



**HAL**  
open science

# Appréciation de la sensibilisation au repérage de la fragilité des médecins généralistes installés en Corse

Francescu Suzzarini

► **To cite this version:**

Francescu Suzzarini. Appréciation de la sensibilisation au repérage de la fragilité des médecins généralistes installés en Corse. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02966092

**HAL Id: dumas-02966092**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02966092>**

Submitted on 13 Oct 2020

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

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



FACULTÉ DE MÉDECINE  
Année 2020

**APPRÉCIATION DE LA SENSIBILISATION AU REPÉRAGE  
AMBULATOIRE DE LA FRAGILITÉ  
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS EN CORSE**

**THÈSE**

Présentée pour l'obtention du titre de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Francescu SUZZARINI**

Né le, 16/11/1988

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le  
29/09/2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel BENOIT  
Madame le Docteur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier LIEUTAUD



## LE SERMENT D'HIPPOCRATE



Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.



**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie  
Recherche  
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique  
Pr DELLAMONICA jean  
M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

### MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)  
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)  
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

### PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Constitution du jury en qualité de 4ème membre**

**Professeurs Honoraires**

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



## REMERCIEMENTS

### **Au professeur GUERIN,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude et ma respectueuse considération.

### **Au Professeur BENOIT,**

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour votre participation à ce jury. Veuillez trouver l'expression de toute ma gratitude et de tout mon respect.

### **Au Docteur MONNIER,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.

### **Au Dr LIEUTAUD,**

Je vous remercie de l'aide que vous m'avez apportée dans ce travail. Vous avez su, toujours avec beaucoup de philosophie, cibler mes attentes et m'apporter l'aide dont j'avais besoin à la réalisation de ce projet.

### **A Mr Xavier PIERI,**

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée dans l'analyse de données.

### **Merci à**

Mme Santa OTTAVI

Mme Émilie DURASTANTI

Mme Charlotte MATTEI

Mme Joëlle OLMETTA

Dr Marie-Pierre PANCRAZI

**Merci** également à mes MSU qui m'ont soutenu dans ma progression et tous les professionnels de santé que j'ai rencontrés grâce à ce travail.

**Un tamantu ringraziu** à Mamma pè u so sustegnu parù sempre, u so allevu bonu sempre è d'avvemi permessu di fà sti studii longhi.

*À u mo babbone, à mo famiglia, è i m'amichi cari*

*À u mo babbu*

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS - Agence régionale de santé

CHB - Centre Hospitalier de Bastia

CHA - Centre Hospitalier d'Ajaccio

CLIC - Centres locaux d'information et de coordination

CTA - Coordination territoriale d'appui

CDOM - Conseil départemental des médecins

DAC - Dispositif d'appui unique

DU - Diplôme Universitaire

DIU - Diplôme inter universitaire

EHPAD - Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EGS - Evaluation Gériatrique Standardisée

GSFT - Gérontopôle Frailty Screening Tool

HAS - Haute Autorité de santé

INSEE - L'Institut national de la statistique et des études économiques

IDE - Infirmier Diplômé d'État

ICOPE - Integrated care for older people

MAIA - Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MGC - Médecins généralistes en corse

MSU - Maître de Stage des Universités

MOOC - Massive Open Online Course

MMSE – Mini mental state examination

MSP - maison de santé pluriprofessionnelle

OMS - Organisation mondiale de la Santé

PAERPA - Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PTA - Plateforme territoriale d'appui

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La Corse est l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les séniors. Chez les plus de 65 ans en France, on estime la prévalence du syndrome de fragilité à 15,0 %. Les politiques de santé affirment leur volonté d'agir contre la perte d'autonomie et veillent à promouvoir le bien vieillir. Elles placent les médecins généralistes parmi les principaux acteurs dans le repérage et la prise en charge de la fragilité. Cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes installés en Corse concernant le repérage ambulatoire de la fragilité chez la personne âgée

**Méthodes :** Nous avons mené durant trois mois une étude quantitative et descriptive à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme destiné aux médecins généralistes installés en Corse. À partir de ce questionnaire, des scores ont été réalisés afin d'apprécier dans sa globalité le niveau de sensibilité et de coordination des médecins à ce repérage.

**Résultats :** Parmi les 310 médecins installés sur le territoire Corse, 81 réponses ont été enregistrées. Le concept de fragilité était connu par 92,6 % des individus. Les médecins dans leur grande majorité considéraient dans 87,7 % (IC<sub>95%</sub> = [81.6% , 93.8%]) des cas avoir une place principale dans son repérage, et 51,9 % (IC<sub>95%</sub> = [42.5% , 61.3%]) d'entre eux déclaraient avoir été informés sur les éléments spécifiques à rechercher. Le repérage de la fragilité était associé à une démarche de prévention primaire dans 77,8 % (IC<sub>95%</sub> = [70% , 85.6%]) des cas. La grille d'évaluation GSFT du Gérontopôle de Toulouse n'était connue que par 14,1 % des médecins (IC<sub>95%</sub> = [7.4% , 20.8%]). Lorsqu' un syndrome de fragilité était suspecté, une EGS était réalisée par une aide extérieure dans 45,7 % des cas (IC<sub>95%</sub> = [35.9% , 54.3%]). Concernant les perspectives de « création de centres multi-domaines », 76,5 % des médecins y répondaient favorablement (IC<sub>95%</sub> = [68.7% , 84.3%]). L'auto-évaluation de la capacité intrinsèque par des applications mobiles était une piste pertinente selon 59,3 % de l'effectif (IC<sub>95%</sub> = [50.1% , 68.5%]).

**Conclusion :** Les médecins généralistes installés en Corse sont pour la plupart sensibilisés au repérage de la fragilité. Cependant, l'utilisation d'outils standardisés semble être un des objectifs qu'il faudrait améliorer. Dans cette étude, la logique d'exercice des médecins apparaît comme étant coordonnée et leur volonté de s'impliquer dans une démarche de soins gériatriques semble se confirmer.



## TABLE DES MATIÈRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12-14</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODE.....</b>	<b>15-17</b>
<u>1- Description globale de l'étude</u>	
<u>2- Objectifs de l'étude</u>	
a - Objectif principal	
b - Objectifs secondaires	
<u>3- Rédaction du questionnaire</u>	
<u>4- Population étudiée et diffusion du questionnaire</u>	
a- Les critères d'inclusions	
b- Les critères d'exclusions	
c- Diffusion du questionnaire	
<u>5- Données recueillies</u>	
<u>6- Analyse statistique</u>	
a- Données brutes	
b- Données croisées	
c- Réalisation de score	
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>18-23</b>
<u>A/ CARACTERISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES</u>	
<u>1- Taux de réponse et marge d'erreur</u>	
<u>2- Caractéristiques des médecins</u>	
<u>B/ REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ</u>	
<u>1- La sensibilisation des médecins généralistes au repérage de la fragilité</u>	
a- En général	
b- Réversibilité et prévention	
c- Connaissance/utilisation des outils de repérage	
d- Évaluation globale	
<u>2- La prise en charge adaptée du patient suspect de fragilité</u>	
a- Logique de parcours et coordination	
b- Place présumée et désir d'implication des MGC	
<u>3- Scores de sensibilisation et de coordination</u>	
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>24-28</b>
<u>1- Forces et faiblesses</u>	
<u>2- Sensibilité</u>	
<u>3- Prévention</u>	
<u>4- Coordination</u>	
<u>5- Implications</u>	
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>28</b>
<b>Bibliographie et Annexes.....</b>	<b>29-47</b>

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. Depuis 2018, les plus de 65 ans sont plus nombreux que les enfants de moins de 5 ans sur la planète.

En 2050 le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devrait tripler, passant de 143 millions à 426 millions. (1)

En Europe, ce vieillissement est constaté depuis longtemps et sa population est aujourd'hui l'une des plus âgées de la planète. (2) (3)

En 2018 plus de 19,7 % des européens étaient âgés d'au moins 65 ans.

En France, la part de cette tranche de population est passée de 13,9 % en 1990 à 20,5 % en 2020. Toutefois, ce vieillissement affecte différemment les territoires français.

La Corse est l'une des régions de France qui comporte le plus de personnes âgées et qui enregistre le taux de pauvreté le plus élevé chez les séniors. (4)

Selon les dernières estimations de l'Insee en janvier 2019, la Corse comptait 39 092 personnes âgées de 75 ans et plus soit 11,5% de la population contre 9,4% en France métropolitaine. D'après les projections de population établies par l'Insee, cette part augmenterait de 58 % entre 2015 et 2030 contre 27 % au niveau national. (5)

En 2015 on comptait sur l'île 15 000 personnes dépendantes de plus de 60 ans. A l'horizon 2030, 6 000 personnes supplémentaires se trouveront en situation de dépendance selon l'hypothèse intermédiaire de projection. Cette évolution (+40 %) est nettement supérieure à la moyenne nationale (+25 %). (6)

Concernant les lieux de vie, 88 % des séniors dépendants vivant en Corse privilégient la vie au domicile, ce sont 10 points de plus qu'au niveau national. En parallèle, on constate que le recours aux institutions comme les EHPAD est moindre. Cette donnée peut en partie s'expliquer par le niveau de précarité élevé des séniors ainsi que par le nombre de lits en institution pour 1000 habitants inférieur au reste de la métropole (57 contre 124). Il est également important de souligner qu'en Corse le maintien à domicile des aînés est favorisé par la présence plus importante des aidants familiaux ainsi que par un maillage infirmier plus dense. (5)

Le vieillissement est un processus évolutif hétérogène. Ainsi à âge égal, les personnes âgées sont très différentes. De plus, l'identification des patients qui relèvent du soin gériatrique ne peut se réduire à des critères isolés tels que l'âge, le lieu de soins ou la perte d'indépendance fonctionnelle.

Cette tranche de la population est plus atteinte par des pathologies chroniques, souvent multiples, avec une fréquente intrication de problèmes psycho sociaux et environnementaux. Les décompensations de ces pathologies sont d'autant plus nombreuses que l'âge est avancé.

L'approche médicale traditionnelle est ainsi difficilement applicable à la personne âgée polyopathologique. (7) (8)

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que la notion de syndrome gériatrique apparaît dans la littérature. Celle-ci se différencie du syndrome médical classique défini par un ensemble de symptômes ou de signes dont le groupement correspond à une entité. (9)

Le syndrome gériatrique se définit comme une situation clinique présentant quatre critères :

- augmentation de sa fréquence avec l'âge
- implication de facteurs multiples
- augmentation de la fréquence d'institutionnalisation ou de la perte d'autonomie
- prise en charge multifactorielle et holistique du patient

Le syndrome de fragilité valide ces critères. Son caractère réversible justifie l'importance de le repérer afin d'endiguer son évolution et ralentir l'apparition d'un état de dépendance chez la personne âgée. Chez les plus de 65 ans, on estime sa prévalence à 15,0 % en France. (10) (11) (12) (13) On distingue 3 types de vieillissements associés à un état :

- Vieillesse réussie → état robuste
- Fragilité → état fragile/pré-fragile
- Vieillesse pathologique → état de dépendance

La sensibilisation des médecins généralistes à ce concept est essentielle car son repérage permet d'identifier, au sein d'une population vaste et hétérogène, une population-cible pour laquelle une prise en charge médico-psycho-sociale spécifique est nécessaire.

Le concept gériatrique de fragilité né dans les années 90 s'est structuré progressivement. (14) (15) (16) Il participe depuis une quinzaine d'années à la mutation globale du système de santé pour la prise en charge de la personne âgée. L'organisation des soins face à la fragilité tente d'évoluer vers une logique de parcours, davantage centrée sur les besoins du patient. (17) (18) (19)

En Corse comme au niveau national, une chaîne d'acteurs multiples a vu le jour depuis les premières lois santé ayant pour objectif de développer des logiques de prévention, d'apprentissage du bien vieillir, et de garantir tant que possible des soins de qualité au domicile. Le projet de loi « Ma Santé 2022 » formulé dès 2017, souhaitait mutualiser ces dispositifs avec les plateformes territoriales d'appui. Ceux-ci ont été plus récemment intégrés au sein d'un dispositif d'appui unique. La création d'un DAC unique aurait pour but d'améliorer la gestion des cas complexes, d'éviter les redondances en terme de missions, et d'apporter une meilleure lisibilité de l'offre de soins.

