

Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards : place du MNA

Morgane Mallejac

▶ **To cite this version:**

Morgane Mallejac. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards : place du MNA. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01290232

HAL Id: dumas-01290232

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290232

Submitted on 17 Mar 2016

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.

Unité de Formation et de Recherche de Médecine
d'Amiens
3, rue des Louvels
80036 Amiens Cedex 1

THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale

Lundi 14 Septembre 2015 à 16 H 00

Salle des Thèses - Bâtiment E - 2ème Etage
3, rue des Louvels

Madame Morgane MALLEJAC

TITRE DE LA THESE :

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE DU SUJET AGE DE PLUS DE 70 ANS PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS : PLACE DU MNA.

Vu : les Membres de Jury

Le Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT

Les Juges,

Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

La directrice de thèse,

Madame le Docteur Isabelle BASSE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Gériatrie)
Centre d'Activité Pôle Gérontologie
Centre Saint-Victor
Pour l'honneur qu'il m'accorde en acceptant de présider mon jury et pour sa grande disponibilité.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIERE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Biochimie et Biologie Moléculaire)
Laboratoire de Biochimie
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques
Qui a accepté d'être membre de jury de mon travail de thèse

A Madame le Professeur Rachel DESSAILLOUD
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Qui a accepté de participer à mon jury de thèse

A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Médecine légale)
Service de Médecine Légale et Sociale
Adjointe au Chef du Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »
Qui a accepté de faire partie du jury de ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier (Médecine interne)
Qui a accepté d'être juge de ce travail

A Madame le Docteur Isabelle BASSE
Médecin généraliste installé à Poix de Picardie, Maître de stage
Qui m'a fait découvrir la médecine générale avec rigueur et passion et m'a fait l'honneur d'accepter de me diriger dans ce travail.

A mes parents,

Pour leur amour et leur soutien sans faille. Ils m'ont donné le sens du travail et m'ont permis de réaliser mes rêves. Ils ont également participé à la réalisation de ce travail.

A Julien mon conjoint,

Qui m'accompagne depuis 10 ans et qui m'a soutenue pendant ces années d'étude et aidée pour la réalisation de ce travail. Merci pour ton amour et ta confiance en moi.

A mon fils Paul, qui a donné un sens nouveau à ma vie.

A mon frère, ma sœur, mon beau-frère, mon neveu et ma nièce,

Pour leur présence à chaque instant important.

A mes oncles et tantes, à mes cousins, cousines et leurs enfants, aux amis de mes parents,

Qui m'ont accompagnée pas-à-pas et soutenue même de loin parfois.

A ma belle-famille, à Manu et à François, sur qui j'ai appris à compter.

A mes amies ainsi qu'à leurs conjoints,

Avec qui j'ai tant partagé tout au long de ces années, surtout Flo, Laurie, Elise et Clem.

A ma marraine Sophie, à Cécile et David,

Qui ont probablement été à l'origine de mon choix professionnel. Ils m'ont accompagnée et transmis très tôt leur passion.

A mes voisines, pour le soutien moral et les pauses-café.

Aux absents partis trop tôt, mes grands-parents, ma tante Jeannine, Guy,

Qui m'accompagnent en permanence.

A l'URPS,

Pour son aide dans l'élaboration de ce travail et pour la disponibilité de son équipe, tout particulièrement Madame Cuissette.

ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PNNS : Programme National Nutrition Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MNA : Mini Nutritional Assessment

MNA-SF : Mini Nutritional Assessment short form ou forme courte

IMC : Indice de Masse Corporelle

AQRD : Auto-Questionnaire de Risque de Dénutrition

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

DPE : Dénutrition Protéino-Energétique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

QCMSU : Quand Cela Me Semble Utile

FMC : Formation Médicale Continue

SFMG : Société Française de Médecine générale

Drees : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

MMSE : Mini Mental State Examination

ARS : Agence Régionale pour la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Table des matières

I. INTRODUCTION 8

II. METHODE 10

A. OBJECTIF DE L'ENQUETE ET TYPE D'ETUDE 10

B. ECHANTILLON, DEROULEMENT DE L'ENQUETE ET ANALYSE DES RESULTATS : RECOURS A L'UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (URPS) MEDECINS LIBERAUX PICARDS 10

1. Aide logistique de l'URPS 10

2. Echantillon et déroulement de l'enquête 10

3. Analyse des résultats 10

C. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE (ANNEXE 2) 11

1. Partie 1 : Place du dépistage de la dénutrition protéino-énergétique (DPE) 11

2. Partie 2 : Connaissance du MNA 11

3. Partie 3 : Description de la pratique des médecins généralistes 11

4. Partie 4 : Caractéristiques de l'échantillon 11

III. RESULTATS 12

A. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 12

B. POSITIONNEMENT DES MEDECINS GENERALISTES VIS A VIS DU DEPISTAGE 13

1. Ressenti des médecins concernant le dépistage 13

2. Prise en compte des facteurs de risque de dénutrition 14

3. Prise en charge thérapeutique 14

4. Obstacles décrits à la pratique du dépistage et moyens d'amélioration évoqués 15

C. CONCERNANT LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS 17

1. Moyens de dépistage utilisés 17

2. Fréquence d'utilisation des moyens de dépistage 18

D. CONCERNANT LE MNA 19

1. Connaissance du MNA 19

2. Appréciations générales du MNA 19

3. Utilisation du MNA 20

4. Connaissance et utilisation du MNA en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice des médecins 21

5. Connaissance du MNA et moyens de dépistage utilisés 22

E. CONCERNANT LA PRATIQUE SYSTEMATIQUE DU DEPISTAGE DE LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE 23

1. Données générales 23

2. Caractéristiques des praticiens réalisant le dépistage systématique de la dénutrition et moyens de dépistage utilisés 23

3. Dépistage systématique et MNA 25

IV. DISCUSSION 26

A. DISCUSSION DE LA METHODE, DU QUESTIONNAIRE ET DE L'ECHANTILLON 26
1. Méthode 26
2. Concernant la structure du questionnaire (annexe 2) 26
3. Comparaison de l'échantillon et de la population des médecins généralistes picards 27
B. DONNEES GENERALES 28
1. Les obstacles décrits dans la pratique : raisons données pour expliquer que le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique n'est pas facile 28
2. Les moyens d'amélioration évoqués par les médecins de l'échantillon 29
C. MOYENS DE DEPISTAGE UTILISES : PLACE DU MNA 31
1. Facteurs de risque de dénutrition 31
2. Moyens de dépistage utilisés 32
3. Fréquence d'utilisation des différents « outils » de dépistage 32
4. Comparaison aux autres études 33
D. DEPISTAGE SYSTEMATIQUE : PLACE DU MNA 34
1. Dépistage systématique et MNA : caractéristiques des échantillons 34
2. Dépistage systématique : impact sur la fréquence d'utilisation des moyens de dépistage 35
3. Dépistage systématique et utilisation du MNA 35
E. CONNAISSANCE DU MNA : MODALITES D'UTILISATION ET IMPACT SUR LA PRATIQUE 35
1. Appréciations générales du test 35
2. Modalités d'utilisation 36
3. Impact sur la pratique 36
F. MOYENS D'AMELIORATION : LES PERSPECTIVES ENVISAGEABLES 36
1. Mise en avant d'un outil de dépistage adapté : place du MNA dans sa version courte 36
2. Formation et sensibilisation des médecins 38
3. Sensibilisation de la population générale 38
4. Aide professionnelle : les réseaux gérontologiques 38
V. CONCLUSION 40
VI. BIBLIOGRAPHIE 43
VII. ANNEXES 45
Annexe 1 : Mini Nutritional Assessment 45
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude 46
Annexe 3 : Tableau descriptif de pratique des médecins qui pèsent les patients à chaque consultation 48
Annexe 4 : Tableau descriptif de pratique des médecins qui pèsent leur patients mensuellement 49
Annexe 5 : Documents délivrés par la CPAM aux médecins généralistes 50
Annexe 6 : Exemple de résultats d'un MNA réalisé en ligne 60

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le médecin traitant de 98% des assurés sociaux (1). Il a une place privilégiée. Il assure les soins habituels et les actions de prévention. Il met en place le suivi médical personnalisé et tient à jour le dossier médical (2). Il coordonne l'action des différents acteurs de santé autour des patients et tient de nombreux rôles, dont notamment celui d'assumer des missions de santé publique et l'organisation de nombreux dépistages (1)(2).

La dénutrition protéino-énergétique touche 4 à 10% des sujets âgés de plus de 70 ans vivant à domicile. Elle est un facteur de mauvais pronostic pour les personnes âgées qui en sont atteintes, augmente le risque de mortalité et celui de complications de nombreuses pathologies (infections aigues, décompensation cardiaque, cicatrisation de plaies chroniques). Elle est également liée à une augmentation du risque de chute (perte de la masse musculaire) et de la perte d'autonomie (3)(4)(5)(6). Ainsi, on retrouve une incidence de 27% chez les sujets institutionnalisés et de 60% chez les sujets hospitalisés (7).

Une enquête EURONUT/SENECA (8) avait pour but d'observer les habitudes alimentaires des personnes âgées de 70 à 75 ans, vivant à domicile. Il s'agissait d'une étude longitudinale réalisée par le service de gériatrie du centre hospitalier de Valence. Selon elle, la dénutrition protéino-énergétique est la pathologie gériatrique la plus fréquente.

Selon une enquête de l'INSEE (9)(Institut national de la statistique et des études économiques), ce problème devrait encore croître dans les années futures étant donné le vieillissement attendu de la population française. A l'horizon 2050, une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans (soit 22,4 millions de personnes) et près d'une personne sur six aura plus de 75 ans (soit 11,6 millions d'individus).

C'est dans ce contexte qu'en France, le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique est devenu un enjeu de santé publique. En 2001, un premier Plan National Nutrition Santé (10)(PNNS 1) est créé pour réfléchir aux problèmes de malnutrition qui touchent la population (concernant l'obésité et la malnutrition chez les enfants, les adultes et les personnes âgées). Il a permis l'établissement des recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) (5) concernant la réalisation du dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

Celui-ci est recommandé chez toutes les personnes âgées à partir de 70 ans, au minimum une fois par an. Il repose sur la recherche de situations à risque de dénutrition, l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires, la mesure du poids (en ville, à chaque consultation médicale), l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur, le calcul de l'indice de masse corporelle IMC(5).

Initialement, l'outil de choix recommandé (5) aux médecins et autres professionnels de santé pour le réaliser est le Mini Nutritional Assesment (MNA) *(annexe 1)*. Constitué de 18 items, celui-ci est connu pour être un test long et complexe.

Une enquête nationale (11) a été réalisée entre septembre 2000 et janvier 2001 auprès d'un échantillon de 1707 médecins généralistes installés en cabinet de ville, en France métropolitaine. Elle est intitulée « Enquête AGENA ». Elle étudiait l'utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition : IMC, Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF ou MNA version courte), associé à la forme globale et l'auto-questionnaire de risque de dénutrition (AQRD). Elle mettait en évidence une utilisation insuffisante des indicateurs, en particulier l'IMC (35%). Le MNA-SF était peu utilisé également (15%). Même s'il était plus court et plus simple, il ne dispensait pas de la réalisation de l'évaluation globale pour confirmer le risque et poser le diagnostic.

Dans le troisième PNNS (2011-2015)(12), il est recommandé de promouvoir l'utilisation du MNA dans sa forme courte dans la prise en charge ambulatoire pour améliorer le dépistage de la dénutrition.

Dans une revue de littérature, concernant le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé en médecine générale, on constate que plusieurs travaux ont été effectués en France. Ainsi, un article a été publié en octobre 2013 dans « La Revue de Gériatrie »(13). Il s'agissait d'une enquête de pratique réalisée dans la région Rhône-Alpes concernant le dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans, en médecine générale. En Picardie, un travail de thèse en médecine générale a été réalisé par Vanessa Papillon-Thiery (14). Le sujet portait sur la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. Le but était de déterminer comment les médecins généralistes picards prenaient en charge la dénutrition en terme de prévention et de mise en place de traitement. Dans les deux cas, la connaissance et l'utilisation du MNA étaient évaluées. Mais il n'y avait pas de distinction faite entre sa version courte et sa version globale. Actuellement, si on suit les recommandations du troisième PNNS, on devrait en médecine ambulatoire utiliser la forme courte du MNA pour poursuivre le dépistage systématique de la DPE des personnes âgées de plus de 70 ans. Nous nous sommes donc demandé si la pratique, concernant le dépistage des médecins généralistes avait évolué.

Ce travail a pour objectif de déterminer la proportion de médecins généralistes réalisant un dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans. Il s'agit également de connaître la place du MNA dans sa version globale et dans sa forme courte en terme de connaissance et d'utilisation. On déterminera aussi quelles sont les habitudes de pratique.

II. METHODE

A. Objectif de l'enquête et type d'étude

L'objectif principal de ce travail est de déterminer quelle est la proportion de médecins réalisant le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans, chez un échantillon de médecins généralistes picards.

Les objectifs secondaires consistent, dans un premier temps à savoir quelle est la place du MNA (connaissance et utilisation) que ce soit dans sa version courte ou globale. Dans un second temps, on déterminera quelles sont les habitudes de pratique des médecins généralistes concernant la fréquence de réalisation (suivi du poids, calcul de l'IMC, recherche des facteurs de risque, estimation de l'appétit et des apports alimentaires et dosage de l'albuminémie et de la préalbuminémie).

Pour y parvenir, nous avons réalisé une étude transversale descriptive.

