire et principaux axes abordés :

Sont abordés dans cette partie le déroulé et la réflexion de l'enquête ; le questionnaire complet est lui, présenté en annexes. (*Annexe 2*)

### **a/ Questions catégorielles :**

Elles ouvraient le questionnaire et étaient simples. Elles permettaient de mettre en confiance le médecin répondant mais surtout de s'assurer de la représentativité de l'échantillon. (29)

Les critères de représentativité avaient été définis à l'avance et évalués par des questions abordant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le mode de pratique et la formation des médecins.

### **b/ Premier axe :**

Le cheminement logique choisi pour ce questionnaire était d'aller du général vers le particulier : en commençant par les pratiques gériatriques globales des MG, en continuant par le repérage de la fragilité, et en finissant avec l'outil GFST.

Nous avons ainsi décidé d'axer cette partie sur les différents items de l'évaluation gériatrique standardisée. Cela permettait, sans aborder spécifiquement le thème de la fragilité, de préciser les pratiques des médecins généralistes sur les principaux syndromes gériatriques.

Nous avons cherché à évaluer à quels moments les MG allaient engager des actions de repérage sur ces différents syndromes gériatriques et par quels moyens, conformément aux recommandations actuelles.

Les questions portaient donc sur :

- L'évaluation de l'état nutritionnel conformément aux recommandations de la HAS (30)
- L'évaluation des fonctions cognitives (31)
- L'évaluation d'une souffrance psychique, dépression (32)
- L'évaluation des troubles de la mobilité et de l'équilibre (33)

- Les actions d'optimisation thérapeutique (34)
- Evaluation de l'autonomie et de la nécessité d'aides (35)

**c/ Deuxième axe :**

Ce deuxième axe du questionnaire était centré sur les pratiques des MG concernant le repérage de la fragilité, et permettait de répondre à l'objectif principal.

Nous avons évalué le contexte, la fréquence et la méthode d'évaluation :

- *Etes-vous familier avec le concept de fragilité du sujet âgé ?*
- *A quelle occasion repérez-vous la fragilité des patients de plus de 65 ans ?*
- *Si vous repérez la fragilité de manière systématique, à quelle fréquence ?*
- *Comment repérez-vous la fragilité du sujet âgé ?*

**d/ Troisième axe :**

Le questionnaire se terminait par l'évaluation du GFST. Ce dernier étant peu connu par les MG et relativement peu utilisé (25), nous avons choisi de débiter cette partie par une courte présentation de l'outil et de ses conditions d'utilisation. Ceci permettait de renforcer la pertinence des réponses des MG concernant leur utilisation et l'applicabilité du GFST.

Nous abordions ainsi, afin de répondre à l'un des objectifs secondaires :

- La connaissance par les MG de l'outil GFST,
- Son applicabilité supposée en soins premiers et son utilisation en consultation de médecine générale.

Les différentes questions de ce paragraphe étaient complétées par des questions ouvertes, afin de mieux préciser les forces et limites de l'outil exprimées par les médecins généralistes.

### *C/ Diffusion du questionnaire et recueil des données :*

Nous avons utilisé le site internet Google FORMS pour élaborer le questionnaire. Il a ensuite été diffusé en ligne par mail, et auto-administré par les médecins généralistes.

Ce choix nous a paru intéressant pour évaluer les pratiques. En effet il permettait une diffusion large et garantissait un certain anonymat, utile pour mettre en confiance les médecins répondants.

### *D/ Analyse statistique :*

Les données recueillies étaient uniquement qualitatives et donc exprimées en pourcentages.

Nous avons ensuite effectué une analyse statistique avec l'aide du logiciel *IBM IPPS statistics* et du site internet *pvalue.io*. Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi 2 (X<sup>2</sup>) et le test exact de Fischer lorsque les effectifs inférieurs à 5. Le risque de première espèce  $\alpha$  était fixé à 5%.

Nous avons cherché à analyser les pratiques des médecins généralistes concernant le repérage de la fragilité, tout en précisant les motivations et moyens de l'évaluation.

Pour cela nous avons définis plusieurs groupes d'intérêts pour l'analyse statistique. Les médecins étaient catégorisés en fonction :

- Du sexe,
- Du milieu d'exercice,
- De l'âge,
- D'une formation ou pratique gériatrique préalable (Capacité en gériatrie, coordination en EHPAD ou travail salarié en rapport avec la gériatrie),
- D'une maîtrise de stage universitaire.

Nous avons notamment voulu rechercher si une différence de pratique pouvait être expliquée par l'âge et le renouvellement générationnel ; par une plus grande connaissance de la particularité de la prise en charge du sujet âgé, obtenue à l'issue d'une formation ; ou encore l'impact de la maîtrise de stage universitaire.

La deuxième étape a donc été de parcourir les différents items du questionnaire et observer les différences pour ces populations d'intérêt.

Concernant l'étude de pratiques nous avons décidé de simplifier l'analyse des données et de la rendre plus pertinente en :

- Regroupant pour chaque item les répondants : entre ceux qui évaluaient en systématique et ceux qui le faisaient sur point d'appel seulement (doute clinique et/ou demande des patients).
- Regroupant, selon un raisonnement analogue lorsque nous étudions les moyens utilisés par les médecins pour évaluer les patients âgés, ceux qui utilisaient des outils validés ou seulement leur impression clinique :
  - Pour le suivi mnésique : test clinique validé vs interrogatoire / avis spécialisé d'emblée.
  - Pour le suivi moteur : Test clinique validé vs impression clinique.
  - Pour le suivi thymique : Interrogatoire vs mini GDS +/- GDS vs échelle autre.
  - Pour le repérage de la fragilité : ressenti clinique seul vs GFST / échelle validée.

En plus d'être pertinent pour décrire les pratiques, cela permettait d'éviter une dispersion des données et améliorerait les performances de l'analyse statistique.

*E/ Considérations éthiques :*

Nous étions dans le cadre d'une étude dont les données étaient obtenues à l'issue d'un questionnaire.

Les médecins interrogés étaient volontaires et répondaient anonymement sur leurs pratiques. Nous n'avons pas eu besoin d'accéder à des informations concernant les patients par l'intermédiaire des médecins ou de l'accès au dossier médical.

### III. RESULTATS :

*A/ Segmentation de l'inclusion et taux de non-réponse :*



Sur une population cible de 6793 médecins, 2474 étaient contactés par mail, 908 mails étaient ouverts et 178 réponses complètes ont constitué notre échantillon.

Nous avons ainsi obtenu un taux de réponse de 7.2% pour un taux de non-réponse de 92.8%. Le taux d'ouverture du mail était lui de 36.7%.

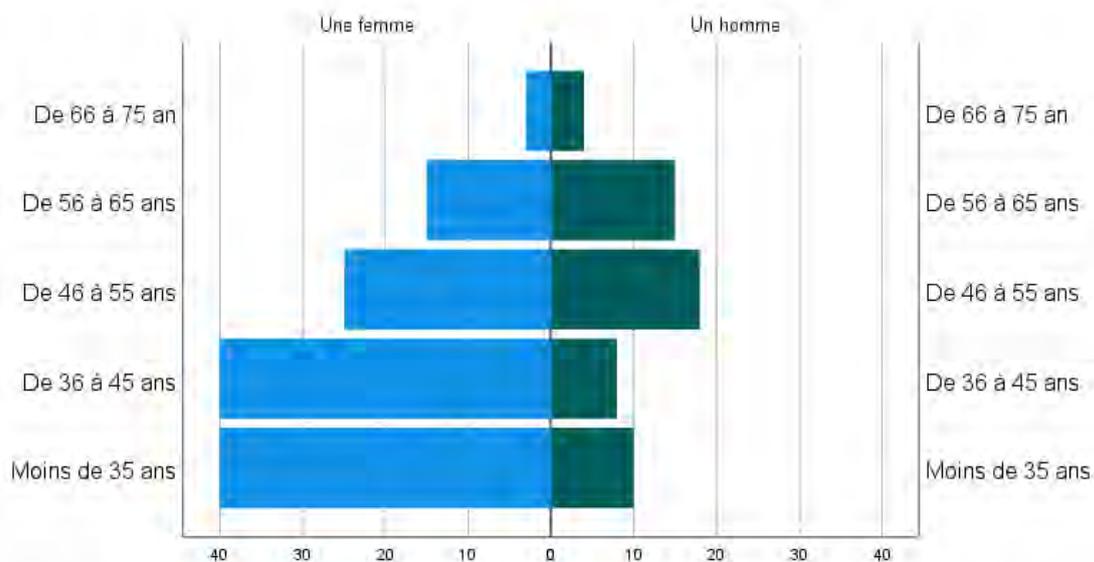
## B/ Analyse descriptive puis qualitative univariée de la population étudiée :

Nous allons dans un premier temps aborder les données concernant la population étudiée : de manière descriptive puis après analyse statistique.

### 1/ En fonction de l'âge :

L'âge moyen des répondants était de 44 ans. On retrouvait une pyramide des âges avec un profil mixte, cylindrique et pyramidal, correspondant à des effectifs semblables de 35 à 55 ans, et une diminution à partir de 56 ans.

Si l'on étudiait la répartition selon le sexe, on retrouvait une forte prédominance des femmes jeunes (81.6% des répondants de moins de 45 ans), puis un équilibre entre les sexes à partir de 45 ans. (**p<0.001**)



Il existait également une association statistique entre l'âge et la maîtrise de stage universitaire. Les MSU avaient un âge moyen de 48 ans contre 43.7 pour les non MSU (**p<0.001**). Dans le détail, les MSU avaient un âge médian (60% des 46-55 ans) et les non MSU des âges extrêmes (82% des 26-35 et 65% des 56-65 ans).