Ainsi, au niveau territorial ont été mis en place de nombreux dispositifs d'appui aux parcours complexes (réseaux de santé, CLIC, MAIA, PAERPA, CTA, PTA). Au niveau local, bien qu'étant le seul département de France métropolitaine à ne pas avoir de Centre Hospitalo-universitaire sur son territoire, ont été créés des équipes de soins spécialisés (équipes mobiles gériatriques et

palliatives, hôpital de fragilité).

Concernant les soins primaires, des infirmiers ont été formés et des maisons de santé avec des équipes pluriprofessionnelles se sont développées. Représentées sur le territoire de la Corse, elles ne sont cependant pas un modèle unique ou majoritaire du mode d'exercice des médecins généralistes.

Dans le cadre du repérage de l'évaluation de la fragilité, les médecins généralistes sont placés au premier plan de ce dispositif de prévention et d'accompagnement. En plus de définitions claires, il est important qu'ils aient connaissance des outils facilitant ce repérage. Les grilles d'évaluations de la fragilité, souvent longues et complexes à mettre en pratique lors d'une consultation en cabinet de médecine générale, ont été simplifiées pour en favoriser son repérage à partir de 65 ans. (20) (21) (22) (23)

En cas de suspicion de fragilité, une analyse plus fine est recommandée. C'est l'objectif d'une évaluation gériatrique standardisée, qui identifie les différentes dimensions pour lesquelles des actions médicales, sociales, ou psychologiques sont nécessaires. (24) (25) (26)

En 2019 des IDE libérales ont été formées par la collectivité de Corse à la réalisation de cette évaluation. Avec la volonté d'aller plus en amont dans le domaine de la prévention, l'OMS a validé en 2018 le programme ICOPE, ciblant des personnes plus jeunes.

Ce programme a pour objectif de favoriser le vieillissement en bonne santé par l'action sur la capacité intrinsèque de chacun. Les capacités physiques ou mentales seront évaluées à travers cinq domaines principaux (la cognition, la mobilité, la psychologie, les fonctions sensorielles, la vitalité/nutrition). (27) Il vise également à promouvoir l'aspect fondamental de l'implication du patient dans cette prise en charge, par l'auto-surveillance grâce à des applications Smartphone.

Dans ce contexte mondial de vieillissement de la population, les politiques de santé affirment leur volonté d'agir contre la perte d'autonomie et veillent à promouvoir le bien vieillir. La Corse cumule les signaux d'alertes économiques et démographiques en lien avec la prise en charge de la personne âgée. De plus, la région présente une géographie particulière caractérisée par son statut d'île montagne. Les zones véritablement urbaines se concentrent sur la ville de Bastia et d'Ajaccio. Les axes routiers vétustes et sinueux sont un frein à l'accès aux structures de soins les plus proches pour les personnes âgées. Les médecins généralistes, principaux acteurs de terrains prodiguant des soins aux seniors, apparaissent comme étant indispensables dans le repérage et la prise en charge de la fragilité. Il est donc fondamental de s'assurer qu'ils soient suffisamment informés, pleinement conscients de leurs rôles, mais aussi, soutenus dans leurs démarches de prise en charge. Cette étude a pour but de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en Corse, concernant le repérage ambulatoire de la fragilité chez la personne âgée.

## MATÉRIELS ET METHODES

### **1- Description globale de l'étude**

Nous avons effectué sur une durée de trois mois, du cinq mai au 30 juillet 2020, une étude quantitative descriptive sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme destiné aux médecins généralistes libéraux installés en Corse (Haute-Corse et Corse du Sud). Le recueil de données a consisté dans l'envoi d'un questionnaire par voie numérique ayant pour but de faire un véritable état des lieux concernant la prise en charge ambulatoire de la personne âgée sur le thème de la fragilité.

### **2- Objectifs de l'étude**

#### a- Objectif principal

Évaluer la sensibilisation des médecins généralistes au repérage ambulatoire de la fragilité en cabinet de médecine générale sur le territoire Corse.

#### b- Objectifs secondaires

Évaluer les logiques de parcours et de soins coordonnées des médecins généralistes

Évaluer l'intérêt des médecins à s'inscrire dans une démarche de soins gériatrique.

### **3- Rédaction du questionnaire**

Une revue préalable de la littérature à été réalisée grâce à des moteurs de recherche de publications médicales faisant référence tels que PubMed® ou Medline®, mais également via le site du catalogue universitaire de documentation (suddoc.fr) qui référence les thèses d'exercices portant sur le sujet . Les mots-clés utilisés étaient « frailty index », « aged », « aging » ou encore « frail elderly ». Le stockage et le référencement de ces documents ont été fait avec le logiciel Zotero®.

Ainsi, la lecture de plusieurs études et de thèses d'exercices nous ont permis la rédaction d'une première version du questionnaire. (20) (28) (29) (30) (23) (31) (20) (32) (33)

L'amélioration et l'orientation des questions se sont enrichies progressivement grâce aux échanges avec différents acteurs.

Le pôle gériatrie, addictologie et psychiatrie du centre hospitalier de Bastia avec l'unité hôpital de jour fragilité ont complété notre réflexion sur des perspectives futures d'organisations des soins et de recherches.

Le pôle efficience et gestion du risque de l'ARS Corse et le service de la coordination des parcours de l'autonomie des personnes de la collectivité de Corse, ont participé aux échanges et ont exprimé leur intérêt vis à vis de cette étude.

Le conseil départemental des médecins de Corse a permis de faciliter le travail de distribution du questionnaire, du fait de son réseau de diffusion régional.

#### **4- Population étudiée et diffusion du questionnaire**

##### **a- Les critères d'inclusions**

Exercer en Corse (Haute-Corse ou Corse du Sud)

Être Docteur en Médecine Générale

Être installé en cabinet avec une activité libérale (partielle ou totale)

Avoir une Adresse électronique valide

##### **b- Les critères d'exclusions**

Ne pas exercer en Corse

Ne pas être installé en cabinet de Médecine Générale

##### **c- Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été transmis, avec l'aide du CDOM de Haute-Corse, par courrier électronique (annexe 1) à 245 médecins (140 en Haute-Corse et 115 en Corse du Sud) le 5 Mai 2020 avec un rappel le 3 Juillet et disponible jusqu'au 30 Juillet 2020.

Tous les résultats ont été récupérés sur le logiciel Google forms®, transférés sur tableur Excel®.

Les données concernant la démographie médicale ont été récupérées avec C@rtosanté. C'est un outil de cartographie interactive mis a disposition par l'ARS permettant d'analyser l'offre et la demande des soins de premier recours sur une zone géographique précise.

#### **5- Données recueillies**

Le questionnaire se composait de 35 questions fermées et une question ouverte portant sur le lieu initial de formation, réparties en quatre sections (Annexe 2) :

- Démographie médicale et mode d'exercice (12 questions)
- Visites à domicile (3 questions)
- Repérage de la fragilité (15 questions)
- Maintien de la capacité intrinsèque (6 questions)

Chaque partie était précédée d'un texte explicatif permettant de répondre au questionnaire de manière éclairée, mais également permettant la diffusion systématique d'une notion auprès des personnes cibles.

Avec cette répartition nous avons tenté d'organiser de façon fluide et didactique les questions portant sur les trois grands thèmes principaux de notre étude.

- La sensibilisation des médecins généralistes au repérage de la fragilité
- La place des soins coordonnés au sein de la pratique des MGC.
- La perception et les attentes des MGC sur les pratiques futures envisagées dans ces domaines.

## **6- Analyse statistique**

### **a- Données brutes**

Nos variables qualitatives ont été traitées en utilisant des statistiques descriptives (nombres de sujet (n), pourcentage (%), et intervalle de confiance (IC<sub>95</sub>))

### **b- Données croisées**

Tous les tests statistiques d'indépendance du  $\chi^2$  ont été évalués avec un risque de première espèce alpha de 5 %.

### **c- Réalisation de score**

Afin d'apprécier dans leur globalité le niveau de sensibilisation et de coordination des médecins généralistes concernant le repérage et la prise en charge de la fragilité, nous avons créé deux scores à partir des questions qui nous semblaient directement liées à la notion que nous souhaitons évaluer. Des recherches de corrélation ont été réalisées entre les scores et différentes variables, avec le test du  $\chi^2$  ( $\alpha = 5\%$ ).

Concernant les variables binaires de type « Oui » ou « Non », une cotation de un point était attribuée au « Oui », et de zéro point au « Non ». Pour les autres variables, une cotation particulière était attribuée selon la réponse choisie.

**Score de sensibilisation** : intégrant 14 questions qui évaluaient le niveau de sensibilisation du médecin au repérage de la fragilité (Annexe 4).

Nous avons organisé les résultats de ce score, allant de 0 à 16, avec une répartition en trois catégories :

- Faible sensibilisation (score de < 6)
- Moyenne sensibilisation (score de 7 à 9)
- Forte sensibilisation (score > 9)

**Score de coordination**: intégrant 6 questions qui évaluaient le niveau de coordination du médecin dans le cadre du repérage de la fragilité (Annexe 4).

Nous avons organisé les résultats de ce score, allant de 0 à 7, avec une répartition en trois catégories :

- Faible coordination (score de 0 à 2)
- Pratique coordonnée (score de 3 à 5)
- Logique de parcours (score > 5)

# RESULTATS

## A/ CARACTERISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

### 1- Taux de réponse et marge d'erreur

A la clôture du questionnaire, le nombre de réponses était de 81, soit un taux de réponse global de 33 %.

Le taux de réponse par département montre une répartition inégale avec 43,6 % en Haute-Corse et 17,4 % en Corse du Sud.

Sur l'ensemble de la région Corse il y avait 310 médecins généralistes installés sur le territoire en 2019. Leur répartition était de 162 en Haute-Corse et de 148 en Corse du Sud.

La marge d'erreur de l'étude a été calculée avec le logiciel en ligne CheckMarket®.

Avec un intervalle de confiance de 95% on obtient une marge d'erreur de 9.3%.

### 2- Caractéristiques des médecins

Les caractéristiques démographiques professionnelles des médecins ayant répondu au questionnaire sont résumées dans le tableau 1. Concernant les données sur la faculté d'origine (Annexe 4), les principales villes représentées sont Marseille (n = 43) et Nice (n = 14). Parmi les 81 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 75,6 % (n = 61) déclaraient avoir exercé au Centre hospitalier de Bastia ou d'Ajaccio.

29,6 % travaillaient plus de 10 demi-journées par semaine.

On observait que parmi les 88,9 % des médecins qui réalisaient des visites à domicile, 54,2 % y consacraient une à trois demies journées hebdomadaire, 27,8 % plus de trois demi-journées, et 18,1 % moins d'une demi-journée.

Les données régionales concernant la répartition par âges et par genre des médecins généralistes installés en Corse sont exposées dans l'annexe 5.

Dans l'analyse statistique croisée selon « la part de patient de plus de 60 ans », on observait un lien significatif avec le « mode d'exercice » ( $p = 0,012$ ). Ainsi, 50% des médecins exerçant en MSP avaient au sein de leur patientèle plus de 50% de patients âgés de plus de 60 ans, cette part était de 35,7 % pour les médecins exerçant seul et de 29,4 % pour les cabinets de groupe.

D'autres associations ont été étudiées entre « la part de patient de plus de 60 ans » (Annexe 6) et, « l'âge des médecins » ( $p = 0,161$ ), le fait d'avoir une « formation complémentaire » en gériatrie ( $p = 0,022$ ), et la « réalisation de visites à domiciles » ( $p = 0,055$ ).



Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

	n	%
<b>Genre</b>		
Homme	57	70,4
Femme	24	29,6
<b>Age du médecin généraliste</b>		
Moins 45 ans	28	34,6
45 et 55 ans	13	16,0
55 et 65 ans	35	43,2
65ans et +	5	6,2
<b>Département exercice</b>		
Corse du Sud	20	24,7
Haute-Corse	61	75,3
<b>Zone d'exercice</b>		
Rurale	22	27,2
Semi-rurale	28	34,6
Urbaine	31	38,3
<b>Mode exercice</b>		
Seul	29	35,8
Cabinet groupe	34	42,0
MSP	18	22,2

	n	%
<b>MSU</b>		
Oui	28	34,6
Non	53	65,4
<b>Validation formation complémentaire gériatrie</b>		
Oui	19	23,5
Non	61	75,3
NSP	1	1,2
<b>Part patients &gt; 60 ans</b>		
Moins de 25%	17	21,0
25% à 50%	34	42,0
50 à 75%	27	33,3
Plus de 75%	2	2,5
<b>Réalisation VAD</b>		
Oui	72	88,9
Non	9	11,1

## **B/ REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ**

### **1- La sensibilité des MGC au repérage de la fragilité**

#### a- En général

Le concept de fragilité était connu par 92,6 % des individus interrogés. Les médecins considéraient dans 87,7 % des cas ( $IC_{95\%} = [81,6\% , 93,8\%]$ ) avoir une place principale dans son repérage, et 51,9 % d'entre eux ( $IC_{95\%} = [42,5\% , 61,3\%]$ ) déclaraient avoir été informés sur les éléments spécifiques à rechercher. L'âge cible de 70 – 80 ans était identifié dans 54,3 % des cas.

Il y avait un lien significatif ( $p = 0,001$ ) entre l'identification de l'âge cible du repérage de la fragilité et le fait d'avoir été informé sur les éléments spécifiques à rechercher pour mettre en évidence ce syndrome . La part des médecins qui considéraient que le repérage devait avoir lieu après 80 ans étaient de 33 % chez les praticiens non informés et de 9,5 % chez les autres.

Le résultat des tests croisés entre la variable « avoir été informé » et « l'âge du praticien » montrait une significativité de  $p = 0,077$ . Les médecins de moins de 45 ans déclaraient à 64 % ne pas avoir été informés. Comparativement, cette réponse représentait 23,1 % des 45 – 55 ans, et 37,5 % des plus de 55 ans.

## b- Réversibilité et prévention

La notion de réversibilité était associée à la fragilité dans 77,5 % des cas ( $IC_{95\%} = [70\% , 85.6\%]$ ).

Le repérage de la fragilité était associée à une démarche de prévention, primaire dans 77,8 % des cas, secondaire dans 16 % des cas, et tertiaire dans 1,2% des cas. 4,9 % des médecins déclaraient ne pas savoir identifier le niveau de prévention associé.

Parmi les médecins qui déclaraient « avoir été informé », 85,7 % identifiaient cette démarche à de la prévention primaire ( $p = 0,045$ ).

Le dépistage du déclin de la capacité intrinsèque était associé à une démarche de prévention primaire dans 69,8 % des cas, secondaire dans 16 % des cas, et tertiaire dans 2,5 % des cas.

12,3 % des médecins déclaraient ne pas savoir identifier le niveau de prévention associé. Une analyse croisée a été réalisée entre les niveaux de prévention attribués au repérage de la fragilité et ceux attribués au dépistage du déclin de la capacité intrinsèque (tableau 2).

L'auto-évaluation de la capacité intrinsèque par des applications mobiles serait une piste pertinente selon 59,3 % de l'effectif ( $IC_{95\%} = [50.1\% , 68.5\%]$ ).

Une corrélation à été mise en évidence avec « l'âge du praticien » ( $p = 0,04$ ). Sa pertinence apparaît de manière plus évidente chez les moins de 55 ans Le taux d'approbation est de 75 % chez les moins de 45 ans, de 76,9 % chez les 45 – 55 ans, et de 59,3 % chez les plus de 55 ans. Aucune dépendance avec « le mode d'exercice » ( $p = 0,593$ ), ou « la zone d'exercice » ( $p = 0,597$ ) n'avait été retenue.

**Tableau 2 : Prévention du repérage de la fragilité \* Prévention dépistage du déclin de la capacité intrinsèque**

			Prévention dépistage du déclin capacités intrinsèques				Total
			Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire	NSP	
Repérage de la fragilité	Prévention primaire	Eff n	50	9	0	4	63
		Eff théorique	43,6	10,1	1,6	7,8	63,0
		%	79,4 %	14,3 %	0,0 %	6,3 %	100,0 %
		%	89,3 %	69,2 %	0,0 %	40,0 %	77,8 %
	Prévention secondaire	Eff n	5	4	1	3	13
		Eff théorique	9,0	2,1	,3	1,6	13,0
		%	38,5 %	30,8 %	7,7 %	23,1 %	100,0 %
		%	8,9 %	30,8 %	50,0 %	30,0 %	16,0 %
	Prévention tertiaire	Eff n	0	0	1	0	1
		Eff théorique	,7	,2	,0	,1	1,0
		%	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	100,0 %
		%	0,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	1,2 %
	NSP	Eff n	1	0	0	3	4
Eff théorique		2,8	,6	,1	,5	4,0	
%		25,0 %	0,0 %	0,0 %	75,0 %	100,0 %	
%		1,8 %	0,0 %	0,0 %	30,0 %	4,9 %	
Total	Eff n	56	13	2	10	81	
	Eff théorique	56,0	13,0	2,0	10,0	81,0	
	%	69,1 %	16,0 %	2,5 %	12,3 %	100,0 %	
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

		Tests du $\chi^2$	
	Valeur	ddl	p
$\chi^2$	64,726	9	,000
RV	27,945	9	,001

### c- Connaissance/utilisation des outils de repérage

Dans les cabinets de médecine générale, la fragilité était repérée à 77,8 % grâce au sens clinique du praticien. L'utilisation de grilles de repérages s'ajoutait à la démarche subjective des médecins dans 22,2 % des cas.

L'analyse croisée entre « Identification des pratiques » et la « validation d'une formation » complémentaire en gériatrie ( $p = 0,001$ ) révélait que 47 % des médecins formés, contre 13,1% n'ayant pas eu de formation, repéraient la fragilité avec leur sens clinique aidés par une grille d'évaluation.

La grille d'évaluation GSFT du Gérontopôle de Toulouse, exposée dans le questionnaire, n'était connue que par 14,1 % des médecins interrogés ( $IC_{95\%} = [7.4\% , 20.8\%]$ ).

L'analyse croisée entre « l'identification des pratiques » et la « connaissance de la grille GSFT » met en évidence l'existence d'une significativité ( $p = 0,000$ ).

72,7 % des médecins ayant connaissance de la grille GFST, contre 13,4 % chez les médecins ne la connaissant pas, s'aidaient d'une grille en plus de leur sens clinique dans le cadre du repérage de la fragilité.

L'analyse croisée entre la « validation d'une formation » et la « connaissance de la grille GSFT » était significative ( $p = 0,001$ ). Les médecins ayant reçu une formation en gériatrie étaient 36 % ( $n = 7$ ) à connaître la grille GFST contre 6,6 % ( $n = 4$ ) pour les autres.

Des analyses croisées complémentaires ont été réalisées entre la « connaissance de la grille GSFT » et « l'âge du praticien » ( $p = 0,306$ ), le fait d'être « MSU » ( $p = 0,99$ ), « la zone d'exercice » ( $p = 0,273$ ), et « le département d'exercice » ( $p = 0,91$ ).

### d- Évaluation globale

En cas de suspicion de fragilité, la réalisation d'examens biologiques et/ou d'imageries était jugée nécessaire par 88,9 % des médecins interrogés alors que la réalisation d'une EGS était considérée comme fondamentale dans 60,5 % des cas.

Lorsqu'un syndrome de fragilité était suspecté par le médecin, une EGS était réalisée par une aide extérieure dans 45,7 % des cas ( $IC_{95\%} = [35.9\% , 54.3\%]$ ), par le médecin généraliste dans 11,1 % des cas, et non réalisé dans 43,2 % des cas.

Dans cet échantillon, 39,5 % des médecins déclaraient connaître, au sein de leur réseau professionnel, « un.e infirmier.e formé.e » à la réalisation des EGS.

Une analyse croisée a été réalisée entre la variable « un.e IDE formé.e » et « EGS en cas de suspicion de fragilité » (tableau 3).

Aucun lien de dépendance n'était retrouvé pour des variables telles que « la zone d'exercice » ( $p = 0,428$ ), « le département d'exercice » ( $p = 0,625$ ) ou « le mode d'exercice » ( $p = 0,103$ ) (tableau 3 bis).

**Tableau 3 : Connaissance d'un.e IDE formé.e à l'EGS \* Réalisation d'une EGS si suspicion de fragilité**

		Si suspicion fragilité, réalisation de l'EGS			
		Par le MG	Par aide extérieure (IDE, gériatre)	Non réalisée	
<b>Connaissance IDE de proximité formé.e à Eval.fragilité</b>	Oui	Effectif	6	22	4
		Effectif théorique	3,6	14,6	13,8
		%	66,7 %	59,5 %	11,4 %
	Non	Effectif	3	15	31
		Effectif théorique	5,4	22,4	21,2
		%	33,3 %	40,5 %	88,6 %
<b>Total</b>	Effectif	9	37	35	
	Effectif théorique	9,0	37,0	35,0	
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

	Valeur	ddl	p
$\chi^2$	20,487	2	,000
RV	22,401	2	,000

**Tableau 3 bis : Connaissance d'un.e IDE formé.e à l'EGS \* Mode exercice**

		Mode exercice			Total	
		Seul	Cabinet groupe	MSP		
Connaissance IDE de proximité formée Eval.fragilité	Oui	Effectif	10	11	11	32
		Effectif théorique	11,5	13,4	7,1	32,0
		% compris dans Mode exercice	34,5 %	32,4 %	61,1 %	39,5 %
	Non	Effectif	19	23	7	49
		Effectif théorique	17,5	20,6	10,9	49,0
		% compris dans Mode exercice	65,5 %	67,6 %	38,9 %	60,5 %
Total	Effectif	29	34	18	81	
	Effectif théorique	29,0	34,0	18,0	81,0	
	% compris dans Mode exercice	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

## **2- La prise en charge adaptée du patient suspect de fragilité**

### **a- Logique de parcours et coordination**

Face à un patient suspect de fragilité, 18,5 % des médecins organisaient une surveillance médicale renforcée sans faire appel à une aide extérieure. En ce qui concerne les autres médecins interrogés, soit 81,5 % de l'échantillon, l'enquête révélait que ceux-ci favorisaient une prise en

charge multidisciplinaire répartie entre l'aide de paramédicaux dans 63 % des cas ; l'appui de la CTA ou d'un autre réseau gérontologique dans 17,3 % des cas ; l'orientation vers l'hôpital de jour fragilité du CHB dans 1,2 % des cas. Aucun médecin n'adressait directement à un gériatre.

Concernant les perspectives de « création de centres multi-domaines » sur le territoire en rapport avec la prise en charge de patients fragiles, 76,5 % des médecins (IC<sub>95%</sub> = [68.7% , 84.3%]) avaient répondu favorablement. Ainsi sur l'effectif total de médecins, 50,6 % d'entre eux étaient favorables au développement de centres de proximité, alors que 25,9 % d'entre eux préféraient le création d'un centre régional référent. Dans le cadre de la prise en charge du déclin de la capacité intrinsèque, 64,2 % étaient prêts à intervenir auprès de leurs patients au sein de pôles de santé multi-domaine.

