



Utilisation des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée dénutrie en médecine générale

Juliette Ferre

► To cite this version:

Juliette Ferre. Utilisation des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée dénutrie en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01083428

HAL Id: dumas-01083428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083428>

Submitted on 17 Nov 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2013-2014

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

FERRE Juliette

Née le 30 mai 1986 à Mont Saint Aignan(76)

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2014

**Utilisation des compléments nutritionnels oraux chez la
personne âgée dénutrie en médecine générale**

Président du jury : Monsieur le Professeur DECHELOTTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc DURAND

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -
M.BENOZIO-

J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION
- DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J.
GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M.
JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT
- M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M.
ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme
SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique Médicale/Techniques de
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne -
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la
reprod.		
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine
d'urgence		
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation
chirurgicale		
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine **MENAGER**

Chimie organique

Mme Christelle **MONTEIL**

Toxicologie

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

Mme Malika **SKIBA**

Pharmacie Galénique

Mme Christine **THARASSE**

Chimie thérapeutique

M. Frédéric **ZIEGLER**

Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane **EL MEOUCHE**

Bactériologie

Mme Juliette **GAUTIER**

Galénique

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN-TARTARIN	UFR	Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

**CB - Centre HENRI BECQUEREL
du Rouvray**

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Santé	Législation, Economie de la
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**
moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**
humaine

Génétique moléculaire

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**
1076)

Physiologie (Unité Inserm

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur DECHELOTTE, de me faire l'honneur de présider le Jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marc DURAND, pour avoir accepté de prendre la direction de cette thèse et de participer au jury. Je vous remercie pour votre précieux soutien. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur VEBER, pour son soutien dans mes débuts professionnels et de me faire l'honneur de participer au jury. Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A Monsieur le Professeur JOLY, de me faire l'honneur de juger cette thèse et d'avoir accepté de participer au jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma gratitude.

Aux médecins généralistes de Haute Normandie qui ont bien voulu donner un peu de leur temps pour participer à cette étude.

Aux Professeurs, médecins, infirmières, soignants et patients...rencontrés depuis mes premiers pas dans cette profession, qui ne m'ont jamais fait regretter ce choix de carrière et qui m'ont tant appris sur l'être humain.

A mes parents, Marc et Christiane, qui ont su me donner le goût de ce métier, pour leur présence et leur soutien matériel et moral tout au long de ces années d'études.

A Simon, qui a choisi de faire un doctorat dans une tout autre voie.

A Grégoire, pour les soirées à l'opéra et les brunchs au Marais, à charge de revanche.

A Christine, Patrick et leurs enfants, pour la chaleur de leur accueil aux quatre coins du monde.

A Vincent et Valérie, pour m'avoir hébergé plusieurs fois toujours avec le sourire, et à leur fils Victor qui prépare la relève.

A Mireille pour son avis toujours tranché aux diners de famille,

A Nathalie, Hélène et Oleg, et à tous les autres oncles, tantes, cousins de cette belle et grande famille.

A Madame la comtesse Isabelle de Montigny, pour ses invitations annuelles à la raclette de l'hiver et pour les anecdotes familiales.

A Mathilde, la plus normande des tahitiennes, pour son soutien depuis les antipodes.

A Louise, pour les invitations à diner les soirs de déprime, le château milles secousses et les oignons. Tu m'as été d'un grand réconfort dans certains moments difficiles.

A Benjamin, confrère de la première visite, aussi bon compagnon pour les sorties culturelles que pour déguster le beaujolais nouveau, et toujours le meilleur en blind test.

A Benjamin, pour les soirées jeux vidéo et la découverte des sushis. J'attends de voir le jacuzzi gonflable.

A Dorothee et Marie, pour les soirées entre filles et la gymnastique suédoise, les crumbles explosifs et les pulls de mamies.

A Jacques et toute son équipe, pour leur bonne humeur et les ouvertures les jours fériés.

A Paul pour son aide sur le plan informatique et la mise en page express.

A tous ceux que j'aime, ce n'est que le début.

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
MATERIEL ET METHODE	20
A. La méthode qualitative.....	20
I. Présentation de la méthode qualitative	20
II. L’entretien semi-dirigé	20
III. Le guide d’entretien	21
B. La population étudiée	22
I. Critères d’inclusion.....	22
II. Critères d’exclusion	23
III. Choix des médecins.....	23
IV. Recrutement	23
C. Réalisation des entretiens.....	24
I. Contexte	24
II. Le déroulement des entretiens.....	24
D. La retranscription	25
E. L’analyse des données.....	25
I. L’analyse thématique	25
II. La grille d’analyse	25
III. Le découpage des données	26
F. Saturation des données.....	26
RESULTATS	27
A. Population étudiée.....	27
I. Répartition géographique	27
II. Démographie.....	27
III. Formation et activité professionnelle	28
B. Analyse du verbatim.....	29
I. Le diagnostic de dénutrition	29
II. L’expertise des médecins généralistes.....	38
III. Les critères de choix pour la prescription de compléments oraux	41
IV. La prescription des compléments nutritionnels oraux	46
V. Evaluation de l’observance à un traitement par compléments alimentaires.....	51
VI. Les limites de prescriptions des compléments alimentaires	53
VII. Des interrogations persistantes	55

DISCUSSION	57
A. Pratiques des médecins vs recommandations HAS 2007.....	57
B. Des pratiques en accord avec les recommandations malgré une mauvaise connaissance de celles-ci...grâce à l'expertise des généralistes.....	58
C. La prise en charge de la dénutrition.....	59
D. Facteurs limitants de la prise en charge par compléments nutritionnels oraux.....	61
E. Les difficultés de l'exercice libéral.....	62
F. Des questions persistantes.....	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS DE LA HAS 2007	66
ANNEXE 2 : LE MINI NUTRITIONNAL ASSESMENT TEST.....	70
VERBATIM	71

INTRODUCTION

Au dernier recensement national, en janvier 2013, près de 11,5 millions de français étaient âgés de plus de 65 ans et près de 6 millions avaient plus de 75 ans, soit respectivement 17,5% et 9% de la population(1). Cette part ne cesse d'augmenter depuis le milieu des années 70, sous l'effet conjoint de l'arrivée de la génération baby-boom aux âges supérieurs à 60 ans, associé à l'augmentation de l'espérance de vie(2).

Selon les projections de l'INSEE, une personne sur trois aura 60 ans ou plus en 2050(3).

La dénutrition protéino-énergétique est une pathologie gériatrique fréquente. Elle concerne 4 à 10% des personnes âgées à domicile, et 15 à 38% des personnes vivant en institution(4). On peut y rattacher 17% de personnes âgées vivant au domicile, à risque de dénutrition car ayant des apports protéiques insuffisants(5). De récentes études ont démontré les bénéfices multiples de la prise en charge de la dénutrition tant sur la qualité de vie que sur la diminution de la morbi-mortalité (6) :

- préservation de l'autonomie et diminution du risque de chute((7),(8)),
- diminution du taux de complications et de décès en post-opératoire de fracture du col fémoral(RR=0,52 ; 95%IC[0,32-0,84])(9),
- cicatrisation plus rapide des ulcères et escarres(10),
- diminution de la prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés(RR=1,46 ; 95 % CI [1.2, 2.1] chez les patients modérément dénutris, RR=4,98 ; 95 % CI [4.6, 6.4]chez les patients sévèrement dénutris)(11).

Sur le plan économique, une étude prospective française menée pendant 1 an auprès de 90 généralistes a objectivé une diminution des coûts de santé de 723euros/patient/an (90%IC [-1.444 ; -43]) chez les patients des généralistes forts prescripteurs de compléments nutritionnels oraux(12). D'un point de vue hospitalier, une méta-analyse de 62 études réalisée en 2002 a montré une diminution moyenne de la durée d'hospitalisation de 3,4 jours (95%IC [-6,12 ; -0,69]) chez les patients à risque de dénutrition ayant bénéficié d'une supplémentation orale(13). Une étude anglo-saxonne de 2009 a quantifié l'allongement du temps d'hospitalisation chez les personnes âgées dénutries à 30%(13).

La volonté gouvernementale de contrecarrer ce problème nutritionnel s'est traduite dès 2001 à travers l'élaboration du premier Plan National Nutrition Santé(14). L'objectif principal de ce plan était d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Les objectifs spécifiques à la personne âgée étaient l'optimisation des statuts en calcium et vitamine D, la prévention et le dépistage de la dénutrition. Durant cette première

période, les problèmes nutritionnels et alimentaires de la personne âgée vivant seule à domicile ont été analysés.

Le deuxième PNNS (2006-2010) a permis l'élaboration d'un guide Nutrition pour les personnes de plus de 55 ans et pour les aidants des personnes âgées fragilisées, distribué dès 2006. Un guide complémentaire, d'accompagnement, était destiné aux professionnels de santé (documents en ligne sur les sites « manger-bouger.fr » et « santé-gouv.fr »)(15). Il prévoyait la mise en place de formations pour les professionnels de santé dans le cadre de la formation continue, et des actions auprès des personnels non soignants intervenant au domicile. Les réseaux de santé gériatriques étaient incités à intégrer la dimension nutritionnelle dans leur prise en charge.

Le troisième PNNS (2011-2015) est axé sur la prise en charge ambulatoire. Des actions de formations destinées aux professionnels de santé pour l'amélioration du dépistage se poursuivent à travers les formations continues et les supports internet. La version courte du Mini Nutritionnal Assesment est diffusée auprès des généralistes(16).

En parallèle, des recommandations de bonnes pratiques sont élaborées et transmises aux professionnels de santé par la Haute Autorité de Santé en 2007(17). Elles constituent un outil pratique pour le généraliste, rappelant les situations à risque nécessitant un dépistage ; et fournissent des aides diagnostiques et des recommandations thérapeutiques. Le bénéfice de la coordination entre les différents intervenants et institutions est mis en avant. A domicile, en plus de l'aide de l'entourage, aide-ménagère et auxiliaire de vie peuvent aider aux courses et à la préparation des repas, ainsi qu'à la prise alimentaire. Les portages de repas à domicile se développent, grâce aux mairies et à certaines entreprises commerciales, leur contenu répond aux recommandations nutritionnelles du Programme National pour l'Alimentation(18). Certaines communes disposent de foyers-restaurants.

Le médecin traitant peut s'appuyer sur les réseaux locaux pour la mise en place de ces aides : Centres Communaux d'Action Sociale(CCAS), Comités Locaux d'Information et de Coordination(CLIC), services sociaux...

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'aide sociale départementale, certaines mutuelles et caisses de retraites contribuent en partie au financement.

En plus des mesures diététiques et des aides à la personne, les compléments nutritionnels oraux ont un rôle thérapeutique central, pouvant être proposé d'emblée dans les cas de dénutrition sévère. Une méta-analyse de 66 études internationales a été réalisée en 2009 afin d'évaluer les bénéfices de la supplémentation orale chez les personnes âgées dénutries(19). Un gain de poids significatif estimé à 2,2% du poids de base (95%CI [1.8 to 2.5]) était retrouvé dans 42 études. Celles concernant exclusivement les personnes âgées dénutries (N=2461=) montraient une diminution

de la mortalité en cas d'administration de compléments oraux (RR=0.79, 95%IC [0.64 to 0.97]).

La prise en charge à 100% des compléments nutritionnels par la Sécurité Sociale dans les cas de dénutrition, quand elle peut être rattachée à une Affection de Longue Durée, permet une prescription large par le médecin généraliste(20).

Avec ces mesures, les pouvoirs publics espèrent diminuer de 30% la part des personnes âgées dénutries de plus de 80 ans, à domicile ou en institution, sur les 5 prochaines années(16). Il apparaît évident que le rôle du généraliste est central, intervenant aussi bien dans le dépistage et le diagnostic de la dénutrition, que dans l'instauration d'une prise en charge médicale ou non et dans le suivi. Il coordonne l'action des différents intervenants et structures, ainsi que les aidants familiaux. Cependant, une faible prescription de compléments alimentaires a été observée sur mes terrains de stages suscitant des interrogations sur les modalités pratiques de prise en charge de la dénutrition en médecine de ville.

La recherche de données bibliographiques sur les pratiques réelles en médecine de ville ne retrouvant que peu de réponses a motivé l'initiation de ce travail exploratoire.

MATERIEL ET METHODE

A. La méthode qualitative

I. Présentation de la méthode qualitative

La méthode qualitative est récente dans le domaine médical, mais elle est utilisée depuis plusieurs années dans les sciences humaines telles que l'anthropologie, la sociologie et la psychologie. Il s'agit d'une méthode inductive qui a pour but de générer des hypothèses. Elle se démarque par l'importance attachée au contexte de la situation étudiée, et par la volonté de rechercher le point de vue du sujet étudié(21). Elle cherche à répondre aux questions « pourquoi ? » et « comment ? », et ne s'attache pas à savoir combien de personnes pensent ou agissent de la même manière(22).

Chaque information a la même importance ; ainsi une information isolée a le même poids qu'une information répétée. Un échantillon restreint peut donc suffire à obtenir la diversité d'opinions recherchées s'il est représentatif de la population étudiée.

Une telle approche permet de mettre à jour des concepts parfois inattendus, qui seraient restés méconnus en cas d'étude fondées sur des listes préétablies, des questionnaires fermés. Elle peut fournir une base de travail utile à une étude quantitative, en déterminant des hypothèses à tester et vérifier.

II. L'entretien semi-dirigé

Ce n'est que l'une des méthodes de recueil d'information pour une étude qualitative. Situé entre l'entretien libre uniquement basé sur le discours de l'interviewé, et l'entretien dirigé qui s'apparente au questionnaire standardisé, il s'appuie sur un guide d'entretien évolutif composé de thèmes ou questions ouvertes(23). Les thèmes ne sont pas forcément abordés dans l'ordre pour laisser un maximum de liberté d'expression au sujet interviewé. La conversation est parfois redirigée pour pouvoir aborder tous les thèmes.

La particularité de l'entretien individuel est de rapporter les thèmes étudiés à l'expérience personnelle du sujet. Il constitue un outil idéal pour évaluer les pratiques et le ressenti de l'interviewé, ses systèmes de valeurs et repères(24). Les données sont recueillies par enregistrement, puis retranscrites sous forme de verbatim.

Cette thèse a pour but d'analyser la prise en charge de la dénutrition par les généralistes grâce à leur expérience personnelle. L'entretien semi dirigé est adapté à cet objectif.

III. Le guide d'entretien

1. Réalisation

Le guide a été établi pour démarrer la conversation sur le thème de la confrontation du généraliste à la dénutrition, puis l'entretenir par des relances. Avant le début de recueil de données, le guide initial a pu être étoffé par des entretiens tests auprès de 2 généralistes. Il a volontairement été élargi au problème du diagnostic de la dénutrition compte tenu de l'impact de cet élément sur la prise en charge et les prescriptions.

Il s'est enrichi au cours des interviews, en particulier sur les thèmes des aidants et de la formation continue.

2. Le guide d'entretien

Il a été établi pour étudier les axes suivants :

- l'expertise des généralistes sur la dénutrition
- la prescription des compléments alimentaires
- les difficultés rencontrées
- l'évaluation de l'observance

-la connaissance des recommandations

-la formation professionnelle

Afin de créer un climat de confiance, le but de la thèse était rappelé en début d'entretien : il ne s'agissait pas de juger le médecin interrogé mais de connaître ses pratiques et les éventuelles difficultés rencontrées. La méthode qualitative était également expliquée à l'interviewé.

B. La population étudiée

L'objectif a été d'obtenir un échantillon représentant la diversité des opinions sur ce thème, parmi les médecins généralistes de Haute Normandie.

I. Critères d'inclusion

Pour être représentatif de la population étudiée, les médecins interrogés devaient représenter :

-les différentes tranches d'âge

-les deux sexes

-les divers lieux d'exercices, rural ou urbain

-le type d'activité, isolée ou en groupe

-l'activité de visite à domicile, ou en EHPAD

-la participation à la formation des internes (maitre de stage) ou non

-la titularité d'un DU de gériatrie ou non

- la titularité d'un DU de nutrition ou non
- un accord de principe pour participer à l'étude (sous couvert d'anonymat)

II. Critères d'exclusion

Les médecins ne souhaitant pas participer à l'étude, ou ne donnant pas de réponse lors de la prise de contact initiale ont été exclus de l'étude.

III. Choix des médecins

Les premiers médecins ont été choisis au hasard dans les pages jaunes. La sélection a ensuite été affinée pour permettre une diversité concernant les secteurs géographiques et l'âge.

Certains médecins ont été recrutés avec l'aide de précédents interviewés, pour assurer la représentativité de l'échantillon.

IV. Recrutement

Un entretien téléphonique permettait d'établir le premier contact. Le thème de l'étude était exposé afin d'obtenir un accord de principe, ainsi qu'une date de rencontre.

C. Réalisation des entretiens

I. Contexte

Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet des généralistes interviewés. La date et l'heure du rendez-vous étaient laissées à la convenance des médecins. Plusieurs médecins ont souhaité décaler les rendez-vous après la période hivernale en raison d'une charge de travail importante.

La durée des entretiens était fixée au préalable entre vingt et trente minutes.

II. Le déroulement des entretiens

1. Le matériel

- Trame d'entretien
- Bloc note et crayon
- Dictaphone

2. Les étapes

- Rappel du but de la thèse
- Présentation brève de la méthode qualitative
- Recueil du consentement du médecin
- Demande de la permission d'enregistrer l'entretien
- Entretien avec adaptation des questions au discours de l'interviewé

- Questions sur les caractéristiques du médecin si non évoquées dans l'entretien

(Cf critères d'inclusion et de représentativité)

- Remerciements pour la participation à ce travail de thèse

D. La retranscription

Elle a été réalisée directement après chaque entretien sur fichier word pour permettre une transcription la plus fidèle possible à la fois des dires et des non-dits (gestes, rires...). L'anonymat des médecins est préservé en leur attribuant un numéro correspondant à l'ordre des interviews.

E. L'analyse des données

I. L'analyse thématique

Elle consiste à mettre en évidence ce qui, dans chaque entretien, se réfère à un même thème. Il s'agit d'un découpage des données sans tenir compte de l'architecture interne des entretiens.

II. La grille d'analyse

La première étape était la lecture des entretiens afin de prendre connaissance des données. Les différents thèmes abordés étaient annotés, certains thèmes inattendus sont apparus au cours des lectures. Les thèmes et sous thèmes ont permis la constitution d'une grille d'analyse.