Enfin, on remarquait que les médecins exerçant en milieu semi rural étaient plus jeunes (26-35), ceux qui exerçaient en ville avaient un âge médian (36-55), tandis qu'en milieu rural la distribution se situait entre les âges extrêmes (26-45 et 56-75) (**p<0.01**).

TABLEAU NUMERO 1 : ANALYSE DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DE L'AGE								
ITEMS	Réponses	26-35	36-45	46-55	56-75	N total	p	Test
FORMATION GERIATRIQUE	Non	43 (86%)	39 (81%)	28 (65%)	30 (81%)	140	0.085	Chi2
	Formation complémentaire	7 (14%)	9 (19%)	15 (35%)	7 (19%)	38		
MILIEU	Urbain	11 (22%)	24 (50%)	23 (53%)	19 (51%)	77	<0.001	Chi2
	Semi-rural	25 (50%)	11 (23%)	17 (40%)	7 (19%)	60		
	Rural	14 (28%)	13 (27%)	3 (7%)	11 (30%)	41		
SEXE	Femme	40 (80%)	40 (83%)	25 (58%)	18 (49%)	123	<0.001	Chi2
	Homme	10 (20%)	8 (17%)	18 (42%)	19 (51%)	55		
MAITRE DE STAGE UNIV	Non MSU	41 (82%)	30 (62%)	17 (40%)	24 (65%)	112	<0.001	Chi2
	MSU	9 (18%)	18 (38%)	26 (60%)	13 (35%)	66		

## 2/ En fonction du sexe :

- Etude descriptive : 69.1% des répondants étaient des femmes et 30.9% des hommes.
- Analyse statistique :
  - o Comme vu ci-dessus il y avait donc une association entre l'âge et le sexe,
  - o L'analyse statistique ne retrouvait pas de différence statistiquement significative concernant le milieu d'exercice, le statut de maître de stage universitaire ou une éventuelle formation en gériatre.

TABLEAU NUMERO 2 : ANALYSE DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DU SEXE						
ITEMS	Réponses	Femmes	Hommes	N total	p	Test
FORMATION GERIATRIQUE	Non	100 (81%)	40 (73%)	140	0.2	Chi2
	Formation complémentaire	23 (19%)	15 (27%)	38		
AGE	De 26 à 35 ans	40 (33%)	10 (18%)	50	<0.001	Chi2
	De 36 à 45 ans	40 (33%)	8 (15%)	48		
	De 46 à 55 ans	25 (20%)	18 (33%)	43		
	De 56 à 75 ans	18 (15%)	19 (35%)	37		
MAITRE DE STAGE UNIV	Non MSU	81 (66%)	31 (56%)	112	0.23	Chi2
	MSU	42 (34%)	24 (44%)	66		
MILIEU	Urbain	48 (39%)	29 (53%)	77	0.075	Chi2
	Semi-rural	48 (39%)	12 (22%)	60		
	Rural	27 (22%)	14 (25%)	41		

## 3/ En fonction du lieu d'exercice :

- Etude descriptive : la majorité des médecins interrogés exerçait en milieu urbain (77 soit 43%), 34% avaient un exercice semi-rural et 23% rural.
- Si l'on analysait la population des médecins interrogés :
  - o Comme vu ci-dessus, association avec l'âge.
  - o On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative concernant le sexe, le statut de maître de stage universitaire ou une éventuelle formation en gériatre.

TABLEAU NUMERO 3 : ANALYSE DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE							
ITEMS	Réponses	Urbain	½ rural	Rural	N total	p	Test
FORMATION GERIATRIQUE	Non	62 (81%)	43 (72%)	35 (85%)	140	0.22	Chi2
	Formation complémentaire	15 (19%)	17 (28%)	6 (15%)	38		
AGE	De 26 à 35 ans	11 (14%)	25 (42%)	14 (34%)	50	<0.01	Chi2
	De 36 à 45 ans	24 (31%)	11 (18%)	13 (32%)	48		
	De 46 à 55 ans	23 (30%)	17 (28%)	3 (7.3%)	43		
	De 56 à 75 ans	19 (25%)	7 (12%)	11 (27%)	37		
SEXE	Une femme	48 (62%)	48 (80%)	27 (66%)	123	0.075	Chi2
	Un homme	29 (38%)	12 (20%)	14 (34%)	55		
MAITRE DE STAGE UNIV	Non MSU	51 (66%)	36 (60%)	25 (61%)	112	0.72	Chi2
	MSU	26 (34%)	24 (40%)	16 (39%)	66		

#### 4/ En fonction du mode d'exercice et d'une éventuelle formation complémentaire :

- Les particularités dans les pratiques des médecins identifiées étaient les suivantes :
  - o 38.8% de maitres de stages universitaires,
  - o 3.9% des médecins coordonnateurs en Ehpad,
  - o 13.5% de titulaires d'une formation complémentaire en gériatrie,
  - o 25.9% avaient au moins en partie une activité extra libérale : 37 % en rapport avec la gériatrie et 63% sans rapport.
- Nous avons donc créé pour faciliter l'analyse statistique un groupe « formation ou pratique gériatrique » correspondant aux répondants ayant déclaré avoir une formation complémentaire en gériatrie et/ou une activité gériatrique extra libérale et/ou une activité de coordination médicale en Ehpad. On trouvait dans ce groupe plus de maitres de stages universitaires (53% contre 33%) (**p=0.025**). Pas d'autre association statistique.

TABLEAU NUMERO 4 : ANALYSE DE L'ECHANTILLON EN FONCTION D'UNE FORMATION OU PRATIQUE GERIATRIQUE						
ITEMS	Réponses	Pas de Forma G	Forma G	N total	p	Test
MAITRE STAGE UNIV	NON MSU	94 (67%)	18 (47%)	112	<b>0.025</b>	Chi2
	MSU	46 (33%)	20 (53%)	66		
AGE	De 26 à 35 ans	43 (31%)	7 (18%)	50	0.085	Chi2
	De 36 à 45 ans	39 (28%)	9 (24%)	48		
	De 46 à 55 ans	28 (20%)	15 (39%)	43		
	De 56 à 75 ans	30 (21%)	7 (18%)	37		
SEXE	Une femme	100 (71%)	23 (61%)	123	0.2	Chi2
	Un homme	40 (29%)	15 (39%)	55		
MILIEU	Urbain	62 (44%)	15 (39%)	77	0.22	Chi2
	Semi-rural	43 (31%)	17 (45%)	60		
	Rural	35 (25%)	6 (16%)	41		

- Les maitres de stage universitaires n'avaient, en dehors de l'âge et de l'appartenance au groupe « formation ou pratique gériatrique », pas d'association avec un autre facteur. (Sexe ou milieu d'exercice)

TABLEAU NUMERO 5 : ANALYSE DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DE LA MAITRISE DE STAGE UNIVERSITAIRE						
ITEMS	Réponses	Non MSU	MSU	N total	p	Test
FORMATION GERIATRIQUE	Non	94 (84%)	46 (70%)	140	<b>0.025</b>	Chi2
	Formation complémentaire	18 (16%)	20 (30%)	38		
AGE	De 26 à 35 ans	41 (37%)	9 (14%)	50	< <b>0.001</b>	Chi2
	De 36 à 45 ans	30 (27%)	18 (27%)	48		
	De 46 à 55 ans	17 (15%)	26 (39%)	43		
	De 56 à 75 ans	24 (21%)	13 (20%)	37		
SEXE	Une femme	81 (72%)	42 (64%)	123	0.23	Chi2
	Un homme	31 (28%)	24 (36%)	55		
MILIEU	Urbain	51 (46%)	26 (39%)	77	0.72	Chi2
	Semi-rural	36 (32%)	24 (36%)	60		
	Rural	25 (22%)	16 (24%)	41		

### 5/ Synthèse :

Enfin, nous avons recruté une population *féminine*, plutôt *jeune*. Près de la moitié des médecins exerçaient en ville, 1/3 en semi rural et 1/4 à la campagne. On retrouvait 38% de maitres de stage universitaires et 21% de médecins qui avaient une pratique orientée vers la gériatrie.

C/ Analyse descriptive des réponses :

1/ Evaluation des pratiques gériatriques des médecins :

**Concernant le suivi nutritionnel des patients âgés :**

- 33 soit 18.5% des médecins pesaient les patients en cas de plainte,
- 43 soit 24 % en cas de doute clinique,
- Et 149 soit 83.7 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 83.7% des médecins évaluaient l'état nutritionnel des sujets âgés de manière systématique et 16.3% en cas de plainte ou doute clinique.*

**A propos de l'évaluation mnésique des patients âgés :**

- 146 soit 82 % des médecins évaluaient la mémoire en cas de plainte du patient,
- 148 soit 83 % en cas de doute clinique,
- Et 9 soit 5 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 5% des médecins évaluaient la mémoire des sujets âgés de manière systématique et 95 % en cas de plainte ou doute clinique.*

Lorsqu'on leur demandait par quels moyens :

- 148 soit **83%** des médecins utilisaient une *échelle standardisée* :
  - o Directement ou par l'intermédiaire d'une infirmière asalée,
  - o 143 utilisaient le MMSE associé aux 5 mots de Dubois et au test de l'horloge. 4 médecins réalisaient en complément un test de fluence verbale.
- 30 soit **17%** interrogeaient les patients *sans utiliser d'outil diagnostique*.
- 17% des médecins recouraient à un avis spécialisé dès la suspicion de troubles cognitifs.