#### b- Place présumée et désir d'implication des MGC

Le « rôle présumé » dans la démarche de repérage de la fragilité des médecins généralistes était défini à 87,7 % comme principal et à 11 % comme secondaire.

Le « rôle souhaité » était défini par les médecins comme principal d'après 77,5 % d'entre eux, et secondaire d'après 20 % d'entre eux.

Après avoir soumis un exemplaire de la grille GFST dans le questionnaire, 81,5 % des médecins étaient favorable à son utilisation pour le repérage de la fragilité en plus de leur pratique habituelle. Le dépistage du déclin des capacités intrinsèques est considéré comme une notion pertinente par 93,8 % des praticiens.

L'analyse croisée entre le « rôle souhaité » et la « participation à des centre multi-domaines », aucune corrélation n'était retrouvée ( $p = 0,364$ ).

### 3- Scores de sensibilisation et de coordination

Les résultats bruts sont représentés dans le tableau 4, les données croisées dans l'annexe 7.

**Tableau 4 : scores de coordination et de sensibilisation**

Niveau coordination				Sensibilité au repérage fragilité			
		Effectifs n	%			n	%
Valide	Faible coordination (SC 0-2)	17	21,0	Valide	Faible sensibilité (SC 0-6)	14	17,3
	Logique de coordination (SC 3-5)	37	45,7		Moyenne sensibilité (SC 7-9)	35	43,2
	Logique de parcours (SC >5)	27	33,3		Forte sensibilité (SC >9)	32	39,5
	Total	81	100,0		Total	81	100,0

## DISCUSSION

### **1- Forces et faiblesses**

#### a- Forces

Cette étude a atteint son objectif principal qui était d'explorer sous différents aspects, la sensibilité au repérage de la fragilité chez les médecins généralistes installés en Corse. Le taux global de participation était 33%.

Sur l'effectif total, 61 médecins étaient installés en Haute-Corse. Ils étaient donc 37 % des médecins de ce territoire à participer à cette étude.

La comparaison de ces données avec celles de la littérature nous autorise à proposer des pistes de travail pour d'autres projets de recherche ou de thèse et de valider la pertinence de certains de nos résultats.

Les résultats de ce travail ont été présentés lors d'une réunion pluri-professionnelle à l'ARS de Corse. Ils ont été retenus comme faisant partie des éléments à partager lors de la prochaine candidature de la région au projet ICOPE.

#### b- Faiblesses

Il existait une asymétrie entre le taux de participation de Haute-Corse (43,6 %) et celui de Corse du sud (17,4 %). Cette différence pourrait s'expliquer par la dynamique prédominante autour du soin gériatrique en Haute-Corse. L'échantillon constitué de 81 médecins sur un total de 310 installés en Corse, était de taille réduite. La marge d'erreur a été calculée à environ 9,3 %.

La répartition des genres semble être comparable entre la région et l'échantillon. On note cependant une sur-représentation des médecins généralistes de moins de 45 ans.

De plus il existe un biais de sélection lié au fait que les médecins qui ont répondu au questionnaire pourraient, de par l'intérêt à la question posée, se différencier des médecins n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.

Des scores ont été réalisés à partir du questionnaire pour apprécier dans leur globalité le niveau de sensibilité et de coordination des médecins à ce repérage. Bien qu'ils n'aient aucune validité prouvée, ceux-ci sont cependant utiles à la compréhension générale de l'étude.

### **2- Sensibilisation**

De façon générale, les médecins généralistes en Corse sont sensibilisés au repérage de la fragilité. D'après le score de sensibilisation, seul 17,3 % étaient faiblement sensibilisés. Ils déclaraient connaître la notion de fragilité dans 92,6 % des cas. Ces données sont comparables à celles retrouvées dans une thèse d'exercice qui évaluait les connaissances des professionnels de santé deux ans après le développement du dispositif PAERPA sur le territoire lourdaise. (33)

Dans notre questionnaire les types de formations complémentaires n'étaient pas recherchés et pouvaient correspondre à des DU, DIU, MOOC, ou d'autres formations reconnues. Néanmoins, les

tests croisés mettent en évidence une meilleure sensibilisation à ce repérage chez les médecins formés à la gériatrie.

L'analyse plus fine des données plaçait significativement la formation complémentaire en gériatrie comme étant prépondérante à l'acquisition des connaissances de base au repérage de la fragilité. Les médecins ayant validé une telle formation étaient proportionnellement plus nombreux à connaître le score GFST et utilisaient d'ailleurs beaucoup plus volontiers des grilles de repérage dans leur pratique clinique. Dans cette étude de la DRESS, (34), l'utilisation d'outils d'évaluation de la dépendance est deux fois plus fréquente parmi les médecins déclarant disposer d'un diplôme en gériatrie. Elle est même trois fois plus fréquente chez les 13 % de médecins membres d'un réseau gérontologique.

La diffusion de l'utilisation d'un test, au-delà de facteurs multiples tels que sa reproductibilité, sa validé ou encore l'adhérence de la communauté scientifique, nécessite du temps. A titre de comparaison l'histoire du MMSE est très parlante. (35)

Depuis les premiers travaux sur la création de l'outil GFST par le Gérontopôle de Toulouse (36), de nombreuses recherches ont été effectuées sur sa faisabilité et sa diffusion dans les cabinets de médecine générale. (37) (38) (23)

La grille GFST est recommandée par la HAS dans le repérage de la fragilité depuis 2013 et a été largement diffusée par l'ARS de Corse depuis 2017. L'intérêt de son utilisation outre le du sens clinique et subjectif du médecin, réside dans la standardisation du repérage afin d'en rendre systématique l'exploration de tous les champs en lien avec la fragilité.

En Corse seulement 14,1 % de l'effectif connaissait l'existence de cette grille alors qu'une campagne de communication auprès des médecins généralistes avait été réalisée par la Collectivité de Corse dans le cadre du dispositif PAERPA en 2017. Ce pourcentage est comparable aux recherches réalisées deux ans après la mise en place du dispositif PAERPA à Toulouse. (33)

Après avoir exposé cette grille dans le questionnaire, 81,5 % des médecins étaient favorables à son inclusion dans leur pratique.

D'autre part, même si les notions de réversibilité et de prévention étaient admises, l'âge cible était mieux identifié par des médecins qui déclaraient avoir été informés sur les éléments à rechercher dans le cadre du repérage de la fragilité. Aucune significativité statistique n'a été démontrée formellement dans l'étude entre l'âge du praticien et le fait d'avoir été informé ( $p = 0,077$ ).

Cependant on observait une tendance qui suggérait que la diffusion de l'information était moins accessible chez les médecins les plus jeunes.

En somme, si la connaissance de cet outil était la principale limite à son utilisation, la validation

d'une formation complémentaire en gériatrie pourrait être un des déterminants essentiels de sa diffusion.

### **3- Prévention**

La réversibilité de l'état de fragilité est une notion fondamentale puisqu'elle confère au repérage un caractère préventif. La fragilité se différencie de la dépendance qui elle a une démarche compensatrice (d'un handicap ou d'une la maladie). (39)

Avec l'aide du tableau 2, on observait que l'attribution d'un niveau de prévention, selon la classification de l'OMS établie en 1946, n'était pas aisée.

Bien que certaines réponses incohérentes puissent être le résultat d'une méconnaissance de ces différents niveaux, cette approche liée à la prévention de la maladie (primaire, secondaire, tertiaire) ne correspond pas totalement aux actions de préventions réalisées dans le cadre du repérage et de la prise en charge de la fragilité. La place qu'occupe le syndrome de fragilité dépend d'abord du moment auquel on souhaite intervenir dans le processus. Ensuite, elle dépend, des dimensions individuelles, sociales et environnementales autour de la personne.

A l'image de l'approche particulière de cette prise en charge globale, intégrée et individualisée, la transition vers un modèle de prévention plus écologique semble être au centre des discussions de la communauté scientifique. (40) (41)

L'analyse individuelle de chaque patient suspect de fragilité, est l'objectif des évaluations gériatriques standardisées. Cette analyse n'apparaissait pourtant pas aussi essentielle que la réalisation d'examens complémentaires. Cette évaluation gériatrique est sensée permettre l'élaboration d'un plan personnalisé de soins qui aura pour but d'orienter le médecin traitant vers les actions de prise en charge les plus pertinentes pour son patient.

Cette collaboration inter-professionnelle, au-delà de faciliter les rapports entre les différents intervenants et d'établir un parcours thérapeutique prévisionnel, jouerait aussi un rôle essentiel dans l'échange et l'amélioration des pratiques professionnelles. Ainsi la formation des IDE à l'EGS a pour objectif de favoriser la réalisation d'une évaluation individuelle et d'en diffuser le sens qui est celui du soin gériatrique.

Dans notre étude, les médecins connaissant ces IDE formés, réalisaient proportionnellement plus d'EGS (eux même ou avec une aide extérieure) que les autres. Le score de coordination des médecins, était également plus élevé lorsqu'ils connaissaient un.e IDE formé.e.

L'analyse croisée de la variable « mode d'exercice » et « IDE formé.e » n'était pas significative. Néanmoins on observait que 61,1 % des médecins exerçant en MSP connaissaient au moins un.e IDE formé.e à cette pratique. Cette proportion était de 34,5 % pour les médecins exerçant seuls et 32,4 % pour ceux exerçant en groupe. Une analyse croisée entre « la connaissance d'un.e IDE formé.e » avec une variable binaire « exercice en MSP » aurait été certainement plus pertinente.



#### **4- Coordination**

Le score de coordination des médecins généralistes semble mettre en évidence une pratique globalement coordonnée concernant la prise en charge de la fragilité. La logique de parcours, faisant appel à une démarche de soin plus récente, est tout de même représentée par 33 % de l'effectif.

Le programme PAERPA lancé en Corse en 2017 avait pour objectif de promouvoir ce modèle de prises en charges complexes et pluri-professionnelles, dans une logique de parcours de soins centrée sur la personne âgée. Les items du score de coordination qui permettaient aux médecins d'être comptabilisés dans le niveau de coordination maximale, étaient en relation directe avec les éléments promus par ce dispositif.

La dynamique autour de ces projets de prise en charge globale et coordonnée dans le cadre de la fragilité, est impulsée par des acteurs locaux majoritairement représentés sur le territoire de Haute-Corse. La relation entre le niveau de coordination des praticiens et le département d'exercice ( $p = 0,055$ ), bien que discutable du fait d'une faible représentativité des médecins de Corse du sud dans l'échantillon, n'est donc pas surprenante.

Même si chaque médecin présente une patientèle avec des caractéristiques qui lui sont propres (42), il semblerait que le système de soins ambulatoire adapté aux problématiques spécifiques du vieillissement pathologique, ait fait preuve d'une adhérence de la part des plus âgés. L'exercice en MSP, par définition pluridisciplinaire, et la réalisation de visites à domicile ont un pourcentage plus élevé de sénior au sein d'une patientèle.

Les recherches de corrélation entre le niveau de coordination des médecins et leur mode d'exercice ne montrent pas de significativité statistique ( $p = 0,181$ ). Néanmoins, si les médecins ayant un mode exercice « seul » ou « en groupe » ont des effectifs comparables dans chaque niveaux de coordination, ceux exerçant en MSP ne comptent aucun effectif dans la catégorie faible coordination, et sont sur-représentés dans les catégories « logique de coordination » et « logique de parcours ».

#### **5- Implications**

Ce questionnaire tente également d'évaluer auprès des médecins généralistes, l'intérêt qu'ils portent vis à vis de projets concernant l'organisation des soins relevant de la gériatrie. Le programme ICOPE validé en 2018 par l'OMS vise à sensibiliser les patients au « bien vieillir » en les rendant acteurs de leur santé. Une des pistes envisagées par ce programme international serait le suivi de la capacité intrinsèque à l'aide d'auto-questionnaires sous la forme d'une application individuelle sur Smartphone. Les réponses numériques de chaque patient seraient orientées vers un centre d'évaluation et de coordination qui proposerait une prise en charge adaptée si nécessaire. Cette piste était jugée ici comme pertinente par plus de 75 % des médecins

de moins de 55ans.