III. Le découpage des données

Le verbatim était découpé en « unités minimales de signification ». Chacune de ces unités était ensuite classée dans la case correspondante de la grille d'analyse, en fonction du thème auquel elle se rapportait.

Les différents thèmes ont ensuite été organisés dans un ordre logique pour pouvoir présenter les résultats sous la forme d'un texte se découpant en plusieurs sous parties.

F. Saturation des données

Le but était d'atteindre la saturation des données sur le sujet étudié. Elle se traduit par la redondance des informations recueillies au cours des entretiens. Il s'agit malgré tout d'une saturation théorique car on ne peut jamais être certain qu'il n'existe aucune information complémentaire(25).

RESULTATS

A. Population étudiée

I. Répartition géographique

Selon l'INSEE, l'espace rural regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu⁽¹⁾. L'ensemble des médecins interrogés exercent en Haute Normandie, cinq en zone urbaine et trois en zone rurale.

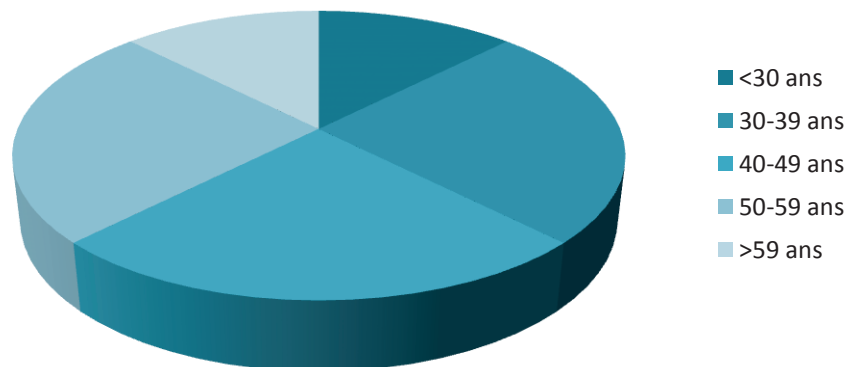
II. Démographie

1. Sexe

L'échantillon comporte autant d'hommes que de femmes.

2. Age

La tranche d'âge des médecins ayant participé à cette étude s'étend de vingt-neuf ans à soixante-deux ans.



III. Formation et activité professionnelle

1. Formation initiale

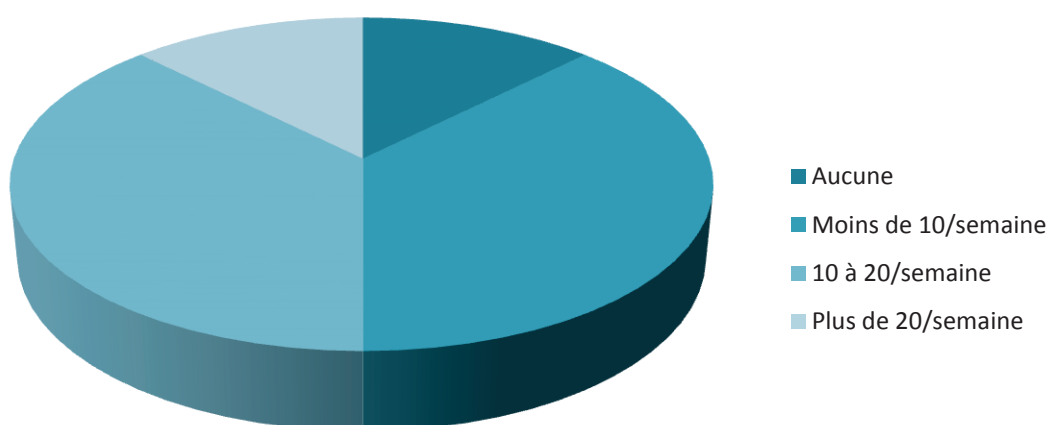
Tous les médecins interrogés ont suivi un cursus de médecine générale. Un des médecins est titulaire d'un Diplôme Universitaire de médecine gériatrique. Un médecin est titulaire d'un Diplôme Universitaire de Nutrition.

2. Type d'installation libérale

Six médecins travaillent au sein d'un cabinet de groupe, dont deux en maison médicale intégrant d'autres professionnels de santé (infirmières, sage femmes, psychologues, kinésithérapeutes, podologue). Deux médecins se sont installés seuls.

3. Activité de visites à domicile

L'un des médecins n'effectue aucune visite, et consulte uniquement à son cabinet avec ou sans rendez-vous. Les sept autres se déplacent au domicile, six d'entre eux ont plusieurs patients en EHPAD. Les visites représentent une part variable de leur exercice.



4. Activité hospitalo-universitaire

Aucun des médecins n'a d'activité hospitalière vacataire. Deux d'entre eux sont membres du collège national des généralistes enseignants de Haute Normandie en tant que maître de stage pour les internes inscrits au DES.

5. Saturation des données

Elle a été jugée satisfaisante après l'interview de huit généralistes, devant la redondance des réponses aux thèmes abordés associée à l'absence d'émission de nouvelles hypothèses.

B. Analyse du verbatim

I. Le diagnostic de dénutrition

1. Un diagnostic fréquent ?

« En gériatrie au XX, et donc en tant que PH j'étais souvent confronté à ça. »M1

« Pas très souvent, comme je te l'expliquai ma patientèle c'est plus de la pédiatrie, de la gynéco... »M2

« Oui c'est allez...une ou deux fois par an maxi.»M2

« Oui régulièrement. »M3

« La dénutrition c'est quasiment le quotidien...enfin surtout le dépistage. »M4

« Très peu »M5

« Pas au cabinet, en institution»M8

2. L'examen clinique

a. Le poids

« Au cabinet, on essaie au moins de les peser » M1

« Avec la difficulté qui est liée à l'œdème chez la personne âgée qui fait que le poids est pas toujours un critère facile à utiliser » M3

« J'aimerais bien avoir un poids une fois par an, dans le dossier de tous mes patients...je serais un très bon toubib si j'arrive à faire ça (*rires!*) » M3

« Alors le poids déjà » M4

« On surveille le poids » M7

b. La cinétique du poids

« Essayer de voir la perte de poids dans les 3 ou 6 mois précédents. Et puis en fonction de ça, s'il y avait plus de 3 kilos de différence on y prêtait très attention. » M1

« Le critère essentiel c'est la perte de poids... » M3

« Ça m'arrive même de le noter sur l'ordonnance « pesée une fois par mois » » M6

« Je demande pour voir la courbe de poids régulièrement » M7

« En surveillant régulièrement le poids, on a quand même des surprises » M8

c. La taille et l'Indice de Masse Corporelle

« On essaie aussi régulièrement de les mesurer » M1

« Déjà pour les prescriptions on est amenés à indiquer l'IMC sur l'ordonnance » M2

d. Evaluation d'une sarcopénie

« Je vais regarder si ils bougent bien, si ils se lèvent facilement pour évaluer leur masse musculaire... »M5

« Je regarde en touchant la masse musculaire... »M6

e. Recherche d'une déshydratation associée

« Voir l'état de déshydratation...c'est d'ailleurs l'occasion de leur redire de boire. »M2

« Je les revois pour voir s'il n'y a pas de signes d'aggravation, de déshydratation... »M5

« Souvent il y a de la déshydratation sur ces terrains-là, je regarde si il y a un pli cutané »M6

f. Recherche des facteurs de risque de dénutrition

« Ah oui, quand tu vois qu'ils s'amaigrissent, qu'ils ont des difficultés de déglutition »M2

« Est ce qu'il y a un problème de dentier ? Est-ce que c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs qui pense simplement pas à manger ? Est-ce que c'est quelqu'un qui n'a pas faim, qui a des nausées pour une raison médicamenteuse ou autre ? »M3

« En cas de pathologie aigue on est encore un peu plus vigilants »M4

« Les Alzheimer aussi ont souvent une dénutrition... »M6

g. Evaluation de l'entourage de la personne âgée

« La solitude c'est un risque de dénutrition, et avec les portages c'est pareil, ils vont pas tout manger et le plateau finit à la poubelle... »M5

« Oui ce que j'entends le plus souvent c'est « quand je viens il mange bien ». » M5

« Des patients qui sont isolés »M6

« C'est la limite parfois du maintien à domicile d'ailleurs »M8

h. Appréciation de l'état général et connaissance du patient

« L'impression que la personne a maigri »M3

« Je vérifie que d'aspect ils n'aient pas trop maigris »M5

« On voit l'état de maigreur »M7

« Si je vois qu'apparaissent des petits escarres, des petites choses »M8

« Souvent la personne âgée n'a pas qu'un problème de dénutrition »M1

« Il y a des choses qu'on fait de manière intuitive »M6

3. Les examens biologiques

a. L'albuminémie

« Une albuminémie tous les 2-3 mois ça permet de voir si on est sur la bonne courbe »M1

« L'albumine une fois par an avec une électrophorèse »M2

« Faire une albuminémie voire une « pré alb » ça peut aider... »M3

« Toujours quand il y a quelque chose qui m'alerte, sinon je n'ai pas de fréquence idéale mais j'essaie d'en avoir une tous les douze/dix-huit mois dans le dossier. »M4

«Non, je l'ai si je demande une électrophorèse mais ça je la demande que si je suspecte quelque chose »M5

« Je fais la prise de sang avec le taux d'albumine ! »M6

« Je pense que j'ai demandé une albumine aux quinze depuis le début!» M7 *à propos des patients suivis en EHPAD*

b. Les autres dosages

« La pré albuminémie c'est un peu gadget... »M1

« On regarde les carences de fer tout ça et puis on fait un bilan.»M2

« Quand j'en suis à faire la prise de sang, c'est que le diagnostic il est déjà fait. C'est plus pour chercher un critère de gravité. »M3

« Essayer de comprendre pourquoi ! Euh...la cause de la dénutrition, alors évidemment c'est là qu'intervient la biologie avec la recherche de syndrome inflammatoire *etc...* »M3

« C'est la plainte du patient qui va m'orienter. »M5

« Quand on me dit « elle a perdu » je fais le bilan de toute façon »M7

c. Les avantages des examens biologiques

« À la maison de retraite ils ont un bilan systématique tous les six mois mais il y a pas l'albumine dedans, ni la protidémie »M7

« Je fais un bilan systématique chez les personnes âgées au moins une fois par an »M8

« C'est plus vite fait de leur faire une biologie ! »M8

4. L'entourage de la personne âgée comme aide diagnostique

a. La famille

« C'est souvent l'entourage qui alerte en disant « elle mange pas.. » »M3

« Si l'entourage à domicile me dit qu' « il »s'alimente moins bien »M4

« Quand l'entourage me dit qu'il mange pas bien, etc ... »M5

b. Les aides au domicile

« Quand l'infirmière vient et m'annonce qu'il refuse un peu l'alimentation »M5

« Les personnes qui ont des aides ménagères, des auxiliaires de vie, on arrive à mieux les peser »M7

« On se met des petits mots, les auxiliaires ont souvent un cahier et moi ça m'arrive d'ouvrir et de laisser un mot aussi »M7

« Si les infirmières me disent que ça va pas bien »M8

c. Le personnel en EHPAD

« C'était beaucoup plus facile car l'équipe pesait les personnes au moins une fois par semaine »M1

« En maison de retraite, je dirais qu'on le voit moins parce que c'est très anticipé par les équipes »M3 *à propos du diagnostic de dénutrition*

« Les médecins coordinateurs du secteur sont assez attentifs à la dénutrition »M4

« Si on me dit qu'elle laisse son plateau »M6

« Le poids les infirmières font vraiment attention. »M7

« En institution on a facilement un poids parce qu'ils sont pesés au moins une fois par mois. »M8

d. L'hôpital

« On a quand même la proximité de l'hôpital qui fait que quand les patients vont pas bien, qu'on ne se voit pas le laisser tout seul à la maison, alors je l'envoie et ils me font le bilan »M5

5. Le Mini Nutritionnal Assessment test

a. Connaissance du test

« Et puis euh... il y avait, il y a un test...c'est le MNA ? »M1

« Alors je connais le MNA restreint parce que j'en ai un exemplaire dans ma sacoche de visite, même si je ne m'en sers jamais »M3

« Peut-être par manque de connaissance de cet outil là...mais c'est vrai que je l'utilise pas... »M4

« C'est quoi en fait ? »M6

« Je connais le MMS mais pas le MNA...C'est quoi ? »M8

b. Application du MNA en médecine générale

« On ne peut pas passer une heure à interroger quelqu'un. Il faudrait des questionnaires concis. »M1

« Je pense que dans l'interrogatoire j'ai déjà intégré un certain nombre de choses... »M3

« Peut-être l'utiliser en EHPAD avec quelqu'un de l'équipe qui le réalise, en consultation...vingt questions...ou alors il faut que ce soit une consultation dédiée... »M4

« Ça doit être utile ! Mais je ne l'ai pas encore intégré dans ma pratique »M6

« Ceux que j'ai en institution, qui posent des problèmes de nutrition c'est des Alzheimer...donc leur poser des questions... »M8

c. Les tests en médecine

« C'est le problème un petit peu de tous ces test, pour chaque maladie il y a un test différent ! »M1

« Dégainer le bon score au bon moment quoi. On parle de dénutrition il y a le MNA, on parle d'Alzheimer il y a le MMS...on parle de dépression il y a le HAD... »M3

« On avait rencontré M X qui est gériatre à XX, et ils ont mis en place avec le CHU un petit outil qui s'appelle ABCDEF, qui n'est pas spécifique de la dénutrition mais elle est incluse dedans. C'est les critères de fragilité du sujet âgé. Et on s'est dit qu'on pourrait utiliser ça chez des personnes qui vont avoir des soins médicaux lourds, une grosse intervention...Donc c'est pas encore dans ma pratique mais je pense que je vais l'intégrer »M4

«On les recopie une fois sur un petit carnet puis on les oublie dans la pratique... »M6

6. Les contraintes de l'exercice libéral

a. En visite

«Le vrai problème c'est à domicile parce qu'il faut faire sortir les balances, bon parfois on est surpris des balances qu'on nous sort (*rires*) »M4

« Ici (*au cabinet*), oui. A domicile...sans balance... [...] mais si ils ont une balance tant mieux ! »M5

« Mais j'essaie de leur glisser que une balance c'est pas anodin, c'est comme un thermomètre... »M7

« A domicile ils se pèsent pas toujours...ils n'ont pas toujours de balance »M8

b. Au cabinet

«Avoir des poids de référence, euh...c'est un peu compliqué avec les personnes âgées car il faut y penser à chaque fois, les mettre sur la balance etc.»M3

« Au cabinet j'ai pas beaucoup de personnes âgées qui viennent. »M8

c. La contrainte de temps

« C'est assez long, en fait ça nécessite souvent des consultations rapprochées pour pouvoir faire passer des messages. »M3

« Le vrai souci c'est comment le dépister de manière rapide, pratique...parce qu'on n'a pas que ça à faire dans une consult'... »M5

« Si je pouvais, je prescrirais pour sept jours, mais j'ai pas la possibilité de passer aussi souvent. »M5 *à propos des visites à domicile*

« La difficulté de l'exercice de la médecine générale c'est aussi le temps »M6

II. L'expertise des médecins généralistes

1. Les études médicales

a. Le tronc commun

« Mais je ne me rappelle pas d'un cours là-dessus en particulier [...] c'est parfois un peu flou... » M2

« La dénutrition du sujet âgé, je n'en ai pas le souvenir... » M4

« J'ai pas eu de cours là-dessus ! (*rires*) » M6

« Je me revois dans l'amphithéâtre avec la petite échelle rouge du CHU, le MNA et tout ça. » M7

« J'ai pas le souvenir que ça ait été abordé, ceci dit ça l'a sûrement été... on n'avait pas de cours vraiment orienté sur la gériatrie » M8

b. Les Diplômes Universitaires et formations complémentaires

« À l'époque c'était abordé sans plus, ça a pris beaucoup plus d'ampleur après » M1
à propos du DU de gériatrie

« J'ai fait un DU de nutrition à Bichat il y a très longtemps. » M3

« Quand j'ai fait des études je ne suis même pas sûr qu'il y avait le certificat de nutrition... » M5

2. Le parcours professionnel personnel

« Moi ce qui m'a poussé un peu là-dedans c'est que j'ai été PH à XX, ça m'a sensibilisé car les problèmes de dénutrition étaient très réguliers »M1

« C'était plus facile d'appliquer ça ensuite en médecine de ville »M1

« C'était plutôt en passant dans des services avec des personnes âgées, une formation sur le tas en fait »M2

« J'avais fait un stage d'interne à Kremlin Bicêtre en gériatrie, il y avait une endocrino-gériatre qui s'intéressait beaucoup à tout ça, et donc on avait eu tout un enseignement »M3

« Et dans les stages où j'étais passé, je n'ai pas été sensibilisé... »M4

« Quand je suis passée en moyen séjour comme interne ça faisait partie de la prise en charge de la personne âgée »M6

3. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007

« Alors là (*souffle*) je ne me rappelle pas, ça ne me dit rien du tout »M2

« (*Rires*) je les ai pas eues...ou alors je ne me souviens plus du contenu ! »M4

« Euh...ça ne me dit rien... »M6

« Alors moi en 2007, je passais le concours de l'internat (*rires*) donc voilà, et je les ai pas en tête du tout ... »M7

« Il y a trois critères je crois ? Euh je ne vais pas pouvoir te les ressortir... »M8

4. La formation continue

a. Les présentations orales

« Il y a quelques années, on avait eu un topo justement sur compléments et cancérologie »M1

« Avant quand les labos pouvaient aussi, il y avait des réunions... »M5

b. Les groupes d'échange de pratique

« Quand on a des EP des choses comme ça c'est pas un sujet qui est abordé... »M2

« On a un groupe d'échange de pratiques tous les jeudis, donc de temps en temps il y a des sujets... »M5

« Oui de temps en temps, on y vient... »M6 *à propos des GEP*

« Les groupes d'échange de pratique y en a pas dans mon coin donc du coup...c'est dommage ! »M7

« Je l'ai vu après en formation continue dans les groupes d'échanges »M8

c. Rencontres avec les médecins gériatres

« On a pu rencontrer des gériatres qui s'occupaient de la dénutrition et ça m'a sensibilisé »M4