B. Echantillon, déroulement de l'enquête et analyse des résultats : recours à L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins libéraux picards

1. Aide logistique de l'URPS

Le choix du recours à cet organisme a été décidé face à des difficultés rencontrées pour obtenir les coordonnées des médecins généralistes picards et pour l'ensemble des aides qu'il propose. En effet, l'URPS organise gratuitement l'échantillonnage aléatoire, l'envoi des questionnaires par courrier postal et met à disposition un logiciel de statistique SPHINX pour l'analyse des résultats. En contrepartie, nous nous engageons à partager les résultats statistiques et à leur communiquer le travail de thèse.

2. Echantillon et déroulement de l'enquête

L'échantillon est constitué de 600 praticiens, choisis aléatoirement par tirage au sort parmi l'ensemble des médecins généralistes installés en Picardie.

Le questionnaire a ensuite été envoyé par courrier postal avec une enveloppe de réponse. Un code était attribué à chaque questionnaire, afin d'effectuer une éventuelle relance, uniquement auprès des médecins n'ayant pas répondu.

Dans le cadre de ce travail, il n'y a pas eu de relance. Le taux de réponse a été considéré comme satisfaisant (17%).

3. Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été faite à l'aide d'un logiciel de statistiques SPHINX, avec une analyse bi-variée par test du chi2 et un encodage des réponses idée par idée sur les questions à réponses libres.

C. *Structure du questionnaire (annexe 2)*

1. Partie 1 : Place du dépistage de la dénutrition protéino-énergétique (DPE)

Le but principal est de savoir quelle proportion de praticiens interrogés déclare réaliser le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans.

Le questionnaire est constitué de questions visant à connaître le positionnement du praticien vis-à-vis du dépistage (importance dans la prise en charge des sujets âgés, facilité de réalisation, acte du ressort du médecin généraliste), les obstacles constatés lors de la pratique, les idées pour l'améliorer, la mise en place de traitement ou non. Il y a également une question interrogeant sur la reconnaissance des facteurs de risque (donnés par les recommandations de l'HAS).

2. Partie 2 : Connaissance du MNA

Seuls les praticiens ayant répondu oui à la question « Connaissez-vous le MNA ? » pouvaient répondre à cette partie. Ils étaient interrogés sur son utilisation ou non. Ils devaient également préciser quelle forme ils utilisaient (version longue ou version courte) et à quelle fréquence. Le but était de déterminer le pourcentage de médecins le connaissant et l'utilisant, la fréquence de pratique du test. Il s'agissait également de comparer l'appréciation des deux versions (en terme de facilité, d'adaptation à la médecine générale).

3. Partie 3 : Description de la pratique des médecins généralistes

Il s'agit de déterminer quels sont les moyens utilisés et leur fréquence de réalisation. Les moyens étudiés sont ceux conseillés par l'HAS (5) : mesure du poids et son suivi, calcul de l'IMC, recherche des facteurs de risque, estimation de l'appétit et des apports alimentaires, dosage de l'albuminémie et de la préalbuminémie, utilisation du MNA.

4. Partie 4 : Caractéristiques de l'échantillon

Il s'agissait de définir les caractéristiques de l'échantillon répondant : âge, sexe, cadre d'exercice.

Ces données pourront permettre de déterminer un profil type du médecin réalisant le dépistage systématique de la dénutrition.

III. RESULTATS

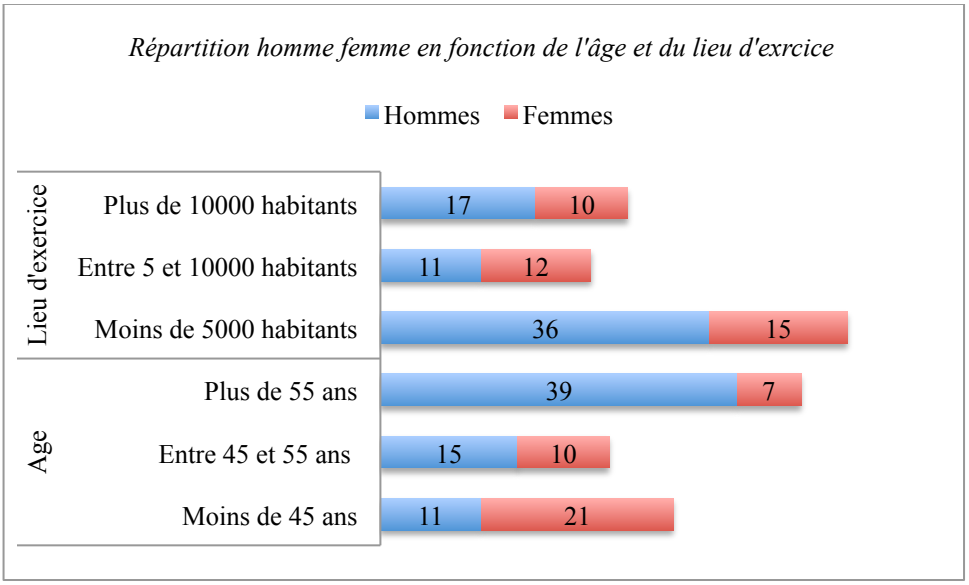
A ce questionnaire envoyé en novembre 2014, 103 médecins généralistes picards ont répondu entre novembre 2014 et janvier 2015.

A. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 103 médecins généralistes, répartis comme tels :

- 65 hommes (63%) et 38 femmes (37%).
- 32 (31%) médecins ont moins de 45 ans, 25 (24%) ont entre 45 et 55 ans et 46 (45%) ont 55 ans et plus. La moyenne d'âge est de 50 ans environ (49,99).
- 51 (50%) médecins exercent dans une ville de moins de 5000 habitants, 23 (22%) dans une ville de 5 à 10000 habitants et 27 (26%) dans une ville de plus de 10000 habitants.

Figure 1 : Répartition homme-femme en fonction de l'âge et du lieu d'exercice



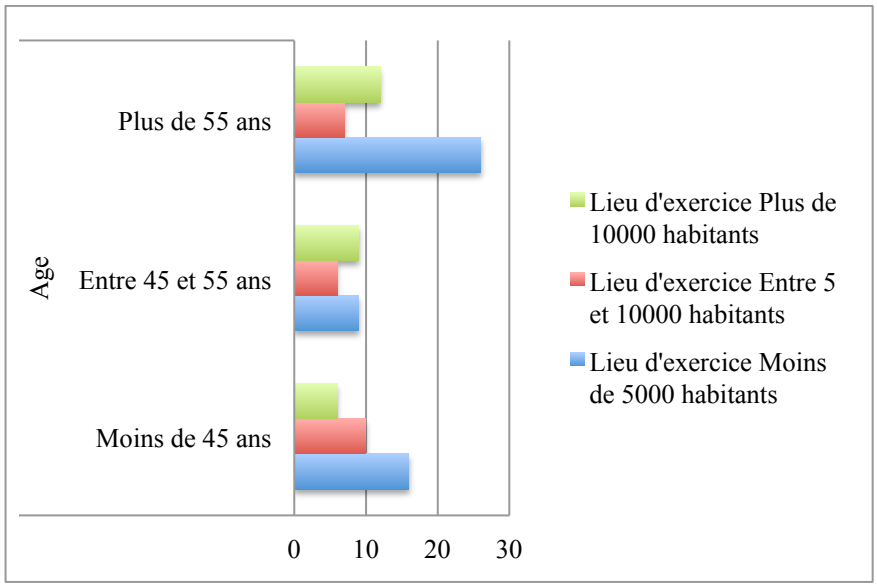
A la partie lieu d'exercice, 2 médecins n'ont pas donné de réponse.

La moitié des femmes de l'échantillon a moins de 45 ans. La moitié des hommes a plus de 55 ans. La moyenne d'âge des hommes est de 54 ans (environ) contre 43 ans et demi pour les femmes.

La classe d'âge des moins de 45 ans est constituée aux deux tiers par des femmes. Celle des plus de 55 ans est caractérisée par une nette majorité d'homme (71%).

Majoritairement, les hommes exercent dans des zones de moins de 5000 habitants.

Figure 2 : Classes d'âge en fonction du lieu d'exercice



A la partie lieu d'exercice, 2 médecins n'ont pas répondu.

Les médecins âgés de plus de 55 ans et ceux âgés de moins de 45 ans exercent majoritairement dans une zone de plus de 10000 habitants.

B. Positionnement des médecins généralistes vis à vis du dépistage

1. Ressenti des médecins concernant le dépistage

Tableau 1 : Dépistage de la dénutrition : importance, facilité de réalisation, ressort du médecin généraliste

	Dépistage important pour la prise en charge du sujet âgé	Réalisation facile	Dépistage du ressort du médecin généraliste
Oui	100 (97%)	78 (76%)	98 (95%)
Non	3 (3%)	23 (22%)	4 (4%)
Non réponse	0	2 (2%)	1 (1%)
Total	103	103	103

Quasiment la totalité des médecins ayant répondu estime que le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique est important dans la prise en charge du sujet âgé et qu'il est du ressort du médecin généraliste.

Près de 1 médecin sur quatre considère qu'il n'est pas facile de le réaliser dans la pratique. Les raisons évoquées sont le manque de temps (pour 13 médecins), les difficultés liées aux conditions variables d'exercice de la médecine générale (visite, consultation au cabinet, activité en EHPAD) (3 médecins), les difficultés liées aux patients (qualité de l'interrogatoire, coopération, compliance) (4 médecins), l'absence d'outil de dépistage facile et adapté connu (5 médecins) et le manque de formation (1 médecin).

2. Prise en compte des facteurs de risque de dénutrition

Tableau 2 : Facteurs de risque augmentant la fréquence de réalisation du dépistage

Facteurs de risque de dénutrition	**Nombre (%)**
Isolement	82 (80%)
Syndrome démentiel	79 (77%)
Etat de dépendance	73 (71%)
Existence de pathologies chroniques évolutives	70 (68%)
Institutionnalisation	65 (63%)
Troubles de la déglutition	63 (61%)
Affections aigues intercurrentes ou décompensations aigues de pathologie chronique	55 (53%)
Troubles psychiatriques	48 (47%)
Pathologies bucco-dentaires	43 (42%)
Hospitalisation récente	40 (39%)
Régimes restrictifs (pauvre en sel, en sucre ou sans gluten)	27 (26%)
Traitement médicamenteux au long court	8 (8%)
Autres	11 (11%)
Non réponse	1 (1%)

Les facteurs influençant le plus grand nombre de praticiens pour la réalisation du dépistage sont : l'isolement, les syndromes démentiels, l'état de dépendance, l'existence de pathologies chroniques évolutives.

L'institutionnalisation, l'existence de troubles de la déglutition et la survenue de pathologies aigues intercurrentes agissent sur la fréquence de réalisation du dépistage chez une majorité de médecins. L'hospitalisation récente et l'existence de pathologies bucco-dentaires sont moins reconnues.

La prise de traitements médicamenteux au long cours et les régimes restrictifs sont peu recherchés et peu pris en compte.

Les autres facteurs évoqués sont l'anorexie (selon 3 médecins), l'amaigrissement (5 médecins), l'IMC bas (2 médecins), la négligence de l'entourage (1 médecin), l'alitement (1 médecin). Trois médecins considèrent que tous les facteurs cités pourraient être cochés.

3. Prise en charge thérapeutique

95% des médecins mettent en place des traitements de la dénutrition protéino-énergétique. Deux médecins n'ont pas répondu à la question et 3 n'en n'instaurent pas.

4. Obstacles décrits à la pratique du dépistage et moyens d'amélioration évoqués

a) Les obstacles

Tableau 3 : Existence d'obstacles au dépistage

	Nombre (%)
Oui	26 (25%)
Non	75 (73%)
Non réponse	2 (2%)
Total	**103**

Un quart des médecins (6 femmes contre 20 hommes) ayant répondu considère qu'il existe des obstacles à la réalisation du dépistage. 84% des femmes ayant répondu estiment qu'il n'y a pas d'obstacle à la pratique du dépistage contre 66% des hommes.

Tableau 4 : Les obstacles au dépistage décrits par les médecins généralistes (question libre)

Manque de temps	13
Difficultés liées à la fiabilité de certaines réponses de l'interrogatoire	7
Absence d'outil de dépistage facile, connu et adapté à la médecine générale	3
Difficultés liées à l'état physique du patient : grabataire, dépendant	2
Population générale non sensibilisée au problème de dénutrition, patients réticents à faire les tests	2
Activité de dépistage non valorisée : pas de cotation spécifique, pas de temps dédié	1
Difficultés liées aux conditions d'exercice de la médecine générale, confrontation à des plaintes multiples	1
Utilité réelle du dépistage ?	1

Vingt-deux médecins ont répondu à cette question (quatre médecins n'ont pas répondu). Les obstacles les plus fréquemment évoqués sont le manque de temps et les difficultés liées à la fiabilité des réponses obtenues lors de certains interrogatoires, chez les patients déments, isolés, vus sans entourage.

b) Les moyens d'amélioration

Tableau 5 : Moyens d'amélioration évoqués : question à réponse libre

Moyens d'amélioration	**Nombre**	**Pourcentage**
Réaliser un bilan systématique (incluant le dosage de l'albuminémie)	10	10
Peser régulièrement	8	8
Apprendre à repérer les patients à risque	7	8
Améliorer la formation des soignants (médecins infirmières)	7	8
Avoir plus de temps	5	5
Informer la population générale sur le sujet (famille, patients et soignants)	5	5
Mettre en avant le MNA	4	4
Faire prendre conscience de l'enjeu du dépistage	4	4
Pouvoir s'appuyer sur l'entourage	4	4
Ne sait pas	4	4
Pouvoir confier le patient à d'autres professionnels de santé (infirmières, gériatres, diététiciennes)	3	3
Valorisation financière de l'activité en médecine générale, dans le cadre d'une consultation spécifique (« gériatrique ») dédiée	3	3
Améliorer les conditions d'exercice des visites	2	2
Faire tourner l'interrogatoire autour des questions de nutrition	2	2
Faire que les médecins y pensent	2	2
Faire que les jeunes médecins s'installent	1	1
Donner et définir les items	1	1
Créer des campagnes de dépistage	1	1
En faire une priorité	1	1
Valorisation financière de l'activité des diététiciennes, remboursement	1	1
Rien	1	1
Non réponse	53	51,5

De ces observations, on dégage plusieurs groupes d'idées :

- Améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale pour avoir plus de temps, améliorer la qualité d'exercice des visites, faire que les jeunes médecins s'installent.
- Créer un protocole de dépistage dédié et adapté à la médecine générale qui reposerait sur la réalisation d'un bilan systématique, des items bien définis à surveiller, le suivi régulier du poids, des questions clés à poser au cours de l'interrogatoire.