### **A propos de l'évaluation motrice des patients âgés :**

- 139 soit 82 % des médecins évaluaient la mémoire en cas de plainte du patient,
- 124 soit 83 % en cas de doute clinique,
- Et 24 soit 13 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 13% des médecins évaluaient la motricité des sujets âgés de manière systématique et 87 % en cas de plainte ou doute clinique.*

#### Lorsqu'on leur demandait par quels moyens :

- **103 soit 58%** des médecins utilisaient une *échelle standardisée* :
  - o Directement ou par l'intermédiaire d'une infirmière azalée ou d'un kinésithérapeute,
  - o 49 soit 27.5% évaluaient la vitesse de marche, 26 soit 14.6% utilisaient le timed up and go test et 23 soit 12.9% les deux associés. Les autres tests utilisés étaient : Tinetti (1), SPPB (1) et appui unipodal (6)
- **75 soit 42%** se fiaient à leur *ressenti clinique* sans utiliser d'outil diagnostique.

### **A propos du suivi thymique des patients âgés :**

- 138 soit 77 % des médecins évaluaient le moral en cas de plainte du patient,
- 136 soit 76 % en cas de doute clinique,
- Et 30 soit 17 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 17% des médecins évaluaient le moral des sujets âgés de manière systématique et 83 % en cas de plainte ou doute clinique.*

#### Lorsqu'on leur demandait par quels moyens :

- 67 soit 38% des médecins utilisaient le mini GDS +/- complété d'un GDS.
- 98 soit 55% interrogeaient les patients *sans utiliser d'outil* diagnostique.
- 13 soit 7% des médecins recouraient à une échelle autre, principalement Hamilton.

### **A propos de l'évaluation du traitement des patients âgés :**

- 48 soit 27 % des médecins évaluaient le traitement en cas de plainte du patient,
- 85 soit 48 % en cas de doute clinique,
- Et 147 soit 83 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 83% des médecins évaluaient le traitement des sujets âgés de manière systématique et 17 % en cas de plainte ou doute clinique.*

### **A propos du suivi social des patients âgés :**

- 105 soit 59 % des médecins évaluaient la situation sociale en cas de plainte du patient,
- 132 soit 74 % en cas de doute clinique,
- Et 54 soit 30 % de manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans),
- *Autrement dit, 30% des médecins évaluaient la situation sociale des sujets âgés de manière systématique et 70 % en cas de plainte ou doute clinique.*

## 2/ Evaluation des pratiques concernant le repérage de la fragilité :

### **a/ Concernant la fragilité et son repérage :**

76% (136) des médecins interrogés étaient *familiers avec le concept de fragilité* et 24% (42) ne l'étaient pas.

Concernant l'occasion du repérage de la fragilité, **73% (130) des médecins l'effectuaient en cas de *doute clinique*, 18% (32) de manière *systématique* et 9% (16) *ne repéraient pas la fragilité dans leur pratique courante.***

Parmi ceux qui repéraient la fragilité de manière systématique, ils le faisaient :

- Une fois par an (21),
- Tous les 6 mois (3),
- A chaque consultation (3),
- 5 réponses non interprétables.

Lorsque l'on interrogeait les médecins repérant la fragilité sur les moyens qu'ils mettaient en œuvre, ils utilisaient :

- A 78% (127) leur ressenti clinique seul,
- A 16% (26) le GFST,
- A 5.6% (9) une autre échelle évaluation : 2 utilisaient des échelles diverses de l'EGS, les autres répondaient évaluer par l'intermédiaire d'une IDE formée sans précision sur les méthodes utilisées.

**b/ Concernant l'outil GFST :**

Lorsque l'on interrogeait les médecins généralistes sur le GFST :

- 36% (64) des médecins interrogés *connaissaient le GFST*, 64% (114) ignoraient son existence.
- 96.6% (172) le jugeaient *applicable* en soins premiers.
- Sur leur *intentionnalité d'utilisation du GFST* : 87% (155) envisageaient de le mettre en application et 13% (23) ne l'envisageaient pas.
- A propos de *l'utilisation systématique du GFST au moins une fois par an*, 89% (158) la jugeaient réalisable et 11% (20) non réalisable. Elle permettrait pour 81% (144) des médecins d'améliorer leur pratique.

Nous avons complété le recueil de données sur le GFST par une question ouverte, afin d'obtenir quelques données qualitatives sur cet outil :

- Les arguments pour son utilisation étaient :
  - o Sa simplicité et rapidité d'utilisation,
  - o Sa reproductibilité, qui permettrait de systématiser l'évaluation,
  - o Pourrait être intégré à une consultation dédiée,
  - o Permettrait de penser à rechercher une éventuelle fragilité.
- Les arguments contre son utilisation étaient :
  - o Un ressenti clinique suffisant à lui seul,
  - o Le manque de temps,
  - o Le temps de passation trop important,
  - o Et une utilisation trop systématique de grilles et scores d'évaluation dans la médecine actuelle.

*D/ Analyse statistique qualitative univariée des réponses :*

1/ En fonction de l'âge :

Nous avons initialement segmenté l'analyse par tranches d'âge de 10 ans. Mais devant un faible nombre de répondants de plus de 65 ans, nous avons regroupé les 56-65 et 66-75 en un seul groupe.

*Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant :*

TABLEAU NUMERO 6 : ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DE L'AGE								
ITEMS	Réponses	26-35	36-45	46-55	56-75	N total	p	Test
NUTRITION	Pesée systématique	47 (94%)	39 (81%)	37 (86%)	26 (70%)	149	0.027	Chi2
	Plainte / doute clin	3 (6%)	9 (19%)	6 (14%)	11 (30%)	29		
SUIVI MNESIQUE	Plainte / doute clin	49 (98%)	47 (98%)	41 (95%)	32 (86%)	169	0.083	Fisher
	De manière systématique	1 (2%)	1 (2.1%)	2 (4.7%)	5 (14%)	9		
MOYENS SUIVI MNESIQUE	Test clinique validé	46 (92%)	39 (81%)	34 (79%)	29 (78%)	148	0.26	Chi2
	Interrogatoire / avis spé d'emblée	4 (8%)	9 (19%)	9 (21%)	8 (22%)	30		
SUIVI MOTEUR	Plainte / doute clin	43 (86%)	40 (83%)	39 (91%)	32 (86%)	154	0.8	Fisher
	De manière systématique	7 (14%)	8 (17%)	4 (9.3%)	5 (14%)	24		
MOYENS SUIVI MOTEUR	Test clinique validé	27 (54%)	27 (56%)	28 (65%)	21 (57%)	103	0.73	Chi2
	Impression clinique	23 (46%)	21 (44%)	15 (35%)	16 (43%)	75		
SUIVI THYMIQUE	Plainte / doute clin	39 (78%)	37 (77%)	38 (88%)	34 (92%)	148	0.17	Chi2
	De manière systématique	11 (22%)	11 (23%)	5 (12%)	3 (8.1%)	30		
MOYENS SUIVI THYMIQUE	Interrogatoire	26 (52%)	27 (56%)	23 (53%)	22 (59%)	98	0.037	Fisher
	Mini GDS +/- GDS	23 (46%)	12 (25%)	18 (42%)	14 (38%)	67		
	Echelle autre	1 (2%)	9 (19%)	2 (4.7%)	1 (2.7%)	13		
EVALUATION PHARMACO	De manière systématique	45 (90%)	37 (77%)	35 (81%)	30 (81%)	147	0.39	Chi2
	Plainte ou doute clinique	5 (10%)	11 (23%)	8 (19%)	7 (19%)	31		
SUIVI SOCIAL	Plainte / doute clin	30 (60%)	38 (79%)	31 (72%)	25 (68%)	124	0.22	Chi2
	De manière systématique	20 (40%)	10 (21%)	12 (28%)	12 (32%)	54		
CONNAISSANCE FRAGILITE	Oui	44 (88%)	32 (67%)	31 (72%)	29 (78%)	136	0.079	Chi2
	Non	6 (12%)	16 (33%)	12 (28%)	8 (22%)	42		
REPERAGE FRAGILITE	Plainte ou doute clinique	35 (70%)	34 (71%)	35 (81%)	26 (70%)	130	0.33	Fisher
	De manière systématique	10 (20%)	7 (15%)	5 (12%)	10 (27%)	32		
	Ne repère pas	5 (10%)	7 (15%)	3 (7%)	1 (2.7%)	16		
MOYEN REPERAGE	Ressenti clinique seul	35 (78%)	31 (76%)	31 (78%)	30 (83%)	127	0.86	Chi2
	GFST / échelle validée	10 (22%)	10 (24%)	9 (22%)	6 (17%)	35		
CONNAISSANCE GFST	Non	31 (62%)	33 (69%)	28 (65%)	22 (59%)	114	0.82	Chi2
	Oui	19 (38%)	15 (31%)	15 (35%)	15 (41%)	64		
GFST REALISABLE	Oui	50 (100%)	46 (96%)	43 (100%)	33 (89%)	172	0.012	Fisher
	Non	0 (0%)	2 (4.2%)	0 (0%)	4 (11%)	6		
INTENTION UTIL GFST	Oui	45 (90%)	42 (88%)	37 (86%)	31 (84%)	155	0.85	Fisher
	Non	5 (10%)	6 (12%)	6 (14%)	6 (16%)	23		
GFST SYST ENVISAGEABLE	Oui	46 (92%)	41 (85%)	41 (95%)	30 (81%)	158	0.17	Fisher
	Non	4 (8%)	7 (15%)	2 (4.7%)	7 (19%)	20		
GFST SYST AMELIO PRATIQ	Oui	41 (82%)	38 (79%)	37 (86%)	28 (76%)	144	0.68	Chi2
	Non	9 (18%)	10 (21%)	6 (14%)	9 (24%)	34		

*Concernant le suivi nutritionnel :* les médecins les plus jeunes pesaient leur patient de manière plus systématique avec 94% des répondants, contre 81 et 86% pour les médecins aux âges intermédiaires et 70% pour les plus âgés (**p=0.027**).