De plus, quel que soit le rôle souhaité ou le niveau de sensibilisation des médecins concernant le repérage de la fragilité, la volonté de création et de participation à des centres multi-domaines dédiés à cette prise en charge apparaissent comme très favorables. Bien que leur niveau d'intervention au sein de ces centres n'ai pas été défini dans ce questionnaire, la logique de développement territorial avec des centres de proximité apparaît comme la solution la plus pertinente selon les médecins interrogés.

## CONCLUSION

Les médecins généralistes installés en Corse sont globalement sensibilisés au repérage de la fragilité. Dans le cadre de cette prise en charge, la validation d'une formation complémentaire en gériatrie apparaît comme un élément déterminant de la sensibilisation des médecins par l'acquisition des connaissances et des outils nécessaires. La réversibilité et la prévention sont des notions qui semblent être de façon générale associées au repérage de la fragilité.

La standardisation du repérage par l'utilisation d'une grille n'est pas un objectif atteint. De plus, nous notons que la grille GFST recommandée par la HAS et diffusée par l'ARS de Corse n'est pour l'instant que faiblement connue sur le territoire.

La standardisation de l'évaluation par la réalisation d'une EGS apparaît plus ancrée dans les pratiques que celle d'une grille de repérage. Lorsqu'un patient est suspect de fragilité, elle reste cependant perçue comme un examen moins essentiel que la réalisation d'une imagerie ou d'une biologie.

On estime d'après l'étude qu'une majorité de médecins généralistes ont un exercice coordonné. Certains médecins valident même une logique de parcours promu par l'ARS dans le cadre de cette prise en charge.

La volonté des médecins généraliste installés en Corse de s'impliquer dans une démarche de soins gériatriques, semble être confirmée par l'intérêt qu'ils manifestent pour des projets pouvant s'inscrire dans des programmes de recherche d'ampleur internationale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects Highlights, 2019 revision Highlights, 2019 revision. 2019.
2. Le vieillissement de la population | L'Observatoire des Territoires
3. TEB, édition 2020 – Insee Références. p. 24-25.
4. Stéphanie Balzer, Les projections de population en Corse en 2050, Insee Analyses n°15 – juin 2017.
5. Insee Analyses Corse n°25 - Avril 2019.
6. Copil paerpa corse, Bilan intermédiaire et extension à la région; septembre 2019.
7. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. The French society of geriatrics and gerontology position paper on the concept of integration Part two. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. juin 2014;12(2):123-30.
8. Yves ROLLAND, Gérontopôle de Toulouse, La personne agée Fragile. 2015.pdf.
9. Tinetti ME. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA J Am Med Assoc*. 3 mai 1995;273(17):1348-53.
10. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. mai 2007;55(5):780-91.
11. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2 mars 2013;381(9868):752-62.
12. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol Ser A*. 1 juin 2009;64A(6):675-81.
13. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. *Am J Med*. 1 sept 2007;120(9):748-53.
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
15. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of Frailty Over Three Decades in an Older Cohort. *J Gerontol Ser B*. 1 janv 1998;53B(1):S9-16.
16. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. janv 2014;43(1):10-2.
17. Programme « Bien vieillir », 2003 [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <http://cvs.bruyeres.free.fr/pdf/programme%20bien%20vieillir.pdf>
18. Or Z, Bourgueil Y, Combes J-B, Guen NL, Neindre CL, Penneau A. Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012. :131.

19. Statens institut för folkhälsan (Sweden). Healthy ageing: a challenge for Europe. Sweden, Stockholm: National Institute of Public Health; 2007.
20. Brunelle-millon.J - 2016 – Repérage ambulatoire de la fragilité – Université Lyon 1. 2016.
21. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatr*. 21 juin 2013;13(1):64.
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 Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging*. juill 2013;17(7):629-31.
23. 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. :62.
24. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 27 déc 1984;311(26):1664-70.
25. Buchner DM, Larson EB, Wagner EH, Koepsell TD, De Lateur BJ. Evidence for a Non-linear Relationship between Leg Strength and Gait Speed. *Age Ageing*. 1 sept 1996;25(5):386-91.
26. Deun PL, Gentric A. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. *Médecine Thérapeutique*. 1 juill 2004;10(4):229-36.
27. World Health Organization, Department of Ageing and Life Course. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [Internet]. 2017
28. Raïche M, Hébert R, Prince F, Corriveau H. Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale. *Lancet Lond Engl*. 16 sept 2000;356(9234):1001-2.
29. Hall DE, Arya S, Schmid KK, Carlson MA, Lavedan P, Bailey TL, et al. Association of a Frailty Screening Initiative With Postoperative Survival at 30, 180, and 365 Days. *JAMA Surg*. 01 2017;152(3):233-40.
30. Satish S, Winograd CH, Chavez C, Bloch DA. Geriatric targeting criteria as predictors of survival and health care utilization. *J Am Geriatr Soc*. août 1996;44(8):914-21.
31. Collet.N - Evaluation des pratiques professionnelles : Dépistage de la fragilité de la personne âgée en médecine générale en Limousin.2017.
32. Buchwalter L. La fragilité du sujet âgé en médecine générale: enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes. :99.
33. 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. UNIVERSITÉ TOULOUSE III.2015
34. J. F. Buyck, B. Casteran-sacreste, M. Cavillon, F. Lelièvre, F. Tuffreau et al., « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile » Études et résultats n° 869, 2014.
35. Brossard B. Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du Mini-Mental State Examination. *Sci Soc Sante*. 24 déc 2014;Vol. 32(4):43-70.

36. 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 GÉrontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging*. juill 2013;17(7):629-31.
37. Dufлот A. Repérage de la fragilité en médecine générale avec le GÉrontopôle Frailty Screening Tool: étude de prévalence et faisabilité en médecine générale. :44.
38. LO.R - Faisabilité du GÉrontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale. Université de Médecine de Tours. 2017
39. Finielz É, Piotet F. La problématique de la notion de « fragilité » au coeur d'une politique de prévention de la dépendance. *Lien Soc Polit*. 2009;(62):149-61.
40. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep Wash DC* 1974. avr 1983;98(2):107-9.
41. Université de Paris 5 et al. - 2016 - La prévention de la perte d'autonomie la fragilit.pdf.
42. Favier. C - Quels patients pour quels médecins ? - Université de lille 2. 2014

## ANNEXES

### Annexe 1 : Courrier adressé aux médecin généraliste

Bonjour,  
*Bonghjornu,*

Je prépare actuellement la thèse d'exercice de mon DES Médecine Générale qui a pour thème de recherche : **état des lieux de la pratique des médecins généralistes en Corse, concernant le repérage ambulatoire et l'évaluation de la fragilité chez les sujets âgés**. Pour mener à bien cette étude, votre pratique et votre expertise me seront précieuses. J'ai donc rédigé un questionnaire anonyme et rapide que je vous adresse.

Dans l'attente de vos retours, par avance je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette recherche.

*Oghje toccu a fine di u D.S.S di Medicina Generale è prepargu a mo tesa di ricerca : fà u puntu nantu à a pratica di i duttori generalisti in Corsica pè ciò chì tocca a manera d'avvinghje i segni è a valutazione di a gracilità di e persone vechje. Da avvià sta ricerca è ghjunghje ne à fine, a vostra sperienza è a vostra pratica sò assai preziose. Aghju preparatu un quistiunariu anonimu è rapidu da riempie ch'o vi mandu.*

*Aspettendu e vostre risposte, vi ringraziu pè u vostru impegnu è a vostra partecipazione.*

### REEMPLIR LE FORMULAIRE

SUZZARINI Francescu  
DSS Medicina Generale  
DES Médecine Générale

## **Annexe 2 : Questionnaire auto-administré (1/4)**

### **Repérage ambulatoire et évaluation de la fragilité des sujets âgés en cabinet de médecine générale en Corse.**

La Corse est une région avec une population des plus âgées et avec un taux de pauvreté des plus élevés de France. Depuis une quinzaine d'années on observe une mutation globale du système de santé et particulièrement pour la prise en charge de la personne âgée. Il est fondamental que les médecins généralistes soient suffisamment informés, pleinement conscients des enjeux futurs, mais aussi, soutenus dans leurs démarches de prise en charge. Cette étude a pour but d'évaluer les connaissances générales et les pratiques des médecins généralistes en Corse, concernant le repérage ambulatoire de la fragilité de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

Ce questionnaire est anonyme et vous aurez besoin de seulement quelques minutes pour le compléter.

SUZZARINI Francesco DSS Medicina Generale DES Médecine Générale

### **Démographie médicale et mode d'exercice**

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Vous avez :

- Moins de 45 ans
- entre 45 et 55 ans
- entre 55 et 65 ans Plus de 65ans

3. Quelle est la ville de votre faculté d'origine ? (écrire en majuscules)

4. Vous exercez :

- En Haute-Corse
- En Corse du Sud

5. Durant votre carrière avez-vous exercé au CH Bastia ou CH Ajaccio (internat et formations inclus) ?

- Oui
- Non

6. Vous exercez en zone :

- Urbaine (commune de Bastia et Ajaccio)
- Semi rurale (zone péri-urbaine proche des grands centres urbains ou villes de taille moyenne)
- Rurale

7. Vous exercez :

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire

8. Êtes-vous maître de stage universitaire (MSU) ?

- Oui
- Non

9. Quel est votre temps de travail hebdomadaire habituel ?

- moins de 6 demi-journées
- entre 6 et 10 demi-journées
- plus de 10 demi-journées

10. Avez-vous validé une formation complémentaire en gériatrie ?

- Oui
- Non

11. Les patients âgés de plus de 60 ans représentent dans vos consultations au cabinet (vous pouvez vous aider de votre relevé individuel d'activité et prescription RIAP, disponible sur ameli pro) :

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75%
- plus de 75%

12. Assurez-vous des visites à domicile (VAD) ?

- Oui
- Non

Visites à domicile

13. Le temps hebdomadaire consacré aux VAD est l'équivalent de : Une seule réponse possible.

- Moins d'une demi-journée
- entre 1 et 3 demi-journées
- plus de 3 demi-journées

## **Annexe 2 : Questionnaire auto-administré (2/4)**

14. Vous considérez la majorité des patients vus au domicile, hors situation aiguë, comme fragile :

- Oui
- Non

15. Vous considérez la majorité des patients vus au domicile, hors situation aiguë, comme dépendant :

- Oui
- Non

### **Repérage de la fragilité**

Le vieillissement est un processus évolutif hétérogène. Ainsi à âge égal, les personnes âgées sont très différentes. On distingue schématiquement 3 types de vieillissements associés à un état :

- Vieillesse réussie - état robuste
- Fragilité - état fragile/pré-fragile
- Vieillesse pathologique - état de dépendance

Le concept de fragilité correspond à une réduction physiologique multi-systémique limitant les capacités d'adaptation au stress. L'âge en est un déterminant majeur mais ne l'explique pas à lui seul. Son expression clinique est modulée par les co-morbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

La fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Sa prise en charge est multi-factorielle et requiert une approche globale et holistique du patient.

La fragilité est donc définie comme un syndrome gériatrique qu'il est important de repérer afin d'endiguer l'évolution vers la dépendance.

Des outils de repérage rapide de la fragilité, tel que le GFST ci-joint, ont été développés pour faciliter sa pratique en cabinet de médecine générale.