- Informer l'ensemble de la population (personnels soignants et population générale) : faire connaître le MNA, améliorer la formation, créer des campagnes de sensibilisation médiatisées. Le but recherché serait d'apprendre à repérer les situations à risque, faire prendre conscience de l'enjeu (fréquence de la dénutrition, gravité de l'état, intérêt d'un dépistage précoce), en faire une priorité pour y penser. On pourrait également envisager des campagnes de dépistage
- Aider les médecins généralistes.
- Valoriser financièrement cette activité.

C. Concernant la pratique des médecins généralistes picards

1. Moyens de dépistage utilisés

Tableau 6 : Outils de dépistage utilisés (nombre et pourcentage)

Dosage de l'albuminémie	92 (89%)
Suivi du poids, recherche d'une perte de poids	83 (81%)
Calcul de l'IMC	63 (61%)
Estimation de l'appétit et des apports alimentaires	61 (59%)
Recherche de facteurs de risque de dénutrition	57 (55%)
Dosage de la préalbuminémie	41 (40%)
MNA version courte	14 (14%)
Autre	6 (6%)
MNA global	2 (2%)
Non réponse	1 (1%)
Aucun, je ne pratique pas le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé	0

Les outils les plus utilisés par les médecins généralistes sont le dosage de l'albuminémie, le suivi du poids et la recherche d'une perte de poids.

La moitié des médecins ayant répondu calcule l'IMC des patients, estime l'appétit et les apports alimentaires et recherche des facteurs de risque.

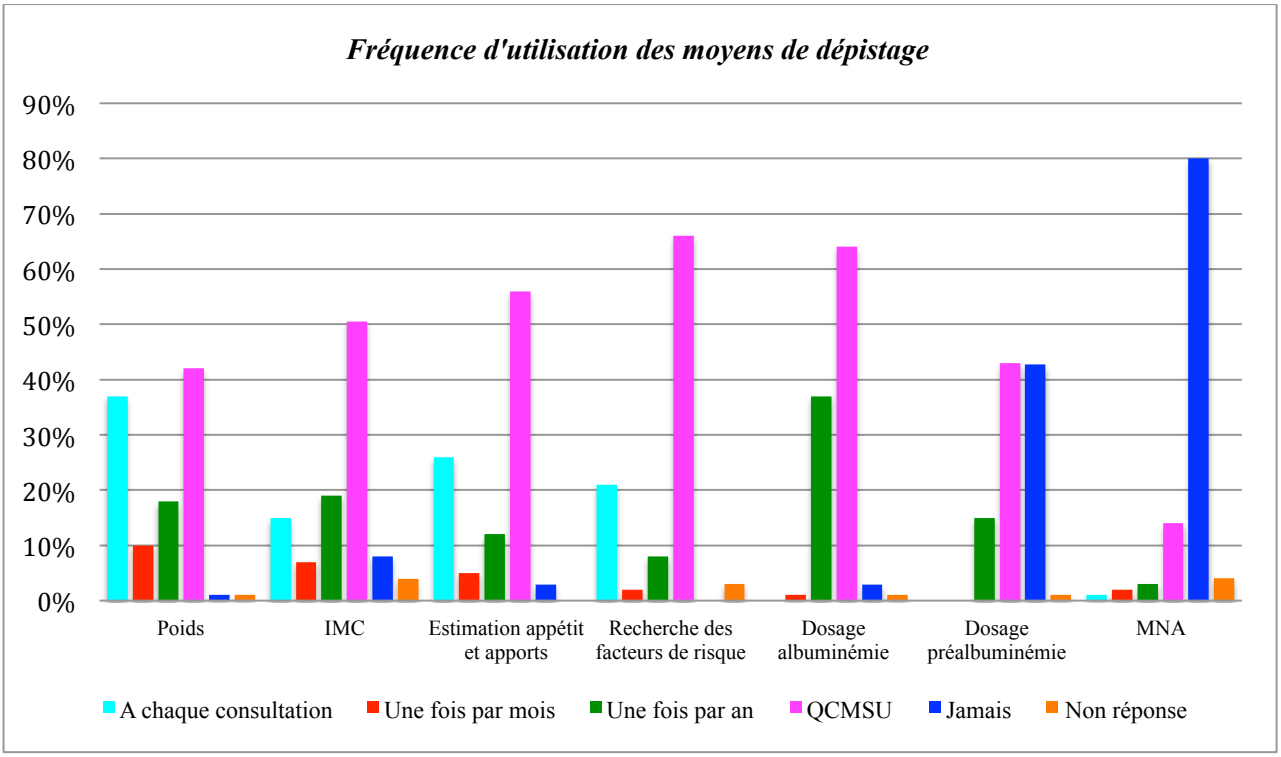
Le MNA est utilisé par 14% des médecins dans sa version courte et par 2% des médecins dans sa version globale.

Aucun médecin déclare ne jamais réaliser le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique.

Les autres réponses sont : le dosage vitaminique (vitamine D, bilan phosphocalcique), le fer, l'hémoglobinémie, la mesure du bourrelé adipeux, le réseau gérontologique, l'impédancemétrie /multifréquence.

2. *Fréquence d'utilisation des moyens de dépistage*

Figure 3 : Fréquence d'utilisation des moyens de dépistage



QCMSU : quand cela me semble utile

37% des médecins de l'échantillon pèsent leurs patients à chaque consultation, 10% une fois par mois, 18% une fois par an et 42 % « quand cela semble utile ».

Le calcul de l'IMC est réalisé à chaque consultation par 15% des médecins, annuellement par 19% et « quand cela semble utile » par 50%.

Les facteurs de risque, les apports alimentaires et l'appétit sont surtout recherchés « quand cela semble utile » (dans respectivement 66% et 56% des cas). Ils sont évalués à chaque consultation par respectivement 21% et 26% des médecins.

Le dosage de l'albuminémie est réalisé une fois par an par 37% des médecins ou quand cela leur semble utile (64%).

80% des médecins n'utilisent jamais le MNA. Il est majoritairement utilisé « quand cela leur semble utile ».

43% des médecins déclarent ne jamais utiliser le dosage de la préalbuminémie. Il est réalisé annuellement (15%) ou quand cela semble utile (43%).

Certains médecins ont donné deux réponses à ces questions :

- 5 médecins pèsent leur patient une fois par an et « quand cela leur semble utile »
- 2 médecins calculent l'IMC une fois par an et « quand cela semble utile »
- 2 médecins estiment l'appétit et les apports alimentaires une fois par an et « quand cela leur semble utile »
- 6 médecins dosent l'albuminémie une fois par an et « quand cela leur semble utile ».

D. Concernant le MNA

1. Connaissance du MNA

Il est connu par 29 médecins de l'échantillon (28%). Et il est utilisé par près de la moitié d'entre eux.

Tableau 7 : Versions de MNA connues : question ouverte

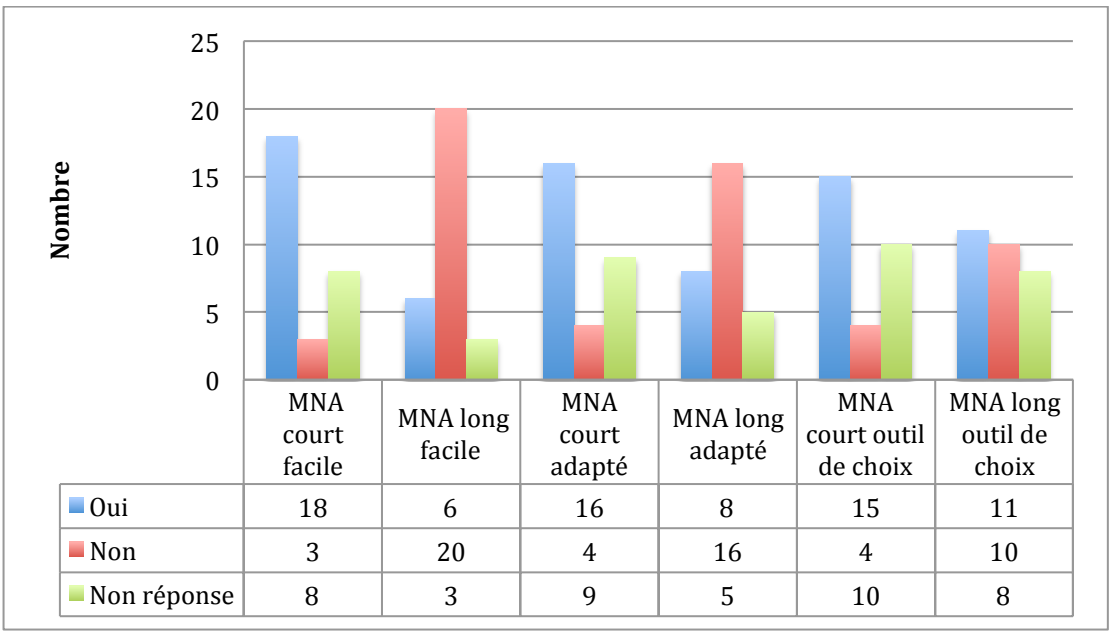
	Nombre
MNA version courte	4
Les deux versions (courte et globale)	4
MNA global	2
Version Nestlé	1
Score de dépistage	1
En connaît un	1
Non réponses	16
Total	**29**

Le MNA global est connu par 6 médecins et sa version courte par 8 médecins.

Trois réponses ont été données et ne peuvent pas être classées dans version courte ou globale : « version Nestlé » (sous ce « label », les deux versions existent), « score de dépistage » (lequel ?), « en connaît un ».

2. Appréciations générales du MNA

Figure 4 : MNA et perception par les praticiens



La majorité des médecins trouve le MNA dans sa version courte facile et adapté à la médecine générale. Elle le considère comme l'outil de choix. Les freins évoqués à son utilisation sont la

longueur (3 médecins), la nécessité d'aidants présents pour le faire (1 médecin), un test parmi d'autres à faire (dépression, démence) (1 médecin). Un médecin considère cette forme insuffisante.
Le MNA global est majoritairement considéré inadapté à la médecine générale et difficile à réaliser.
La population est plus partagée quant à son rôle dans le dépistage : un tiers des médecins le considère comme l'outil de choix au dépistage.
Les freins évoqués à son utilisation sont : la longueur (16 médecins), la difficulté de réalisation pendant les visites (2 médecins), la nécessité d'aidants présents pour le faire (1 médecin), l'inadaptation aux patients déments (2 médecins), l'absence de cotation spécifique à l'acte (1 médecin). Un médecin propose que ce soit une infirmière ou un réseau gérontologique qui le fasse. Un autre suggère de faire uniquement le dosage de l'albumine et de la préalbuminémie. Un dernier estime que la version courte est suffisante.

3. Utilisation du MNA

Tableau 8 : Utilisation du MNA : lequel ?

	Nombre	**Pourcentage**
MNA version courte	14	14%
Aucune des deux versions	86 (dont 12 médecins qui connaissent le MNA et 74 qui ne le connaissent pas)	83%
MNA version globale	2	2%
Non réponse	1	1%
Total	**103**	**100%**

Au total, 16% des médecins utilisent le MNA (version courte ou globale). On note que 83% des médecins de l'échantillon ne l'utilisent pas, soit parce qu'ils ne le connaissent pas (74 médecins), ou qu'ils ont « choisi » de ne pas l'utiliser (12 médecins). Les raisons invoquées par ces derniers sont le manque de temps (4 médecins), sa longueur (3 médecins), son inadaptation à la médecine générale (3 médecins), « ne pas y penser » (1 médecin), l'utilisation d'autres moyens (impédancemétrie/multifréquence) (1 médecin). Mais aucun médecin ne l'estime trop compliqué.
Près de la moitié des médecins connaissant le MNA l'utilise dans sa version courte (48%).

Tableau 9 : Fréquence d'utilisation du MNA

Fréquence d'utilisation	Nombre	Pourcentage
QCMSU*	14	14%
Une fois par an	3	3%
Une fois par mois	2	2%
A chaque consultation	1	1%
Jamais	8 (+ 74)	80%
Non réponse	4	4%

**QCMSU : quand cela me semble utile*

A cette question, certains médecins ont coché plusieurs cases. Au total, 16 médecins utilisent le MNA.