*Pour le suivi thymique,* les 26-35 ans utilisaient significativement plus le GDS (**p=0.037**).

*Enfin* une minorité des médecins les plus âgés (56-75) jugeaient le GFST moins applicable en consultation de médecine générale que les autres catégories d'âge : 11% contre 0 à 2% (**p=0.012**).

On ne retrouvait pas d'autre différence statistiquement significative.

2/ En fonction du milieu d'exercice :

Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU NUMERO 7 : ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DU LIEU D'EXERCICE							
ITEMS	Réponses	Urbain	½ rural	Rural	N total	p	Test
NUTRITION	Pesée systématique	64 (83%)	50 (83%)	35 (85%)	149	0.95	Chi2
	Plainte / doute clin	13 (17%)	10 (17%)	6 (15%)	29		
SUIVI MNESIQUE	Plainte / doute clin	75 (97%)	56 (93%)	38 (93%)	169	0.41	Fisher
	De manière systématique	2 (2.6%)	4 (6.7%)	3 (7.3%)	9		
MOYENS SUIVI MNESIQUE	Test clinique validé	62 (81%)	52 (87%)	34 (83%)	148	0.63	Chi2
	Interrogatoire / avis spé	15 (19%)	8 (13%)	7 (17%)	30		
SUIVI MOTEUR	Plainte / doute clin	66 (86%)	51 (85%)	37 (90%)	154	0.72	Chi2
	De manière systématique	11 (14%)	9 (15%)	4 (9.8%)	24		
MOYENS SUIVI MOTEUR	Test clinique validé	41 (53%)	37 (62%)	25 (61%)	103	0.55	Chi2
	Impression clinique	36 (47%)	23 (38%)	16 (39%)	75		
SUIVI THYMIQUE	Plainte / doute clin	62 (81%)	50 (83%)	36 (88%)	148	0.6	Chi2
	De manière systématique	15 (19%)	10 (17%)	5 (12%)	30		
MOYENS SUIVI THYMIQUE	Interrogatoire	49 (64%)	28 (47%)	21 (51%)	98	0.043	Fisher
	Mini GDS +/- GDS	20 (26%)	30 (50%)	17 (41%)	67		
	Echelle autre	8 (10%)	2 (3.3%)	3 (7.3%)	13		
EVALUATION PHARMACO	De manière systématique	55 (71%)	56 (93%)	36 (88%)	147	<0.01	Chi2
	Plainte ou doute clinique	22 (29%)	4 (6.7%)	5 (12%)	31		
SUIVI SOCIAL	Plainte / doute clin	61 (79%)	35 (58%)	28 (68%)	124	0.03	Chi2
	De manière systématique	16 (21%)	25 (42%)	13 (32%)	54		
CONNAISSANCE FRAGILITE	Oui	58 (75%)	45 (75%)	33 (80%)	136	0.78	Chi2
	Non	19 (25%)	15 (25%)	8 (20%)	42		
REPERAGE FRAGILITE	Plainte ou doute clinique	58 (75%)	42 (70%)	30 (73%)	130	0.94	Fisher
	De manière systématique	12 (16%)	12 (20%)	8 (20%)	32		
	Ne repère pas	7 (9.1%)	6 (10%)	3 (7.3%)	16		
MOYEN REPERAGE	Ressenti clinique seul	57 (81%)	43 (80%)	27 (71%)	127	0.44	Chi2
	GFST / échelle validée	13 (19%)	11 (20%)	11 (29%)	35		
CONNAISSANCE GFST	Non	53 (69%)	41 (68%)	20 (49%)	114	0.067	Chi2
	Oui	24 (31%)	19 (32%)	21 (51%)	64		
GFST REALISABLE	Oui	74 (96%)	59 (98%)	39 (95%)	172	0.66	Fisher
	Non	3 (3.9%)	1 (1.7%)	2 (4.9%)	6		
INTENTION UTIL GFST	Oui	69 (90%)	52 (87%)	34 (83%)	155	0.58	Chi2
	Non	8 (10%)	8 (13%)	7 (17%)	23		
GFST SYST ENVISAGEABLE	Oui	67 (87%)	55 (92%)	36 (88%)	158	0.69	Fisher
	Non	10 (13%)	5 (8.3%)	5 (12%)	20		
GFST AMELIO PRATIQ	Oui	64 (83%)	49 (82%)	31 (76%)	144	0.6	Chi2
	Non	13 (17%)	11 (18%)	10 (24%)	34		

Les médecins exerçant en ville allaient de manière significative, par rapport à ceux exerçant en rural ou semi rural :

- Moins utiliser d'échelles validées et plus recourir à un interrogatoire simple pour recherche une dépression du sujet âgé (**p=0.043**).
- Evaluer de manière moins systématique la pertinence des prescriptions de leurs patients âgés (**p<0.01**).
- Rechercher moins systématiquement une altération de l'autonomie (**p=0.03**).

On ne retrouvait pas d'autre différence statistiquement significative.

### 3/ En fonction du sexe :

*Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant :*

TABLEAU NUMERO 8 : ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DU SEXE						
ITEMS	Réponses	Femmes	Hommes	N total	p	Test
NUTRITION	Pesée systématique	104 (85%)	45 (82%)	149	0.65	Chi2
	Plainte / doute clin	19 (15%)	10 (18%)	29		
SUIVI MNESIQUE	Plainte / doute clin	119 (97%)	50 (91%)	169	0.14	Fisher
	De manière systématique	4 (3.3%)	5 (9.1%)	9		
MOYENS SUIVI MNESIQUE	Test clinique validé	101 (82%)	47 (85%)	148	0.58	Chi2
	Interrogatoire / avis spé	22 (18%)	8 (15%)	30		
SUIVI MOTEUR	Plainte / doute clin	109 (89%)	45 (82%)	154	0.22	Chi2
	De manière systématique	14 (11%)	10 (18%)	24		
MOYENS SUIVI MOTEUR	Test clinique validé	70 (57%)	33 (60%)	103	0.7	Chi2
	Impression clinique	53 (43%)	22 (40%)	75		
SUIVI THYMIQUE	Plainte / doute clin	102 (83%)	46 (84%)	148	0.91	Chi2
	De manière systématique	21 (17%)	9 (16%)	30		
MOYENS SUIVI THYMIQUE	Interrogatoire	64 (52%)	34 (62%)	98	0.53	Fisher
	Mini GDS +/- GDS	49 (40%)	18 (33%)	67		
	Echelle autre	10 (8.1%)	3 (5.5%)	13		
EVALUATION PHARMACO	De manière systématique	102 (83%)	45 (82%)	147	0.86	Chi2
	Plainte ou doute clinique	21 (17%)	10 (18%)	31		
SUIVI SOCIAL	Plainte / doute clin	81 (66%)	43 (78%)	124	0.098	Chi2
	De manière systématique	42 (34%)	12 (22%)	54		
CONNAISSANCE FRAGILITE	Oui	91 (74%)	45 (82%)	136	0.26	Chi2
	Non	32 (26%)	10 (18%)	42		
REPERAGE FRAGILITE	Plainte ou doute clinique	89 (72%)	41 (75%)	130	0.19	Fisher
	De manière systématique	20 (16%)	12 (22%)	32		
	Ne repère pas	14 (11%)	2 (3.6%)	16		
MOYEN REPERAGE	Ressenti clinique seul	84 (77%)	43 (81%)	127	0.56	Chi2
	GFST / échelle validée	25 (23%)	10 (19%)	35		
CONNAISSANCE GFST	Non	83 (67%)	31 (56%)	114	0.15	Chi2
	Oui	40 (33%)	24 (44%)	64		
GFST REALISABLE	Oui	120 (98%)	52 (95%)	172	0.37	Fisher
	Non	3 (2.4%)	3 (5.5%)	6		
INTENTION UTIL GFST	Oui	108 (88%)	47 (85%)	155	0.67	Chi2
	Non	15 (12%)	8 (15%)	23		
GFST SYST ENVISAGEABLE	Oui	113 (92%)	45 (82%)	158	<b>0.0497</b>	Chi2
	Non	10 (8.1%)	10 (18%)	20		
GFST AMELIO PRATIQ	Oui	103 (84%)	41 (75%)	144	0.15	Chi2
	Non	20 (16%)	14 (25%)	34		

Les femmes allaient plus envisager d'intégrer le GFST à leurs pratiques : 92% contre 82% pour les hommes. (**p=0.497**)

On ne retrouvait pas d'autre différence statistiquement significative.