### **Grille de repérage de la fragilité GFST (cf annexe 3)**

16. Avez-vous déjà entendu parlé de la notion de fragilité chez la personne âgée : Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

17. La fragilité est-elle un état réversible selon vous ?

- Oui
- Non

18. Avez-vous été informé.e des éléments à rechercher dans le cadre du repérage de la fragilité ? - Oui

- Non

19. Vous considérez le repérage de la fragilité comme de la :

- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire
- Je ne sais pas

20. Quel rôle pensez-vous avoir dans le repérage de la fragilité de la personne âgée ?

- Principal
- Secondaire
- Aucun

21. Quel rôle aimeriez-vous avoir dans le repérage de la fragilité de la personne âgée ?

- Principal
- Secondaire
- Aucun

22. Au cabinet dans la majorité des cas, vous repérez un risque de fragilité chez vos patients :

- De manière subjective grâce votre sens clinique
- De manière objective avec une grille d'évaluation de la fragilité (grille de repérage GFST ou SEGA ou autres)
- Grâce à une grille de repérage citée ci-dessus ET votre sens clinique

23. Au cabinet dans la majorité des cas, vous commencez à rechercher des éléments en faveur d'un syndrome de fragilité :

- Jamais
- entre 60 et 70 ans
- entre 70 et 80 ans
- entre 80 et 90 ans
- après 90 ans



## **Annexe 2 : Questionnaire auto-administré (3/4)**

24. Au cabinet dans la majorité des cas, face à un patient suspect de fragilité que faites-vous :

- Surveillance médicale renforcée
- Évaluation spécifique avec prise en charge médicale au cabinet et organisation du suivi en contactant si besoin des services d'aide à la personne/IDE/Kiné/Assistante sociale
- Vous l'adressez directement à un gériatre
- Vous l'adressez à la plate-forme CTA ou à un réseau gérontologique pour vous aider dans l'évaluation et la prise en charge
- Vous l'adressez à l'hôpital de jour de fragilité du Centre hospitalier de Bastia

25. Connaissez-vous la grille d'évaluation de la fragilité du Gérontopôle de Toulouse (GFST)? - Oui

- Non

26. Avez-vous déjà, ou seriez-vous prêt à, utiliser la grille GFST en plus de votre pratique habituelle dans le cadre du repérage de la fragilité ?

- Oui
- Non

27. Dans votre réseau professionnel de proximité, connaissez-vous un.e IDE formé.e à l'évaluation de la fragilité?

- Oui
- Non

28. Lorsque vous suspectez un sujet âgé fragile, pensez-vous nécessaire la réalisation d'exams biologiques et/ou d'imageries ?

- Oui
- Non

29. Lorsque vous suspectez un sujet âgé fragile, la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) vous paraît-elle fondamentale ?

- Oui
- Non

30. Lorsque vous suspectez un sujet âgé fragile, la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) est dans la majorité des cas :

- Non réalisée
- Réalisée entièrement par vos soins
- Réalisée par une aide extérieure (IDE, gériatre)

### **Capacité intrinsèque**

Le repérage de la fragilité chez la personne âgée permet de prévenir la dépendance.

La prévention de l'apparition d'un syndrome de fragilité, doit être fait chez des personnes plus jeunes et en bonne santé, par le dépistage du déclin de leurs capacités intrinsèques.

Les capacités intrinsèques sont les cinq grandes capacités fondamentales :

1. Psychosociale 2. Cognitive 3. Locomotion 4. Sensitive 5. Vitalité (nutrition)

Les De la même manière qu'une courbe de suivi de poids d'un enfant, une cassure (un

déclin) de l'une de ces capacités est un signal d'alerte. L'OMS lance un programme d'auto-surveillance des capacités intrinsèques (ICOPE) intrinsèques à l'aide d'une application smartphone.

Ainsi une prise en charge multi-domaines sera proposée pour rehausser le niveau de la capacité défaillante.

On peut imaginer qu'une diminution de la capacité de cognition sera prise en charge par exemple par des outils numériques de stimulation mnésique et cognitive, un déclin de la locomotion sera pris en charge par exemple par des séances de sport.

31. Le dépistage du déclin des capacités intrinsèques vous paraît-il une notion pertinente ?

- Oui
- Non

32. Vous considérez le dépistage du déclin des capacités intrinsèques comme de la :

- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire
- Je ne sais pas

33. A partir de quel âge, envisageriez-vous ce dépistage ?

- Entre 50 et 60 ans
- Entre 60 et 70 ans
- Après 70 ans

34. L'auto surveillance de nos 5 capacités principales par une application smartphone est une piste sérieusement envisagée. La pensez-vous pertinente ?

- Oui
- Non

## Annexe 2 : Questionnaire auto-administré (4/4)

35. Seriez-vous intéressé par la création d'un centre multi-domaines dont ses missions iraient de l'évaluation à l'intervention spécifique et graduée pour chaque domaine ?

- Non
- Oui un centre régional référent
- Oui des centres multi-domaines de proximité

36. Seriez-vous prêt, dans le cadre d'un pôle de santé multi-domaines, à participer au dépistage et prise en charge du déclin des capacités intrinsèques auprès de vos patients ?

- Oui
- Non

## Annexe 3 : Grille GFST

### Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

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

	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Ne sait pas</i>
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 ?	<i>OUI</i> <input type="checkbox"/>	<i>NON</i> <input type="checkbox"/>
Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ?	<i>OUI</i> <input type="checkbox"/>	<i>NON</i> <input type="checkbox"/>

## **Annexe 4 : scores de coordination et de sensibilisation**

### **Score de sensibilisation**

**Question (Q)16** - Connaissance de notion de fragilité

**Q17** - Notion de réversibilité de l'état fragile

**Q18** - Information reçue concernant les éléments à rechercher dans le cadre du repérage de la fragilité

**Q19** - Niveau de prévention du repérage de la fragilité

Dans cette question la variable « prévention primaire » et « secondaire » était cotée un point.

**Q22** - « Identification des pratiques » concernant le repérage de la fragilité

Dans cette question seul la variable « grâce à une grille de repérage et votre sens clinique » était cotée un point.

**Q23** - Âge cible du repérage

Dans cette question seul la variable « entre 70 et 80 ans » était cotée un point.

**Q25** - Connaissance préalable de la GSFT

**Q27** - IDE formé.e à la réalisation d'EGS

**Q28** - Fragilité et nécessité de réalisation d'examens de biologie/d'imagerie

**Q29** - Fragilité et nécessité de réalisation d'une EGS

**Q30** - Patient suspect de fragilité et réalisation d'une EGS

Dans cette question la variable « réalisée entièrement par vos soins » était coté un point, et la variable « réalisée par une aide extérieur (IDE, gériatre) » était cotée deux points.

**Q32** - Niveau de prévention du dépistage du déclin capacités intrinsèques

Dans cette question seul la variable « prévention primaire » était cotée un point.

**Q24** - Action entreprise face à un patient suspect de fragilité

Dans cette question la variable « évaluation spécifique avec ... » était cotée un point, et les trois variables « Vous l'adrez » étaient cotées deux points.

**20** - Rôle présumé dans le repérage de la fragilité

Dans cette question seul la variable « Principal » était cotée un point.

### **Score de coordination**

**Q24** - Action entreprise face à un patient suspect de fragilité

Dans cette question la variable « évaluation spécifique avec ... » était cotée un point, et les trois variables « Vous l'adrez » étaient cotées deux points.

**Q30** - Patient suspect de fragilité et réalisation d'une EGS

Dans cette question la variable « réalisée entièrement par vos soins » était cotée un point, et la variable « réalisée par une aide extérieur (IDE, gériatre) » était cotée deux points.

**Q34** - Pertinence de l'autosurveillance par une application Smartphone

**Q35** - Création de centres multi-domaines

**Q36** - Participation au dépistage et prise en charge dans ces pôles santé multi-domaines

## Annexe 4 : Villes de formation

Ville de formation		
	Effectifs	Pourcentage
AMIENS	1	1.2
BORDEAUX	1	1.2
CORTE	1	1.2
CRETEIL	2	2.4
DIJON	1	1.2
LILLE	2	2.4
LUCCIANA	1	1.2
LYON	4	4.9
MARSEILLE	43	53
MONTPELLIER	1	1.2
NICE	14	17.2
PARIS	6	7.4
RENNES	2	2.4
ROUEN	1	1.2
TOULOUSE	1	1.2
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

## Annexe 5 : Démographie médicale région Corse

### Offre de soins des omnipraticiens

Nombre total d'omnipraticiens et leur répartition par tranche d'âge au 31/12 

Catégorie	Nombre		%	
	Corse (département)	Corse (région)	Corse (département)	Corse (région)
Moins de 40 ans	53	53	17,1	17,1
40 à 49 ans	41	41	13,2	13,2
50 à 54 ans	33	33	10,6	10,6
55 à 59 ans	76	76	24,5	24,5
60 ans et plus	107	107	34,5	34,5
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>310</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 **2019**

Source : FNPS - 2019

Part des femmes omnipraticiens au 31/12 

Catégories	Taux de féminisation (%)	
	Corse (département)	Corse (région)
<b>Total</b>	<b>26,8</b>	<b>26,8</b>
<u>Moins de 40 ans</u>	<u>41,5</u>	<u>41,5</u>
<u>40 à 49 ans</u>	<u>39,0</u>	<u>39,0</u>
<u>50 à 54 ans</u>	<u>15,2</u>	<u>15,2</u>
<u>55 à 59 ans</u>	<u>25,0</u>	<u>25,0</u>
<u>60 ans et plus</u>	<u>19,6</u>	<u>19,6</u>

2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 **2019**

Source : FNPS - 2019

## Annexe 6 : en fonction de la part de patients >60ans (1/2)

			Age du médecin généraliste			Total
			< 45 ans	45 -55 ans	> 55 ans	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	9	4	4	17
		Effectif théorique	6,0	2,8	8,3	17,0
		%	52,9 %	23,5 %	23,5 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	12	3	19	34
		Effectif théorique	11,9	5,5	16,6	34,0
		%	35,3 %	8,8 %	55,9 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	7	6	14	27
		Effectif théorique	9,5	4,4	13,2	27,0
		%	25,9 %	22,2 %	51,9 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	0	0	2	2
		Effectif théorique	,7	,3	1,0	2,0
		%	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Total	Effectif	28	13	39	80	
	Effectif théorique	28,0	13,0	39,0	80,0	
	%	35,0 %	16,3 %	48,8 %	100,0 %	
Valeur		ddl	p			
$\chi^2$	9,229	6	,161			
RV	10,464	6	,106			

			Département exercice		Total
			Corse du Sud	Haute-Corse	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	3	14	17
		Effectif théorique	4,3	12,8	17,0
		%	17,6 %	82,4 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	12	22	34
		Effectif théorique	8,5	25,5	34,0
		%	35,3 %	64,7 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	5	22	27
		Effectif théorique	6,8	20,3	27,0
		%	18,5 %	81,5 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	0	2	2
		Effectif théorique	,5	1,5	2,0
		%	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Total	Effectif	20	60	80	
	Effectif théorique	20,0	60,0	80,0	
	%	25,0 %	75,0 %	100,0 %	
Valeur		ddl	p		
$\chi^2$	3,683	3	,298		
RP	4,106	3	,250		

			Déjà exercé CHB /CHA (internat et formations inclus)		Total
			Oui	Non	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	11	6	17
		Effectif théorique	12,8	4,3	17,0
		%	64,7 %	35,3 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	27	7	34
		Effectif théorique	25,5	8,5	34,0
		%	79,4 %	20,6 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	20	7	27
		Effectif théorique	20,3	6,8	27,0
		%	74,1 %	25,9 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	2	0	2
		Effectif théorique	1,5	,5	2,0
		%	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Total	Effectif	60	20	80	
	Effectif théorique	60,0	20,0	80,0	
	%	75,0 %	25,0 %	100,0 %	
Valeur		ddl	p		
$\chi^2$	1,993	3	,574		
RV	2,421	3	,490		