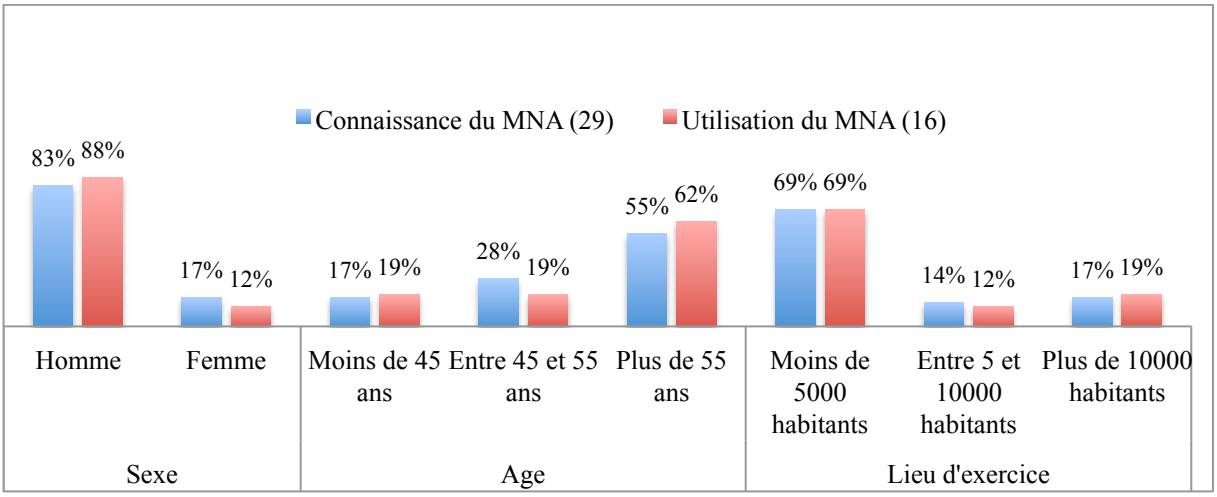
Les pourcentages ont été calculés par rapport à l'échantillon total (103 médecins).

74 médecins ne connaissent pas le MNA. Ils ne le réalisent donc jamais.

88% des médecins qui utilisent le MNA le font quant cela leur semble utile.

4. Connaissance et utilisation du MNA en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice des médecins

Figure 5 : Connaissance et utilisation du MNA en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice



Relation entre connaissance du MNA et :

Sexe : p=1%. Très significative.

Age : p=16%. Non significative.

Lieu d'exercice : p=9,3%. Peu significative.

Relation entre utilisation du MNA et :

Sexe : p=74,9. Non significative.

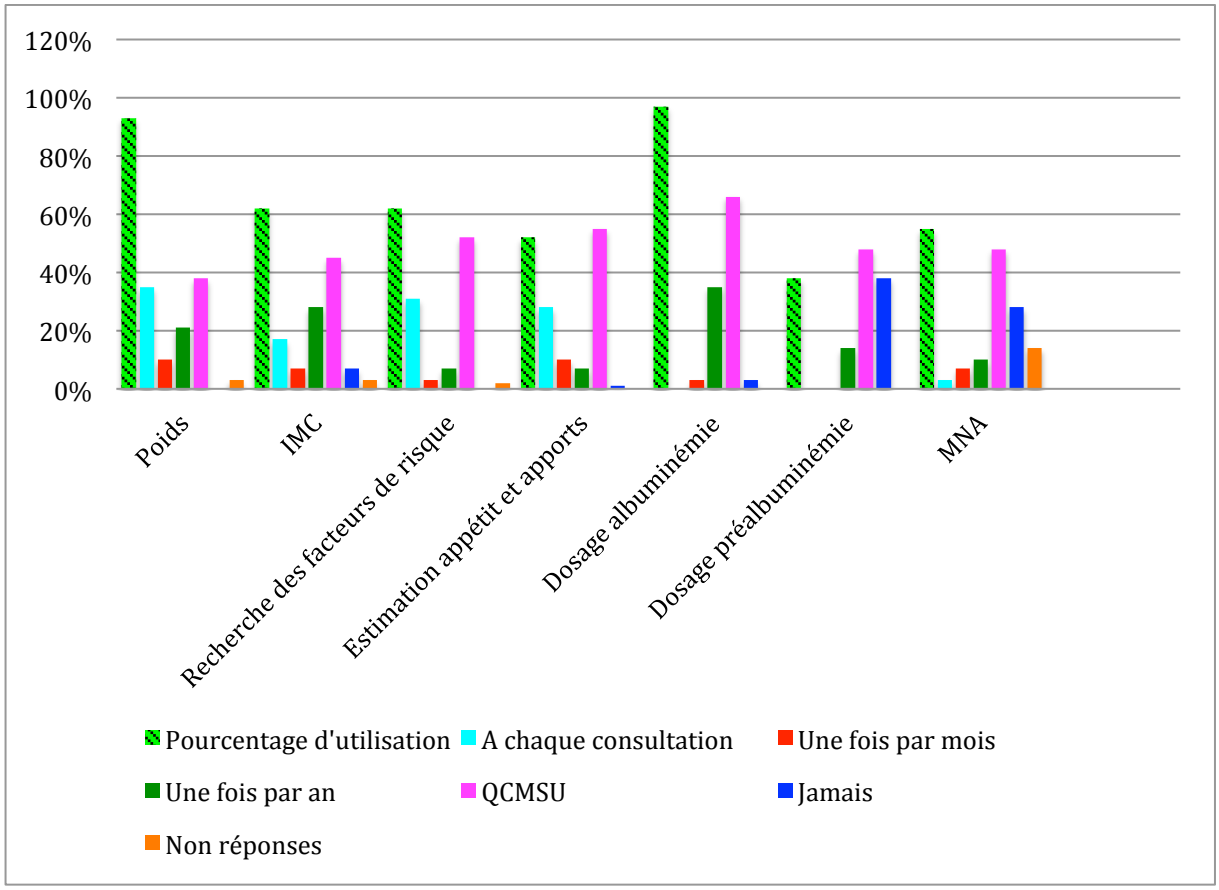
Age : p=11,4. Non significative.

Lieu d'exercice : p=95,1. Non significative.

D'une manière générale, les médecins qui connaissent et utilisent le MNA sont des hommes (pour respectivement 83% et 88%). Majoritairement, ils ont plus de 55 ans et exercent dans une zone de moins de 5000 habitants.

5. Connaissance du MNA et moyens de dépistage utilisés

Figure 6 : Connaissance du MNA et moyens de dépistage utilisés : pourcentage et fréquence d'utilisation



Relation entre connaissance du MNA et moyens de dépistage utilisés : p=99,8. Non significative

Relation entre connaissance du MNA et fréquence d'utilisation du :

Poids : p=65,4%. La relation n'est pas significative.

IMC : p=87,6%. La relation n'est pas significative.

Estimation de l'appétit et des apports alimentaires : p=50,4%. La relation n'est pas significative.

Recherche des facteurs de risque : p=22%. La relation n'est pas significative.

Dosage albuminémie : p=55,2%. La relation n'est pas significative.

Dosage préalbuminémie : p=82,1%. La relation n'est pas significative.

Lorsqu'ils connaissent le MNA, les médecins généralistes utilisent quasiment tous le suivi du poids (93%) et le dosage de l'albuminémie (97%).

Le MNA est utilisé par 55% d'entre eux. Ils l'utilisent « quand cela semble utile » pour 48% d'entre eux.

Environ un tiers des médecins surveille le poids, recherche les facteurs de risque et estime les apports alimentaires à chaque consultation.

Une majorité de médecins utilise l'IMC, la recherche des facteurs de risque, l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires, les dosages albumine et préalbuminémie « quand cela leur semble utile ».

38% des médecins n'utilisent jamais le dosage de la préalbuminémie. Il est réalisé annuellement (14%) ou quand cela semble utile (48%).

E. Concernant la pratique systématique du dépistage de la dénutrition protéino-énergétique

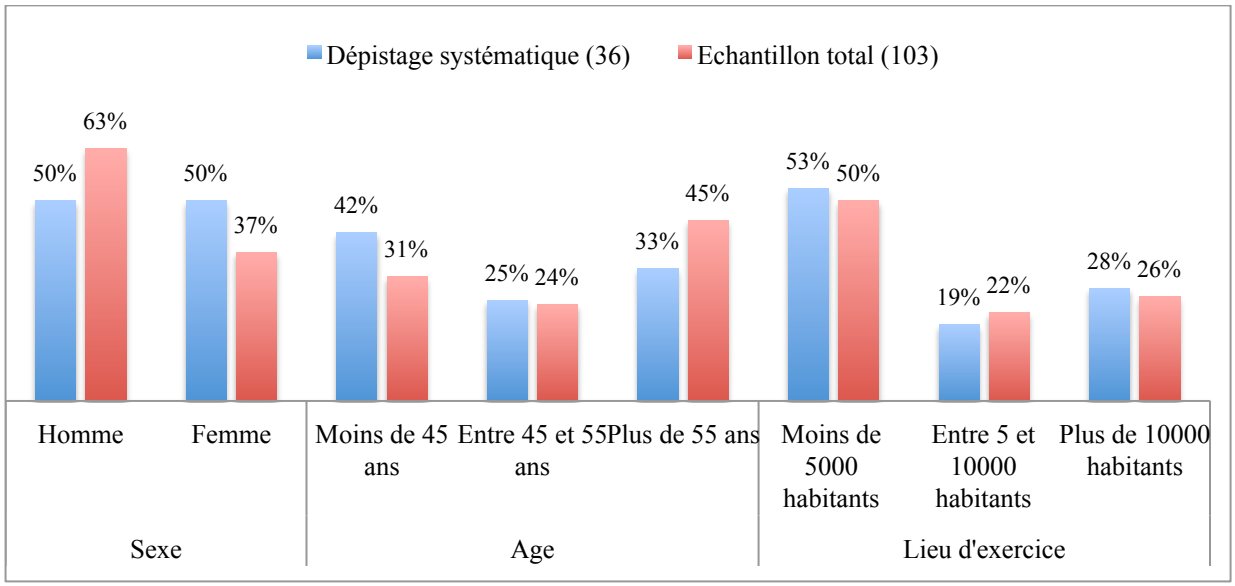
1. Données générales

Trente six médecins (35%) déclarent réaliser le dépistage de la dénutrition de manière systématique. Quatre médecins n'ont pas répondu à la question.

2. Caractéristiques des praticiens réalisant le dépistage systématique de la dénutrition et moyens de dépistage utilisés

a) Caractéristiques des praticiens

Figure 7 : Dépistage systématique : caractéristiques des médecins (sexe, âge et lieu d'exercice)



Relation entre dépistage systématique et :

Sexe : p=9%. Non significative.

Age : p=28,3%. Non significative.

Lieu d'exercice : p=94,9%. Non significative.

Parmi les médecins réalisant le dépistage systématique, un médecin sur deux est une femme. La majorité exerce dans une zone de moins de 5000 habitants. Il existe une grande proportion de praticiens de moins de 45 ans. Ce groupe a un âge moyen de 47,8 ans.

b) *Moyens de dépistage utilisés*

Tableau 10 : Dépistage systématique et moyens utilisés

Moyens de dépistage utilisés	Nombre	Pourcentage
Dosage l'albuminémie	35	97%
Suivi poids et recherche d'une perte de poids	31	86%
Calcul de l'IMC	23	64%
Estimation de l'appétit et des apports	22	61%
Recherche des facteurs de risque	20	56%
Dosage de la préalbuminémie	16	44%
MNA version courte	4	11%
Autre	4	11%
MNA global	1	3%
Aucun, je ne dépiste pas	0	0
Non réponse	0	0

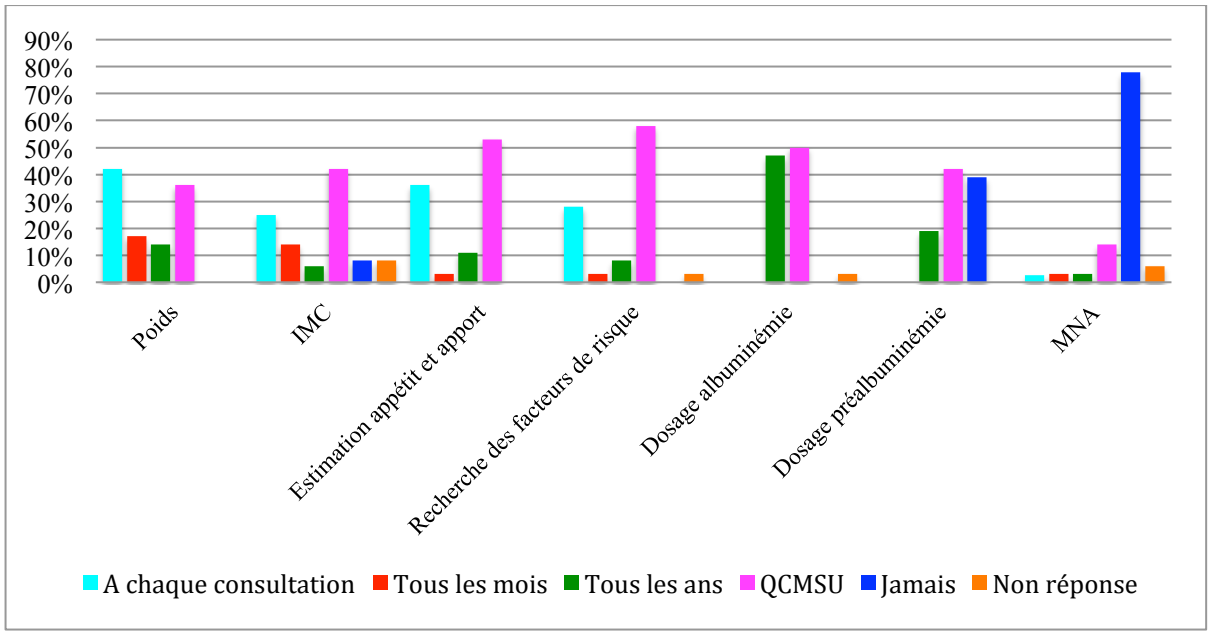
Relation entre dépistage systématique et moyens de dépistage : p=99,5%. Non significative.