#### 4/ En fonction du d'une éventuelle formation complémentaire en gériatrie :

Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU NUMERO 9 : ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION D'UNE FORMATION OU PRATIQUE GERIATRIQUE						
ITEMS	Réponses	Pas de Format	Formation	N total	p	Test
NUTRITION	Pesée systématique	113 (81%)	36 (95%)	149	<b>0.038</b>	Chi2
	Plainte / doute clin	27 (19%)	2 (5.3%)	29		
SUIVI MNESIQUE	Plainte / doute clin	135 (96%)	34 (89%)	169	0.099	Fisher
	De manière systématique	5 (3.6%)	4 (11%)	9		
MOYENS SUIVI MNESIQUE	Test clinique validé	110 (79%)	38 (100%)	148	<b>&lt;0.01</b>	Chi2
	Interrogatoire / avis spé	30 (21%)	0 (0%)	30		
SUIVI MOTEUR	Plainte / doute clin	120 (86%)	34 (89%)	154	0.55	Chi2
	De manière systématique	20 (14%)	4 (11%)	24		
MOYENS SUIVI MOTEUR	Test clinique validé	72 (51%)	31 (82%)	103	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	Impression clinique	68 (49%)	7 (18%)	75		
SUIVI THYMIQUE	Plainte / doute clin	119 (85%)	29 (76%)	148	0.2	Chi2
	De manière systématique	21 (15%)	9 (24%)	30		
MOYENS SUIVI THYMIQUE	Interrogatoire	89 (64%)	9 (24%)	98	<b>&lt;0.001</b>	Fisher
	Mini GDS +/- GDS	39 (28%)	28 (74%)	67		
	Echelle autre	12 (8.6%)	1 (2.6%)	13		
EVALUATION PHARMACO	De manière systématique	111 (79%)	36 (95%)	147	<b>0.026</b>	Chi2
	Plainte ou doute clinique	29 (21%)	2 (5.3%)	31		
SUIVI SOCIAL	Plainte / doute clin	101 (72%)	23 (61%)	124	0.17	Chi2
	De manière systématique	39 (28%)	15 (39%)	54		
CONNAISSANCE FRAGILITE	Oui	100 (71%)	36 (95%)	136	<b>&lt;0.01</b>	Chi2
	Non	40 (29%)	2 (5.3%)	42		
REPERAGE FRAGILITE	Plainte ou doute clinique	104 (74%)	26 (68%)	130	0.29	Fisher
	De manière systématique	22 (16%)	10 (26%)	32		
	Ne repère pas	14 (10%)	2 (5.3%)	16		
MOYEN REPERAGE	Ressenti clinique seul	110 (87%)	17 (47%)	127	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	GFST / échelle validée	16 (13%)	19 (53%)	35		
CONNAISSANCE GFST	Non	98 (70%)	16 (42%)	114	<b>&lt;0.01</b>	Chi2
	Oui	42 (30%)	22 (58%)	64		
GFST REALISABLE	Oui	135 (96%)	37 (97%)	172	1	Fisher
	Non	5 (3.6%)	1 (2.6%)	6		
INTENTION UTIL GFST	Oui	124 (89%)	31 (82%)	155	0.28	Fisher
	Non	16 (11%)	7 (18%)	23		
GFST SYST ENVISAGEABLE	Oui	125 (89%)	33 (87%)	158	0.77	Fisher
	Non	15 (11%)	5 (13%)	20		
GFST SYST AMELIO PRATIQ	Oui	113 (81%)	31 (82%)	144	0.9	Chi2
	Non	27 (19%)	7 (18%)	34		

Les médecins ayant une formation ou une pratique axée sur la gériatrie allaient :

- Peser de manière plus systématique les patients âgés : 95% contre 81% (**p=0.038**).
- Plus utiliser de test clinique validé pour évaluer l'évaluation motrice : 82% contre 51% (**p<0.001**).
- Plus utiliser le GDS pour l'évaluation du moral : 74% contre 28% (**p<0.001**).
- Evaluer de manière plus systématique la pertinence des prescriptions de leurs patients âgés (**p=0.026**).
- Plus connaître le concept de fragilité du sujet âgé : 95% contre 74% (**p<0.01**).
- Plus utiliser une échelle clinique validée pour repérer la fragilité : 53% contre 13% (**p<0.001**).
- Plus connaître l'existence du GFST : 58% contre 30% (**p<0.01**).

On ne retrouvait pas d'autre différence statistiquement significative.

5/ En fonction de la maîtrise de stage universitaire :

Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU NUMERO 10 : ANALYSE STATISTIQUE EN FONCTION DE LA MAITRISE DE STAGE UNIVERSITAIRE						
ITEMS	Réponses	Non MSU	MSU	N total	p	Test
NUTRITION	Pesée systématique	91 (81%)	58 (88%)	149	0.25	Chi2
	Plainte / doute clin	21 (19%)	8 (12%)	29		
SUIVI MNESIQUE	Plainte / doute clin	106 (95%)	63 (95%)	169	1	Fisher
	De manière systématique	6 (5.4%)	3 (4.5%)	9		
MOYENS SUIVI MNESIQUE	Test clinique validé	91 (81%)	57 (86%)	148	0.38	Chi2
	Interrogatoire / avis spé	21 (19%)	9 (14%)	30		
SUIVI MOTEUR	Plainte / doute clin	96 (86%)	58 (88%)	154	0.68	Chi2
	De manière systématique	16 (14%)	8 (12%)	24		
MOYENS SUIVI MOTEUR	Test clinique validé	55 (49%)	48 (73%)	103	<0.01	Chi2
	Impression clinique	57 (51%)	18 (27%)	75		
SUIVI THYMIQUE	Plainte / doute clin	93 (83%)	55 (83%)	148	0.96	Chi2
	De manière systématique	19 (17%)	11 (17%)	30		
MOYENS SUIVI THYMIQUE	Interrogatoire	65 (58%)	33 (50%)	98	0.56	Fisher
	Mini GDS +/- GDS	39 (35%)	28 (42%)	67		
	Echelle autre	8 (7.1%)	5 (7.6%)	13		
EVALUATION PHARMACO	De manière systématique	92 (82%)	55 (83%)	147	0.84	Chi2
	Plainte ou doute clinique	20 (18%)	11 (17%)	31		
SUIVI SOCIAL	Plainte / doute clin	79 (71%)	45 (68%)	124	0.74	Chi2
	De manière systématique	33 (29%)	21 (32%)	54		
CONNAISSANCE FRAGILITE	Oui	78 (70%)	58 (88%)	136	<0.01	Chi2
	Non	34 (30%)	8 (12%)	42		
REPERAGE FRAGILITE	Plainte ou doute clinique	83 (74%)	47 (71%)	130	0.31	Chi2
	De manière systématique	17 (15%)	15 (23%)	32		
	Ne repère pas	12 (11%)	4 (6.1%)	16		
MOYEN REPERAGE	Ressenti clinique seul	84 (84%)	43 (69%)	127	0.028	Chi2
	GFST / échelle validée	16 (16%)	19 (31%)	35		
CONNAISSANCE GFST	Non	83 (74%)	31 (47%)	114	<0.001	Chi2
	Oui	29 (26%)	35 (53%)	64		
GFST REALISABLE	Oui	110 (98%)	62 (94%)	172	0.2	Fisher
	Non	2 (1.8%)	4 (6.1%)	6		
INTENTION UTIL GFST	Oui	101 (90%)	54 (82%)	155	0.11	Chi2
	Non	11 (9.8%)	12 (18%)	23		
GFST SYST ENVISAGEABLE	Oui	103 (92%)	55 (83%)	158	0.078	Chi2
	Non	9 (8%)	11 (17%)	20		
GFST SYST AMELIO PRATIQU	Oui	95 (85%)	49 (74%)	144	0.083	Chi2
	Non	17 (15%)	17 (26%)	34		

Les maîtres de stage universitaires allaient :

- Plus utiliser de test clinique validé pour l'évaluation motrice : 73% contre 49% (**p<0.01**).
- Plus connaître le concept de fragilité du sujet âgé : 88% contre 70% (**p<0.01**).
- Plus utiliser une échelle clinique validée pour repérer la fragilité : 31% contre 16% (**p=0.028**).
- Plus connaître l'existence du GFST : 53% contre 26% (**p<0.001**).

On ne retrouvait pas d'autre différence statistiquement significative.

## IV. DISCUSSION

Dans notre étude nous avons recruté un échantillon plutôt jeune, féminin et urbain.

Concernant le suivi gériatrique, les médecins évaluaient systématiquement le poids et le traitement des sujets âgés. Les autres items étaient évalués en cas de point d'appel. Les échelles standardisées les plus utilisées étaient le MMSE et dans une moindre mesure le GDS.

A propos de la fragilité, 76% des généralistes de notre échantillon connaissaient ce concept, 73% la recherchaient en cas de point d'appel, 18% systématiquement et 9% ne l'évaluaient pas.

L'outil GFST était connu de 36% des médecins et seulement 16% l'utilisaient. Une large majorité jugeait le GFST applicable et envisageait de l'utiliser.

Les médecins ayant une formation en gériatrie et les MSU se servaient plus d'échelles standardisées. Ils connaissaient et utilisaient plus le GFST pour rechercher une fragilité.

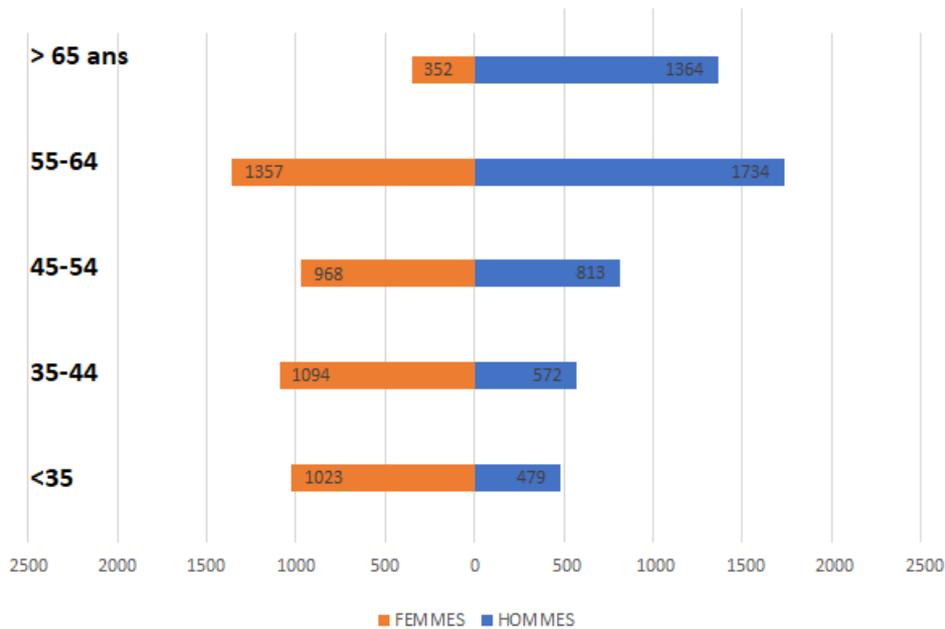
### *A/ Concernant la population étudiée et la représentativité de l'échantillon :*

En France, au 1er janvier 2020, les femmes représentaient 50.4 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière.(36) Dans notre échantillon on constatait une nette prédominance des femmes avec 69% des répondants. L'âge moyen des médecins inscrits à l'ordre est de 56,2 ans, nous avons un âge moyen de 44 ans dans l'échantillon.