« Des fois on a des invitations à leur groupe sur des topos »M5

III. Les critères de choix pour la prescription de compléments oraux

1. L'examen clinique

« Des amyotrophies, parfois importantes...et oui c'est surtout là-dessus »M1

« Parce que je sais qu'ils s'alimentent mal »M2

« Si il y a un état grabataire important [...] une personne âgée qu'on voit maigrir et qui ne peut plus rien faire, qui ne se lève plus, qui tient plus une fourchette...celle-là je la supplémente»M5

2. Les examens biologiques

« Si je vois une hypo albuminémie et bien je mets en route le traitement »M6

3. Un événement déclencheur

« C'est au décours d'une chute qu'on va un petit peu plus loin... au décours d'une pathologie aigue très fréquemment.»M1

« Parfois si ils sont déprimés aussi, le temps que le traitement antidépresseur fasse effet, là je complémente »M5

4. L'entourage de la personne âgée

a. La famille

« Après il y a parfois des demandes de familles nous disant « il mange pas beaucoup » »M1

« Les quelques personnes à qui j'en donne sont des gens accompagnés. »M2

« J'ai plus facilement tendance à prescrire des compléments à domicile. »M4

« Je m'attache vraiment à ce que leur famille s'implique un peu quand même»M5

« Déjà on essaie de revoir un petit peu avec les aidants »M8

b. Le personnel en EHPAD

« Il arrive qu'ils nous en parlent mais souvent il y a déjà les critères de dénutrition et ils donnent quelque chose »M3

« Si c'est en structure c'est plus facile, sinon euh...c'est toujours un peu aléatoire »M8

c. L'hôpital

« Être la proximité de l'hôpital fait qu'on a tendance à les hospitaliser plus facilement, c'est l'hôpital qui les prend un peu plus en charge »M5

5. Les pratiques personnelles

a. Les habitudes de prescription

« Très souvent »M1

« C'est pas dans mes habitudes »M2

« Mais ça représente deux ou trois cas par an. »M5

« Je mets systématiquement les boîtes ! »M6

b. Les avis personnels

« J'ai pas l'impression qu'il y a de gros échecs. »M4

« Mon point de vue, c'est essayer de les ré autonomiser au maximum, et donc de pas leur donner ça car après ils veulent le déambulateur, le fauteuil roulant et après ils bougent plus. »M5

« Moi je trouve ça extraordinaire ! »M6

« On arrive toujours à trouver quelque chose qui passe à défaut de plaire »M7

c. Une prise en charge rapide

« Le plus simple c'est de rajouter des compléments alimentaires »M8

d. Une confiance dans la composition des compléments

« Je me dis qu'ils ont des compositions bien évaluées, je sais que ce sera bon pour eux »M6

« On est sûr euh... de l'apport quoi ! »M8

e. Sensibiliser le patient par la prescription

« Mais à partir du moment où il y a une dénutrition avérée, la prescription de compléments alimentaires c'est aussi une façon intuitive de dire à la personne que c'est important comme problème »M3

« Je leur explique que c'est important dans la prise en charge, on sait que la dénutrition c'est un facteur de comorbidité important »M3

« Quand on leur dit « c'est très important, prenez-en au moins un par jour », quand on insiste un peu... »M7

6. Les autres possibilités de prise en charge de la dénutrition

a. La promotion d'une alimentation orale normale

« La priorité c'est un repas le matin, le midi, le soir. Je pense que rien ne vaut un repas classique »M5

« On revoit un peu la composition des repas, la diététique »M8

b. L'accompagnement aux repas

« J'essaie de faire vraiment en sorte que quelqu'un passe les faire manger »M5

c. L'enrichissement protéique de l'alimentation

« Reprendre une nutrition protéique importante c'est pas très simple, ça provoque des nausées, avec les compléments alimentaires c'est plus facile. »M3

« Il y a la poudre de protéine mais c'est pas très facile à se procurer chez les pharmaciens »M3

« En EHPAD on va dire que c'est facile d'enrichir l'alimentation parce qu'il y a du monde en cuisine qui peut le faire. A domicile, c'est parfois plus compliqué »M4

« J'utilise plutôt les compléments »M7

« Si tu prescris des trucs à rajouter dans l'alimentation et tout, ça m'est déjà arrivé, si c'est en famille ou les aidants, ça va pas toujours être fait. »M8

d. Les portages de repas

« Quand c'est possible, je préfère jouer avec le portage »M5

e. Les suppléments nutritionnels spécifiques

« Je les associe très volontiers à du CETORNAN au début, qui je trouve à un effet un petit peu « booster » »M1

« Là par exemple j'ai des trucs du laboratoire de Cetornan, mais c'est pas vraiment un complément alimentaire »M2

« Chez certains, je mets du Cetornan aussi »M6

« Plus du Cetornan quelquefois. »M8

IV. La prescription des compléments nutritionnels oraux

1. La prescription initiale

a. Durée

« En général c'est plutôt un mois, et surtout quand je trouve ce problème de dénutrition, comme ça je revois un mois après »M1

« Au plus tard je la revois quinze jours après. Mais ça arrive que des fois je fasse une semaine après. »M3

« La première fois je fais une prescription d'au moins un mois »M4

« C'est maximum un mois, et je les revois »M5

« Je la fais pour un mois »M6

« Souvent je mets un mois »M7

« Pour un mois, car c'est des gens que je revois tous les mois. »M8

b. Choix du produit prescrit

« Je regarde déjà la composition protéique et énergétique »M3

« Il y a différents produits, les crèmes, les solutions à boire, les jus de fruits... »M4

« Il faut regarder s'ils sont diabétiques, je crois qu'il y a des compléments spéciaux... »M5

« Ils ont parfois du mal à avaler et il y a des formes liquides, différents goûts »M6

« On a quand même des formes crèmes euh...des formes liquides...on arrive à trouver »M8

2. Les conseils aux patients

a. Pour la première délivrance

« On leur prescrit quelques boîtes, on leur demande d'essayer... »M1

« Je mets une ou deux marques et je dis au patient de voir avec le pharmacien les différents parfums et présentations. »M2

« Je dis à l'entourage qui va aller acheter les compléments « prenez pas tout de suite soixante trucs, prenez en une dizaine avec des goûts différents et puis vous voyez » »M3

« Voir avec le pharmacien si il a d'autres choses à proposer »M4

« Avec les pharmaciens on a une aide pour trouver ce qui plait le mieux au patient »M6

« En leur disant de prendre qu'un seul carton pour qu'ils goutent »M7

b. Pour la prise du complément alimentaire

« Je prescris toujours en dehors des repas hein ! »M1

« Après je dis « même si c'est mis deux par jour, allez y progressivement, commencez pas *blam* ! À dix heures et à seize heures un complément entier ». »M3

« D'éviter de leur donner juste avant le repas, c'est pas un dessert non plus...alors plutôt vers dix et seize heures »M5

« Je leur dit un dans la matinée, et un dans l'après-midi. »M7

3. Le renouvellement

« Au long cours des fois ça peut être 3 mois »M1

« Les deux ou trois personnes auxquelles je pense c'est presque en traitement de fond... »M2

« Et on voit au fur et à mesure »M3

« J'essaie de pas les habituer »M5

« Je me dis que je suis passée un peu à côté cette fois-là, et puis c'est tellement insidieux... [...] du coup je laisse au long cours »M6

4. La prise en charge financière des compléments

a. Le taux de remboursement de base

« On prescrit des compléments...et certains sont apparemment mieux pris en charge que d'autres... »M1

« Si les gens sont pas pris en ALD, je prescris sur des ordos simples »M3

« Suite à des hospitalisations ou une pathologie aigue, sans rapport avec une ALD, je mets pas en ALD »M4

« J'invente pas un 100% pour ça parce que si la feuille ne justifie pas le 100% je ne suis pas sûr qu'ils prennent. »M5

« Des personnes âgées dénutries qui sont pas en ALD, dans ce cas là...une ordonnance simple »M7

« Ça m'est jamais arrivé d'en prescrire à des gens qui n'étaient pas à 100% »M8

b. La prise en charge à 100%

« On est obligé de faire une ordonnance à part et de marquer l'IMC. »M2

« Quand il y a des comorbidités qui sont prises en ALD, je prescris sur l'ALD parce que c'est exceptionnel qu'on ne puisse pas attribuer une petite part de la dénutrition en ALD... »M3

« Pour les patients qui ont des troubles cognitifs, qui sont en ALD pour ça, je mets dessus. »M4

« Si ils sont à 100% je les mets à 100% »M5

« Ça fait partie de la prise en charge de la maladie à 100%. »M6

« S'il est en ALD et que j'estime que sa dénutrition est due à son ALD alors je mets sur le 100% »M7

« Sur des ordonnances à 100%. Je fais toujours comme ça mais bon peut être que je me trompe (*rires*). »M8

c. Les problèmes économiques

« Ils ont entendu par un copain ou une copine que c'est un produit qui est remboursé et comme ils ont pas beaucoup de sous pour s'acheter à manger ils demandent des compléments alimentaires...alors il faut se méfier »M2

« En expliquant aux gens qu'il faut acheter en plusieurs fois si c'est trop cher »M3

« Il y a aussi un patient âgé qui m'a demandé des compléments alimentaires parce qu'il n'arrivait pas à acheter de la viande, mais ça m'est arrivé une seule fois »M3

5. Cas particuliers

a. La sortie d'hospitalisation

« On s'aperçoit quand même que quand ils sortent de cancéro c'est avec des compléments nutritifs »M1

« Alors après les gens qui sortent de l'hôpital c'est souvent avec des compléments alimentaires donc on se moule un peu dans ce qui a été prescrit... »M2

« Et souvent ils ressortent avec leurs compléments »M5

b. Avant une intervention programmée

« Quand il y a un cancer...et qu'il va y avoir une intervention...là je prescris beaucoup plus. »M1

« Oui effectivement, quand je sais que je ne vais pas les revoir en plus avant un certain temps, »M2

« En cas d'intervention *etc. etc.* on sait que c'est un facteur prédictif négatif de beaucoup de choses...donc il faut regonfler quoi ! Il faut y aller ! »M3

« On a un projet de pôle de santé et la personne âgée fait partie des « cibles de soins » que l'on a, et en particulier le dépistage de la dénutrition et l'évaluation du sujet âgé avant une intervention, ou la prise en charge d'un cancer par exemple. »M4

« Si en sortant ils ont perdus quelques kilos c'est là que j'en prescris, si ils restent alités »M5

« Pour des prothèses de hanches, chez des gens qui sont un peu...pas très protéinés, je leur fait un mois avant une bonne cure »M8

c. Les soins palliatifs

« C'est plus un accompagnement de fin de vie qu'autre chose. Souvent le diagnostic a été posé, les thérapeutiques elles ne vont pas et on essaie de faire au mieux »M5

« La dernière histoire triste c'est quelqu'un qui maigrissait à vue d'œil, on a donné des compléments, fait un bilan, et en fait il était métastaté...de partout...à ce moment à quand je prescris c'est plus pour leur faire plaisir qu'autre chose, même si ils ne réclament pas spécialement ça. »M5

« Je vois ça surtout sur des patients en fin de vie à domicile »M6

V. Evaluation de l'observance à un traitement par compléments alimentaires

1. L'examen clinique

« La surveillance c'est toujours le poids »M1

« Surveiller le poids, réévaluer. »M2

« Déjà en leur posant la question, « est-ce que vous l'avez pris ? Est-ce que ça vous convient ? » »M7

2. La surveillance biologique

« Une albuminémie tous les 2-3 mois ça permet de voir si on est sur la bonne courbe »M1

« Je contrôle avec la prise de sang »M6

3. En visite à domicile

« À domicile plus qu'au cabinet car on voit le stock de bouteilles qui restent. »M1

« À domicile il faut avoir un regard éventuellement, pourquoi pas si on peut, regarder un peu dans les placards »M4

« Des fois on découvre des stocks dans l'arrière cuisine ! »M6

« Ça reste dans les placards, c'est du gâchis. »M7

« À domicile j'essaie de voir quand j'y vais, combien il reste de flacons dans le frigo »M8

4. L'entourage de la personne âgée

a. La famille

« Soit c'est « ah il a rien voulu prendre, ça l'a écœuré il en voulait pas », soit « ça c'est bien il faudrait lui en remettre » »M2

« Demander à l'aide-ménagère ou à la famille qui est là si il en reste »M4

« J'avais été alerté par la famille, donc je leur avais dit que ils pouvaient aussi participer à ce soin »M7

b. Les aides au domicile

« C'est sûr que une aide-soignante elle peut pas prendre une heure pour donner la crème au café, malheureusement. »M7

« Est-ce que l'infirmière a vérifié ? »M8

c. Le personnel en EHPAD

« Le problème des EHPAD c'est que euh... on les prescrit [...] et on ne sait pas toujours si il est bien donné »M1

« Après dans les EHPAD c'est facile parce que souvent c'est donné »M4

« Discuter avec les équipes pour leur présenter avant le repas, et pas après...ou à dix heures et à quatre heures systématiquement »M6

« En EHPAD il y a le retour des auxiliaires de vie »M7

« Il y en a toujours un sur la table de nuit, ça suit bien à ce niveau-là. »M8

VI. Les limites de prescriptions des compléments alimentaires

1. Les goûts

« Le problème du gout [...] Il y a des gens qui ne supportent pas du tout cet aspect un petit peu lacté [...] il y en a qui sont vraiment difficiles »M1

« Il y en a qui préfèrent le sucré, d'autre c'est plutôt les soupes »M2

« C'est quasiment que des desserts, des crèmes lactées type mont blanc, beaucoup de sucré... »M3

« Pour améliorer l'observance, j'essaie de varier »M4

« Il y a des marques où ils font plusieurs parfums donc ils arrivent à trouver quelque chose qui plaît »M5

« On essaie de changer les goûts »M6

« Plusieurs fois on m'a dit « j'aime pas » »M7

« Ça reste dans les placards, c'est du gâchis. »M7

2. Les textures

« Le problème c'est aussi les troubles de déglutitions, avec les boissons et les crèmes on est vite limités. »M7

3. La composition des produits

« Les plats tout préparés sont pas si protéinés que ça, le rapport est pas toujours intéressant au niveau quantité/gain protéique.»M3

4. Les effets secondaires

«Ça peut entraîner un peu de diarrhée »M1

5. Les prescriptions au long cours

« C'est monotone au gout »M3

« Au bout d'un moment ils trouvent ça lassant »M5

VII. Des interrogations persistantes

1. Sur le diagnostic

« Une fois sur deux un adulte jeune qui sort de l'hôpital c'est marqué patient dénutri...alors bon...il est dénutri ? Alors que pour moi il était plutôt corpulent... [...] c'est parfois un peu flou... »M2

« Je m'aperçois que ça fait un bout de temps que j'ai pas été confronté au problème...on a l'impression que c'est par épidémie quoi...alors est-ce que c'est à la fin de l'hiver et au printemps après les infections qui affaiblissent... »M3

« J'ai l'impression d'avoir découvert ce sujet-là un peu tardivement alors que à priori c'est important vu ce qu'on nous a transmis comme info...la dénutrition, le sujet âgé ça peut le faire basculer »M4

« Est-ce que je la recherche assez ?? »M5 *à propos de la dénutrition*

2. Sur les examens biologiques

« L'albumine une fois par an avec une électrophorèse. Je sais pas si c'est bien mais c'est ce que je fais (*rires*). »M2

« Je sais pas pourquoi ça fait pas partie de leur bilan systématique. C'est économique ? »M7 *à propos de l'albuminémie en EHPAD*

3. Sur la prescription des compléments oraux et des adjuvants

« Soit disant qu'il n'y avait pas de bénéfices à l'époque de donner des compléments avant une intervention, c'était XXXX qui nous l'avait fait (*à propos d'une formation continue*) euh...alors que honnêtement tous les généralistes qui étaient là, on en donnait tous (*rires*) on était un peu déçus. »M1

« J'ai un patient, l'hôpital voulait que l'albumine soit dans les normes pour sa chimio, elle est remontée et ils l'ont pas faite alors...ça a pas changé grand-chose... »M5

« Genre le Cetornan je ne sais pas trop quelle place ça a dans la prescription. Est-ce qu'on le donne en plus ? Ou est-ce que c'est une indication à part... »M7

4. Sur le taux de remboursement des compléments oraux

« Je pense qu'il faut que ce soit sur des ordonnances à 100% non ? »M8

DISCUSSION

A. Pratiques des médecins vs recommandations HAS 2007

Presque tous les médecins interrogés ne se souvenaient pas avoir reçu les recommandations sur la prise en charge de la dénutrition délivrées par la Haute Autorité de Santé en 2007. M8 savait qu'il en avait pris connaissance mais aucun élément des recommandations ne l'avait interpellé. M7 n'étant pas encore installée au moment de leur diffusion ne faisait pas partie des destinataires cibles. Cependant, si l'on compare les pratiques des généralistes interrogés aux recommandations, peu de différences existent.

Concernant le dépistage de la dénutrition, tous les médecins réalisent une surveillance de poids annuelle a minima en prêtant une attention particulière aux variations dans le temps. De façon plus rapprochée, souvent à chaque consultation, l'examen clinique recherche une altération de l'état général, une sarcopénie et des signes de déshydratation associés. Le temps clinique est complété par la quasi-totalité des interviewés par un temps biologique. Le dosage de l'albumine sanguine est demandé tant pour le dépistage et le diagnostic d'une dénutrition, que pour le suivi de sa prise en charge. L'albuminémie est un facteur biologique pronostic majeur de morbi-mortalité même si elle n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle permet de distinguer deux formes de dénutrition : la dénutrition par carence d'apport isolée (où l'albuminémie peut être abaissée ou normale) et la dénutrition associée à un hyper catabolisme secondaire à un syndrome inflammatoire (où l'albuminémie chute rapidement, et dont il faut interpréter le chiffre en fonction de l'état inflammatoire du patient). La prise de sang est souvent complétée par d'autres dosages pour diagnostiquer une pathologie sous-jacente précipitante, parfois l'albuminémie s'intègre à un bilan de routine. Cette surveillance est renforcée en cas d'identification d'un facteur de risque intrinsèque (troubles de la dentition ou de la déglutition, pathologie des fonctions cognitives, pathologie aiguë intercurrente...) ou extrinsèque (anorexie d'origine iatrogène, dépendance pour la mobilité et l'alimentation secondaire parfois à un isolement). Deux médecins soulignent le caractère pratique des dosages biologiques : rapidité d'obtention des résultats, pertinence d'un bilan élargi pour le diagnostic, possibilité de réalisation à domicile par une Infirmière Diplômée d'Etat.