Parmi les 36 médecins qui dépistent systématiquement la dénutrition, les indicateurs les plus utilisés sont le dosage de l'albuminémie et le suivi du poids. Une majorité de médecins réalisant le dépistage systématique calcule l'IMC, recherche les facteurs de risque de dénutrition et estime les apports et l'appétit.

Le MNA est utilisé dans sa version courte par 11% des médecins et dans sa version globale par 3% des médecins.

c) *Fréquence d'utilisation des moyens de dépistage*

Figure 8 : Dépistage systématique et fréquence d'utilisation des moyens de dépistage



QCMSU : quand cela me semble utile

La relation entre dépistage systématique et la fréquence d'utilisation :

Poids : p=68,1%. Non significative.

IMC : p=0,3%. Très significative.

Estimation appétit et apports alimentaires : p=32,3%. Non significative.

Recherche des facteurs de risque : p=6,5%. Non significative.

Dosage albuminémie : p=31,8. Non significative

Dosage préalbuminémie : p=89,6%. Non significative.

Le poids est recherché à chaque consultation par 42% des médecins réalisant le dépistage systématique, une fois par mois par 17% d'entre eux et une fois par an par 14%.

A chaque consultation, 25% des médecins calculent l'IMC, 36% estiment l'appétit et les apports alimentaires et 28% recherchent les facteurs de dénutrition.

Le MNA n'est jamais utilisé par une grande majorité des médecins. Il l'est quand c'est estimé utile.

Le dosage de l'albuminémie est réalisé une fois par an (47%) ou quand cela semble nécessaire (50%).

Le dosage de la préalbuminémie n'est jamais demandé par 39% des médecins. Il est utilisé annuellement (42%) ou quand cela semble utile (39%).

3. Dépistage systématique et MNA

Tableau 11 : Dépistage systématique en fonction de la connaissance et de l'utilisation du MNA

	Connaissance du MNA		**Utilisation du MNA**	
	Oui	Non	Oui	Non
Nombre	11	25	5	31
Pourcentage	31%	69%	14%	86%
Total	**36**		**36**	

La relation entre dépistage systématique et :

Connaissance du MNA : p=6%. Non significative.

Utilisation du MNA : p=82,6. Non significative.

Le MNA est connu par un peu moins d'un tiers des médecins pratiquant le dépistage systématique. Il est utilisé par 14% d'entre eux.

IV. DISCUSSION

A. Discussion de la méthode, du questionnaire et de l'échantillon

1. Méthode

Sur un envoi à 600 médecins généralistes picards tirés au sort par l'URPS, 103 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 17%. Il n'y a pas eu de relance. L'organisme a jugé le nombre de réponses satisfaisant. Cela peut constituer un biais d'échantillonnage. Une relance aurait peut-être permis d'obtenir un meilleur taux de réponse et par la même occasion une meilleure puissance.

2. Concernant la structure du questionnaire (annexe 2)

a) Caractéristiques des médecins (âge, sexe, lieu d'exercice)

Nous ne les avons pas interrogés concernant le département d'installation. Et il n'y a pas eu de question concernant la formation (formation médicale continue ou FMC, diplôme de nutrition, de gériatrie), car le questionnaire était déjà relativement long. Cela aurait permis de mettre en évidence des différences de pratique. Quel que soit le lieu d'exercice ou la formation des médecins, quasiment tout l'échantillon de l'étude estime le dépistage de la dénutrition important et de leur ressort.

Sur d'autres sujets, les questions relatives à la formation des médecins avaient déjà été posées et avaient montré que cela influençait positivement la pratique.

b) Concernant la première partie du questionnaire

A la question « dans la pratique, que pourrait-on faire pour améliorer le dépistage ? », nous aurions pu donner des exemples de réponses avec une option « autre » à cocher en cas de besoin. Cela aurait pu augmenter le nombre de réponses à la question.

Les questions 2 et 4, interrogeant sur la facilité de réalisation et l'existence ressentie d'obstacles, sont intimement liées. Un quart des médecins ne trouve pas le dépistage facile et un quart considère qu'il existe des obstacles. Les réponses libres explicatives se rejoignent. Elles mentionnent le manque de temps, la difficulté à l'obtention de réponses fiables à l'interrogatoire, l'absence d'outil de dépistage adapté.

c) Concernant les deuxième et troisième parties portant sur les fréquences d'utilisation des indicateurs et du MNA

Aux questions « A quelle fréquence utilisez-vous ? » (15, 16, 17, 18, 19 et 20), une seule réponse était attendue. Certains médecins ont donné deux réponses dont nous avons tenu compte. Les deux réponses font apparaître deux notions inhérentes à la médecine générale : la prise en charge dans la durée avec le dépistage systématique à mettre en œuvre pour tous les patients âgés de plus de 70 ans

d'une part et les situations d'urgence nécessitant une réactivité immédiate d'autre part. Cela est illustré par l'utilisation importante de la réponse « quand cela me semble utile » aux questions portant sur la fréquence d'utilisation. Les médecins pensent peut-être davantage au dépistage quand ils sont exposés à certaines situations particulières ou face à une intuition.

d) Concernant la connaissance et l'utilisation du MNA

Il existe une discordance de résultats concernant la connaissance et l'utilisation du MNA.

La question 9 du questionnaire interroge sur la connaissance du MNA. S'ils le connaissent, les médecins généralistes doivent préciser sous quelle forme. Ainsi, 8 médecins connaissent le MNA version courte. La question 10 demande aux médecins s'ils utilisent le MNA et sous quelle forme. 14 médecins déclarent l'utiliser. On peut expliquer cette différence par un nombre plus important de non réponses (16 non réponses) à la question 9, probablement en rapport avec le fait que cette question nécessite des réponses libres, contrairement à la question 10.

Il existe également une discordance concernant la non utilisation du MNA entre les questions 10 et 11. La onzième question interroge sur la fréquence d'utilisation du MNA. 8 médecins déclarent ne jamais l'utiliser contre 12 médecins à la question 10. On peut expliquer cette différence par le nombre de non réponse également à ces questions.

3. Comparaison de l'échantillon et de la population des médecins généralistes picards

Tableau 12 : caractéristiques des médecins généralistes picards en terme de sexe et âge

		Médecins généralistes picards (1497)	Médecins généralistes de l'échantillon (103)
Sexe	Femmes	30%	37%
	Hommes	70%	63%
Age	Moins de 45 ans	17%	31%
	Entre 45 et 55 ans	27%	24%
	Plus de 55 ans	56%	45%
Age moyen (années)		51,6 ans	50 ans

L'échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire est plus jeune et constitué de plus de femmes que la population de médecins généralistes picards. Il n'est donc pas tout à fait représentatif en terme d'âge et sexe.

Par contre, nous pouvons peut-être supposer que le sujet intéresse davantage les jeunes femmes médecins, qui ont plus volontiers répondu au questionnaire. Cela constitue un biais de sélection. Une relance aurait permis d'augmenter le taux de réponse et la puissance de l'étude.

B. Données générales

1. Les obstacles décrits dans la pratique : raisons données pour expliquer que le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique n'est pas facile

Lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet, les médecins de l'échantillon déclarent que le dépistage de la dénutrition des sujets âgé est important (97%) dans la prise en charge de leurs patients et du ressort du médecin généraliste (95%). Cependant, la facilité de réalisation est plus nuancée : près d'un quart des médecins ne le trouve pas facile et un médecin sur quatre décrit des obstacles. Certains freins sont évoqués spontanément plus souvent que d'autres comme : le manque de temps, les difficultés liées à la fiabilité des réponses chez des patients déments, en l'absence d'entourage proche, l'absence d'outil de dépistage facile connu et adapté à la médecine générale. D'autres arguments sont exprimés moins fréquemment, mais témoignent tout de même de particularités propres à l'exercice de la médecine générale telles que les difficultés liées aux conditions d'exercice, les plaintes multiples en consultation et l'absence de valorisation de l'activité de dépistage en médecine générale (chronophage et non rémunérée).

a) Le manque temps

Plus de la moitié des médecins confrontés à des obstacles évoquent le manque de temps comme un frein au dépistage de la dénutrition. Cette notion est également retrouvée dans l'enquête d'Arnaud Gautier auteur de « Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention » (15). Il s'agit d'une étude réalisée de novembre 2008 à janvier 2009, auprès d'un échantillon représentatif de 2000 médecins généralistes. Elle aborde différents aspects de la prévention. Dans ce travail, il apparaît qu'un peu plus de 9 médecins généralistes interrogés sur 10 souhaiteraient bénéficier de plus de temps pour les activités relatives à la prévention et au dépistage.

b) La fiabilité de l'interrogatoire de certains patients et prise en charge de personnes dépendantes physiquement

Dans notre travail, un tiers des médecins généralistes confrontés à des obstacles doute de la fiabilité des réponses données par certains patients. Ils mettent en cause l'isolement de patients déments, parfois vus seuls, sans l'entourage. D'autres obstacles sont rencontrés, notamment dans la prise en charge des personnes dépendantes physiquement (non autonomes). Or, ces patients sont justement à risque plus important de dénutrition. Ils nécessitent une surveillance accrue. Mais la réalisation du dépistage est plus difficile en raison de difficultés pour surveiller le poids (chez un patient grabataire par exemple), pour rechercher les facteurs de dénutrition et estimer les apports alimentaires et l'appétit à l'interrogatoire.

c) Conditions variables d'exercice de la médecine générale et pluralité des motifs de consultation

Un seul médecin exprime que cette activité de dépistage est à intégrer dans un contexte de plaintes multiples au sein d'une même consultation et qu'il existe des difficultés relatives aux conditions d'exercice de la médecine générale. Or cette notion est régulièrement reprise dans les moyens d'amélioration et bien avérée dans d'autres travaux. Par exemple sur son site, la société Française de Médecine Générale (SFMG) publie une enquête, intitulée la « Gestion simultanée de problèmes aigus et chroniques ». Selon elle, le nombre de problèmes évoqués par le patient au sein d'une consultation de médecine générale en France est de 2,1. Et il augmente avec l'âge pour être supérieur à 4 (16).

A la question « Le dépistage de la dénutrition est-il de réalisation facile en médecine générale ? », cinq médecins (qui ont répondu « non ») évoquent les conditions variables d'exercice de la médecine générale alternant consultations au cabinet, visites à domicile, activité en maison de retraite. Cette contrainte est bien développée dans une enquête intitulée « La visite à domicile chez les patients franciliens », réalisée à la demande de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France (17). Le but de ce travail était d'obtenir « une photographie de la visite à domicile en région Ile-de-France ». Elle justifiait la poursuite des visites à domicile, jugées indispensables dans la prise en charge des personnes peu ou pas autonomes. Elle montrait que les médecins généralistes perçoivent ce mode d'activité comme une contrainte, surtout en raison du temps à lui accorder (avec une durée moyenne de 41 minutes), de l'absence de matériel, de l'absence du dossier médical informatisé (17).

d) Absence d'outil de dépistage adapté et autres obstacles retrouvés

D'autres obstacles sont moins évoqués dans notre enquête, mais ils trouvent un écho dans d'autres travaux déjà réalisés ou dans les moyens d'amélioration souhaités. Certains médecins évoquent l'absence d'outil adapté à la pratique, ou le fait que la population générale ne soit pas sensibilisée sur le sujet, ou bien encore que l'activité de dépistage n'est pas valorisée financièrement. Ces arguments sont également soulevés dans l'enquête d'Arnaud Gautier (15). Dans ce travail de santé publique, les médecins généralistes déplorent une inadaptation des activités de prévention et de dépistage à leurs conditions d'exercice.

L'action de prévention et de dépistage est potentiellement plus longue, allonge la durée de consultation. Et, il n'existe pas de cotation spécifique pour la valoriser financièrement.

2. Les moyens d'amélioration évoqués par les médecins de l'échantillon

Les praticiens interrogés évoquent différents moyens d'amélioration. Si certains points semblent difficilement envisageables compte-tenu des caractéristiques d'exercice propres à la médecine générale, d'autres le sont davantage.

a) Développer un outil de dépistage adapté

Le moyen d'amélioration attendu par un plus grand nombre de médecins est d'obtenir un outil de dépistage standardisé, facile et adapté. La notion est soit donnée clairement par 10 médecins, soit ils évoquent la pesée systématique (8 médecins). Quatre praticiens proposent de mettre en avant le MNA.

Dans cette optique, le MNA pourrait répondre à la demande, mais il faudrait qu'il soit davantage connu. Dans notre enquête, 72% des médecins interrogés déclarent ne pas le connaître. Actuellement, selon le troisième PNNS (12), c'est sa forme courte qui est conseillée en médecine ambulatoire. Dans notre travail, c'est effectivement cette version qui est la plus utilisée, quand elle est connue. Cette dernière est alors jugée facile (86%) et adaptée (80%).

b) Améliorer la formation des professionnels de santé

Dans notre travail, 7 médecins souhaiteraient apprendre à repérer les patients à risque, 7 proposent la formation des soignants (médecins et infirmières), un médecin voudrait qu'on lui donne et qu'on lui définisse les items. Ce désir de formation est également retrouvé dans le travail réalisé par Vanessa Papillon (14) pour améliorer la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes picards. Il est aussi mis en avant dans l'étude « Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention » réalisé par Arnaud Gautier (15). Dans ce travail il est toutefois nuancé par l'argument du manque de temps pour mettre en pratique les nouvelles connaissances acquises.