## Annexe 6 : en fonction de la part de patients >60ans (2/2)

			Mode exercice			Total
			Seul	Cabinet groupe	MSP	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	5	5	7	17
		Effectif théorique	6,0	7,2	3,8	17,0
		%	29,4 %	29,4 %	41,2 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	13	19	2	34
		Effectif théorique	11,9	14,5	7,7	34,0
		%	38,2 %	55,9 %	5,9 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	10	10	7	27
		Effectif théorique	9,5	11,5	6,1	27,0
		%	37,0 %	37,0 %	25,9 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	0	0	2	2
		Effectif théorique	,7	,9	,5	2,0
		%	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
Total	Effectif	28	34	18	80	
	Effectif théorique	28,0	34,0	18,0	80,0	
	%	35,0 %	42,5 %	22,5 %	100,0 %	
	Valeur	ddl	p			
$\chi^2$	16,431	6	,012			
RV	16,706	6	,010			

			Validation formation complémentaire gériatrie		Total
			Oui	Non	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	2	15	17
		Effectif théorique	4,1	12,9	17,0
		% compris dans Part patients de plus de 60 ans	11,8 %	88,2 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	6	27	33
		Effectif théorique	7,9	25,1	33,0
		% compris dans Part patients de plus de 60 ans	18,2 %	81,8 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	9	18	27
		Effectif théorique	6,5	20,5	27,0
		% compris dans Part patients de plus de 60 ans	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	2	0	2
		Effectif théorique	,5	1,5	2,0
		% compris dans Part patients de plus de 60 ans	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Total	Effectif	19	60	79	
	Effectif théorique	19,0	60,0	79,0	
	% compris dans Part patients de plus de 60 ans	24,1 %	75,9 %	100,0 %	
	Valeur	ddl	p		
$\chi^2$	9,617	3	,022		
RV	9,183	3	,027		

			Assurez-vous des visites à domicile (VAD)		Total
			Oui	Non	
Part patients de plus de 60 ans	Moins de 25%	Effectif	12	5	17
		Effectif théorique	15,1	1,9	17,0
		%	70,6 %	29,4 %	100,0 %
	25% à 50%	Effectif	31	3	34
		Effectif théorique	30,2	3,8	34,0
		%	91,2 %	8,8 %	100,0 %
	50 à 75%	Effectif	26	1	27
		Effectif théorique	24,0	3,0	27,0
		%	96,3 %	3,7 %	100,0 %
	Plus de 75%	Effectif	2	0	2
		Effectif théorique	1,8	,2	2,0
		%	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Total	Effectif	71	9	80	
	Effectif théorique	71,0	9,0	80,0	
	%	88,8 %	11,3 %	100,0 %	
	Valeur	ddl	p		
$\chi^2$	7,610	3	,055		
RV	6,829	3	,078		

# Annexe 7(1/4)

		Niveau coordination								Test du $\chi^2$
		Faible coordination (SC 0-2)		Moyenne coordination (SC 3-5)		Forte coordination (SC >5)		Total		p value
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	
Genre	Homme	15	88,2%	26	70,3%	16	59,3%	57	70,4%	0,122
	Femme	2	11,8%	11	29,7%	11	40,7%	24	29,6%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Département d'exercice	Corse du Sud	8	47,1%	7	18,9%	5	18,5%	20	24,7%	0,055
	Haute-Corse	9	52,9%	30	81,1%	22	81,5%	61	75,3%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Déjà exercé au CHB CHA	Oui	13	76,5%	26	70,3%	22	81,5%	61	75,3%	0,585
	Non	4	23,5%	11	29,7%	5	18,5%	20	24,7%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Zone d'exercice	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	0,64
	Rurale	6	35,3%	7	18,9%	9	33,3%	22	27,2%	
	Semi-rurale	5	29,4%	15	40,5%	8	29,6%	28	34,6%	
Mode exercice	Urbaine	6	35,3%	15	40,5%	10	37,0%	31	38,3%	0,18
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
	Seul	8	47,1%	12	32,4%	9	33,3%	29	35,8%	
MSU	Cabinet groupe	9	52,9%	15	40,5%	10	37,0%	34	42,0%	0,189
	MSP	0	0,0%	10	27,0%	8	29,6%	18	22,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Validation formation complémentaire gériatrie	Oui	3	17,6%	13	35,1%	12	44,4%	28	34,6%	0,503
	Non	14	82,4%	24	64,9%	15	55,6%	53	65,4%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
visites à domicile (VAD)	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	0,212
	Oui	17	100,0%	31	83,8%	24	88,9%	72	88,9%	
	Non	0	0,0%	6	16,2%	3	11,1%	9	11,1%	
Part patients > 60 ans	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,01
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
	Moins de 25%	1	6,3%	13	35,1%	3	11,1%	17	21,3%	
	25% à 50%	10	62,5%	9	24,3%	15	55,6%	34	42,5%	
	50 à 75%	5	31,3%	15	40,5%	7	25,9%	27	33,8%	
Temps hebdomadaire VAD	Plus de 75%	0	0,0%	0	0,0%	2	7,4%	2	2,5%	0,195
	Total	16	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	80	100,0%	
	Moins d'une demi-journée	4	23,5%	6	16,2%	3	11,1%	13	16,0%	
	Entre 1 et 3 demi-journées	6	35,3%	20	54,1%	13	48,1%	39	48,1%	
	Plus de 3 demi-journées	7	41,2%	5	13,5%	8	29,6%	20	24,7%	
Au domicile patients = fragiles	pas de VAD	0	0,0%	6	16,2%	3	11,1%	9	11,1%	0,022
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
	Oui	11	64,7%	27	73,0%	23	85,2%	61	75,3%	
	Non	6	35,3%	4	10,8%	1	3,7%	11	13,6%	
	NSP	0	0,0%	6	16,2%	3	11,1%	9	11,1%	
Au domicile patients = dépendants	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	0,1
	Oui	11	64,7%	19	51,4%	22	81,5%	52	64,2%	
	Non	5	29,4%	12	32,4%	2	7,4%	19	23,5%	
	NSP	1	5,9%	6	16,2%	3	11,1%	10	12,3%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	

## Annexe 7(2/4)

	Niveau coordination								Test du $\chi^2$	
	Faible coordination (SC 0-2)		Moyenne coordination (SC 3-5)		Forte coordination (SC >5)		Total		p value	
	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne		
connaissiez-vous notion de fragilité chez la PA	Oui	16	94,1%	33	89,2%	26	96,3%	75	92,6%	0,542
	Non	1	5,9%	4	10,8%	1	3,7%	6	7,4%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
La fragilité est-elle un état réversible?	Oui	14	82,4%	30	81,1%	18	66,7%	62	76,5%	0,41
	Non	3	17,6%	6	16,2%	9	33,3%	18	22,2%	
	NSP	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Avoir été informé sur le repérage de la fragilité	Oui	6	35,3%	23	62,2%	13	48,1%	42	51,9%	0,044
	Non	11	64,7%	14	37,8%	11	40,7%	36	44,4%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	3	11,1%	3	3,7%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Prévention du repérage de la fragilité	Prévention primaire	12	70,6%	30	81,1%	21	77,8%	63	77,8%	0,801
	Prévention secondaire	4	23,5%	5	13,5%	4	14,8%	13	16,0%	
	Prévention tertiaire	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%	1	1,2%	
	NSP	1	5,9%	2	5,4%	1	3,7%	4	4,9%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Rôle présumé dans le repérage	Principal	16	94,1%	33	89,2%	22	81,5%	71	87,7%	0,485
	Secondaire	1	5,9%	3	8,1%	5	18,5%	9	11,1%	
	Aucun	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Rôle souhaité dans le repérage	Principal	15	88,2%	27	73,0%	20	74,1%	62	76,5%	0,067
	Secondaire	0	0,0%	9	24,3%	7	25,9%	16	19,8%	
	Aucun	2	11,8%	1	2,7%	0	0,0%	3	3,7%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Pratique concernat le repérage	subjective au sens clinique	16	94,1%	26	70,3%	21	77,8%	63	77,8%	0,147
	grille de repérage et sens clinique	1	5,9%	11	29,7%	6	22,2%	18	22,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Age cible du repérage	entre 60 et 70 ans	3	17,6%	9	24,3%	2	7,4%	14	17,3%	0,047
	entre 70 et 80 ans	7	41,2%	22	59,5%	15	55,6%	44	54,3%	
	plus de 80 ans	4	23,5%	6	16,2%	9	33,3%	19	23,5%	
	jamais	3	17,6%	0	0,0%	1	3,7%	4	4,9%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Conduite tenue face à un patient suspect de fragilité	Surveillance médicale renforcée	6	35,3%	9	24,3%	0	0,0%	15	18,5%	0,001
	Éval spécifique PEC	11	64,7%	25	67,6%	15	55,6%	51	63,0%	
	Cabinet et organisation suivi pluriprofessionnel	0	0,0%	3	8,1%	11	40,7%	14	17,3%	
	Appui CTA ou à un réseau gériatrique	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%	1	1,2%	



**Annexe 7(3/4)**

	Niveau coordination								Test du $\chi^2$	
	Faible coordination (SC 0-2)		Moyenne coordination (SC 3-5)		Forte coordination (SC >5)		Total		p value	
	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne		
Connaissance GFST	Oui	2	11,8%	7	18,9%	2	7,4%	11	13,6%	0,459
	Non	14	82,4%	28	75,7%	25	92,6%	67	82,7%	
	NSP	1	5,9%	2	5,4%	0	0,0%	3	3,7%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Favorable à l'usage la grille GFST	Oui	10	58,8%	32	86,5%	24	88,9%	66	81,5%	0,046
	Non	7	41,2%	4	10,8%	3	11,1%	14	17,3%	
	NSP	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Connaissance IDE de proximité formée à l'EGS	Oui	2	11,8%	12	32,4%	18	66,7%	32	39,5%	0,001
	Non	15	88,2%	25	67,6%	9	33,3%	49	60,5%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
réalisation exam biologie d'imagerie	Oui	15	88,2%	33	89,2%	24	88,9%	72	88,9%	0,842
	Non	2	11,8%	3	8,1%	3	11,1%	8	9,9%	
	NSP	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
réalisation EGS prioritaire	Oui	5	29,4%	26	70,3%	18	66,7%	49	60,5%	0,012
	Non	12	70,6%	11	29,7%	9	33,3%	32	39,5%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
EGS réalisée par	EGS réalisée par le MG	1	5,9%	7	18,9%	1	3,7%	9	11,1%	0,001
	EGS réalisée aide extérieure (IDE, gériatre)	1	5,9%	10	27,0%	26	96,3%	37	45,7%	
	EGS non réalisée	15	88,2%	20	54,1%	0	0,0%	35	43,2%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Pertinence dépistage déclin des capacités intrinsèques	Oui	16	94,1%	33	89,2%	27	100,0%	76	93,8%	0,263
	Non	1	5,9%	1	2,7%	0	0,0%	2	2,5%	
	NSP	0	0,0%	3	8,1%	0	0,0%	3	3,7%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Prévention dépistage du déclin capacités intrinsèques (CI)	Prévention primaire	12	70,6%	27	73,0%	17	63,0%	56	69,1%	0,403
	Prévention secondaire	2	11,8%	5	13,5%	6	22,2%	13	16,0%	
	Prévention tertiaire	0	0,0%	0	0,0%	2	7,4%	2	2,5%	
	NSP	3	17,6%	5	13,5%	2	7,4%	10	12,3%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
Pertinence autosurveillance par Smartphone	Oui	2	11,8%	22	59,5%	24	88,9%	48	59,3%	0,001
	Non	14	82,4%	15	40,5%	2	7,4%	31	38,3%	
	NSP	1	5,9%	0	0,0%	1	3,7%	2	2,5%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	
création centre multi-domaines	Pas favorable	11	64,7%	6	16,7%	1	3,7%	18	22,5%	0,001
	favorable centre multi-domaines proximité	2	11,8%	18	50,0%	21	77,8%	41	51,3%	
	Favorable centre régional référence	4	23,5%	12	33,3%	5	18,5%	21	26,3%	
	Total	17	100,0%	36	100,0%	27	100,0%	80	100,0%	
Participation au dépistage et PEC du déclin de la CI au sein pôle santé multi-domaines	Oui	3	17,6%	25	67,6%	24	88,9%	52	64,2%	0,001
	Non	14	82,4%	12	32,4%	3	11,1%	29	35,8%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	17	100,0%	37	100,0%	27	100,0%	81	100,0%	