La prescription des compléments nutritionnels oraux est déclenchée par des signes clinico-biologiques. Plusieurs médecins étayaient leur diagnostic par une constatation de la diminution des apports alimentaires spontanés, souvent rapportée par l'entourage de la personne âgée. Cette pratique est en accord avec les recommandations officielles. Par contre, la durée idéale de prescription initiale d'une semaine prévue par la HAS n'est pas celle de la majorité des médecins interrogés. En effet, la quasi-totalité fait leur première prescription pour un mois (durée toutefois

conforme concernant les recommandations pour la prise en charge des patients à domicile), à l'exception de M3 qui réévalue sa prescription à quinze jours. Il n'existe aucune préconisation en ce qui concerne la durée de prescription des compléments au long cours, tant que l'indication reste pertinente à chaque renouvellement. M2 et M6 ont tendance à prolonger le traitement de façon « préventive » et s'éloignent, de fait, des recommandations officielles.

B. Des pratiques en accord avec les recommandations malgré une mauvaise connaissance de celles-ci...grâce à l'expertise des généralistes

On a pu voir qu'en dépit d'une mauvaise connaissance des recommandations de la HAS, les pratiques des médecins sont très similaires à ces dernières. Cela s'explique par l'expertise de chacun, qu'elle ait été acquise au cours de l'enseignement universitaire ou bien qu'il s'agisse d'une formation continue.

Seul le plus jeune des médecins interviewés a le souvenir d'un cours universitaire, mené par l'équipe de nutrition du Centre Hospitalo-Universitaire régional, avec diffusion du guide pratique de nutrition clinique *Nutristeps*. Cela témoigne du développement relativement récent de l'intérêt porté à cette pathologie et de l'essor de la gériatrie. En effet, les autres médecins ne se souviennent pas d'avoir bénéficié de cours sur le sujet. M1, titulaire d'un Diplôme Universitaire de gériatrie, souligne que le sujet de la dénutrition « était abordé sans plus » au cours des enseignements spécifiques.

Les lacunes secondaires au manque d'enseignement magistral ont pu être comblées pour certains, par un compagnonnage au cours de stages hospitaliers dans des services de gériatrie et de moyen séjour. M3 a bénéficié au cours de son internat d'un enseignement organisé dans le service de gériatrie par un médecin endocrinogériatre. M1, après l'obtention du DU, a exercé en tant que praticien hospitalier dans un service de gériatrie ce qui l'a sensibilisé et familiarisé avec la prise en charge de la dénutrition.

La place de la formation continue est également importante dans l'expertise des généralistes. Un des médecins a été invité à une soirée de formation sur le thème de la dénutrition, sponsorisée par un laboratoire pharmaceutique. M1 a assisté à une présentation orale sur la prescription des compléments nutritionnels dans le cadre particulier des affections oncologiques. Le développement des groupes d'échange de pratique a également un rôle croissant dans l'acquisition des connaissances. Il s'agit

d'une méthode d'apprentissage qui existe depuis les années soixante. L'objectif est de réunir le même groupe de généralistes à intervalles de temps réguliers. Ils peuvent alors exposer, à travers un cas rencontré au cours de leur activité, une thématique qui les interpelle et pour laquelle ils souhaitent améliorer leur prise en charge. L'émulation de groupe permet de s'enrichir des connaissances des autres et de soulever de nouvelles questions conduisant à des recherches ciblées qui pourront être partagées lors d'une prochaine séance. La moitié des participants à l'étude font partie de groupes d'échange de pratiques. M7, nouvellement installée, regrette l'inexistence d'un tel groupe dans son périmètre d'exercice. Les échanges de savoir se font également avec les gériatres, via des invitations à leurs formations continues. Pour M4, ces rencontres inter-spécialités s'intègrent dans un projet de pôle de santé, dont l'une des cibles de soins est la personne âgée (dépistage et prise en charge de la dénutrition, évaluation gériatologique avant une opération ou une prise en charge oncologique).

C. La prise en charge de la dénutrition

Les différents types de prise en charge de la dénutrition ont été abordés spontanément au cours des différents entretiens. M5 et M8 rappellent les règles hygiéno-diététiques qui constituent la base d'une alimentation adaptée. M5 souligne que parfois un accompagnement au repas peut suffire à restaurer des apports corrects aussi bien en cas d'autonomie limitée, que dans celui d'une personne isolée ou dépressive. Il s'appuie également sur les portages de plateaux repas à domicile. L'enrichissement protéique des repas, grâce à la poudre de protéines, est cité par plus de la moitié des médecins mais ne fait pas partie de leurs habitudes de prescription. Difficultés d'approvisionnement en poudre de protéine, nausées, nécessité de préparation spécifique des repas sont pour eux autant de sources d'échecs pour ce type de prise en charge.

Les compléments nutritionnels oraux, même s'ils ne sont pas toujours prescrits fréquemment, sont plutôt plébiscités par les généralistes interviewés. Les principaux avantages mis en avant par les généralistes sont leur teneur protéique et leur diversité en formes et en goûts, alliés à une disponibilité rapide dans la plupart des pharmacies. Ils sont parfois utilisés d'emblée en cas de signes cliniques et/ou biologiques de dénutrition, ou au décours d'un événement aigu marquant un tournant dans l'état de santé de la personne âgée. Prescrire un complément nutritionnel, pour M3 et M7, c'est aussi une façon de faire prendre conscience au patient de la gravité de son état nutritionnel et des risques encourus : le complément nutritionnel est un médicament à part entière. Le Cetornan® est souvent cité en co-prescription des compléments oraux, pas de façon isolée. M7 se questionne sur ses indications

spécifiques et M2 sait qu'il ne s'agit pas d'un complément alimentaire à proprement parler ; mais en le prescrivant en plus d'un complément, leurs pratiques restent conformes aux recommandations.

A travers le discours des médecins, on perçoit nettement un clivage entre les patients pris en charge à domicile et ceux résidant en EHPAD. Au domicile, la principale difficulté est liée à l'isolement fréquent des personnes âgées. Une diminution de l'appétit, parfois liée à un syndrome dépressif sous-jacent, peut conduire à une diminution des apports et à un manque d'observance du traitement instauré. Une autonomie altérée peut compromettre la préparation et la prise des repas. L'implication des familles dans la prise en charge de leur parent s'avère parfois primordiale. La mise en place d'un portage de repas, ou d'une auxiliaire de vie, constituent des moyens alternatifs pour pallier à la solitude de certaines personnes âgées. Comme le souligne M8, il s'agit parfois d'une limitation du maintien à domicile. En EHPAD, structures médicalisées dédiées à l'accueil des personnes âgées dépendantes, le personnel soignant peut dépister et diagnostiquer précocement la dénutrition. Certains ont été sensibilisés au cours de formations continues également. La prise en charge est, elle aussi, facilitée. Un enrichissement de l'alimentation peut être géré par le personnel de cuisine. Les soignants ont parfois une autonomie relative pour délivrer des compléments alimentaires, selon des protocoles internes ou sous le contrôle des médecins coordonnateurs. La présence quotidienne des aides-soignantes et infirmières permet aussi une évaluation de l'observance (prise effective des compléments et surveillance régulière du poids).

Seul un des médecins (M5) ayant participé à ce travail a des a priori négatifs sur les compléments nutritionnels oraux permettant de recueillir un point de vue totalement différent. Pour lui, leur prescription peut être un premier pas vers une perte d'autonomie et une dépendance irréversible, confortant la personne âgée dans l'idée qu'elle ne peut plus s'assumer elle-même et la poussant à demander de plus en plus d'aides. A la relecture des divers entretiens, aucun des autres médecins interrogés ne partageait son point de vue.

M5 et M6 trouvent l'usage des compléments en soins palliatifs intéressant, parfois à la demande des familles ou face à un désarroi personnel relatif aux situations de fin de vie. Leur utilisation dans ce contexte particulier n'est pas recommandée par la HAS. Ce type de prescription soulève, en dehors de l'écart aux recommandations collégiales, des problèmes éthiques.

Concernant la prescription de compléments à visée préventive, avant une intervention programmée, elle semble devenir une pratique relativement courante parmi les généralistes. M3 a déjà repoussé un geste chirurgical chez un patient dénutri pour suppléer sa carence protéique afin de diminuer le risque de complications post-opératoires. Pour M4, cette démarche s'intègre dans un projet de pôle de santé pluridisciplinaire.

Trois médecins font remarquer que les patients sortant d'hospitalisation ont souvent une ordonnance comportant des compléments nutritionnels, permettant d'initier la prise en charge au domicile.

D. Facteurs limitants de la prise en charge par compléments nutritionnels oraux

Les compléments oraux reçoivent des avis plutôt favorables des médecins interrogés. Leur haute teneur en protéines permet d'espérer des résultats rapides en termes de prise de poids et de restauration/préservation de la masse musculaire. Cependant plusieurs caractéristiques constituent des freins à ce type de prise en charge thérapeutique. Le principal facteur limitant est lié à la galénique des compléments alimentaires. Même si elle s'est diversifiée avec les produits sous formes de jus de fruits, potages et biscuits hyper protéinés ; la majorité des produits sont sous formes de desserts lactés sucrés laissant peu de choix pour les patients préférant les mets salés. Les textures sont également peu variées, souvent liquides ou semi-liquides, ce qui peut rendre la supplémentation difficile pour les patients atteints de troubles de la déglutition. Le pharmacien est un allié essentiel du généraliste à l'initiation du traitement. Par sa connaissance des divers produits disponibles sur le marché, il conseille le patient et sa famille. En délivrant de petites quantités d'essai, il aide à trouver la forme de compléments la plus adaptée au patient. Au long cours, une certaine lassitude des patients est remarquée par plusieurs médecins. L'observance, souvent difficile à obtenir, parfois dès le début du traitement, est alors mise en jeu. Cinq des médecins ont ainsi déjà retrouvé des cartons de compléments non pris au cours de visites à domicile. La famille et les aides à la personne permettent d'optimiser le suivi par contact direct ou à travers des transmissions écrites, dans un cahier restant sur place. En EHPAD, les avis divergent. Certains généralistes ont entière confiance envers l'équipe soignante quant à la délivrance et l'évaluation de l'observance, d'autres sont plus mitigés. M6 explique aux équipes les modalités horaires pour proposer les compléments. Dans tous les cas, les médecins réévaluent régulièrement les bénéfices de leur prescription avec des examens clinico-biologiques.

A propos du financement des compléments nutritionnels oraux, on rappelle qu'ils font partie de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) par la Sécurité Sociale. Le taux de remboursement s'élève à 60% pour les patients ayant une dénutrition avérée. Si cette dénutrition est en rapport avec une Affection de Longue Durée, les produits peuvent être prescrits en tant que soins relatifs à l'ALD et sont alors remboursés intégralement. L'étude « Fréquence et coûts des ALD(s)³⁰ » menée en 2004 a recensé 6,56 millions de français affiliés au régime général en ALD. Le taux de patients augmentait fortement avec l'âge pour atteindre 45,0% pour la tranche d'âge des 75-79 ans, et jusqu'à 64,9% pour les 90 ans et plus⁽²⁶⁾. La dénutrition touche particulièrement les personnes âgées ayant un terrain polyopathologique, avec souvent au moins une pathologie prise en charge en ALD³⁰. Compte tenu de l'intrication des divers problèmes de santé chez une même personne, les généralistes interrogés considèrent que la dénutrition est une complication liée aux antécédents du patient. Ils prescrivent en majorité les compléments dans la partie de l'ordonnance dédiée aux soins pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Le problème économique d'achat de ces produits paraît donc se poser rarement.

E. Les difficultés de l'exercice libéral

Tous les médecins interviewés ont abordé, à un moment ou à un autre, les difficultés de l'exercice libéral. La contrainte de lieu est au premier plan, les personnes âgées dépendantes ne pouvant pas toujours se déplacer au cabinet. Quand elles sont examinées au domicile, elles ne possèdent parfois pas de balance poussant les généralistes à se tourner vers la biologie pour faire le diagnostic de dénutrition. La contrainte de temps est également majeure. Les nombreuses pathologies à suivre et la nécessité d'un examen clinique détaillé sont chronophages, les conseils oraux également. Pour M3, une solution est de revoir le patient au cours de consultations rapprochées pour délivrer son message de façon répétée. Une consultation dédiée à la dénutrition serait idéale pour M4. Du fait de ces contraintes, l'entourage apporte une aide précieuse. Les aidants familiaux et auxiliaires de vie au domicile donnent l'alerte en cas de situation perçue comme à risque et peuvent s'impliquer dans la prise en charge, du simple portage de courses alimentaires jusqu'à l'accompagnement aux repas et la délivrance des compléments nutritionnels oraux. En EHPAD, grâce à des formations sensibilisantes, les personnels font parfois directement le diagnostic de dénutrition permettant une supplémentation protéique très rapide. L'expertise du pharmacien, déjà évoquée auparavant, est intéressante pour trouver une forme de complément adapté à chaque patient.

F. Des questions persistantes...

Ce travail a été une réelle immersion dans l'univers de travail des médecins interviewés. Il a permis de répondre à de nombreuses interrogations personnelles tant sur l'approche du problème de la dénutrition par les généralistes que sur sa prise en charge. Les recommandations de l'HAS de 2007 ne sont pas apparues comme une référence, ce qui a mis en évidence l'importance de la formation continue en médecine générale, véritable base de l'expertise de chacun. L'étude de cette expertise révèle une pratique parallèle aux recommandations. Les compléments oraux sont bien intégrés dans les pratiques de prescription, la certitude de leur composition est une valeur de confiance pour les médecins. Avec un seul usage hors recommandations, retrouvé chez deux médecins dans le contexte des soins palliatifs, qui peut être discuté. Les côtés négatifs des compléments, essentiellement d'ordre galénique, sont contrés grâce à la diversité des produits disponibles souvent avec l'aide du pharmacien. L'entourage constitue un véritable soutien pour le patient mais aussi pour le généraliste, par l'aide apportée mais aussi par sa connaissance de la personne concernée.

De nouvelles questions ont été soulevées au décours des entretiens. Les pratiques des médecins généralistes pourraient être améliorées via une meilleure méthode de

diffusion des recommandations. On peut aussi s'interroger sur l'application de certains tests en médecine ou sur l'utilité de consultations dédiées, qui permettraient de faire un bilan complet sur des thèmes spécifiques. Le développement de réseaux multidisciplinaires, notamment en zone rurale, semble intéressant dans la prise en charge de la personne âgée polypathologique.

Les limites de la méthode qualitative sont liées à la diversité possible des opinions. Ainsi, si un individu qui pense « différemment » n'est pas interrogé, son ressenti et son expérience seront négligés. Une redondance des unités de signification s'est faite remarquer dès le quatrième entretien. Au huitième entretien, la redondance répétée des idées a motivé l'arrêt du recueil de données. Mais si l'on considère la multiplicité des avis et des pratiques, on peut penser que d'autres réponses sur les thèmes abordés doivent exister. Il serait pertinent de réaliser des études similaires dans d'autres régions pour obtenir une saturation des données optimale. Ces données pourraient ensuite faire l'objet d'une étude quantitative afin d'aboutir à des résultats statistiques qui permettrait d'extrapoler à l'ensemble des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE Structure de la population
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=ccc.
2. INSEE Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=iana12.
3. INSEE Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089.
4. Ferry M, Lesourd B, Schlienger JL. Etude de la consommation alimentaire chez les personnes âgées lors de l'enquête EURONUT SENECA. Dossier scientifique IFN 1996, n°8.
5. Cudennec T, Teillet L. Dénutrition protéino-énergétique et personne âgées au domicile. *Revue de gériatrie* 2005 ;30 :39-41.
6. Brocker P. Impact médico-économique de la dénutrition chez la personne âgée. *Revue de gériatrie* 2008 ; 33 : 619-626.
7. Norman K, Schutz T, Kemps M, Joseph LH, Lochs H, Pirlich M. Reliably identified malnutrition related inside dysfunction. *Clin Nutr.* 2005 ; 25 :5-21.
8. Johnson CS. The association between nutritionnal risk and falls among frail elderly. *J Nutr Health Ageing.* 2003 ; 7 :247-250.
9. Avenell A, Handol H. Nutritionnal supplementation for hip fracture aftercare in the elderly. *Cochrane database Syst Rev.* 2004, 1.
10. Breslow R. Nutritionnal status and dietary intake of patient with pressure ulcers, review of research literature 1943 to 1989. *Decubitus* 1991 ; 4 :16-21.
11. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer AM, Jambou P, Filippi J et al. Malnutrition is an independant factor associated with nosocomial infections. *Br J Nutr.* 2004 ; 92 :105-111.
12. Arnaud Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufrere B et Al. Use oral supplements un malnourished elderly patients living in te community : a pharmaco-economic study. *Clin Nut* 2004 ;23 :1096-1023.
13. Elia M. Nutrition and health economics. *Nutrition* 2006 ;30 :39-41.
14. Plan National Nutrition Santé 2001-2005 [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
15. Plan National Nutrition Santé 2006-2010 [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
16. Plan National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. Available from: www.sante.gouv.fr
17. Recommandations HAS 2007 (texte long) Stratégie de prise en charge de la dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée [Internet]. Available from: www.has-sante.fr

18. Programme National pour l'Alimentation [Internet]. Available from: <http://alimentation.gouv.fr/programme-alimentation>
19. Milne AC1, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003288.
20. Prise en charge des compléments nutritionnels oraux-Remboursement [Internet]. Available from: www.hassante.com/portail/display.jsp?id=c_479172
21. P. Hudelson. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse* N° -503 publiée le 22/09/2004.
22. 13. Pope C, Mays N. Qualitative research : reaching the parts other methods cannot reach, an introduction to qualitative methods in health and health service research. *British medical journal* 1995 ; 311 : 42-5.
23. 14. Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. *British medical journal* 1995 ; 311 : 251-3.
24. 15. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien.
25. Thiétart, R.A. Méthodes de recherche en management.
26. Etude fréquence et coûts des ALD(s)30 [Internet]. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/MCC.pdf

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS DE LA HAS 2007



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
• Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution	• Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres	• Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
• Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie	• Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypcholestérolémiant • Sans résidu au long cours	• Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
• Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	• Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité	• Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires • Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ (poids en kg et taille en m)
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment®</i> (MNA)		

SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
Albumine	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels
- Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) - Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée - Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures) - Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient - Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable
L'enrichissement de l'alimentation
- Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...). - Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.
Les compléments nutritionnels oraux
- Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiqes, de goûts et de textures variés. - Les produits hyperénergétiques ($\geq 1,5$ kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiqes (protéines $\geq 7,0$ g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés. - Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas). - L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour). - Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps. - Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).