Quatre médecins ont répondu « faire prendre conscience de l'enjeu ». Cette réponse est peu précise. On peut se demander ce qu'ils entendent par le terme « enjeu » et à qui on doit en faire prendre conscience (les médecins, les patients ?). On pourrait penser qu'ils souhaitent savoir quel est l'intérêt du dépistage et quels sont les bénéfices attendus.

c) Sensibilisation de la population générale

Cinq médecins évoquent clairement cette idée. D'autres (4 médecins) aimeraient pouvoir s'appuyer sur l'entourage. La pratique du dépistage de la dénutrition repose sur des critères objectifs (suivi du poids, calcul de l'IMC) et d'autres subjectifs (recherche de facteurs de risque, estimation de l'appétit et des apports alimentaires) qui nécessitent selon les cas la participation de l'entourage. C'est dans ce sens, qu'informer et sensibiliser la population générale et les différents soignants libéraux, auraient deux conséquences intéressantes : participation active des aidants à la prise en charge des sujets âgés au cours des visites et sollicitation du médecin en cas de besoin, face à des situations qu'ils estimeraient être à risque de dénutrition.

d) Améliorer les conditions d'exercice

Si certaines situations déjà citées sont susceptibles d'être améliorées, d'autres le sont moins. Deux médecins font la demande directe d' « amélioration des conditions de travail ». Et deux médecins

souhaiteraient une amélioration des conditions d'exercice en visite. Sur ce sujet, un travail a été publié en 2009 dans la revue « L'économie de la santé », s'intitulant « Le temps de travail des médecins généralistes » (18). Il s'agissait d'une étude faite à partir des données disponibles sur le sujet. Il visait à décrire l'activité du médecin généraliste, dans un contexte où des modifications de la médecine ambulatoire étaient envisagées. Avec une durée de travail hebdomadaire moyenne déclarée entre 52 et 60 heures, il y était également décrit les différents types d'activité et le temps qui leur est dédié : activité de consultation et visite en milieu libéral, activité de type salariale (en milieu hospitalier, scolaire, maison de retraite), activité de garde et astreinte, activité non rémunérée (conseils téléphoniques ou consultations gratuites) et activités autres que celles directement liée aux soins (tâches administratives, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles, réception des visiteurs médicaux, délégués de l'Assurance maladie). Cependant, il apparaissait un manque de « transparence » et des modes d'activité parfois extrêmement variables d'un praticien à l'autre (cabinet de groupe ou seul, milieu rural ou urbain). Il était alors difficile de déterminer l'organisation « type » du médecin généraliste. Cela rend complexe l'établissement d'une réorganisation de l'offre des soins en médecine ambulatoire.

Dans la même idée d'amélioration des conditions de travail, trois médecins expriment la volonté d'une valorisation financière du dépistage de la dénutrition en médecine générale. Quatre médecins proposent de déléguer cette tâche à d'autres intervenants (infirmières, gériatres, diététiciennes).

C. Moyens de dépistage utilisés : place du MNA

1. Facteurs de risque de dénutrition

Il semble apparaître dans notre étude que les médecins généralistes sont bien attentifs à certains facteurs de risque comme l'isolement (80%), les syndromes démentiels (77%), l'état de dépendance (71%) et l'existence de pathologies chroniques évolutives (68%). Cependant, d'autres situations sont moins connues telles l'hospitalisation récente, le suivi de régimes restrictifs et la prise de médicaments au long court. Les médecins évoquent d'ailleurs ressentir le besoin de mieux les reconnaître et vouloir être mieux formés sur le sujet. Sur ce point, l'enquête AGENA (11) et le travail de thèse de Vanessa Papillon (14) ne posaient pas de question sur la connaissance ou la prise en compte des facteurs de risque de dénutrition. L'étude réalisée en Rhône-Alpes (13), par contre, montrait une reconnaissance importante des problèmes dentaires, de certaines situations sociales, l'existence de pathologies chroniques et de démence. Il est difficile de comparer complètement nos données, car l'hospitalisation récente, l'isolement, l'existence de troubles psychiatriques, l'état de dépendance n'étaient pas mentionnés dans le questionnaire de cette étude (13).

2. Moyens de dépistage utilisés

Dans notre enquête, les indicateurs utilisés par le plus grand nombre de médecins sont le dosage de l'albuminémie (89%) et le suivi du poids (81%). Le calcul de l'IMC, l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires, ainsi que la recherche des facteurs de risque sont utilisés par une majorité de médecins. Les outils les moins utilisés sont le MNA (16%) et le dosage de la préalbuminémie (40%).

Le MNA est utilisé par 16% des médecins interrogés, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il est encore relativement peu connu. Seulement 28% des médecins de l'échantillon le connaissent.

Dans le travail de Hélène Rossignol-Dalat, on trouve un pourcentage d'utilisation, sensiblement identique, même si un peu plus élevé pour le dosage de l'albuminémie (utilisé par 97% des médecins contre 89% dans notre étude), le suivi du poids (utilisé par 100% des médecins contre 81%) et le dosage de la préalbuminémie (utilisé par 43% des médecins contre 40%). Ses résultats montrent une utilisation du calcul de l'IMC par un pourcentage nettement plus grand de médecins (93% contre 61% dans notre étude). Par contre, dans son travail, elle n'évaluait pas la recherche des facteurs de risque et l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires.

3. Fréquence d'utilisation des différents « outils » de dépistage

a) Bilan clinique : Poids et indice de masse corporelle

Notre travail montre que le moyen de dépistage utilisé de manière plus fréquente et systématique est le suivi du poids. Près de la moitié des médecins interrogés (47%) *(annexes 3 et 4)* l'utilise soit à chaque consultation soit une fois par mois. Il est alors utilisé seul ou associé à d'autres moyens (calcul de l'IMC, estimation de l'appétit et des apports et recherche des facteurs de risque de dénutrition).

Le calcul de l'IMC est utilisé à chaque consultation par 15% de l'échantillon, mensuellement par 7% des médecins et annuellement par près de 20% des médecins. La moitié des médecins l'utilise « quand cela semble utile ». Il a un mode d'utilisation plus occasionnel et moins systématique que le poids.

b) Données de l'interrogatoire : Recherche des facteurs de risque et estimation de l'appétit et des apports alimentaires

Dans le dépistage de la dénutrition, l'interrogatoire tient un rôle important. Il permet la recherche des facteurs de risque et l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires. Dans notre travail, ils sont majoritairement recherchés quand cela semble utile. Ils sont recherchés tout de même plus fréquemment que l'IMC n'est calculé. A chaque consultation, un médecin sur quatre estime les apports alimentaires et l'appétit des personnes âgées et un médecin sur cinq recherche les facteurs de risque.

c) Bilan biologique : dosages de l'albuminémie et de la préalbuminémie

Globalement, l'utilisation du dosage de l'albuminémie se fait selon deux modes : une fois par an (37%) ou quand cela semble utile (64%). Il est un indicateur majoritairement utilisé en fonction des besoins des médecins, en rapport peut-être avec des situations cliniques particulières, jugées à haut risque de dénutrition. Un tiers des médecins l'intègre dans un bilan annuel, probablement associé avec le dépistage ou le suivi d'autres pathologies (diabète, dyslipidémie par exemple).

Le mode d'utilisation du dosage de la préalbuminémie est sensiblement identique à celui de l'albuminémie. Une différence apparaît cependant : 43% des médecins ne l'utilisent jamais.

d) Utilisation du MNA

Dans notre travail, le MNA (forme courte ou globale) est le moyen de dépistage le moins utilisé en comparaison aux autres indicateurs. 80% des médecins ne l'utilisent jamais. Il est utilisé par 16% des médecins de l'échantillon majoritairement quand cela semble nécessaire. Les médecins qui l'utilisent le font pour 88% d'entre eux quand cela leur semble utile.

4. Comparaison aux autres études

a) Utilisation du poids

Il est difficile de comparer nos résultats aux travaux réalisés sur le sujet. En effet, dans les études de Vanessa Papillon (14) et de Hélène Rossignol-Dalat (13), la fréquence d'utilisation des moyens de dépistage n'est pas évaluée de la même façon. On demande si on pratique « toujours », « souvent », « parfois » ou « jamais » dans le premier (14), et « systématiquement », « occasionnellement » ou « jamais » dans le second (13). Par contre ce qui ressort de ces deux travaux, c'est également une utilisation prédominante du poids en terme de fréquence, en comparaison aux autres indicateurs. Dans la première étude (14), il est recherché « toujours » par 46% des médecins et « souvent » par 39,5% des médecins. Dans la seconde (13), il est recherché « systématiquement » par 93% de l'échantillon.

b) Place du MNA dans le dépistage de la dénutrition

Dans le travail de Vanessa Papillon-Thiery (14) , le MNA n'était jamais utilisé par 85% des médecins et dans celui de Hélène Rossignol-Dalat (13) par 80% des médecin.

Son utilisation était également occasionnelle. Dans le premier travail (14), le MNA était réalisé « parfois » par 82% des médecins qui l'utilisaient. Dans le second (13), il était réalisé « occasionnellement » par 92% d'entre eux. Ces résultats sont sensiblement identiques aux nôtres (88% des médecins qui l'utilisent le font quand cela leur semble utile).

Dans ces études, le MNA est également le moyen de dépistage le moins utilisé. La principale raison évoquée est, comme dans notre étude, sa méconnaissance (72% de notre échantillon).

Dans notre étude, le MNA est connu par 28% de l'échantillon et utilisé par 16%. Cette proportion d'utilisation est retrouvée dans le travail réalisé en Picardie (14) portant sur la prise en charge de la

dénutrition protéino-énergétique avec 15% d'utilisation. Seulement, la distinction n'était pas faite entre sa forme courte et globale.

c) Utilisation des autres indicateurs

L'IMC, dans le travail de Hélène Rossignol-Dalat (13), était calculé « systématiquement » par la moitié des médecins interrogés et « occasionnellement » par l'autre moitié. Dans celui de Vanessa Papillon-Thiery (14), il était calculé « souvent » par 35% des médecins et « toujours » par 19%. Néanmoins, les fréquences de notre travail n'ont pas été évaluées de la même manière. Il est difficile de conclure à une utilisation plus fréquente de l'IMC dans ces deux études par rapport à la notre.

Le même problème se pose pour comparer la fréquence du dosage de l'albuminémie et de la préalbuminéme. Dans le travail de Hélène Rossignol-Dalat (13), une moitié des médecins dosait le taux d'albumine dans le sang « systématiquement », l'autre « occasionnellement ». La préalbuminémie était un peu moins réalisée que dans notre travail. Elle n'est jamais dosée par 57% des médecins interrogés et utilisée « occasionnellement » par 37% de ces mêmes médecins. Vanessa Papillon-Thiery (14) ne distinguait pas les deux marqueurs. Elle posait une question sur la fréquence de réalisation des « dosages biologiques », sans préciser lesquels.

Les fréquences de recherche des facteurs de risque et d'estimation de l'appétit n'ont pas été évaluées dans ces deux travaux.

d) Dépistage de la dénutrition protéino-énergétique : vue globale de l'échantillon

Dans notre travail, le dépistage de la dénutrition semble reposer sur le suivi régulier et la recherche d'une perte de poids. Les autres indicateurs sont utilisés selon l'impression des médecins, quand cela leur apparaît utile. Ils semblent être mis en pratique seulement face à certaines situations, probablement jugées à haut risque de dénutrition. Cette tendance est également retrouvée dans les résultats de l'enquête AGENA (11). Celle-ci retrouvait une moindre utilisation de certains indicateurs (IMC, MNA), mais caractérisés par plus de valeurs pathologiques lorsqu'ils étaient utilisés.

Le MNA est toujours peu utilisé pour le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

D. Dépistage systématique : place du MNA

Dans notre travail, il apparaît qu'un tiers des médecins de l'échantillon déclare réaliser le dépistage systématique de la dénutrition et que 28% connaissent le MNA.

1. Dépistage systématique et MNA : caractéristiques des échantillons

On constate une différence de population entre les deux groupes. Les médecins qui connaissent le MNA sont majoritairement des hommes, ont plus de 55 ans et exercent dans une zone de moins de

5000 habitants. Ceux qui déclarent dépister systématiquement la dénutrition seraient plus volontiers des femmes (1 femme sur deux déclare pratiquer le dépistage systématique contre 1 homme sur trois) et ont moins de 45 ans. Cette différence de pratique homme-femme est retrouvée dans d'autres travaux. Par exemple, une enquête de la Drees (19)(Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) a été réalisée et publiée en 2006. Elle portait sur « La durée de séances des médecins généralistes ». Il apparaissait alors également ce type de différence de pratique. Si la durée de consultation moyenne était de 16 minutes, elle était en règle générale plus longue pour les médecins femmes. Comme dans notre travail, cette différence apparaît mais n'est pas expliquée par les résultats.

2. Dépistage systématique : impact sur la fréquence d'utilisation des moyens de dépistage

Même si ces données ne sont pas significatives, on constate que les médecins qui déclarent pratiquer le dépistage systématique auraient tendance à utiliser les outils de dépistage plus fréquemment et plus systématiquement que dans l'échantillon. En effet, à chaque consultation 42% des médecins pèsent leurs patients, 25% calculent l'IMC, 36% estiment l'appétit et les apports alimentaires et 28% recherchent les facteurs de risque, contre respectivement 37%, 15%, 26% et 21% dans l'échantillon total.

3. Dépistage systématique et utilisation du MNA

Par contre, cette tendance d'utilisation plus fréquente des moyens de dépistage n'est pas retrouvée quant à l'utilisation du MNA. Celui-ci ne serait pas davantage connu que dans l'ensemble de l'échantillon, ni plus utilisé. Effectivement, 14% des médecins qui affirment faire un dépistage systématique de la dénutrition, déclarent utiliser le MNA (contre 16% de l'ensemble de l'échantillon).