Pour essayer d'expliquer ces différences, nous avons décidé de comparer les médecins recrutés avec les médecins inscrits en Occitanie en 2021.

A l'aide des données en accès libre de la DREES, concernant les effectifs des médecins en fonction de leur spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge, nous avons pu réaliser une pyramide des âges de la population des médecins généralistes en Occitanie (37):

Pyramide des ages MG H/F occitanie 2021



Nous remarquons une nette prédominance des femmes dans les populations les plus jeunes. Ainsi notre recrutement a trop porté sur les populations les moins âgées et donc les plus féminines.

Nous pourrions expliquer cela par le mode de recrutement par mail et la forme du questionnaire en ligne, pouvant induire un biais de recrutement. Il est cependant intéressant de remarquer que pour chaque tranche d'âge, la répartition homme/femme était fidèle à celle observée en population générale.

En France au premier janvier 2019 on retrouvait 66 771 médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte. Parmi eux, il y avait 10736 soit 16% de maitres de stages universitaires et 12% de médecins ayant une activité extra libérale salariée. Dans notre échantillon on retrouvait ainsi une sur représentation des MSU et des médecins ayant une activité extra libérale.

Cette différence est possiblement à nouveau expliquée par le mode de recrutement et la plus grande propension des MSU (du fait de leur contact auprès des externes et internes ainsi que de leur implication dans la formation) à répondre à ce genre de sollicitations.

*Au final*, l'échantillon ne correspondait pas de façon exacte à la population cible, même s'il en restait proche. Le manque de puissance et la méthode d'échantillonnage pouvaient être incriminés.

## *B/ Résultats concernant les pratiques gériatriques des médecins généralistes :*

A propos du suivi nutritionnel du sujet âgé, les données de la littérature proposent de peser les patients de manière systématique et régulière pour dépister une dénutrition.(38) La Haute Autorité de Santé suggère de le faire au moins une fois par an en ville. (30)

Les médecins généralistes interrogés suivaient ces recommandations, et à 83.7% allaient peser de manière systématique au moins une fois par an leurs patients. On remarquait que les médecins les plus jeunes et ceux ayant une formation en gériatrie avaient une plus grande propension à peser systématiquement leurs patients (94% ;  $p=0.027$  et 95% ;  $p=0.038$ ).

Le repérage des trouble cognitifs doit être initié par le médecin généraliste en cas de doute clinique ou de plainte mnésique, la HAS ne propose pas d'évaluation systématique.(31) Les tests de repérage comme le MMSE sont recommandés pour objectiver les performances cognitives. (39)

Dans notre échantillon, les pratiques des MG étaient à nouveau proches des recommandations : 95% des médecins évaluaient la mémoire en cas de plainte ou doute, et 5% allaient le faire de manière systématique. On ne retrouvait pas de différence pour les différentes catégories.

83% des médecins utilisaient une échelle standardisée, ceux ayant une formation en gériatrie en avaient une utilisation plus importante. (100% ;  $p<0.01$ )

Concernant le suivi moteur seul (non intégré à un repérage de la fragilité), on ne trouve pas de recommandation dans la littérature pour une évaluation systématique. Dans notre étude, 13% des MG seulement allaient évaluer la motricité de manière systématique.

Les outils objectifs d'évaluation à utiliser varient selon les auteurs(40–44), mais leur utilisation est recommandée.(45) Il est intéressant de remarquer que 58% des médecins les utilisaient dans la population totale de notre échantillon, contre 82% pour les médecins formés en gériatrie ( $p<0.001$ ) et 73% pour les MSU ( $p<0.01$ ).

La grande fréquence de la dépression chez les sujets âgés (15 à 30%) (46), et les particularités de son diagnostic dans cette population (signes atypiques par rapport à l'adulte jeune), font qu'il est recommandé au médecin généraliste d'évaluer régulièrement

la présence de symptômes dépressifs.(47,48) Pour cela, l'utilisation du GDS 15 est recommandée, et semble plus performante que le diagnostic clinique seul, même si le niveau de preuve reste peu élevé.(49,50)

Ici, 17% seulement des médecins allaient évaluer de manière systématique la dépression. Les autres médecins ne le faisaient qu'en cas de plainte. Il n'est pas recommandé de mettre en place un dépistage systématique de la dépression. Cependant, la littérature insiste sur la difficulté de l'évoquer chez la personne âgée et son sous diagnostic probable. Les médecins agissaient ainsi conformément aux recommandations, mais le choix de la repérer systématiquement (comme 17% des médecins de l'échantillon) peut paraître intéressant.

Concernant le GDS, il était utilisé par 38% des répondants, et on retrouvait une utilisation plus importante dans les catégories suivantes : 46% des plus jeunes ( $p=0.037$ ), 50% des médecins exerçant en milieu en semi rural ( $p=0.043$ ), 74% des médecins ayant une formation en gériatrie ( $p<0.01$ ). A noter que 7% des médecins utilisaient l'échelle d'Hamilton, non recommandée en pratique chez le sujet âgé. (51)

Du fait de la grande fréquence d'effets secondaires médicamenteux et de la prévalence de la polymédication, chaque prescription chez le sujet âgé doit faire l'objet d'une évaluation de la iatrogénie.(52) On retrouvait encore ici un respect des recommandations de bonne pratique avec 83% des médecins interrogés qui allaient systématiquement rechercher une iatrogénie, contre 17% en cas de doute ou plainte du patient. Ce pourcentage était encore plus élevé chez les médecins ayant une formation gériatrique, 95% ( $p=0.026$ ).

Le suivi social et la recherche du besoin d'aide au domicile des patients âgés était systématique chez 30% des médecins, 70% le faisaient en cas de doute clinique ou de plainte du patient.

Concernant la iatrogénie médicamenteuse et le suivi social, on retrouvait une plus grande propension des médecins exerçant en rural et semi rural à les évaluer de manière systématique (88 et 93% contre 71 % en ville  $p<0.01$  ; 42 et 32 % contre 21%  $p=0.03$ ). Il est difficile de conclure à une réelle différence de pratiques selon la zone géographique : la différence observée aurait pu être secondaire à un effet d'échantillonnage.

Globalement, les médecins interrogés avaient des pratiques suivant les recommandations concernant les occasions devant amener à une évaluation du sujet âgé sur les différentes composantes de l'EGS (Surveillance systématique du poids et de la iatrogénie, recherche en cas de point d'appel pour les autres items).

Concernant les modalités de cette évaluation, hormis le MMSE dans les troubles cognitifs, les médecins utilisaient peu les outils standardisés recommandés. On retrouvait en revanche une plus grande diffusion de ces outils chez les médecins préalablement formés à la gériatrie, et dans une moindre mesure chez les MSU et les médecins les plus jeunes.

#### *C/ Analyse des résultats concernant la fragilité et les outils de son repérage :*

Nous avons dans un premier temps voulu déterminer si le concept de fragilité était bien connu des médecins : **76 % des médecins interrogés étaient familiers** avec ce concept. Ceci est concordant avec les données de la littérature (25)(53). Dans notre étude, l'analyse statistique montrait une meilleure connaissance chez les médecins ayant une formation gériatrique (95% ;  $p < 0.01$ ) et les MSU (88% ;  $p < 0.01$ ).

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé proposent de repérer la fragilité avec le GFST chez personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée. (21) Les pratiques semblent évoluer vers un dépistage plus systématique via ICOPE, une initiative de l'OMS portée localement par le gérontopôle de Toulouse. Elle consiste à repérer de manière systématique la fragilité des sujets âgés à l'aide d'un outil dédié. Les personnes repérées à risque, sont orientées vers un centre de soins de santé primaires pour un bilan approfondi, débouchant à un plan de soins personnalisé. (54,55)

Dans notre échantillon, le **repérage systématique était encore peu ancré**, avec 18% des médecins interrogés, contre 73% qui repéraient en cas de doute clinique. On note également que la **fragilité est bien intégrée** à la pratique des MG, avec seulement 9% d'entre eux qui n'allaient pas rechercher la fragilité dans leur pratique.

Le ressenti clinique est performant, mais améliorable par l'utilisation d'outils systématisés. Le GFST est actuellement recommandé, ICOPE propose un outil similaire mais plus complet. Une grande majorité des médecins utilisait leur **seul ressenti clinique**

(76%) et 16% le GFST. Ce faible pourcentage est retrouvé dans les études antérieures (24 ;25).

Le GFST était connu par 36% des médecins qui en grande majorité le jugeaient applicable (96.6%), envisageaient l'utiliser (87%) et jugeaient qu'il permettrait d'améliorer leur pratique s'il était utilisé de manière systématique (81%). A nouveau, l'analyse statistique montrait que les MSU et les médecins formés en gériatrie allaient mieux connaître le GFST et ainsi plus l'utiliser (MSU 31% d'utilisation du GFST  $p=0.028$  ; connaissance 53%  $p<0.001$ ) (FG 58% d'utilisation du GFST  $p<0.001$  ; connaissance 58%  $p<0.01$ ). Le nombre de MG connaissant cet outil restait faible et comparable aux anciennes études.