**Annexe 7(4/7)**

**Niveau coordination \* Sensibilité au repérage fragilité**

**Tableau croisé**

			Sensibilité au repérage fragilité			Total
			Faible sensibilité (SC 0-6)	Moyenne sensibilité (SC 7-9)	Forte sensibilité (SC>9)	
Niveau coordination	Faible coordination (SC 0-2)	Effectif	8	7	2	17
		Effectif théorique	2,9	7,3	6,7	17,0
		% compris dans Sensibilité au repérage fragilité	57,1%	20,0%	6,3%	21,0%
	Moyenne coordination (SC 3-5)	Effectif	6	17	14	37
		Effectif théorique	6,4	16,0	14,6	37,0
		% compris dans Sensibilité au repérage fragilité	42,9%	48,6%	43,8%	45,7%
	Forte coordination (SC >5)	Effectif	0	11	16	27
		Effectif théorique	4,7	11,7	10,7	27,0
		% compris dans Sensibilité au repérage fragilité	0,0%	31,4%	50,0%	33,3%
Total	Effectif	14	35	32	81	
	Effectif théorique	14,0	35,0	32,0	81,0	
	% compris dans Sensibilité au repérage fragilité	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tests du Khi-deux**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,534	4	,001
Rapport de vraisemblance	22,300	4	,000
Association linéaire par linéaire	17,422	1	,000
Nombre d'observations valides	81		

# Annexe 7(5/7)

		Sensibilité au repérage fragilité								Test du $\chi^2$
		Faible sensibilité (SC 0-6)		Moyenne sensibilité (SC 7-9)		Forte sensibilité (SC >9)		Total		p value
		Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	
Genre	Homme	9	64,3%	25	71,4%	23	71,9%	57	70,4%	0,859
	Femme	5	35,7%	10	28,6%	9	28,1%	24	29,6%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Département d'exercice	Corse du Sud	5	35,7%	8	22,9%	7	21,9%	20	24,7%	0,572
	Haute-Corse	9	64,3%	27	77,1%	25	78,1%	61	75,3%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Déjà exercé au CHB (CHA)	Oui	10	71,4%	25	71,4%	26	81,3%	61	75,3%	0,605
	Non	4	28,6%	10	28,6%	6	18,8%	20	24,7%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Zone d'exercice	Rurale	5	35,7%	8	22,9%	9	28,1%	22	27,2%	0,868
	Semi-rurale	4	28,6%	14	40,0%	10	31,3%	28	34,6%	
	Urbaine	5	35,7%	13	37,1%	13	40,6%	31	38,3%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Mode exercice	Seul	7	50,0%	12	34,3%	10	31,3%	29	35,8%	0,795
	Cabinet groupe	5	35,7%	15	42,9%	14	43,8%	34	42,0%	
	MSP	2	14,3%	8	22,9%	8	25,0%	18	22,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
MSU	Oui	4	28,6%	10	28,6%	14	43,8%	28	34,6%	0,373
	Non	10	71,4%	25	71,4%	18	56,3%	53	65,4%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Validation formation complémentaire gériatrie	Oui	1	7,1%	4	11,4%	14	45,2%	19	23,8%	0,002
	Non	13	92,9%	31	88,6%	17	54,8%	61	76,3%	
visites à domicile (VAD)	Oui	12	85,7%	31	88,6%	29	90,6%	72	88,9%	0,885
	Non	2	14,3%	4	11,4%	3	9,4%	9	11,1%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Part patients > 60 ans	Moins de 25%	5	38,5%	7	20,0%	5	15,6%	17	21,3%	0,435
	25% à 50%	5	38,5%	15	42,9%	14	43,8%	34	42,5%	
	50 à 75%	3	23,1%	11	31,4%	13	40,6%	27	33,8%	
	Plus de 75%	0	0,0%	2	5,7%	0	0,0%	2	2,5%	
	Total	13	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	80	100,0%	
Temps hebdomadaire VAD	Moins d'une demi-journée	5	35,7%	4	11,4%	4	12,5%	13	16,0%	0,324
	Entre 1 et 3 demi-journées	3	21,4%	19	54,3%	17	53,1%	39	48,1%	
	Plus de 3 demi-journées	4	28,6%	8	22,9%	8	25,0%	20	24,7%	
	pas de VAD	2	14,3%	4	11,4%	3	9,4%	9	11,1%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Au domicile patients = fragiles	Oui	10	71,4%	24	68,6%	27	84,4%	61	75,3%	0,534
	Non	2	14,3%	7	20,0%	2	6,3%	11	13,6%	
	NSP	2	14,3%	4	11,4%	3	9,4%	9	11,1%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Au domicile patients = dépendants	Oui	9	64,3%	20	57,1%	23	71,9%	52	64,2%	0,797
	Non	3	21,4%	10	28,6%	6	18,8%	19	23,5%	
	NSP	2	14,3%	5	14,3%	3	9,4%	10	12,3%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	

## Annexe 7(6/7)

	Sensibilité au repérage fragilité								Test du $\chi^2$	
	Faible sensibilité (SC 0-6)		Moyenne sensibilité (SC 7-9)		Forte sensibilité (SC >9)		Total		p value	
	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne		
connaissiez-vous notion de fragilité chez la PA	Oui	10	71,4%	33	94,3%	32	100,0%	75	92,6%	0,03
	Non	4	28,6%	2	5,7%	0	0,0%	6	7,4%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
La fragilité est-elle un état réversible?	Oui	9	64,3%	27	77,1%	26	81,3%	62	76,5%	0,544
	Non	5	35,7%	7	20,0%	6	18,8%	18	22,2%	
	NSP	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Avoir été informé sur le repérage de la fragilité	Oui	3	21,4%	11	31,4%	28	87,5%	42	51,9%	0,001
	Non	11	78,6%	21	60,0%	4	12,5%	36	44,4%	
	NSP	0	0,0%	3	8,6%	0	0,0%	3	3,7%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Prévention du repérage de la fragilité	Prévention primaire	9	64,3%	26	74,3%	28	87,5%	63	77,8%	0,348
	Prévention secondaire	3	21,4%	6	17,1%	4	12,5%	13	16,0%	
	Prévention tertiaire	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	1	1,2%	
	NSP	2	14,3%	2	5,7%	0	0,0%	4	4,9%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Rôle présumé dans le repérage	Principal	11	78,6%	31	88,6%	29	90,6%	71	87,7%	0,538
	Secondaire	3	21,4%	3	8,6%	3	9,4%	9	11,1%	
	Aucun	0	0,0%	1	2,9%	0	0,0%	1	1,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Rôle souhaité dans le repérage	Principal	10	71,4%	28	80,0%	24	75,0%	62	76,5%	0,538
	Secondaire	3	21,4%	5	14,3%	8	25,0%	16	19,8%	
	Aucun	1	7,1%	2	5,7%	0	0,0%	3	3,7%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Pratique concernat le repérage	subjective au sens clinique	14	100,0%	33	94,3%	16	50,0%	63	77,8%	0,001
	grille de repérage et sens clinique	0	0,0%	2	5,7%	16	50,0%	18	22,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Age cible du repérage	entre 60 et 70 ans	1	7,1%	6	17,1%	7	21,9%	14	17,3%	0,008
	entre 70 et 80 ans	6	42,9%	16	45,7%	22	68,8%	44	54,3%	
	plus de 80 ans	4	28,6%	12	34,3%	3	9,4%	19	23,5%	
	jamais	3	21,4%	1	2,9%	0	0,0%	4	4,9%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Conduite tenue face à un patient suspect de fragilité	Surveillance médicale renforcée	6	42,9%	6	17,1%	3	9,4%	15	18,5%	0,021
	Eval.spécifique PEC	8	57,1%	25	71,4%	18	56,3%	51	63,0%	
	Cabinet et organisation suivi pluriprofessionnel	0	0,0%	4	11,4%	10	31,3%	14	17,3%	
	Appui CTA ou à un réseau gériatriologique	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Orientation hôpital de jour de fragilité du CHB	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	1,2%	

# Annexe 7(7/7)

	Sensibilité au repérage fragilité								Test du $\chi^2$	
	Faible sensibilité (SC 0-6)		Moyenne sensibilité (SC 7-9)		Forte sensibilité (SC>9)		Total		p value	
	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne	Effectif	N % colonne		
Connaissance GFST	Oui	0	0,0%	1	2,9%	10	31,3%	11	13,6%	0,002
	Non	13	92,9%	34	97,1%	20	62,5%	67	82,7%	
	NSP	1	7,1%	0	0,0%	2	6,3%	3	3,7%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Favorable à l'usage la grille GFST	Oui	11	78,6%	29	82,9%	26	81,3%	66	81,5%	0,783
	Non	3	21,4%	6	17,1%	5	15,6%	14	17,3%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	1,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Connaissance IDE de proximité formée à l'EGS	Oui	0	0,0%	10	28,6%	22	68,8%	32	39,5%	0,001
	Non	14	100,0%	25	71,4%	10	31,3%	49	60,5%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
réalisation d'exam.biologie d'imagerie	Oui	11	78,6%	31	88,6%	30	93,8%	72	88,9%	0,264
	Non	3	21,4%	4	11,4%	1	3,1%	8	9,9%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	1,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
réalisation EGS prioritaire	Oui	5	35,7%	20	57,1%	24	75,0%	49	60,5%	0,037
	Non	9	64,3%	15	42,9%	8	25,0%	32	39,5%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
EGS réalisée par	EGS réalisée par le MG	1	7,1%	1	2,9%	7	21,9%	9	11,1%	0,001
	EGS réalisée aide extérieure (IDE, gériatre)	0	0,0%	16	45,7%	21	65,6%	37	45,7%	
	EGS non réalisée	13	92,9%	18	51,4%	4	12,5%	35	43,2%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Pertinence dépistage déclin des capacités intrinsèques	Oui	14	100,0%	32	91,4%	30	93,8%	76	93,8%	0,426
	Non	0	0,0%	2	5,7%	0	0,0%	2	2,5%	
	NSP	0	0,0%	1	2,9%	2	6,3%	3	3,7%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Prévention dépistage du déclin capacités intrinsèques (CI)	Prévention primaire	6	42,9%	23	65,7%	27	84,4%	56	69,1%	0,045
	Prévention secondaire	3	21,4%	7	20,0%	3	9,4%	13	16,0%	
	Prévention tertiaire	0	0,0%	1	2,9%	1	3,1%	2	2,5%	
	NSP	5	35,7%	4	11,4%	1	3,1%	10	12,3%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
Pertinence autosurveillance par Smartphone	Oui	5	35,7%	22	62,9%	21	65,6%	48	59,3%	0,241
	Non	8	57,1%	13	37,1%	10	31,3%	31	38,3%	
	NSP	1	7,1%	0	0,0%	1	3,1%	2	2,5%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	
création centre multi-domaines	Pas favorable	5	35,7%	7	20,0%	6	19,4%	18	22,5%	0,773
	favorable centre multi-domaines proximité	6	42,9%	19	54,3%	16	51,6%	41	51,3%	
	Favorable centre régional référence	3	21,4%	9	25,7%	9	29,0%	21	26,3%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	31	100,0%	80	100,0%	
Participation au dépistage et PEC du déclin de la CI au sein pôle santé multi-domaines	Oui	9	64,3%	25	71,4%	18	56,3%	52	64,2%	0,433
	Non	5	35,7%	10	28,6%	14	43,8%	29	35,8%	
	NSP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	14	100,0%	35	100,0%	32	100,0%	81	100,0%	