Généralement, comme pour l'échantillon total, le MNA n'est pas utilisé de manière plus systématique. Il est presque toujours réalisé en fonction de l'appréciation personnelle des praticiens, « quand cela semble utile ».

E. Connaissance du MNA : modalités d'utilisation et impact sur la pratique

1. Appréciations générales du test

Le MNA est peu connu des médecins de l'échantillon (28%). Il n'est utilisé que par un peu plus de la moitié d'entre eux (55%). Les médecins qui ne l'utilisent pas se justifient par sa longueur, le jugent inadapté à la médecine générale ou estiment ne pas avoir le temps.

Dans notre travail, la forme jugée la plus facile et la plus adaptée est la forme courte. En effet, 86% des médecins donnant leur avis la considèrent facile (contre 23% pour la forme globale) et 80% la considèrent adaptée à la médecine générale (contre 33% pour la version longue).

2. Modalités d'utilisation

Dans notre travail, on constate une méconnaissance plus importante du test (72%) par rapport à celui de Vanessa Papillon-Thiery (65%) (14). Par contre, on observe un pourcentage d'utilisation du MNA sensiblement identique : 16% dans notre travail contre 15% dans le travail de Vanessa Papillon Thiery et dans l'enquête AGENA (11).

Sa version courte serait plus accessible et intégrable à la pratique de la médecine générale. Dans notre enquête son utilisation est préférée à la version globale. En effet, quatorze médecins utilisent le MNA dans sa forme courte, tandis que seulement deux médecins utilisent la forme plus longue.

Il faut toutefois nuancer cette dernière donnée par une utilisation toujours relativement occasionnelle, en fonction du ressenti du médecin (comme dans l'échantillon total). 88% des médecins qui l'utilisent le font quand cela leur semble utile. Comme dans l'enquête AGENA (11), l'utilisation du test reste occasionnelle. De plus, ce travail montrait que quand il était utilisé, le MNA était presque toujours pathologique. Il concluait à une utilisation du test en cas de situations à haut risque.

3. Impact sur la pratique

On ne constate pas de différence de pratique en terme de moyens utilisés et de fréquence d'utilisation par rapport au reste de l'échantillon. Par exemple, à chaque consultation 35% des médecins qui connaissent le MNA pèsent les patients âgés (contre 37% dans l'échantillon total). 17% calculent l'IMC (contre 15%). 31% recherchent les facteurs de risque (contre 21%). 28% estiment l'appétit et les apports alimentaires (contre 26%).

L'utilisation des dosages biologiques, avec l'exemple de l'albuminémie, se fait sur les mêmes modes que dans l'échantillon total : soit une fois par an (35%), soit quand ils le jugent utile (68%).

F. Moyens d'amélioration : les perspectives envisageables

Compte-tenu des différents obstacles évoqués, plusieurs points devraient être améliorés : une formation des médecins accrue serait souhaitable, ainsi qu'une sensibilisation de la population générale, une aide professionnelle aux médecins généralistes serait la bienvenue, de même que la promotion d'un outil de dépistage adéquat. La prise en compte conjointe des ces facteurs permettrait probablement un dépistage optimal de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

1. Mise en avant d'un outil de dépistage adapté : place du MNA dans sa version courte

a) Diffusion du MNA dans sa version courte

Les arguments « manque de temps » et « nécessité d'un test adapté » sont souvent retrouvés dans les obstacles et les points à améliorer dans la pratique.

Pour corroborer l'importance du temps, dans notre étude, il est bien établi que le MNA est principalement utilisé sous sa forme courte. Elle est également jugée facile et adaptée à la médecine

générale. Les médecins généralistes interrogés semblent sensibles au sujet de la nutrition et demandeurs d'un test. Le MNA dans sa forme courte recevrait peut-être un meilleur accueil que la forme globale. L'utilisation du MNA sous cette version permettrait donc une meilleure gestion du facteur temps par rapport à l'utilisation de la version globale. Mais elle ne dédouanerait pas de la gestion des autres obstacles (population à sensibiliser, améliorer la formation).

Si on se réfère à nos résultats, il pourrait toujours être utilisé dans certaines situations particulières, et pas forcément de manière systématique.

Nous pourrions discuter de la valorisation financière des différentes activités de dépistage ou d'une consultation dédiée à visée gériatrique. Et nous pourrions également trouver des moyens pour faciliter l'utilisation du MNA dans sa version courte.

b) Utilisation de l'outil informatique avec et sans accès internet

Par exemple, un accès internet permet l'utilisation des grilles de MNA, et la possibilité de calcul en ligne pour la version courte (20). Certains sites donnent un aperçu du statut nutritionnel et un exemple de prise en charge thérapeutique et de surveillance en fonction du résultat obtenu *(annexe 6)*.

L'amélioration du logiciel informatique pourrait proposer systématiquement au moins une fois par an chez les patients de plus de 70 ans la réalisation d'un MNA forme courte et le suivi du poids régulier, à chaque consultation par exemple.

Pour pallier à l'absence d'accès internet au cours des visites et face à l'essor des Smartphones, on peut également envisager l'utilisation d'applications, accessibles hors ligne. Par exemple, une application type « Nutri'Calc » (21), présente sur iPhone propose le MNA version courte, avec diagnostic du statut nutritionnel, proposition de prise en charge thérapeutique et calcul des besoins nutritionnels. Certains travaux de thèse portent justement sur leur utilisation par les médecins généralistes et les internes de médecine générale. Nicolas Clément a réalisé sa thèse sur la « Place du Smartphone en médecine générale » (22) auprès d'un échantillon de 88 médecins généralistes de Haute-Corse. Le but de ce travail était de déterminer l'importance de la place des Smartphones dans la pratique des médecins généralistes. Les résultats ont montré que 75% des médecins généralistes en possédaient un, 71% en avaient une utilisation professionnelle et un peu plus de la moitié d'entre eux l'utilisaient plusieurs fois par jour. Un autre travail réalisé dans la région Nord-Pas-De-Calais, par Anne-Sophie Poulain cherchait à déterminer « L'utilisation des Smartphones par 169 internes de médecine générale » (23). Elle a montré que 87,6% des internes en possédaient un et près de 80% téléchargeaient des applications médicales, utilisées par 44% d'entre eux de façon pluriquotidienne. Actuellement, un travail du même type est en cours de réalisation en Picardie.

c) Valorisation financière de l'activité de dépistage

Dans la Classification Commune des Actes Médicaux (24)(CCAM), il existe une cotation (ALQP006) et tarification (68,12 euros) spécifiques pour l'évaluation du déficit cognitif et la réalisation du Mini Mental State Examination (MMSE). Il serait possible d'envisager la même démarche pour le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique et l'utilisation du MNA. Le but serait d'encourager le médecin à réaliser le dépistage et à utiliser le MNA version courte.

2. Formation et sensibilisation des médecins

Dans notre étude, les médecins généralistes semblent avoir besoin d'aide que ce soit en terme de formation, ou bien au cours des consultations elles-mêmes (avec la présence des aidants).

Actuellement, en Picardie, l'Agence Régionale pour la Santé (ARS)(contact par mail d'une responsable pour la promotion de la santé et de la prévention) propose dans le cadre d'un appel à projets des formations visant les professionnels de santé travaillant au sein ou au contact d'établissements médico-sociaux ou de santé. Les professionnels de santé libéraux y sont les bienvenus.

D'autre part, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme (CPAM)(également contactée par mail) propose une sensibilisation des médecins généralistes par l'envoi d'une synthèse des recommandations HAS (5) accompagnée de tableaux avec des exemples de nutriments pour la supplémentation orale ainsi qu'un livret à l'intention des aidants (*annexe 5*). Le but est de les sensibiliser au dépistage systématique et d'augmenter sa fréquence de réalisation.

3. Sensibilisation de la population générale

Actuellement, il n'existe pas de projet visant à sensibiliser largement la population générale que ce soit par des campagnes médiatiques ou par l'organisation d'un dépistage systématique. On pourrait développer l'idée qu'à partir de 70 ans un courrier puisse être envoyé (comme pour les dépistages des cancers du sein et colorectal). Il leur serait expliqué le concept de la dénutrition et ses conséquences sur la santé. Ce courrier serait accompagné du livret guide pour les aidants donnant les modalités de surveillance, les bases d'une alimentation adéquate. Une sensibilisation de la population permettrait peut-être de faire des problèmes nutritionnels des personnes âgées un motif de consultation au mieux ou au moins un thème qui puisse être abordé lors d'une consultation pour un tout autre motif.

4. Aide professionnelle : les réseaux gérontologiques

Pour ce qui concerne l'aide professionnelle souhaitée par certains médecins, il existe en Picardie des réseaux gérontologiques (25). Ils sont majoritairement constitués sous forme d'association. Ils ont pour but de faciliter l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité dans la prise en charge des personnes âgées. Ils créent un lien entre les professionnels intervenant autour des patients. Ils ont un rôle d'appui aux médecins généralistes. Le travail conjoint avec le médecin

généraliste serait peut-être un bon moyen pour améliorer la réalisation du dépistage systématique. On pourrait alors peut-être mieux appréhender les deux dimensions du dépistage et évoquer l'idée d'un dépistage systématique organisé par le réseau gérontologique d'un côté et un dépistage en fonction de facteurs de risque par le médecin généraliste au cas par cas, en fonction des situations à risque d'un autre côté.

V. CONCLUSION

Le dépistage systématique de la DPE des personnes âgées est un enjeu de santé publique. Si seulement un tiers des médecins interrogés dans notre travail déclare le réaliser, l'ensemble de l'échantillon reconnaît son importance en médecine générale. Les praticiens de notre échantillon d'étude reconnaissent leur rôle dans sa réalisation. Aucun médecin déclare ne jamais dépister la dénutrition des personnes âgées.

Un quart des médecins est confronté à des obstacles et considère qu'il n'est pas facile de le réaliser. L'obstacle évoqué par le plus grand nombre de médecins est le manque de temps, suivi de difficultés en rapport avec des doutes concernant l'interrogatoire de certains patients et l'absence d'outil adapté. Plus rarement, les médecins évoquent que le manque de sensibilisation de la population générale et leurs conditions d'exercice (activité au cabinet ou en visite, pluralité des motifs de consultation) constituent également un frein au dépistage.

Ils évoquent eux-mêmes des idées en vue d'améliorer le dépistage. La première consiste en la mise en avant d'un outil de dépistage adapté à la médecine générale. Ils évoquent ensuite la nécessité d'améliorer leur formation (surtout concernant le repérage des patients à risque) et celle des autres professionnels de santé (infirmières, aides soignantes). Ils estiment également qu'une sensibilisation de la population générale est nécessaire pour améliorer leur action. Quelques médecins évoquent la possibilité de déléguer une partie de cette activité (gériatres, diététiciennes) ou d'une valorisation financière.

Des projets existent déjà pour promouvoir le dépistage systématique, notamment par des formations dédiées aux professionnels de santé travaillant au contact d'établissement médicaux sociaux et de santé ou par la transmission aux médecins généralistes des recommandations de l'HAS, accompagnées d'un livret. Seulement, il n'existe pas encore actuellement de projet visant la population générale directement. Le MNA dans sa forme courte n'est pas mis en avant non plus auprès des médecins généralistes, toujours orientés vers la forme longue.

Ce travail montre que le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique est réalisé par une majorité de médecins de l'échantillon. Les indicateurs évalués (poids, IMC, recherche des facteurs de risque, estimation des apports et de l'appétit, dosages biologiques) sont majoritairement utilisés occasionnellement, quand cela est estimé utile par les praticiens. Malgré les recommandations de l'HAS (5), le MNA est peu utilisé.

Le moyen utilisé par le plus grand nombre de médecins est le dosage de l'albuminémie (89% des médecins). Le deuxième est le suivi du poids (81% des médecins). Ce dernier est l'outil utilisé le plus régulièrement. 47% des médecins l'utilisent à chaque consultation ou mensuellement. A chaque consultation, 37% des médecins pèsent leurs patients, 15% calculent l'IMC, 21% recherchent les facteurs de risque et 26% estiment l'appétit et les apports alimentaires. Les dosages

biologiques (albuminémie et préalbuminémie) sont utilisés sous deux modes : quand cela semble utile (majoritairement) ou annuellement.

Un tiers des médecins déclare pratiquer le dépistage systématique de la DPE. Il s'agit de médecins de moins de 45 ans. Les femmes semblent y être plus sensibles que les hommes. Une femme sur deux de l'échantillon déclare pratiquer le dépistage systématique, contre un homme sur trois. Dans ce groupe on constate une tendance (non significative) à une utilisation plus fréquente « à chaque consultation » des indicateurs : poids (42%), IMC (25%), recherche des facteurs de risque (28%) et estimation de l'appétit et des apports alimentaires (36%). Leur utilisation reste malgré tout majoritairement occasionnelle (utilisation « quand cela semble utile »). La fréquence d'utilisation des dosages biologiques est sensiblement identique à celle de l'échantillon total. Il en va de même pour la connaissance et l'utilisation du MNA.

Le MNA (formes courte et globale) est connu par seulement 28% des médecins de l'échantillon. Il est l'indicateur le moins utilisé (16% des médecins de l'échantillon). Il l'est surtout dans sa forme courte (88%). Il apparaît qu'il est davantage connu et utilisé par des hommes, de plus de 55 ans, exerçant dans des zones de moins de 5000 habitants. Et il est plutôt réalisé quand « cela semble utile aux médecins » (88%). Sa connaissance ne modifie pas la pratique des médecins, quant à la fréquence d'utilisation des autres indicateurs par comparaison à l'échantillon total. La forme courte du test est jugée adaptée à la médecine générale.