La nutrition entérale (NE)
Indications de la NE : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles Mise en route de la NE : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage) Poursuite de la NE à domicile : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE Prescription de la NE : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable Surveillance de la NE : par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
• Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois • Indice de masse corporelle : IMC < 21 • Albuminémie ¹ < 35 g/l • MNA global < 17	• Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- ♦ Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j • Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j	• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO) • Entérale • Parentérale

Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

Indications de la prise en charge

- L'alimentation par **voie orale** est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition **entérale** (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition **parentérale** est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
 - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
 - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
 - l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

1. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
• Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution	• Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres	• Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
• Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie	• Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypcholestérolémiant • Sans résidu au long cours	• Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
• Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	• Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité	• Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	• Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ (poids en kg et taille en m)
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment</i>® (MNA)		

ANNEXE 2 : LE MINI NUTRITIONNEL ASSESSMENT TEST

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = anorexie sévère
1 = anorexie modérée
2 = pas d'anorexie ☐
- B** Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐
- C** Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐
- D** Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui
2 = non ☐
- E** Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence ou dépression modérée
2 = pas de problème psychologique ☐
- F** Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐ ☐

12 points ou plus normal pas besoin de continuer l'évaluation

11 points ou moins possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

- G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
0 = non
1 = oui ☐
- H** Prend plus de 3 médicaments
0 = oui
1 = non ☐
- I** Escarres ou plaies cutanées?
0 = oui
1 = non ☐

- J** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?
0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas ☐
- K** Consomme-t-il?
• Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui ☐ non ☐
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui ☐ non ☐
0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐ , ☐
- L** Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?
0 = non
1 = oui ☐
- M** Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐ , ☐
- N** Manière de se nourrir
0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté ☐
- O** Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐
- P** Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐ , ☐
- Q** Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐ , ☐
- R** Circonférence du mollet (CM en cm)
0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31 ☐

Evaluation globale (max. 16 points) ☐ ☐ , ☐

Score de dépistage ☐ ☐

Score total (max. 30 points) ☐ ☐ , ☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 17 à 23,5 points risque de malnutrition ☐

moins de 17 points mauvais état nutritionnel ☐

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry P.J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-58.
Rubenstein L.Z., Harker J., Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B., Garry P.J. and Guigoz Y., editors, Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

1 68 300

VERBATIM

ENTRETIEN N°1

-Mon travail est centré sur la dénutrition de la personne âgée en médecine générale, êtes-vous confrontés à ce problème ?

-Oui régulièrement, et depuis plusieurs années...oh mais moi pour ma part c'est un peu biaisé car j'étais passé en gériatrie au XX, et donc en tant que PH j'étais souvent confronté à ça. Donc c'était plus facile d'appliquer ça ensuite en médecine de ville.

-Vous aviez fait un DU pendant votre formation ?

-J'ai fait le DU de gériatrie.

-Le problème de la dénutrition y était abordé ?

-Oui, oui oui...mais à l'époque c'était abordé sans plus, ça a pris beaucoup plus d'ampleur après.

- Au cabinet ou au domicile, comment faites-vous le diagnostic de dénutrition ?

-Alors euh...au cabinet, quand les gens viennent au cabinet, on essaie au moins de les peser, poids...on essaie aussi régulièrement de les mesurer, et puis euh... il y avait, il y a un test...c'est le MNA ?

-Oui tout à fait.

-J'ai des fiches de MNA que je remplissais. C'est sûr que je le fait moins maintenant qu'avant... Sur le plan biologique, c'est surtout un dosage de l'albuminémie. Je la fais de manière assez fréquente...bon le pré albuminémie c'est un peu gadget...mais une albuminémie tous les 2-3 mois ça permet de voir si on est sur la bonne courbe. C'était surtout ça et puis essayer de voir la perte de poids dans les 3 ou 6 mois précédents. Et puis en fonction de ça, s'il y avait plus de 3 kilos de différence on y prêtait très attention.

-Vous avez parlé du MNA, trouvez ce test adapté à la médecine générale ?

-C'est moyen...c'est le problème un petit peu de tous ces test, pour chaque maladie il y a un test différent ! Il faudrait que dans notre sacoche ou sur notre bureau, on ait un mémo euh...bon c'est sûr qu'avec un ordinateur... Mais moi qui suis pas encore très

informatisé alors ! (*rires*) ça serait plus facile, mais c'est le problème on a des tas et des tas de documents...

Adapté je sais pas... Il faudrait que je revois, mais c'est vrai qu'il y a beaucoup de questions pour dépister la dénutrition...et bien souvent la personne âgée n'a pas qu'un problème de dénutrition, y a les problèmes cardiaques, les problèmes rénaux et tout.. et on ne peut pas passer une heure à interroger quelqu'un. Il faudrait des questionnaires concis.

-Une fois le diagnostic de dénutrition fait, est ce que ça vous arrive de prescrire des compléments alimentaires ?

-Très souvent, mais quand il y a une dénutrition je les associe très volontiers à du CETORNAN au début, qui je trouve à un effet un petit peu « booster », et euh...le seul problème du CETORNAN c'est que ça peut entraîner un peu de diarrhée et le générique c'est pire car il y a du sorbitol dedans mais bon.

Le problème des compléments nutritifs...il y a plusieurs problèmes, le problème du gout, et ça c'est à la famille ou à la personne de voir. Il y a des gens qui ne supportent pas du tout cet aspect un petit peu lacté, et on se retourne plus vers les soupes, les crèmes, les jus de fruits...maintenant c'est bien ils ont énormément élargi les gammes. Donc là aussi il faut avoir une petite brochure avec tous les produits un petit peu différents. Et puis qu'est-ce qu'il y a d'autre...

Donc ça c'est pour la ville ! Pour les EHPAD, le problème des EHPAD c'est que euh... on les prescrit, mais c'est que maintenant ça rentre dans ce qu'on appelle le budget global, et on ne sait pas toujours si il est bien donné et c'est plus soit l'aide-soignante soit l'infirmière...bah on s'aperçoit qu'elles donnent parfois au coup par coup quand une personne âgée saute un repas hop ! elle a droit à son complément (*lève les yeux au ciel*) ça c'est beaucoup plus difficilement gérable...

-Vous expliquez donc les modalités de prises au patient..

-Ah oui, oui...personnellement moi quand je prescris, je prescris toujours en dehors des repas hein ! Ou vraiment si le repas était bien pris, ça peut être après mais vraiment plutôt en dehors des repas et normalement ça doit pas remplacer un repas euh...parfois chez des gens qui ont des problèmes de dentition, parfois les infirmières ou les aides-soignantes font des sortes de mixtures... Alors elles vont mettre un dessert avec...mais bon !

-Vous avez évoqué le problème de retour sur les prises au cours de votre travail en EHPAD ; pour les patients que vous voyez au cabinet ou à domicile, comment vous y prenez-vous pour évaluer l'observance ? Et donc les bénéfices de votre prescription ?

-En fin de compte c'est presque plus facile qu'en EHPAD, et à domicile plus qu'au cabinet car on voit le stock de bouteilles qui restent. Comme c'est des petites

bouteilles, quand vous en voyez des tas vous vous dites que l'observance n'est pas terrible euh...et sinon bah la surveillance c'est toujours le poids et l'albuminémie, je pense que c'est des bilans un petit peu à minima qu'on peut répéter assez facilement...

-Quand vous les prescrivez, sur quelle durée commencez-vous ?

-Alors la première fois je prescris...ça dépend de la manière dont je revois les patients, si je les revois tous les mois je prescris un mois, parfois il y a certes...mais non, non ! En général c'est plutôt un mois, et surtout quand je trouve ce problème de dénutrition, comme ça je revois un mois après...et sinon si c'est au long cours des fois ça peut être 3 mois. Mais au début, non, je revois un mois après.

-Et vous les prescrivez dans des cadres de remboursement précis ? À 100% ?

-Le plus souvent oui mais il y a certaines personnes âgées qui sont dénutries et qui ne sont pas à 100%. Donc on prescrit des compléments...et certains sont apparemment mieux pris en charge que d'autres...

-Existe-t-il pour vous des facteurs qui au contraire ne vous les font pas prescrire, des freins ? Des situations où vous vous dites « non là je vais pas en donner » ?

-Des situations où on les prescrits pas...bon...déjà si il y a une opposition du patient, là, si il y a un refus catégorique, c'est déjà arrivé que j'en prescrive quand même et on s'aperçoit que c'est pas pris, que ça reste...il y a chez cette personnes ce gout lacté qu'elles n'apprécient pas donc, dans ces cas on leur prescrit quelques boîtes, on leur demande d'essayer...il y en a qui sont vraiment difficiles...on essaie des tas de choses avant de parfois trouver...c'est une question de gout.

-Et quels sont les facteurs qui vous poussent à les prescrire plutôt qu'un enrichissement alimentaire ?

-Ce sont souvent des gens qui sont un petit peu plus fatigués...euh...donc il y a souvent aussi plus de chutes...c'est au décours d'une chute qu'on va un petit peu plus loin. Il y a ça, et puis on voit apparaître chez ces personnes âgées des amyotrophies, parfois importantes...et oui c'est surtout là-dessus. Et puis après il y a parfois des demandes de familles nous disant « il mange pas beaucoup » ou alors dans le questionnaire au cabinet, on s'aperçoit que la personne âgée a décidé que le soir il fallait pas manger, c'est des vieux préjugés...alors du coup comme ils sautent le repas du soir, ils vont manger un petit bout de pain, un yaourt...et après ils diminuent leurs repas et on s'aperçoit qu'ils mangent de moins en moins !

-Et ça vous arrive des fois d'en prescrire en prévention avant une opération, ou au décours d'une pathologie aigue ?

-Alors, au décours d'une pathologie aigue très fréquemment, avant une intervention ça arrive pas trop chez la personne âgée qui a rien de particulier...mais plus quand il y a un cancer...et qu'il va y avoir une intervention...là je prescris beaucoup plus.

-Je crois avoir posé toutes mes questions, avez-vous quelque chose à ajouter ? Un point complémentaire que vous souhaiteriez aborder ?

-Oui il y a quelques années, on avait eu un topo justement sur compléments et cancérologie et tout ça...soit disant qu'il n'y avait pas de bénéfices à l'époque de donner des compléments avant une intervention, c'était XXXX qui nous l'avait fait euh...alors que honnêtement tous les généralistes qui étaient là, on en donnait tous (*rires*) on était un peu déçus du...(*rires*) je ne sais pas si il y a eu de nouvelles études qui ont contredit ça, où comment ça se passe à l'hôpital...

-Je n'ai pas trouvé d'études récentes à ce sujet, mais à l'hôpital c'est assez fréquent surtout en oncologie en hépato gastroentérologie...

-Mais je continuais à le faire malgré le soi-disant étude qui disait ça vaut pas le coup...on était tous tellement déçus ! (*rires*) Alors que nous ça nous paraissait évident !

Mais ça fait peut être maintenant 5-6 ans...au moins ! C'était XX XX qui nous avait fait le topo, elle venait d'arriver en gastro à XX, et elle était assez portée là-dessus...mais c'était une vraie étude qu'elle nous avait sorti !!

On s'aperçoit quand même que quand ils sortent de cancéro c'est avec des compléments nutritifs, avant pas toujours. En préventif, je le vois pas souvent.

Mais c'est vrai que moi ce qui m'a poussé un peu là-dedans c'est que j'ai été PH à XX, ça m'a sensibilisé car les problèmes de dénutrition étaient très réguliers et pour nous c'était beaucoup plus facile car l'équipe pesait les personnes au moins une fois par semaine et on pouvait les suivre de manière très régulière.

ENTRETIEN N°2

-Ma thèse s'intéresse donc à la prescription des compléments alimentaires dans les cas de dénutrition, es-tu confrontée au problème ?

-Pas très souvent, comme je te l'expliquai ma patientèle c'est plus de la pédiatrie, de la gynéco...bon, j'ai quelques personnes âgées...de temps en temps j'ai des adultes qui sont dénutris parce qu'ils sont plus alcoolisés et nourris par autre chose.

Et bon pour te dire que c'est rare, ce n'est pas souvent que j'en prescris des compléments alimentaires. Là par exemple j'ai des du trucs du laboratoire de Cetornan, c'est pas vraiment un complément alimentaire...mais bon c'est pas dans mes habitudes.

-Et dans les personnes âgées de ta patientèle, aucun n'est atteint de dénutrition ?

-Alors je me répète, je n'ai pas beaucoup de personnes âgées...des fois oui je prescris de façon ponctuelle des compléments parce que je sais qu'ils s'alimentent mal. Ici à XXX, il y a aussi le côté économique, j'ai, à l'inverse, des gens qui ne sont pas dénutris et qui me demandent des compléments. Par exemple ils pensent que ça remplace la nourriture, c'est plutôt ces demandes là que j'ai.

-Parce que tu prescris les compléments dans des cadres de remboursement ?

-Oui oui, donc ils ont entendu par un copain ou une copine que c'est un produit qui est remboursé et comme ils ont pas beaucoup de sous pour s'acheter à manger ils demandent des compléments alimentaires...alors il faut se méfier et voir si c'est vraiment indiqué ou un trompe l'œil.

-Ah oui là c'est plus vraiment médical...

-Oui (*rires*) c'est plus de la psychiatrie ! Mais le pire c'est que c'est ça les demandes que j'ai. (*Soupir*)

-Je n'aurais jamais imaginé...

-Bien oui, plutôt que d'aller acheter au supermarché, ils pensent qu'ils vont pouvoir prendre ça en attendant...

-Tu as déjà fait des diagnostics de dénutrition quand même ?

-Pas beaucoup. Franchement, ça arrive peut être une fois par an. Je fais pas de domicile en plus, donc les personnes très âgées, fragiles, j'en ai pas beaucoup. Ou alors il faut qu'ils soient valides pour venir ici. Oui c'est allez...une ou deux fois par an maxi.

-Chez ces personnes-là, tu proposes des compléments assez facilement ?

-Ah oui, quand tu vois qu'ils s'amaigrissent, qu'ils ont des difficultés de déglutition, donc là j'ai les mains assez larges quand ça se présente.

-Et tu arrives à avoir un retour, à évaluer si ils sont bien pris ?

-Oui parce que les quelques personnes à qui j'en donne sont des gens accompagnés euh...par un voisin, par un membre de la famille...alors c'est tout l'un ou tout

l'autre, soit c'est « ah il a rien voulu prendre, ça l'a écœuré il en voulait pas », soit « ça c'est bien il faudrait lui en remettre » alors sous forme de crème, de soupe...

Soit ils prennent pas et alors j'insiste une fois mais pas deux parce qu'ils repartent avec des bouteilles de compléments qu'ils utilisent pas, j'en ai un petit stock là (*montre des bouteilles de Fortimel sur l'étagère*), soit c'est bien suivi et je laisse souvent le choix, en fait je mets une ou deux marques et je dis au patient de voir avec le pharmacien les différents parfums et présentations. Car il y en a qui préfèrent le sucré, d'autre c'est plutôt les soupes.

-Donc la surveillance pour toi c'est avec la personne qui accompagne.

-Oui parce que je n'ai pas de regard, je ne vais pas chez eux.

-Et pour la surveillance clinique...

-Bah en fait déjà pour les prescriptions on est amenés à indiquer l'IMC sur l'ordonnance, donc ça nous « oblige » (*rires*) à surveiller le poids, à réévaluer, à voir l'état de déshydratation...c'est d'ailleurs l'occasion de leur redire de boire.

-Tu t'aides aussi de la biologie ou pas du tout ?

-Oui en l'occurrence, là les patientes auxquelles je pense il y en a une qui a un problème de surrénales l'autre de diabète, donc oui régulièrement et l'albumine une fois par an avec une électrophorèse.

Je sais pas si c'est bien mais c'est ce que je fais (*rires*).

-Tu prescris sur des longues durées ou au coup par coup ?

-Les deux ou trois personnes auxquelles je pense c'est presque en traitement de fond...mais c'est des gens de plus de 80ans, là ça fait plus d'un an.

Alors après les gens qui sortent de l'hôpital c'est souvent avec des compléments alimentaires donc on se moule un peu dans ce qui a été prescrit...

-Il y a eu des recommandations de l'HAS en 2007, je ne sais pas si elles sont bien connues...

-Alors là (*souffle*) je ne me rappelle pas, ça ne me dit rien du tout. On a vu, je pense que ça doit être noté au niveau du travail de thèse, des modifications dans la prescription justement des compléments alimentaires, il y a pas très longtemps. On est obligé de faire une ordonnance à part et de marquer l'IMC.

-Oui il y a eu des changements dans les conditions de remboursement...

-Alors je ne sais pas quel est le fondement, est ce que les prescriptions ont explosées ?

-J'avoue que je ne sais pas du tout...

-Moi à mon faible niveau, je veux dire comme on est dans un milieu social très défavorisé ici, il y a plein de gens qui ont des problèmes d'argent qui ont du mal à s'acheter à manger...

-Toi tu avais fait le DU de gériatrie ?

-Non.

-Et pendant les études, la dénutrition était un sujet abordé ?

-Non, non, pas du tout. Enfin c'était il y a trente ans...mais je ne me rappelle pas d'un cours là-dessus en particulier. C'était plutôt en passant dans des services avec des personnes âgées, une formation sur le tas en fait.

-Et au niveau de la formation continue il y a des choses ?

-Non on ne peut pas dire, par exemple quand on a des EP des choses comme ça c'est pas un sujet qui est abordé...ou alors je n'ai pas été invitée à ces formations là (*rires*).

Ou c'est parce que c'est pas un sujet très fun (*rires*).

-J'ai oublié de te demander, mais est ce qu'il t'arrive d'en prescrire en prévention avant une grosse intervention par exemple ?

-Oui effectivement, quand je sais que je ne vais pas les revoir en plus avant un certain temps, on regarde les carences de fer tout ça et puis on fait un bilan ; et je les prescris avant, plus une ordonnance à renouveler au cas où ce ne serait pas fait par l'hôpital car les durées d'hospitalisation sont assez brèves, pour après.

Ça c'est pour les personnes âgées.