Globalement, la fragilité semblait bien connue et intégrée dans les pratiques des médecins généralistes de notre échantillon, qui avaient une pratique encore non systématique et basée sur leur sens clinique. Après plusieurs années d'existence, l'outil GFST est encore peu connu et peu utilisé, bien qu'il soit jugé applicable en soins premiers.

Quelques pistes peuvent expliquer cet état de fait. La présence d'une formation préalable permettant de diffuser la connaissance du test semblait permettre de renforcer son utilisation. De manière plus qualitative nous avons pu souligner la nécessité d'un test clinique simple et rapide d'utilisation. Le fait qu'il puisse être appliqué par le médecin lui-même ou via une délégation de tâche est un élément essentiel à la pérennisation de son utilisation.

#### *D/ Forces et limites de l'étude elle-même :*

Le premier point de discussion est lié à la nature même de cette étude : il s'agissait d'une étude descriptive transversale, de grade C, correspondant à un faible niveau de preuve scientifique. Cette méthode est cependant adaptée pour étudier une prévalence (56), objet de ce document.

Nous avons été confrontés à un faible taux de participation des médecins avec seulement 7.2% de taux de réponse, cela pouvait être expliqué par les éléments suivants.

L'auto-administration du questionnaire par internet est simple et soumise par essence au volontariat, induisant la plupart du temps un faible taux de réponse. La période durant laquelle le questionnaire a été diffusé a pu également poser un problème du fait de la situation sanitaire liée à la pandémie de COVID 19 (Confinement, mise en place de la

vaccination). Enfin, les praticiens libéraux sont très souvent sollicités pour répondre à des questionnaires, de ce fait les médecins les plus intéressés et motivés ont répondu. A noter que ces différents éléments ont pu également induire un biais de sélection.

Le taux moyen de participation aux études diffusées via l'Union Régionales des Professionnels de Santé est comparable au notre, semblant suggérer une problématique propre à ce mode de diffusion plutôt qu'une erreur dans la conception de notre étude.

Ensuite, nous avons construit ce questionnaire en respectant les recommandations (29) avec :

- L'utilisation majoritaire de questions fermées pour éviter la dispersion des données et permettre une analyse statistique.
- 13% de questions ouvertes ont permis d'obtenir des précisions sur les pratiques des médecins et de renforcer l'adhésion des MG répondants.
- L'utilisation de questions catégorielles ayant permis de caractériser la population étudiée.
- Une structure logique basée sur les bonnes pratiques en matière de repérage de la fragilité du sujet âgé,
- Une formulation simple et neutre des questions, l'utilisation de questions filtres.

Enfin, il faut noter une erreur initiale de formulation lors de la création du questionnaire. En effet, les questions à choix multiple débouchant sur les réponses : « point d'appel clinique, à la demande patient ou systématique » ont entraîné une atomisation des réponses. Nous avons pu le récupérer en regroupant lors du traitement des données les répondants en deux groupes : « pratique systématique » vs « motivée par une demande ou un doute clinique » pour éviter cette dispersion, tout en ayant un sens.

## V. CONCLUSION :

La fragilité est un syndrome clinique réversible reflétant une diminution des capacités d'adaptation au stress. Elle est associée à une augmentation du risque de morbi-mortalité. Son repérage puis son diagnostic via une évaluation gériatrique standardisée doivent être proposés au plus grand nombre. C'est pour faire un état des lieux des pratiques et comprendre les freins à cette large évaluation que nous avons réalisé ce travail.

Un des points forts de cette étude a été de pouvoir évaluer les pratiques gériatriques des médecins concernant chaque domaine de l'EGS. En effet, la fragilité étant un concept récent et méconnu de certains médecins, nous avons pu aborder de manière plus large la pratique gériatrique des généralistes. Il ressortait un respect des recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des différents syndromes gériatriques. Cependant, cet exercice était encore beaucoup basé sur le sens clinique et faisait intervenir de manière inconstante les échelles validées.

Lorsque nous avons abordé la fragilité elle-même, le constat était similaire : les médecins connaissaient le concept de fragilité et la recherchaient dans leur pratique courante. En revanche ils étaient une minorité à le faire systématiquement et à utiliser l'outil GFST recommandé actuellement.

Les pratiques concernant le repérage de la fragilité évoluent depuis peu avec l'émergence du projet ICOPE, qui semble pouvoir répondre à certaines des problématiques soulevées dans cette étude. Il propose un nouvel outil simple d'utilisation proche du GFST à destination des médecins, des professions paramédicales et des patients eux-mêmes. Mais comme nous avons pu le voir, l'outil en lui-même ne suffit pas.

Avec ICOPE, un parcours de soins unique à disposition des médecins émerge. Ce dernier s'appuie sur les ressources locales existantes (en médecine de ville via les maisons de santé pluri professionnelles ou à l'hôpital) et la délégation de tâches. Il pourrait simplifier et faciliter la prise en charge des sujets âgés pour les généralistes.

L'autre évolution serait de proposer ce repérage de manière systématique et non à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. A l'image du dépistage de masse des cancers, le fait de proposer régulièrement une évaluation pourrait permettre de repérer un plus grand nombre de sujets fragiles.

Finalement, nous avons pu observer les pratiques des médecins de soins premiers en matière de fragilité. Il sera intéressant de voir dans les prochaines années si ce nouveau paradigme a fait changer l'exercice des médecins et améliore le repérage.

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. déc 2011;9(4):387-90.
2. GERARD S. Les outils d'évaluation de la fragilité. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc de la fragilité. 2015.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
4. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 30 août 2005;173(5):489-95.
5. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr*. déc 2011;11(1):33.
6. Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr*. déc 2010;10(1):57.
7. Macklai NS, Spagnoli J, Junod J, Santos-Eggimann B. Prospective association of the SHARE-operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ community-dwelling Europeans living in 11 countries. *BMC Geriatr*. déc 2013;13(1):3.
8. Chang S-F, Lin P-L. Frail phenotype and mortality prediction: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *International Journal of Nursing Studies*. août 2015;52(8):1362-74.
9. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. oct 1993;342(8878):1032-6.
10. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. mars 2008;371(9614):725-35.
11. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. mars 2013;381(9868):752-62.
12. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. déc 2008;8(1):278.
13. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults: The LIFE Study Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 18 juin 2014;311(23):2387-96.

14. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. *Arch Intern Med.* 10 avr 2000;160(7):977.
15. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. *N Engl J Med.* 3 oct 2002;347(14):1068-74.
16. Cesari M, Vellas B, Hsu F-C, Newman AB, Doss H, King AC, et al. A Physical Activity Intervention to Treat the Frailty Syndrome in Older Persons--Results From the LIFE-P Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.* 1 févr 2015;70(2):216-22.
17. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.* 1 juin 2009;64A(6):675-81.
18. Haute autorité de santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Mai 2013.
19. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.* déc 2012;10(1):4.
20. Fougère B, Sirois M-J, Carmichael P-H, Batomen-Kuimi B-L, Chicoulaa B, Escourrou E, et al. General Practitioners' Clinical Impression in the Screening for Frailty: Data From the FAP Study Pilot. *Journal of the American Medical Directors Association.* févr 2017;18(2):193.e1-193.e5.
21. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine.* juin 2016;31:3-10.
22. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST). *The journal of nutrition, health & aging.* août 2013;17(7):629-31.
23. The "Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of disability" Team, Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the "Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for assessment of frailty and prevention of disability" at the gerontopole. *The journal of nutrition, health & aging.* mai 2014;18(5):457-64.
24. Clais É. Évaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gérontopôle Frailty Screening Tool. 2016.
25. LEGRAND L. État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin de santé lourdaise. 2015.
26. Jausse I. L'élaboration d'un questionnaire. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Présentation.
27. Boulan H. Le questionnaire d'enquête : la clé d'une étude marketing ou d'opinion réussie. 2015.

28. Jacquemain M, Fontaine S. Méthodologie de l'enquête. Institut des sciences humaines et sociales. Présentation. 2014.
29. Mainsonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. e-respect. nov 2012;
30. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Médecine des Maladies Métaboliques. nov 2007;1(4):92-6.
31. Haute autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. 2011 déc.
32. Haute Autorité de Santé (HAS). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - Prise en charge thérapeutique et suivi. Saint-Denis, France: Haute Autorité de Santé (HAS); 2017 oct p. 380.
33. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Haute Autorité de Santé. Avril 2009.
34. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Haute Autorité de Santé. 2005.
35. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. juill 2005;48(6):336-40.
36. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2020.
37. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge.
38. Mueller C, Compher C, Ellen DM, the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. janv 2011;35(1):16-24.
39. Letrilliart L, Roubaud C, Lainé X, Ecochard R, Krolak-Salmon P. Évaluation des procédures diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : une revue systématique des méta-analyses. cah année gerontol. sept 2012;4(3):330-44.
40. Csuka M, McCarty DJ. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. The American Journal of Medicine. janv 1985;78(1):77-81.
41. Susan L. Whitney; Janet L. Poole; Stephen P. Cass. A Review of Balance Instruments for Older Adults. American Journal of Occupational Therapy, September 1998, Vol 52, 666-671. 1 sept 1998;
42. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the « get-up and go » test. Arch Phys Med Rehabil. juin 1986;67(6):387-9.
43. Netgen. Evaluation de la marche, de l'équilibre et du muscle chez le sujet âgé. Revue Médicale Suisse.
44. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. The Lancet. mars 1997;349(9052):617.