Sinon j'ai aussi des psychiatriques mais qui sont jeunes, et aussi souvent défavorisés qui ont ce genre de prescription. On va essayer de prévenir une dénutrition à ce moment-là.

En fait pour moi une personne dénutrie c'est quelqu'un de maigre et puis on se rend compte que une fois sur deux un adulte jeune qui sort de l'hôpital c'est marqué patient dénutri...alors bon...il est dénutri ? Alors que pour moi il était plutôt corpulent...c'est là que je vois que j'ai une certaine ignorance de la dénutrition, ça ça m'a sciée. Ce monsieur qui a quoi...cinquante ans, le Chu met comme conclusion

cirrhose éthylique-dénutrition importante...je me suis dit bon...c'est parfois un peu flou...

-Bien je crois que je n'ai plus de questions, peut être as-tu quelque chose à rajouter ?

-Ecoute non...si ce n'est mon étonnement dans ma pratique quotidienne de cette demande croissante de prescription par des gens à tous âges, des gens qui mangent n'importe quoi toute la journée et qui y voient à mon avis une source d'économie.

Bon puis après il y a les gens plus cortiqués qui veulent faire un régime alimentaire, qui pensent que c'est des trucs de pharmacie, en plus remboursés, qui vont les aider à maigrir.

-Ah c'est intéressant...

-Oui c'est la pratique que j'ai, ils pensent que c'est un régime hyper protéiné, ce sont souvent des jeunes femmes qui ont des obésités morbides d'ailleurs qui demandent ça...alors il faut leur expliquer que ce n'est pas adapté.

Mais c'est ça qui fait le charme du métier (*rires*) !

ENTRETIEN N°3

-Mon travail est centré sur la dénutrition, es-tu confronté au problème dans ta pratique ?

-Oui régulièrement. Euh...plus au cabinet, car en visite en maison de retraite, je dirais qu'on le voit moins parce que c'est très anticipé par les équipes. Bon, il arrive qu'ils nous en parlent mais souvent il y a déjà les critères de dénutrition et ils donnent quelque chose. Donc on a moins la main en visite.

-Au niveau du diagnostic tu t'y prends comment ?

-J'essaie dans la mesure du possible d'avoir des poids de référence, euh...c'est un peu compliqué avec les personnes âgées car il faut y penser à chaque fois, les mettre sur la balance etc. Et le critère c'est la perte de poids...oui le critère essentiel c'est la perte de poids ou l'impression que la personne a maigri, avec la difficulté qui est liée à l'œdème chez la personne âgée qui fait que le poids est pas toujours un critère facile à utiliser.

Mais euh...voilà. Ah et puis il y a l'entourage aussi, c'est souvent l'entourage qui alerte en disant « elle mange pas.. », et des fois il y a des personnes qui nous alertent donc on surveille le poids et on voit que finalement c'est pas mal...mais c'est effectivement 3-4 mois après que l'on voit que la personne ne mange effectivement pas, que l'entourage a raison, et le poids qui dégringole.

-Et quand c'est difficile cliniquement, tu t'aides de la biologie ? Est-ce qu'elle est systématique ?

-Je dirais que la biologie, pour moi, elle relève plus de la recherche d'une cause premièrement, et deuxièmement c'est vrai que la perte protéique c'est important donc, faire une albuminémie voire une « pré alb » ça peut aider...mais quand j'en suis à faire la prise de sang, c'est que le diagnostic il est déjà fait. C'est plus pour chercher un critère de gravité.

-Et le poids pour toi c'est à chaque consultation ? Une fois par an ? En cas de signe d'alerte ?

-J'aimerais bien avoir un poids une fois par an, dans le dossier de tous mes patients...je serais un très bon toubib si j'arrive à faire ça (*rires*) !

-Je ne sais pas si tu avais vu, il y a eu des recommandations de l'HAS en 2007, avec pour aide au diagnostic le test MNA ?

-Alors je connais le MNA restreint parce que j'en ai un exemplaire dans ma sacoche de visite, même si je ne m'en sers jamais, je le connais de nom (*rires*) ...mais c'est vrai que je me sers pas tellement des scores en consultation.

-Pour une question...de temps ?

-C'est plus euh...dégainer le bon score au bon moment quoi. On parle de dénutrition il y a le MNA, on parle d'Alzheimer il y a le MMS...on parle de dépression il y a le HAD...

-Il y a trop de scores en fait...

-Oui mais en même temps, ça peut être une aide intéressante au diagnostic, mais celui-là je n'ai pas réussi à l'intégrer...je le connais, je connais les items qui sont rentrés et donc un petit peu comme euh...de façon inconsciente pour quelqu'un qui a des problèmes de mémoire on se dit « merde ! Je lui ai déjà demandé la date, où est ce qu'on est, comment je m'appelle...je ne vais pas commencer un MMS, j'ai déjà demandé la moitié des trucs ! »...je pense que dans l'interrogatoire j'ai déjà intégré un certain nombre de choses...

-Donc tu fais ton diagnostic de dénutrition, ensuite est ce que ça t'arrive de prescrire des compléments alimentaires ?

-Oui ça m'arrive de prescrire euh...c'est assez long, en fait ça nécessite souvent des consultations rapprochées pour pouvoir faire passer des messages...et essayer de comprendre pourquoi ! Euh...la cause de la dénutrition, alors évidemment c'est là qu'intervient la biologie avec la recherche de syndrome inflammatoire etc...après est ce qu'il y a un problème de dentier ? Est-ce que c'est quelqu'un qui a des troubles cognitifs qui pense simplement pas à manger ? Est-ce que c'est quelqu'un qui n'a pas faim, qui a des nausées pour une raison médicamenteuse ou autre ? Euh...mais à partir du moment où il y a une dénutrition avérée, la prescription de compléments alimentaires c'est aussi une façon intuitive de dire à la personne que c'est important comme problème. Et puis j'ai remarqué dans ma pratique que les personnes âgées ne mangent pas beaucoup de viande, de protéines, elles ont des difficultés avec l'alimentation protéique. Soit pour des problèmes dentaires car elles arrivent pas à mâcher, ou autre...et reprendre une nutrition protéique importante c'est pas très simple, ça provoque des nausées, avec les compléments alimentaires c'est plus facile.

-La première prescription tu la fais pour combien de temps ?

-Ca dépend si la personne est seule, les comorbidités, mais je dirais qu'au plus tard je la revois quinze jours après. Mais ça arrive que des fois je fasse une semaine après.

-Des fois les retours sont pas très bons alors on peut se demander si c'est bien pris, tu as un moyen pour évaluer l'observance ?

-Je...quand je prescris alors je regarde déjà la composition protéique et énergétique, mais j'essaie de prescrire une marque où il y a plein de parfums différents et je dis à l'entourage qui va aller acheter les compléments « prenez pas tout de suite soixante trucs, prenez en une dizaine avec des goûts différents et puis vous voyez » et après je dis « même si c'est mis deux par jour, allez y progressivement, commencez pas blam ! À dix heures et à seize heures un complément entier ». Et on voit au fur et à mesure.

-Pour la prescription, tu utilises le 100% ou tu restes en ordonnance « classique » ?

-Quand il y a des comorbidités qui sont prises en ALD, je prescris sur l'ALD parce que c'est exceptionnel qu'on ne puisse pas attribuer une petite part de la dénutrition en ALD...euh...par contre, si les gens sont pas pris en ALD, je prescris sur des ordos simples en expliquant aux gens qu'il faut acheter en plusieurs fois si c'est trop cher mais bon...je leur explique que c'est important dans la prise en charge, on sait que la dénutrition c'est un facteur de comorbidité important, en cas d'intervention etc. etc. on sait que c'est un facteur prédictif négatif de beaucoup de choses...donc il faut regonfler quoi ! Il faut y aller !

-Justement tu parles des interventions et des risques chez la personne dénutrie, quand c'est du programmé, ça t'arrive de faire des « renutritons » avant ?

-Oui, ça m'arrive même d'appeler le chirurgien pour repousser l'intervention.

-Parfait. Encore des petites questions, j'ai rencontré un médecin la semaine dernière qui m'a appris que certains de ses patients lui demandait des compléments comme substituts alimentaires en raison de difficultés financières et dans un autre domaine, des jeunes femmes qui en demandaient pour faire des régimes hyper protéinés...je sais pas si ça t'es déjà arrivé ?

-Euh... (*Air étonné*)

-Moi j'ai été un peu surprise d'apprendre ça ! (*rires*)

-Euh...oui il y a la jeune femme lupique vue en visite il y a pas longtemps qui demande des compléments alimentaires...elle dit que c'est parce qu'elle a du mal à manger, qu'elle refoule, qu'elle a de l'œsophagite et machin...elle je suis pas certain que ce soit nécessaire.

Il y a aussi un patient âgé qui m'a demandé des compléments alimentaires parce qu'il n'arrivait pas à acheter de la viande, mais ça m'est arrivé une seule fois. Mais en même temps, je dirais qu'il y a l'indication...la non indication. Et puis quand il y a un patient comme ça, qui a pas perdu de kilos mais qu'il voit bien qu'il en prend le chemin...peut être que ce facteur...qu'on lui dit « achetez de la viande » et qu'il répond « ah bah non ! je peux pas ! » Ça peut, peut-être, être intéressant, mais on est dans une interaction médicosociale.

-Et globalement, tu trouves que les formes du commerce sont plutôt adaptées à la personne âgée ?

-Alors il y a la poudre de protéine mais c'est pas très facile à se procurer chez les pharmaciens et puis c'est monotone au goût, donc si on en met trop c'est pas terrible...et puis sinon c'est quasiment que des desserts, des crèmes lactées type mont blanc, beaucoup de sucré...et les plats tout préparés sont pas si protéinés que ça, le rapport est pas toujours intéressant au niveau quantité/gain protéique. Ça existe mais si les gens mangent pas beaucoup...c'est trop de desserts lactés je trouve.

-Tu avais fait le DU de gériatrie ?

-Non. J'ai fait un DU nutrition à Bichat il y a très longtemps.

-Et le problème spécifique de la dénutrition chez la personne âgée y était abordé ?

-Alors la dénutrition...j'avais fait un stage d'interne à Kremlin Bicêtre en gériatrie, il y avait une endocrino-gériatre qui s'intéressait beaucoup à tout ça, et donc on avait eu tout un enseignement et j'ai gardé dans le bureau un truc sur la dénutrition de la personne âgée. Par un attaché de l'hôpital Charles Foix...je sais pas si c'est toujours d'actualité mais je pourrais te montrer ça si je le retrouve ! (*rires*)

-Bon, j'ai abordé tous les points que je voulais voir avec toi mais il y a peut-être des choses que tu veux rajouter ?

-C'est étonnant parce qu'en y réfléchissant je m'aperçois que ça fait un bout de temps que j'ai pas été confronté au problème...on a l'impression que c'est par épidémie quoi...alors est-ce que c'est à la fin de l'hiver et au printemps après les infections qui affaiblissent...oui j'ai un peu cette impression là...Une notion à creuser...

ENTRETIEN N°4

-Le sujet de ma thèse est donc centré sur la dénutrition, es-tu confronté à ce problème ?

-Euh oui, ici en fait on a plusieurs maisons de retraites sur le secteur donc oui, les gens âgés on en voit régulièrement, et aussi au domicile...donc oui la dénutrition c'est quasiment le quotidien...enfin surtout le dépistage, moins la prise en charge.

-D'ailleurs, comment tu t'y prends pour faire le dépistage, la surveillance ?

-Alors le poids déjà, et puis je fais régulièrement des dosages d'albuminémie.

-Je ne sais pas si tu les avais eues, la HAS avait fait des recommandations en 2007..

-(*rires*) je les ai pas eues...ou alors je ne me souviens plus du contenu !

-Il y avait dedans le MNA, le score pour le diagnostic de la dénutrition, tu le connais ?

-Alors je ne l'utilise pas...je l'ai déjà vu utilisé quelque fois dans un établissement qui est fermé maintenant, je ne me souviens plus exactement du contenu des questions mais dans ma pratique il n'y figure pas. Peut-être par manque de connaissance de cet outil là...mais c'est vrai que je l'utilise pas...

-Les autres médecins interrogés pour l'instant non plus, ils m'ont dit que souvent ils avaient intégré les items à leur pratique mais sans calculer le score...

-Parce que c'est quoi déjà ce questionnaire ?

-C'est assez long, une vingtaine de questions sur la clinique, l'alimentation, le ressenti du patient...

-Ah oui d'accord...ce n'est pas très pratique à utiliser en tant que tel, on peut peut-être l'utiliser en EHPAD avec quelqu'un de l'équipe qui le réalise, en consultation...vingt questions...ou alors il faut que ce soit une consultation dédiée...

-En EHPAD, l'équipe est peut-être déjà attentive à ce problème ?

-Oui oui, les médecins coordinateurs du secteur sont assez attentifs à la dénutrition, donc du coup on est sensibilisé. Alors c'est vrai que les deux éléments qu'on surveille c'est le poids et l'albumine, et puis voilà, en cas de pathologie aigue on est encore un peu plus vigilants.

-Et l'albumine pour toi c'est systématique ou en cas de signe d'alerte ?

-Toujours quand il y a quelque chose qui m'alerte, sinon je n'ai pas de fréquence idéale mais j'essaie d'en avoir une tous les douze/dix-huit mois dans le dossier, une pas trop ancienne....et puis j'en refais une si on me le dit dans l'établissement ou si l'entourage à domicile me dit qu'« il »s'alimente moins bien ou qu'il y a une pathologie aigue ; que j'ai soit l'impression, soit concrètement qu'il y a une perte de poids, là je redemande un dosage.

- Une fois que tu as fait ton diagnostic, comment organises-tu ta prise en charge ? Tu préfères privilégier une alimentation enrichie ? Ou les compléments alimentaires ?

-Euh...tout dépend un peu du sujet en fait, en EHPAD on va dire que c'est facile d'enrichir l'alimentation parce qu'il y a du monde en cuisine qui peut le faire. A domicile, c'est parfois plus compliqué...après tout dépend de qui intervient, qui fait à manger, si c'est la personne elle-même on donne quelques conseils mais je suis pas convaincu que quand la personne est chez elle, ce soit vraiment réalisé...j'ai donc plus facilement tendance à prescrire des compléments à domicile.

-Tu pars sur des prescriptions de combien de temps ?

-La première fois je fais une prescription d'au moins un mois, je ne sais pas si c'est dans les recommandations...

-Oui, elles disent que la première prescription doit être pour un mois...

-Oui bah je fais comme ça, et après je revois pour le renouvellement effectivement.

-Les patients que j'ai connu, qui avait des compléments à prendre...ben j'ai souvent eu des mauvais retours, ils les prenaient pas toujours...comment tu fais pour évaluer l'observance ?

-Bah...à domicile il faut avoir un regard éventuellement, pourquoi pas si on peut, regarder un peu dans les placards, ou demander à l'aide-ménagère ou à la famille qui est là si il en reste. Oui ça c'est une bonne question, demander s'il en reste au bout

d'un mois, et si oui, c'est pas normal. Après dans les EHPAD c'est facile parce que souvent c'est donné.

Après sur les retours négatifs, ça arrive c'est vrai, à ce moment-là, bon...il y a différents produits, les crèmes, les solutions à boire, les jus de fruits...alors pour améliorer l'observance, j'essaie de varier et éventuellement de voir avec le pharmacien si il a d'autres choses à proposer. J'ai jamais été dans une situation où j'avais vraiment pas de solution, ou il y avait vraiment aucun produit accepté par le patient. Après je me trompe peut-être, il y a sûrement des patients, au domicile en particulier...mais j'ai pas l'impression qu'il y a de gros échecs.

- Utilises-tu les ordonnances à cent pour cent ? Ou restes tu sur des ordonnances « classiques » ?

-Tout dépend du contexte en fait, c'est bien chez le sujet âgé ?

-Oui.

-Alors c'est vrai que pour les patients qui ont des troubles cognitifs, qui sont en ALD pour ça, je mets dessus. Si on est sur une dénutrition plus ponctuelle, suite à des hospitalisations ou une pathologie aigue, sans rapport avec une ALD, je mets pas en ALD.

-C'est vrai qu'il y a les pathologies aiguës, qu'on ne peut pas prévoir ; dans une situation comme une chirurgie programmée, est-ce que ça t'arrive de faire une « renutrition » avant, chez des patients que tu sens un petit peu fragiles ?

-C'est une question qu'on s'est récemment posé sur le secteur. Et jusqu'alors je ne le faisais pas, mais on a pu rencontrer des gériatres qui s'occupaient de la dénutrition et ça m'a sensibilisé. Je n'ai pas eu l'occasion, mais c'est quelque chose qu'on va mettre en place.

En fait sur le secteur, on a un projet de pôle de santé et la personne âgée fait partie des « cibles de soins » que l'on a, et en particulier le dépistage de la dénutrition et l'évaluation du sujet âgé avant une intervention, ou la prise en charge d'un cancer par exemple.

On avait rencontré M X qui est gériatre à XX, et ils ont mis en place avec le CHU un petit outil qui s'appelle ABCDEF, qui n'est pas spécifique de la dénutrition mais elle est incluse dedans. C'est les critères de fragilité du sujet âgé. Et on s'est dit qu'on pourrait utiliser ça chez des personnes qui vont avoir des soins médicaux lourds, une grosse intervention...Donc c'est pas encore dans ma pratique mais je pense que je vais l'intégrer.

-Donc c'était au cours d'une soirée de formation continue ?

-Oui c'est surtout en formation continue que j'en ai entendu parler, pas trop en formation initiale.

-Tu avais fait des DU en plus ?

-Non.

-Et pendant ton internat, le sujet avait été abordé ?

-La dénutrition du sujet âgé, je n'en ai pas le souvenir...

-Pas vraiment non plus (*rires*), en tout cas pas d'un cours dédié à ça...

-Alors soit j'ai raté le module, soit j'ai raté le séminaire, j'en sais rien, mais je n'ai pas le souvenir d'avoir eu un cours là-dessus. Et dans les stages où j'étais passé, je n'ai pas été sensibilisé...

-Un médecin que j'ai rencontré m'a fait part d'une demande de certains patients un peu particulière, certains demandaient des compléments car économiquement ils n'avaient pas les moyens d'acheter de la viande, ça m'a un peu surprise...ça t'es déjà arrivé ?