45. HAS. Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Recommandations pour la pratique clinique. 2005 ;
46. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. Revue Médicale Suisse. 2009;5.
47. Chew-Graham C, Baldwin R, Burns A. Treating depression in later life. BMJ. 24 juill 2004;329(7459):181-2.
48. Royal College of General Practitioners, Royal, College of Psychiatrists. Management of depression in older people: why this is important in primary care. London: RCGP; 2014.
49. Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric Properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in Functionally Impaired, Cognitively Intact, Community-Dwelling Elderly Primary Care Patients: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE GDS-15. Journal of the American Geriatrics Society. sept 2005;53(9):1570-6.
50. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15.
51. Hugonot-Diener L. Guide pratique de la consultation en gériatrie. Évaluation thymique. Elsevier Masson; 2014. p. 31-40.
52. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? sept 2014;
53. Tonnelier C. État des lieux de la pratique des médecins généralistes en Picardie concernant l'évaluation et la prise en charge ambulatoire de la fragilité des sujets âgés. 20 déc 2018;58.
54. OMS. ICOPE. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. 2019.
55. Appel à manifestation d'intérêt : Expérimentation nationale d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge selon le programme ICOPE de l'OMS – SFGG. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2020
56. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux. avr 2013;

## ANNEXES

### Annexe 1 : GFST :

#### Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL  $\geq 5/6$ ), à distance de toute pathologie aiguë.

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Ne sait pas</b>
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :*

Votre patient vous paraît-il fragile ?	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>

Annexe 2 : questionnaire complet :

**Questionnaire : Repérage des sujets âgés fragiles en médecine générale.**

*Le but de ce questionnaire est d'étudier les pratiques des médecins généralistes en Occitanie concernant le repérage de la fragilité chez les patients de plus de 65 ans, autonomes et indemnes de toute pathologie aiguë. \*Obligatoire*

***Etes-vous ? \****

- Un homme*
- Une femme*

***Exercez-vous en milieu ? \****

- Rural*
- Semi-rural*
- Urbain*

***Quel âge avez-vous ? \****

- Moins de 35 ans*
- De 36 à 45 ans*
- De 46 à 55 ans*
- De 56 à 65 ans*
- De 66 à 75 an*

***Concernant votre pratique et votre formation : \****

- Je suis maître de stage universitaire*
- Je suis titulaire d'une formation en gériatrie*
- Je suis médecin coordonnateur en EHPAD*
- J'ai une activité extra libérale autre EN rapport avec la gériatrie (hôpital, réseau de soins)*
- J'ai une activité extra libérale autre SANS rapport avec la gériatrie (hôpital, réseau de soins)*
- Aucune des propositions ci-dessus.*

***Concernant le suivi nutritionnel du sujet âgé, à quelle occasion pesez-vous les patients de plus de 65 ans ? \****

- En cas de plainte du patient*
- En cas de doute clinique*
- De manière systématique*

**Concernant le suivi mnésique, à quelle occasion évaluez-vous la mémoire patients de plus de 65 ans ? (Question ouverte complétée au besoin par test mémoire réalisé par le médecin ou un autre professionnel) \***

- En cas de plainte du patient
- En cas de doute clinique
- De manière systématique

**Comment évaluez-vous la mémoire de vos patients ? \***

- Interrogatoire simple
- Avis spécialisé d'emblée
- MMSE et/ou test horloge et/ou 5 mots de Dubois
- Autre (précisez à la question suivante)

**Si vous avez répondu autre à la question précédente, merci de préciser :**

**Concernant le suivi moteur, à quelle occasion évaluez-vous les capacités physiques des patients de plus de 65 ans ? (Vitesse de marche, tests autres) \***

- En cas de plainte du patient
- En cas de doute clinique
- De manière systématique

**Comment évaluez-vous les capacités physiques de vos patients de plus de 65 ans ? \***

- Impression clinique générale
- Evaluation de la vitesse de marche
- Timed up and go test
- Autre

**Si vous avez répondu autre à la question précédente, merci de préciser :**

**Concernant le suivi thymique, à quelle occasion évaluez-vous la présence d'un syndrome dépressif chez les patients de plus de 65 ans ? (Interrogatoire approfondi, mini GDS ou GDS) \***

- En cas de plainte du patient
- En cas de doute clinique
- De manière systématique

**Comment évaluez-vous la présence d'un syndrome dépressif chez le sujet âgé ? \***

- Interrogatoire
- Mini GDS +/- complété par GDS
- DSM V
- Autre

***Si vous avez répondu autre à la question précédente, merci de préciser :***

***Concernant l'évaluation pharmacologique, à quelle occasion évaluez-vous la pertinence des traitements chroniques des patients de plus de 65 ans ? (Simple réflexion sur l'ordonnance, méthode validée) \****

- En cas de plainte du patient*
- En cas de doute sur une iatrogénie*
- De manière systématique*

***Concernant le suivi social à quelle occasion évaluez-vous l'autonomie / la nécessité d'aides chez les patients de plus de 65 ans ? (Interrogatoire, ADL, IADL) \****

- En cas de plainte du patient*
- En cas de doute sur un perte d'autonomie*
- De manière systématique*

***Concernant la fragilité du sujet âgé***

***Etes-vous familier avec le concept de fragilité du sujet âgé ? \****

- Oui*
- Non*

***A quelle occasion repérez-vous la fragilité patients de plus de 65 ans ? \****

- En cas de plainte du patient*
- En cas de doute clinique*
- De manière systématique (au moins une fois ou périodiquement après 65 ans)*
- Je ne repère pas la fragilité en pratique courante*

***Si vous repérez la fragilité de manière systématique, à quelle fréquence ?***

***Comment repérez-vous la fragilité du sujet âgé ? \****

- Ressenti clinique*
- GFST (Gérontopôle frail screening tool)*
- Autre échelle évaluation*

***Si vous avez répondu "autre échelle d'évaluation", comment repérez-vous la fragilité du sujet âgé ?***

**Utilisation du Gérontopôle Frail Screening Tool (GFST) en soins premiers pour repérer la fragilité.**

*La fragilité est un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités d'adaptation au stress de l'organisme associée à une augmentation du risque de mortalité, de chute, d'incapacité, d'hospitalisation et d'entrée en institution : elle précède la dépendance et elle est réversible.*

*Il faut repérer les patients fragiles pour pouvoir les évaluer et les prendre en charge*

*Pour repérer la fragilité, la HAS préconise l'utilisation du GFST. C'est une grille de repérage élaborée par le gérontopôle de Toulouse, pour les patients de 65 ans et plus autonomes et sans pathologie aiguë, réalisée à l'initiative du médecin en cas de suspicion de fragilité.*

**Connaissiez-vous le GFST ? \***

- Oui
- Non

**Le GFST vous semble-t-il réalisable en soins premiers ? \***

- Oui
- Non

**Si non pourquoi ?**

**Utiliseriez-vous le GFST en cas de suspicion de fragilité ? \***

- Oui
- Non

**Si non pourquoi ?**

**Une utilisation systématique du GFST, par exemple une fois par an après 70ans, vous parait-elle envisageable ? \***

- Oui
- Non

**Si possible, justifiez votre choix :**

**Pensez-vous qu'une utilisation systématique du GFST permettrait d'améliorer votre repérage de la fragilité ? \***

- Oui
- Non

**Si possible, justifiez votre choix :**

AUTEUR : Jérémy DELCROS

DIRECTEUR DE THÈSE : Emile ESCOURROU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 19/10/2021, faculté de médecine Toulouse Rangueil

---

**Evaluation des pratiques des médecins généralistes en Occitanie concernant le repérage du sujet âgé fragile en soins premiers.**

*Introduction* : La fragilité du sujet âgé est un syndrome clinique réversible, il diminue les capacités et augmente la survenue d'évènements indésirables. Son repérage ambulatoire est un enjeu.

*Objectif* : Evaluer les pratiques des médecins généralistes en Occitanie concernant ce repérage.

*Méthodologie* : Etude épidémiologique descriptive transversale via questionnaire en ligne.

*Résultats* : 76% des généralistes connaissaient la fragilité. 73% la recherchaient sur point d'appel, 18% systématiquement et 9% ne l'évaluaient pas. Le GFST était connu de 36% des médecins et seulement 16% l'utilisaient, cependant il était jugé applicable. Concernant le suivi nutritionnel, mnésique, thymique, moteur, social et médicamenteux les pratiques des médecins étaient conformes aux recommandations mais les outils standardisés recommandés étaient inconstamment utilisés.

*Conclusion* : Le repérage de la fragilité est intégré aux pratiques mais non systématique et encore essentiellement basé sur le ressenti clinique des médecins.

---

**Evaluation of General Practitioner's practice in Occitania concerning frailty screening in community-dwelling older adults.**

*Introduction*: Frailty in the elderly is a reversible clinical syndrome, it decreases adaptation capacities and increases the occurrence of adverse events. Screening it is a challenge.

*Objective*: Assess general practitioners' practices in Occitania concerning frailty screening.

*Methodology*: Cross-sectional epidemiological study using online survey.

*Results*: 76% of general practitioners knew frailty. 73% were screening frailty in case of clinical suspicion, 18% systematically and 9% did not assess it. The GFST was known to 36% of physicians and only 16% used it, however it was considered applicable. Regarding nutritional, memory, thymic, motor, social and drug monitoring, doctors' practices were in accordance with guidelines, but standardized tools were inconsistently used.

*Conclusion*: Frailty screening is integrated into practices but not systematic and still essentially based on the clinical feelings of physicians.

---

**Mots-Clés** : Repérage de la fragilité, GFST, médecin généraliste, soins premiers, évaluation gériatrique standardisée.

**Keywords**: Frailty screening, GFST, general practitioner, general practice, comprehensive geriatric assessment.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France