-Non je n'ai jamais eu ce type de demandes, j'ai une patiente qui est un peu « accro » aux compléments, qui essaie de m'en faire prescrire de temps en temps alors qu'il y a pas de justification médicale, quand elle se sent un peu fatiguée elle veut absolument que je lui en prescrive...mais des demandes pour des raisons économiques je n'en ai pas eu.

Mais on n'est pas sur un secteur trop problématique à ce niveau là...il y a des problèmes sociaux mais pas ce genre de problèmes.

-Je pense que j'ai fait le tour, la discussion t'a évoqué des choses que tu voudrais rajouter ?

-Non...euh...le regret c'est de ne pas avoir été sensibilisé plus tôt, je suis pas installé depuis très longtemps, ça fait quatre ans, mais euh...j'ai l'impression d'avoir découvert ce sujet-là un peu tardivement alors que à priori c'est important vu ce qu'on nous a transmis comme info...le dénutrition, le sujet âgé ça peut le faire basculer...

Le vrai souci c'est comment le dépister de manière rapide, pratique...parce qu'on n'a pas que ça à faire dans une consult'...moi j'ai fait le choix du poids et de l'albuminémie, je sais pas si c'est suffisant mais je me dis que si l'albuminémie est normale à priori il y a pas de dénutrition.

Le vrai problème c'est à domicile parce qu'il faut faire sortir les balances, bon parfois on est surpris des balances qu'on nous sort (*rires*) , et en plus j'ai pas de dossier informatique à domicile donc je me note sur papier mais pas à chaque fois, et j'essaie d'être plus vigilant en cas de problèmes aigus.

ENTRETIEN N°5

-Mon travail est centré sur la dénutrition de la personne âgée, y es-tu confronté dans ta pratique ?

-Très peu, parce que peut être la proximité de l'hôpital fait qu'on a tendance à les hospitaliser plus facilement, c'est l'hôpital qui les prend un peu plus en charge. Le renouvellement, oui, je suis amené à renouveler ou à donner des compléments dans certaines pathologies, plus quand il y a soit de la cancéro, soit des traitements lourds...c'est tout ce que je peux te dire là-dessus en fait...La personne âgée ici, je suis pas trop confronté à ça en général.

-Tu dis que tu n'es pas confronté à la dénutrition, tu réalises une surveillance spéciale de tes patients âgés ?

-Est-ce que je la recherche assez ?? Je ne peux pas te dire...mais à priori, sur la personne âgée, ici...ce n'est pas représentatif de ma patientèle en fait...comme tu as pu voir ; j'en ai quand même quelques-unes chez qui je vais donner des compléments de façon plutôt ponctuelle. Quand l'entourage me dit qu'il mange pas bien, etc., quand l'infirmière vient et m'annonce qu'il refuse un peu l'alimentation...là je vais leur en donner des fois mais ma priorité c'est de faire en sorte qu'ils mangent et pas qu'ils se contentent d'un complément. La priorité c'est un repas le matin, le midi, le soir.

-Et qu'est ce qui va faire que tu préfères le complément plutôt qu'un « vrai repas » ?

-Eh bien si le refus est complet, si il y a un état grabataire important, et là ça devient après de la pathologie lourde...mais ça représente deux ou trois cas par an, de temps en temps, une personne âgée qu'on voit maigrir et qui ne peut plus rien faire, qui ne se lève plus, qui tient plus une fourchette...celle-là je la supplémente mais c'est plus un accompagnement de fin de vie qu'autre chose. Souvent le diagnostic a été posé, les thérapeutiques elles ne vont pas et on essaie de faire au mieux.

Mais moi je m'attache vraiment à ce que d'une part, les personnes âgées qui vivent ici, que leur famille s'implique un peu quand même et donc qu'elle essaie régulièrement de leur donner à manger et qu'elles aient des repas...parce que tous les apparentés sont d'accord pour dire « il mange pas, mais quand je viens il mange bien »...c'est la solitude, mais nous on ne peut pas passer tous les jours ! La solitude c'est un risque de dénutrition, et avec les portages c'est pareil, ils vont pas tout

manger et le plateau finit à la poubelle...oui ce que j'entends le plus souvent c'est « quand je viens il mange bien ».

Actuellement je n'ai que deux-trois patients qui ont des compléments. J'en ai prescrit il y a pas longtemps...c'était...c'était...une personne âgée qui avait du mal à manger, qui se sentait nauséuse facilement, mais j'ai dit au fils que c'était sous réserve qu'on ne les lui donne pas avant ses repas classiques de façon à ce qu'elle mange quand même. Mais je pense qu'elle a un néo thyroïdien, je suis en train d'explorer...

-Donc tu expliques bien que c'est en plus du repas ?

-Oui, alors je leur demande euh...d'éviter de leur donner juste avant le repas, c'est pas un dessert non plus...alors plutôt vers dix et seize heures. J'essaie de faire vraiment en sorte que quelqu'un passe les faire manger, vraiment je préfère.

-Quand tu prescris pour la première fois des compléments, c'est pour combien de temps ?

-Généralement, c'est pour un mois, parce que quand ils sont pas bien il faut que je les revoie. Si je pouvais, je prescrirais pour sept jours, mais j'ai pas la possibilité de passer aussi souvent. Alors c'est maximum un mois, et je les revois pour voir s'il n'y a pas de signes d'aggravation, de déshydratation...souvent avec des résultats d'examens. Quand je commence à en prescrire souvent ce n'est pas bon signe, la dernière histoire triste c'est quelqu'un qui maigrissait à vue d'œil, on a donné des compléments, fait un bilan, et en fait il était métastasé...de partout...à ce moment à quand je prescris c'est plus pour leur faire plaisir qu'autre chose, même si ils ne réclament pas spécialement ça.

-Tu prescris les compléments sur quel type d'ordonnance ?

-Si ils sont à 100% je les mets à 100%, n'en déplaie à la sécu (*rires*) parce qu'ils sont pas forcément à 100% pour ça en général, mais si ils ont pas ça je reste en classique, j'invente pas un 100% pour ça parce que si la feuille ne justifie pas le 100% je ne suis pas sûr qu'ils prennent.

Après souvent c'est des personnes âgées qui sont déjà à 100%...des fois ça m'arrive d'en prescrire chez des jeunes qui sont alités après une intervention mais là ça va être sur une période courte. Les personnes âgées c'est plus long, et il faut regarder s'ils sont diabétiques, je crois qu'il y a des compléments spéciaux...mais vraiment, j'essaie de pas les habituer.

-Tu parles de la prescription en post opératoire chez les jeunes, as-tu une pratique de prescription péri-opératoire chez la personne âgée ?

-En prévention, non. En post-op oui mais en prévention je fais pas spécialement. Alors c'est vrai que c'est pas souvent du programmé, et là souvent ils rentrent en

forme et si en sortant ils ont perdus quelques kilos c'est là que j'en prescris, si ils restent alités. Mais mon point de vue, c'est essayer de les ré autonomiser au maximum, et donc de pas leur donner ça car après ils veulent le déambulateur, le fauteuil roulant et après ils bougent plus.

-Est-ce que tu trouves que les compléments sont adaptés à la personne âgée ?

-Dans l'ensemble, ils aiment pas trop...après il y a des marques où ils font plusieurs parfums donc ils arrivent à trouver quelque chose qui plait, mais au bout d'un moment ils trouvent ça lassant.

Je ne sais pas comment vous voyez les choses du côté des jeunes mais je pense que rien ne vaut un repas classique. Quand c'est possible, je préfère jouer avec le portage par exemple. Si la famille peut s'arranger sinon pour apporter des repas. Je préfère ça aux compléments alimentaires.

-Pour toi j'ai l'impression que c'est vraiment le dernier recours...

-Oui, quand je commence à observer les premiers signes de dénutrition je complète les repas... quand il y a des signes de refus importants des repas, parfois si ils sont déprimés aussi, le temps que le traitement antidépresseur fasse effet, là je complète. Mais j'essaie toujours de limiter dans la durée. Je ne fais pas d'ordonnance pour trois mois à deux par jour et à renouveler, non j'essaie d'arrêter. J'ai une patiente elle est sortie de rhumato avec les compléments, elle a recommencé à manger avec son fils, et des bonbons, elle a pris dix kilos ! Et quand j'ai parlé d'arrêter elle m'a dit « non, c'est l'hôpital qui me l'a donné ! » (*Rires*) la dernière fois que j'y suis allé elle avait quand même arrêté...

-Il y a une autre question que je me pose, est ce que tu as eu des cours ou été sensibilisé à la prise en charge de la dénutrition pendant tes études ?

-Pas du tout, par les formations continues par contre oui. On a un groupe d'échange de pratiques tous les jeudis, donc de temps en temps il y a des sujets...avant quand les labos pouvaient aussi, il y avait des réunions...mais quand j'ai fait des études je ne suis même pas sûr qu'il y avait le certificat de nutrition...

-Un des médecins que j'ai vu m'a appris que des gériatres participaient aux formations continues sur son secteur, c'est le cas ici ?

-Non pas du tout, des fois on a des invitations à leur groupe sur des topos. Et au dernier ce que j'ai retenu, c'était pas les compléments alimentaires, c'est qu'il fallait les faire manger. C'est ce qui était ressorti du topo, avec trois repas, et l'incitation de la personne âgée à rester dans cette optique-là.

-Un autre médecin, m'a appris que certains de ses patients réclamaient des compléments pour des raisons économiques, ça t'es déjà arrivé ?

- Jamais, ce n'est pas huppé ici mais on en est pas à ce point-là. Ils vont au resto du cœur...ils mangent pas de la viande tous les jours mais bon...ça ne m'aurait jamais traversé l'esprit d'ailleurs.

-Pour finir, je voudrais revenir sur la prévention, le dépistage de la dénutrition...tu surveilles le poids de façon systématique ?

-Ici, oui. A domicile...sans balance...alors là je vais regarder si ils bougent bien, si ils se lèvent facilement pour évaluer leur masse musculaire...je vérifie que d'aspect ils n'aient pas trop maigris, qu'ils n'aient pas de signes de déshydratation...mais si ils ont une balance tant mieux !

-Et tu t'aides de la biologie ?

-Oui je regarde la fonction rénale pour voir ce que peut leur donner, rechercher une iatrogénie parfois, ensuite je me sers de la NFS pour chercher une anomalie qui pourrait m'orienter...non après la biologie c'est plutôt...c'est la plainte du patient qui va m'orienter.

-C'est plus une aide au diagnostic d'une cause en fait ?

-Oui, parce que sinon...oui j'avais eu M xx aux urgences qui disait qu'il fallait écouter le patient pour demander les examens, je suis peut être resté vieux jeu là-dessus, je demande pas systématiquement. Parfois on a des demandes classiques, glycémie...tsh...qui se voient pas forcément cliniquement...mais souvent quand il y a des dénutritions importantes on n'aime pas trop ce qu'on trouve, c'est souvent des tumeurs, des insuffisances rénales terminales...ou des fois une infection. Mais alors il faut guérir l'infection pour qu'ils retrouvent l'appétit, c'est pas le nutriment qui change les choses...là sincèrement, j'en donne même pas, j'attends qu'ils soient guéris pour remanger normalement.

-Tu ne t'aides pas de l'albumine ?

-Non, je l'ai si je demande une électrophorèse mais ça je la demande que si je suspecte quelque chose. Sinon j'ai un patient, l'hôpital voulait que l'albumine soit dans les normes pour sa chimio, elle est remontée et il l'ont pas faite alors...ça a pas changé grand-chose...

En tout cas ce n'est pas dans mes habitudes.

-Je pense que j'ai fini avec mes questions, si la discussion t'a évoqué des choses que tu voudrais rajouter...

- Là-dessus non, je n'ai pas grand-chose à dire de plus, sur ma pratique en tout cas. On a quand même la proximité de l'hôpital qui fait que quand les patients vont pas bien, qu'on ne se voit pas le laisser tout seul à la maison, alors je l'envoie et ils me font le bilan, et souvent ils ressortent avec leurs compléments et tout a été fait.

Surtout que quand tu fais le bilan en ville, ils le redemandent quand même à l'hôpital...donc autant les laisser gérer ça en les aidant au mieux sur l'état de base du patient.

ENTRETIEN N°6

-Mon travail est donc centré sur la dénutrition de la personne âgée, es-tu confrontée à ce problème dans ta pratique ?

-Je vois ça surtout sur des patients en fin de vie à domicile, ou euh...sur des patients qui sont isolés, qui ont une pathologie lourde chronique, les Alzheimer aussi ont souvent une dénutrition...voilà.

- Comment t'y prends-tu pour faire le diagnostic ?

-Euh...au feeling (*rires*) ! Et sinon aussi, je fais le bilan sanguin où je regarde le taux d'albumine tout simplement, et puis je regarde...souvent il y a de la déshydratation sur ces terrains-là, je regarde si il y a un pli cutané euh...voilà je regarde en touchant la masse musculaire...mais c'est pas un vrai argument...je fais la prise de sang avec le taux d'albumine !

-Tu la fais de manière régulière ou quand tu sens qu'il y a un glissement ?

-Quand j'y pense (*rires*) , je n'ai pas de protocole dans ma tête ni de rythme. Par contre, si je vois une hypo albuminémie et bien je mets en route le traitement pour les renourrir et je contrôle un mois plus tard.

-Les autres généralistes que j'ai vus m'ont parlé de la difficulté de la surveillance du poids notamment à domicile...

-ah oui oui oui, on ne peut pas les peser...ça c'est vrai que souvent on les pèse pas, de toute façon souvent les gens à domicile malheureusement on fait plus de prises de sang car ils ont un terrain particulier et euh...du coup l'albumine va dedans, dans le bilan.

-Est-ce que tu avais reçu les recommandations de l'HAS sur le sujet en 2007 ?

- Euh...ça ne me dit rien...

-Dedans il y avait un test de dépistage, le MNA, je ne sais pas si tu connais ?

-Non...ça me dit rien...c'est quoi en fait ?

-C'est un test de dépistage qui existe en deux versions, une longue de dix-huit questions, et une plus courte de sept.

-La difficulté c'est qu'il y a plein de tests comme ça qui sont super intéressants mais on les recopie une fois sur un petit carnet puis on les oublie dans la pratique...la difficulté de l'exercice de la médecine générale c'est aussi le temps et du coup il y a des choses qu'on fait de manière intuitive euh...sans euh...par exemple, le test de l'horloge tu le fais mais on peut pas le mettre dans l'ordinateur, puis on a quand même une connaissance empirique des patients donc on avance à petits pas...

-Et quand tu as fait le diagnostic, comment tu fais pour choisir entre un enrichissement simple de l'alimentation ou les compléments alimentaires ?

-Ah je mets systématiquement les boîtes ! Je vais dire un nom, Renueryl, mais c'est celui qui me vient à l'esprit. Parce que je me dis qu'ils ont des compositions bien évaluées, je sais que ce sera bon pour eux et même chez certains, je mets du Cetornan aussi. Et puis voilà.

-Tu fais la première prescription pour combien de temps ?

-Je la fais pour un mois et puis je contrôle avec la prise de sang. Mais déjà aussi parfois dès que je vois une personne âgée à domicile qui se nourrit pas bien, ça fait partie des questions...de voir comment elle mange, si on me dit qu'elle laisse son plateau...etc...j'ai tendance même parfois avant la prise de sang à mettre une boîte par jour de Renueryl.

-Et quand tu les revois à un mois tu renouvelles pour combien de temps ? En fait pour toi c'est une prescription à une phase aigüe ou tu laisses au long cours des fois ?

-Après je laisse au long cours, parce que je me dis que je suis passée un peu à côté cette fois-là, et puis c'est tellement insidieux...tellement important bah...pour tout ! Pour les défenses immunitaires, pour la lutte contre les escarres, euh...du coup je laisse au long cours. Mais après il faut voir comment ils le prennent ! Parce ce que des fois on découvre des stocks dans l'arrière cuisine ! Donc ça, ça fait partie aussi du boulot.

-Justement du coup l'observance des patients, tu parles des stocks retrouvés au domicile, tu as d'autres moyens de l'évaluer ?

-Donc la prise de sang de contrôle du taux d'albumine, mais je vais pas la faire tous les mois ! Si je vois que ça remonte pas bien et que je découvre qu'il n'aime pas et bien on essaie de changer les goûts...et de discuter avec les équipes pour leur présenter avant le repas, et pas après...ou à dix heures et à quatre heures systématiquement...on rediscute de l'organisation des journées.

-Tu t'appuies aussi sur les familles ?

-Bah oui, quand je dis équipe c'est les gens qui sont autour du patient.

-Et tes prescriptions tu les fais sur quel type d'ordonnance ?

-Bah c'est souvent des gens à 100% alors je mets dedans. Je mets toujours en haut, je trouve que, que ce soit pour une cardiopathie, un cancer ou autre...ça fait partie de la prise en charge de la maladie à 100%.

-Et toi, globalement, tu trouves que les compléments sont adaptés à la personne âgée ?

-Moi je trouve ça extraordinaire ! Bah oui, ils ont parfois du mal à avaler et il y a des formes liquides, différents goûts et puis souvent avec les pharmaciens on a une aide pour trouver ce qui plait le mieux au patient...il y a eu des progrès !

-Une autre question, je voulais savoir si pendant tes études il y avait eu des cours sur le sujet ?

-Non mais moi, je suis vieille ! (*rires*) j'ai 47ans ! j'ai pas eu de cours là-dessus ! (*rires*) non mais dans tous le parcours, tous les articles que l'on lit, tous les journaux...la dénutrition si si...j'ai pas eu de cours mais quand je suis passée en moyen séjour comme interne ça faisait partie de la prise en charge de la personne âgée.

-Donc plus une formation à travers la pratique, la formation continue...

-Ah mais c'est la plus belle des choses ça, la formation continue, je veux dire en stage, la pratique, à écouter les chefs qui sont avec nous qui nous apprennent des choses...

-Et dans des congrès ou des groupes d'échanges de pratiques c'est un thème abordé ?

-Oui de temps en temps, on y vient...

-Un des médecins que j'ai vu m'a appris qu'il avait des demandes économiques, de la part de patients qui avaient des difficultés à acheter de la viande...

-Ca m'est déjà arrivé, une fois, mais moi je suis dans le cœur de Rouen et je vois une population plutôt aisée...riche...mais je dirais plus des sportifs qui en veulent pour en faire un usage détourné et là je refuse d'en prescrire.

-J'ai entendu aussi des demandes de la part de femmes qui voulaient faire des régimes hyper protidiques...

-Oui voilà c'est ça !

(Rires)

-J'ai déjà beaucoup d'éléments de travail, mais peut être veux-tu rajouter quelque chose ?

-Non là-dessus non...je trouve ça courageux de faire des thèses ! *(rises)*

ENTRETIEN N°7

-Comme je t'expliquais, ma thèse est centrée sur la prise en charge de la dénutrition en médecine générale, est ce que tu es confrontée à ce problème ?

-Oui bien sûr.

-Tu fais des visites à domicile ? En EHPAD ?

-Euh...oui, j'ai quinze lits en EHPAD.

-Et comment tu t'y prends pour faire le diagnostic de dénutrition ? Pour la surveillance de tes patients ?

-Bah...clinique, biologique euh...tout ça ! Tu veux que je te décrive tout ça ??

Cliniquement on surveille le poids, on voit l'état de maigreur...de...

-Justement, la plupart des médecins m'ont dit qu'ils avaient beaucoup de mal au domicile pour surveiller le poids, c'est pareil pour toi ?

-Alors j'essaie de leur dire, enfin je les connais pas depuis très très longtemps parce que je suis installée depuis dix mois à peine, mais j'essaie de leur glisser que une balance c'est pas anodin, c'est comme un thermomètre...ça fait partie des marqueurs de surveillance, de l'équipement à avoir...et j'essaie de leur dire de se peser au moins une fois par mois comme ça quand je viens j'ai un relevé du poids et ça m'arrive même de le noter sur l'ordonnance « pesée une fois par mois » voilà.

Après à domicile ça dépend aussi du degré d'autonomie de la personne, à la limite les personnes qui sont moins autonomes qui ont des aides ménagères, des auxiliaires de vie, on arrive à mieux les peser euh...que celles qui sont vaillantes et qui disent « je vais le faire » et puis en fait non.

-Donc tu arrives à avoir une vraie relation d'aide à la prise en charge avec l'entourage ?

-J'essaie oui. Souvent les auxiliaires de vie je les croise pas forcément car ça correspond pas toujours à mes horaires de visites, mais euh...on se met des petits mots, les auxiliaires ont souvent un cahier et moi ça m'arrive d'ouvrir et de laisser un mot aussi. Après les familles, c'est pareil ça dépend de l'heure de passage.

-Et en EHPAD, les équipes sont attentives à tout ça ? Au poids ?

-Le poids oui ! Récemment on m'a dit d'une patiente qui était à soixante-cinq kilos, le mois suivant cinquante-sept... « Attention 6 kilos en un mois ! », bon j'ai demandé d'abord qu'on la repese parce que six kilos ça fait beaucoup ! Elle paraissait pas en plus...mais oui le poids les infirmières font vraiment attention.

Moi j'ai quinze résidents, je n'ai pas été alertée sur le poids forcément pour chacun mais...je les vois tous les trois mois, et je demande pour voir la courbe de poids régulièrement.

-Et au niveau biologique, tu fais un bilan systématique ou que quand on te dit « elle a perdu... » ?

-Alors quand on me dit « elle a perdu » je fais le bilan de toute façon, avec la numération, la glycémie à jeun et puis albumine, pré albumine enfin des choses comme ça. Euh...après à la maison de retraite ils ont un bilan systématique tous les six mois mais il y a pas l'albumine dedans, ni la protidémie, y a pas ça...donc moi j'ai tendance comme je suis nouvelle installée, à demander un peu plus que le bilan de routine, j'ai demandé sur les quinze résidents...je pense que j'ai demandé une albumine aux quinze depuis le début !

-Tu sais pourquoi c'est pas sur le bilan systématique ?

-Non je pense qu'ils l'ont sur le bilan d'entrée, et si c'est perturbé ils la refont tous les six mois sinon non...je sais pas pourquoi ça fait pas partie de leur bilan systématique. C'est économique ? Et puis je sais pas qui a mis le bilan systématique tous les six mois, si c'est le coordinateur de l'EHPAD...je le connais bien je devrais en discuter avec lui...je sais que dans le bilan systématique il y a la numération, le glycémie, les transaminases...créatinine, sodium, potassium...mais pas l'albumine. Et dans le bilan d'entrée il y a une TSH aussi, les sérologies virales parce qu'ils sont obligés il me semble de le faire...et voilà.

-Quand j'ai fait des recherches, j'ai vu que la HAS avait fait des recommandations en 2007 je ne sais pas si tu les connais ?

-Alors moi en 2007, je passais le concours de l'internat (*rires*) donc voilà, et je les ai pas en tête du tout ...

-Dans ces recommandations, ils mettaient en avant le MNA comme aide au diagnostic, est ce que ça te parle ?

-On m'en a parlé pendant mes études mais je l'ai jamais utilisé jusqu'à présent, depuis mes dix mois de pratique de médecine générale je l'ai pas encore utilisé !

Ah mais ça doit être utile ! Mais je ne l'ai pas encore intégré dans ma pratique. Ça viendra.

-Tu dis en avoir entendu parler pendant tes études, tu avais eu un cours spécial là-dessus ? C'était pendant les stages ?

-Euh...bah les deux oui ! J'ai eu des cours sur la nutrition, et puis il y a eu une formation, je me revois dans l'amphithéâtre avec la petite échelle rouge du CHU, le MNA et tout ça.

-Et dans les groupes d'échange ou les formations continues, c'était abordé de temps en temps comme thème ?

-Non...c'est pareil j'en ai pas fait énormément encore, j'ai pas beaucoup d'expérience, mais non...et les groupes d'échange de pratique y en a pas dans mon coin donc du coup...tous les médecins n'ont pas de groupe d'échange de pratique malheureusement, c'est dommage !

Dans la formation à côté, je suis allée à des formations sur d'autres thèmes mais pas sur la nutrition.

-Pour revenir à la pratique, quand tu fais un diagnostic de dénutrition, ça t'arrive de prescrire des compléments ?

-Oui ça m'arrive de prescrire des compléments.

-Et c'est systématique ou des fois tu préfères faire des enrichissements ?

-Non j'utilise plutôt les compléments...comment on dit ? Les Fortimel, les Forticreme enfin les trucs comme ça !

-Et tu les prescris sur du 100% ? Sur des ordonnances classiques ?

-Alors ça dépend du statut du patient, s'il est en ALD et que j'estime que sa dénutrition est due à son ALD alors je mets sur le 100%, sinon c'est une ordonnance classique. Ça m'arrive de voir des personnes âgées dénutries qui sont pas en ALD, donc dans ce cas là...une ordonnance simple.

-Et tu prescris pour combien de temps la première fois ?

-Souvent je mets un mois en leur disant de prendre qu'un seul carton pour qu'ils goutent et pas qu'ils fassent des stocks inutiles si ils n'aiment pas.

-Tu as souvent des mauvais retours ?

-Ouais, ça par contre au cours de l'année j'en ai prescrits plusieurs fois, et plusieurs fois on m'a dit « j'aime pas », ça reste dans les placards, c'est du gâchis. J'ai pris l'habitude leur dire « prenez un seul carton et le pharmacien vous en recommanderas si ça vous convient ».

-Et toi tu trouves que c'est adapté à la personne âgée dans les formes, les goûts...

-Non, globalement ça va. On a quand même un large panel entre les soupes, les crèmes, les boissons lactées...on arrive toujours à trouver quelque chose qui passe à défaut de plaire. Quand on leur dit « c'est très important, prenez en au moins un par jour », quand on insiste un peu...

-Tu leur présentes le complément comme un médicament ?

-Oui.

-Et tu leur expliques comment les prendre dans la journée ?

-Euh...oui. Je leur dit un dans la matinée, et un dans l'après-midi. Je ne sais pas si j'ai raison ?

-Oui c'est ça.

-Plutôt en dehors des repas c'est ce que je leur dit.

-Tu dis que tu retrouves les bouteilles dans les placards, tu as d'autres manières d'évaluer l'observance ?

-Déjà en leur posant la question, « est-ce que vous l'avez pris ? Est-ce que ça vous convient ? » Et puis...bah non, après en EHPAD il y a le retour des auxiliaires de vie. En EHPAD des fois on a du mal parce qu'il y a certaines personnes qui mangent lentement, donc il faut que les aides-soignantes prennent le temps de proposer...j'ai une patiente en ce moment qui est dénutrie et la famille me dit « mais on lui donne pas les compléments ! »Mais c'est une patiente qui requière beaucoup de temps pour le personnel donc elle les a mais par intermittence...C'est toujours dépendant des moyens dont on dispose. C'est sûr que une aide-soignante elle peut pas prendre une heure pour donner la crème au café, malheureusement.

Après dans ce cas-là, j'avais été alerté par la famille, donc je leur avais dit que ils pouvaient aussi participer à ce soin, parce que ça reste un soin, « n'hésitez pas à

demander une crème même si il n'y en a pas dans la chambre, et ce sera aussi un moment d'échange avec votre parent ».

-Je pense que j'ai fait le tour, tu veux rajouter quelque chose ?

-Moi quand tu m'as présenté un peu le sujet de ta thèse, je me suis dit qu'il y a peut-être une lacune c'est dans tout ce qu'est complément protidique, genre le Cetornan je ne sais pas trop quelle place ça a dans la prescription. Est-ce qu'on le donne en plus ? Ou est-ce que c'est une indication à part...Mais si je lis ta thèse, il y aura peut-être un petit paragraphe là-dessus !

Après le problème c'est aussi les troubles de déglutitions, avec les boissons et les crèmes on est vite limités.

ENTRETIEN N°8

-Mon travail se porte donc sur la dénutrition, es-tu confrontée à ce problème au cabinet ?

-Bah...euh...non très peu, mais pas au cabinet, en institution, les patients qui sont euh...là il y a une EHPAD, là oui...au cabinet j'ai pas beaucoup de personnes âgées qui viennent.

-Tu fais aussi des visites à domicile ?

-Un petit peu oui, les patients que je vois en visite oui.

-Et comment t'y prends-tu pour faire le diagnostic ?

-Eh bien...le poids ! En institution on a facilement un poids parce qu'ils sont pesés au moins une fois par mois. A domicile ils se pèsent pas toujours...ils n'ont pas toujours de balance alors c'est un peu compliqué. Et puis euh...la protidémie. Voilà c'est surtout ça.

-Pour la biologie, tu fais un bilan systématique ou uniquement en cas de signes d'alerte ?

-Je fais un bilan systématique chez les personnes âgées au moins une fois par an, même deux fois par an...et après 80ans plutôt deux fois par an, avec la protidémie. Et puis si je suis alertée bien sûr, si je vois qu'apparaissent des petits escarres, des

petites choses...si les infirmières me disent que ça va pas bien...voilà. En gros, je fais comme ça.

-Il y avait eu des recommandations par la HAS en 2007, je ne sais pas si ça te parle...si tu les avais reçues ?

-Oui ! Alors c'est un amaigrissement...oh là là ! (rires) il y a trois critères je crois ? Euh je ne vais pas pouvoir te les ressortir...un amaigrissement supérieur à cinq kilos en 6 mois...oh je sais plus ! Je sais plus ! Mais il y a trois critères précis, la protidémie...euh voilà ! Il y a un critère sur le poids, un critère sur la protidémie, et puis...autre chose ! Mais je ne peux pas te le ressortir...

-Dans les recommandations il y avait aussi le test du MNA comme aide au diagnostic et dépistage, pareil...je ne sais pas si ça te dit quelque chose ?

-Le MNA ? Non je connais pas ! Je connais le MMS mais pas le MNA...C'est quoi ?

-C'est un test en deux versions, une longue de dix-huit questions et une courte de sept, mais je me rends compte que c'est pas toujours connu...

-Non, d'abord ce n'est pas connu et puis quand ça concerne des patients qui sont Alzheimer...enfin moi je vois ceux que j'ai en institution, qui posent des problèmes de nutrition c'est des Alzheimer...donc leur poser des questions...c'est plus vite fait de leur faire une biologie !

-Et dans tes études c'est un sujet qui avait été abordé ?

-(soupir) J'ai pas le souvenir que ça ait été abordé, ceci dit ça l'a sûrement été...on n'avait pas de cours vraiment orienté sur la gériatrie, c'était vraiment en médecine interne...euh...non, on parlait pas de ça ! Je crois pas ! Je n'ai pas la sensation que ça ait été abordé dans les études, je l'ai vu après en formation continue dans les groupes d'échanges. Après c'est possible que j'ai oublié, ou alors ça a été effleuré...mais on s'est pas appesantis sur la dénutrition de la personne âgée. Pas du tout.

-Une fois que tu as ton diagnostic, ça t'arrive de prescrire des compléments alimentaires ?

-Bah oui ! Déjà on essaie de revoir un petit peu avec les aidants...alors si c'est en structure c'est plus facile, sinon euh...c'est toujours un peu aléatoire. On revoit un peu la composition des repas, la diététique et puis le plus simple c'est de rajouter des compléments alimentaires, parce que s'ils sont à peu près pris on est sûr euh... de l'apport quoi ! Plus du Cetornan quelquefois.

-Donc tu privilégies les compléments à un enrichissement alimentaire ?

-Euh...oui parce que c'est le plus simple et ça va pas poser de problèmes, je sais que ça va être suivi ! Si je prescris trois compléments dans la journée je sais que ça va

être fait ! Si tu prescris des trucs à rajouter dans l'alimentation et tout, ça m'est déjà arrivé, si c'est en famille ou les aidants, ça va pas toujours être fait. Alors que les flacons, ils vont être pris...à peu près...

-Et ta prescription tu la fais sur des ordonnances à 100% ou des ordonnances classiques ?

-Bah normalement je pense qu'il faut que ce soit sur des ordonnances à 100% non ? Enfin je crois, je ne sais pas, j'en sais rien...mais oui, sur des ordonnances à 100%. Je fais toujours comme ça mais bon peut être que je me trompe (rires).

-Non non, c'est possible dans les dénutritions avérées.

-Oui parce que souvent c'est dans un contexte de pathologies dégénératives, de choses comme ça donc euh...j'estime que ça fait partie de la pathologie en général, mais bon après euh...voilà, ça m'est jamais arrivé d'en prescrire à des gens qui n'étaient pas à 100% quoi.

-Et ta première prescription tu la fais pour combien de temps ?

-Bah...en général pour un mois, car c'est des gens que je revois tous les mois.

-Sinon globalement, tu trouves les compléments adaptés à la personne âgée ? Tu as des échecs, des mauvais retours ?

-Euh oui on a des échecs, mais je trouve quand même que c'est plus facile et... on a quand même des formes crèmes euh...des formes liquides...on arrive à trouver euh...à peu près, bon on n'a pas toujours la forme qui plait au patient du premier coup mais ça...non ça va.

-En dehors des situations aiguës imprévues, quand tu as des patients qui ont de la chirurgie programmée par exemple, est ce que ça t'arrives de faire une « renutrition » avant ?

-Ca m'est arrivé ponctuellement, oui oui...tout à fait. Pour des prothèses de hanches, chez des gens qui sont un peu...pas très protéinés, je leur fait un mois avant une bonne cure pour qu'ils arrivent bien et espérer qu'ils cicatrisent bien voilà ! Pas dernièrement, oui c'est vraiment ponctuel, c'est pas ce que j'ai le plus.

-Et au niveau de l'observance tu parlais du retour des équipes...

-Oui le retour avec les équipes et puis quand c'est à domicile j'essaie de voir quand j'y vais, combien il reste de flacons dans le frigo et...voilà quoi ! Est ce qu'ils ont bien été donnés ? Est-ce que l'infirmière a vérifié ? À domicile c'est beaucoup plus aléatoire. En structure ils sont donnés les trucs, il y a pas de soucis...je pense que ça, ça va. Il y en a toujours un sur la table de nuit, ça suit bien à ce niveau-là. Je pense

que c'est plus facile pour le personnel de distribuer des suppléments alimentaires que de vérifier que les repas soient bien pris.

-Et à domicile, tu arrives à impliquer la famille dans la prise en charge ?

-Ça c'est...c'est la limite parfois du maintien à domicile d'ailleurs. Quand les repas sont pas terribles, pas de bonne qualité, qu'on ne donne pas les traitements comme il faut euh...c'est là qu'il faut parfois se dire que la personne serait mieux dans une autre manière de fonctionner...

-Je crois que j'ai fait le tour de ce que je voulais te demander, est ce que tu veux rajouter quelque chose sur le sujet ?

-Non...bah moi ce n'est pas un problème que j'ai très fréquemment donc euh...j'ai rien à rajouter. Pas fréquemment parce que j'ai pas beaucoup de personnes très âgées, ceci dit euh...chez ces gens-là en surveillant régulièrement le poids, on a quand même des surprises. Donc après, c'est vraiment une affaire de contexte et à domicile c'est compliqué parce que des fois ils ont pas de balance, ils veulent pas se peser...c'est pas très commode et un peu compliqué, et là on a plus que la biologie.

RESUME

Contexte

La dénutrition représente la pathologie la plus fréquente chez la personne âgée. Son incidence est vouée à augmenter compte tenu du vieillissement de la population. Sa prise en charge a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé en 2007, au sein desquelles le généraliste tient un rôle central. Les compléments nutritionnels oraux y sont présentés comme principale alternative thérapeutique.

Objectifs

L'objectif de cette étude était d'apprécier l'approche et les pratiques professionnelles concernant la dénutrition de la personne âgée, ainsi que le vécu des généralistes de la prescription des compléments oraux.

Méthode

Une méthode qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés a été utilisée auprès de médecins généralistes Hauts Normands.

Résultats

Les pratiques des médecins généralistes sont similaires aux recommandations officielles en dépit d'une mauvaise connaissance de ces dernières, ce qui s'explique par leur expertise d'origine variée. Les différentes prises en charge possibles de la dénutrition sont détaillées spontanément. Les compléments nutritionnels oraux reçoivent un avis favorable des généralistes et paraissent couramment utilisés, malgré les défauts relevés au cours des entretiens. Pour certains médecins, des questions persistent concernant leurs pratiques et le rôle des compléments adjuvants.

Conclusion

Cette étude met en évidence des pratiques adaptées à la prise en charge de la dénutrition, dans le cadre de la médecine générale. Ces pratiques pourraient être améliorées via une meilleure méthode de diffusion des recommandations.

Mots clés : Dénutrition, Compléments nutritionnels oraux, Personne âgée, Médecin généraliste, France, Recommandations de bonnes pratiques