En se servant de l'expérience des médecins plus âgés (plus sensibles au MNA dans sa version courte) et en s'appuyant sur l'intérêt des médecins plus jeunes sur le sujet et l'avis du troisième PNNS (12), on pourrait inciter au dépistage systématique en faisant la promotion du MNA dans sa forme courte. Nous pourrions ainsi espérer une plus grande réalisation et une utilisation plus fréquente des autres indicateurs (poids, IMC, recherche des facteurs de risque, estimation de l'appétit et des apports alimentaires).

Pour améliorer la pratique, on pourrait se servir de l'outil informatique : la mise en place d'alertes annuelles pour les patients de plus de 70 ans sur le logiciel, l'utilisation du MNA version courte en ligne (20) au cabinet, et celle d'applications pour Smartphones (21) en visite.

D'autre part, il semble important dans tous les cas, selon les médecins interrogés, d'obtenir une participation plus active de la part des patients eux-mêmes et de leurs proches. Il apparaît donc indispensable dans les années à venir de les informer par des campagnes de dépistage et/ou l'envoi de courriers à partir de 70 ans pour les alerter sur le sujet. Ils pourraient ainsi s'orienter vers les médecins généralistes en cas de situations à risque ou s'ils souhaitent bénéficier d'un dépistage systématique (comme déjà actuellement pour le dépistage des cancers du sein et colo-rectal).

Il serait également envisageable de concevoir que le dépistage de la dénutrition puisse être réalisé sous le même mode que ceux des cancers du sein et colorectal, avec un envoi par courrier postal directement aux personnes âgées de plus de 70 ans.

L'amélioration de la formation et la prise d'initiatives (comme celle de la CPAM avec la présentation des recommandations aux médecins généralistes) sont à poursuivre, en orientant principalement sur la reconnaissance des situations à risque, les modalités de dépistage souhaitées (moyens de dépistage et fréquence d'utilisation).

Le problème du manque de temps, souvent soulevé, est difficilement appréhendable entièrement. Malgré l'utilisation d'un test plus court, l'activité de prévention et de dépistage en générale est susceptible de prendre plus de temps qu'une consultation habituelle. Pour le dépistage de la DPE en particulier, les médecins généralistes semblent souhaiter de l'aide ou envisager la possibilité de déléguer une partie de la prise en charge. Le développement des réseaux gérontologiques pourrait peut-être répondre à cette demande en leur attribuant la réalisation du dépistage systématique par exemple, en laissant aux médecins généralistes la tâche de le réaliser en cas de situations à risque.

VI. Bibliographie

1. Société française de médecine générale. Le patient et son généraliste "médecin traitant" [Internet]. Disponible sur : http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
2. Ameli. Le médecin traitant [Internet]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php
3. Lesourd B. Conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé. La Revue de Gériatrie. 1995;329–32.
4. Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. J R Soc Med. 2005;98:411–3.
5. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la persone âgée. Recommandations [Internet]. 2007. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549
6. Lesourd B, Ziecler F, Aussel C. La nutrition des personnes âgées : place et piège du bilan biologique. Ann Biol Clin (Paris). 2001;59.
7. Antoun S, Basdevant A, Bouteloup C, Cano N, Ciangura C, Colomb V, et al. Dénutrition : une pathologie méconnue en société d'abondance [Internet]. Disponible sur : brochure_denutrition_gouv.pdf
8. SIDOBRE B, FERRY M, LESOURD B, SCHLIENGER JL, =Service de Gériatrie. Centre Hospitalier. Valence. FRA. EURONUT/SENECA France et alimentation de demain : EURONUT/SENECA France et alimentation de demain. AGE Nutr. 1996;7(2):75–7.
9. Brutel C. Projection de population à l'horizon 2050, un vieillisement inéluctable. INSEE PREMIERE [Internet]. 2001 Mar;(762). Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf
10. Programme National Nutrition Santé 2001-2005 [Internet]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf
11. Brocker P, Giret D'Orsay G, Meunier J-P. Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés : l'enquête AGENA. Année Gérontologique. 2003;73–86.
12. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
13. Rossignol-Dalat H, Chambrier C, Zerbib Y. Dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en ambulatoire. Etude auprès des médecins généralistes en Rhône-Alpes. Rev Gériatrie. 2013 Oct;38(8):593–600.
14. Papillon-Thierry V. Dénutrition de la personne âgée de plus de 70 : Prise en charge par le médecin généraliste, en Picardie [Internet]. [Amiens]: Université de Picardie; 2012. Disponible sur :

http://www.sudoc.fr/159780985
15. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratique et opinion des médecins généralistes en matière de prévention. adsp. 2011 Décembre;(77):6–10.
16. Société Française de Médecine Générale. Gestion simultanée de problèmes aigus et chroniques [Internet]. Disponible sur : http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/812/fichier_fiche11_gestion_simultanee_aigue_chroniques229e4.pdf
17. La visite à domicile chez les médecins franciliens [Internet]. Union Régionale des médecins libéraux en Ile de France. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
18. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Quest Déconomie Santé [Internet]. 2009 Juillet;(144). Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf
19. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf
20. MNA version courte [Internet]. Nestle. Disponible sur : www.nestlehealthscience.ch/fr/services/Pages/MNA-Court.html
21. Présentation Nutri'Calc [Internet]. Disponible sur : https://itunes.apple.com/fr/app/nutricalc/id452041267?mt=8
22. Clément N. Place du smartphone en médecine générale : étude auprès de 88 médecins généralistes de Haute-Corse [Internet]. Nice Sofia-Antipolis; Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00985653/document
23. Poulain A-S. Utilisation des applications médicales sur smartphone par les internes de médecine générale du Nord-Pas-De-Calais inscrits en 2012-2013 [Internet]. Lille 2; 2014. Disponible sur : http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6a3d7a78-e1fc-4906-90f0-ebb4d0e34ddb
24. Aide au codage, classification commune des actes médicaux [Internet]. Disponible sur : http://www.aideaucodage.fr/ccam-alqp006
25. Réseaux de santé en Picardie [Internet]. Disponible sur : http://www.ars.picardie.sante.fr/Reseaux-de-sante.84205.0.html

VII. Annexes

Annexe 1 : MNA dans sa forme globale. La version courte s'arrête aux 6 premières questions.

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nom: Prénom:

Sexe: Age: Poids, kg: Taille,cm: Date:

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 = sévère baisse de l'alimentation
1 = légère baisse de l'alimentation
2 = pas de baisse de l'alimentation ☐

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 severe
1 = démence modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)^2 en kg/m^2)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

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

12-14 points: état nutritionnel normal
8-11 points: risque de malnutrition
0-7 points: malnutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?
1 = oui 0 = non ☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour?
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 oeufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande Du poisson ou de 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 boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait)
0.0 = moins de 3 verres
0.5 = de 3 à 5 verres
1.0 = plus de 5 verres ☐.☐

N Manière de se nourrir Hilfe
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 santéque 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 ≤ 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 24 à 30 points ☐ état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points ☐ risque de malnutrition
moins de 17 points ☐ mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fom Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Code

QUESTIONNAIRE : DEPISTAGE DE LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE DU SUJET AGE DE PLUS DE 70 ANS, PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS : PLACE DU MNA (Mini Nutritional Assesment)

ATTENTION : les questions suivantes font toutes référence aux patients de 70 ans et plus.

PARTIE 1 : CONCERNANT LA DENUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE DU SUJET AGE DE PLUS DE 70 ANS

1. **Le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans est-t-il important dans la prise en charge des sujets âgés en médecine générale ?**
□ OUI □ NON

2. Est-il de réalisation facile en médecine générale ?
□ OUI □ NON ↳ **si non, pourquoi ?**.....
.....

3. Est-il du ressort du médecin généraliste ?
□ OUI □ NON

4. Existe-t-il des obstacles au dépistage de la dénutrition ?
□ OUI □ NON ↳ **si oui, lesquels?** .....
.....

5. Dans la pratique, que pourrait-on faire pour améliorer le dépistage de la dénutrition ?
.....
.....

6. Mettez-vous en place des traitements contre la dénutrition ?
□ OUI □ NON

7. Réalisez-vous le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique de manière systématique chez le sujet âgé?

□ OUI □ NON

8. Parmi ces situations, y en a-t-il qui vous font le réaliser plus souvent ? *(plusieurs choix sont possibles)*
□ Hospitalisation récente
□ Institutionnalisation
□ Isolement
□ Existence de pathologies chroniques évolutives
□ Affections aigues intercurrentes ou décompensations aigues de pathologie chronique
□ Etat de dépendance

□ Traitement médicamenteux au long cours
□ Pathologies bucco-dentaires
□ Régimes restrictifs (pauvres en sel, en sucre, sans gluten…)
□ Syndromes démentiels
□ Troubles psychiatriques
□ Troubles de la déglutition
□ Autre (précisez) : .....
.....

9. Connaissez-vous le MNA (Mini Nutritional Assesment) ?
□ OUI □ NON (Si non, passez directement à la partie 3)

PARTIE 2: CONCERNANT LE MNA

10. Utilisez-vous le MNA pour le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé ?
□ dans sa versions globale □ dans sa version courte □ aucune des deux versions

Si aucune des deux, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)
□ trop long □ trop compliqué □ pas le temps
□ non adapté à la médecine générale □ autre (précisez) : .....

11. A quelle fréquence l'utilisez-vous ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

12. Dans la pratique quotidienne de la médecine générale, trouvez-vous que le MNA global :

- Est de réalisation facile : □ OUI □NON
  ↳ si NON, pourquoi ?.....
- Est adapté à la pratique de la médecine générale : □ OUI □ NON
  ↳si NON, pourquoi ?.....
- Est l'outil de choix pour le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique : □ OUI □ NON
- Autre : .....

13. Dans la pratique quotidienne de la médecine générale, trouvez-vous que le MNA dans sa version courte :

- Est de réalisation facile : □ OUI □ NON
  ↳ si NON, pourquoi ?.....
- Est adapté à la pratique de la médecine générale : □ OUI □NON
  ↳ si NON, pourquoi ?.....
- Est l'outil de choix pour le dépistage de la dénutrition protéino-énergétique : □ OUI □ NON
- Autre :.....

<u>PARTIE 3</u> : CONCERNANT VOTRE PRATIQUE

14. Pour dépister la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans, quel moyen utilisez-vous ? (plusieurs réponses sont possibles)
□ Le MNA global
□ Le MNA dans sa version courte
□ Le suivi du poids, recherche d'une perte de poids
□ Calcul de l'IMC
□ Estimation de l'appétit et des apports alimentaires
□ Recherche des facteurs de risque de dénutrition
□ Dosage de l'albuminémie
□ Dosage de la pré-albuminémie
□ Aucun, je ne dépiste pas la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé
□ Autre (précisez)

15. A quelle fréquence pesez-vous les sujets âgés de plus de 70 ans?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

16. A quelle fréquence calculez-vous leur IMC ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

17. A quelle fréquence estimez-vous leur appétit et leur apport alimentaire ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

18. A quelle fréquence recherchez-vous des facteurs de risques de dénutrition ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

19. A quelle fréquence dosez-vous l'albuminémie ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

20. A quelle fréquence dosez-vous la pré-albuminémie ?
□ Jamais □ A chaque consultation □ 1 fois par mois □ 1 fois par an □ Quand cela me semble utile

<u>PARTIE 4</u> : VOUS CONCERNANT, VOTRE ACTIVITE

22. Quel âge avez-vous ?.....ans

23. Vous êtes : □ un homme □ une femme

24. Exercez-vous dans une ville : (une seule réponse)
□ Moins de 5 000 habitants
□ Entre 5 000 et 10 000 habitants
□ Plus de 10 000 habitants

Annexe 3 : Tableaux récapitulant la pratique des médecins qui prennent le poids à chaque consultation

Tableau annexe 3 : Caractéristiques de pratique des médecins qui pèsent leurs patients à chaque consultation

Médecin interrogé	Indice de masse corporelle	Estimation de l'appétit et des apports alimentaires	Recherche des facteurs de risque	Dépistage systématique	Connaissance du MNA
N°8		X		Oui	
N°11	X	X		Oui	
N°13	X	X	X	Oui	
N°15	X	X	X		
N°22		X	X		
N°25	X	X	X		
N°30	X	X	X	Oui	
N°35	X			Oui	
N°37	X			Oui	
N°38	X	X	X		
N°42		X			
N°44			X		
N°55			X	Oui	
N°56			X		
N°57	X			Oui	
N°63	X				
N°70	X			Oui	Oui
N°71	X	X	X	Oui	Oui
N°78	X	X	X	Oui	Oui
N°82	X			Oui	Oui
N°88		X	X		Oui
N°92			X		Oui
N°97		X			Oui
N°98	X	X			Oui
N°101		X			
Total	15	15	13	12	8

Au total, 38 médecins pèsent les personnes âgées à chaque consultation. Parmi elles, aucun médecin ne dose l'albuminémie et la préalbuminémie à chaque consultation.

Trois autres indicateurs y sont associés (IMC, estimation de l'appétit et des apports alimentaires et recherche des facteurs de risque) par 7 médecins. Les deux indicateurs les plus souvent associés sont le calcul de l'IMC et l'estimation de l'appétit et des apports alimentaires.
Douze médecins pèsent uniquement les patients. Parmi eux, trois déclarent dépister la dénutrition systématiquement et deux connaissent le MNA.
Chez ces médecins, 39% déclarent réaliser un dépistage systématique et 26% connaissent le MNA.

Annexe 4 : Tableau récapitulant la pratique des médecins qui prennent le poids tous les mois

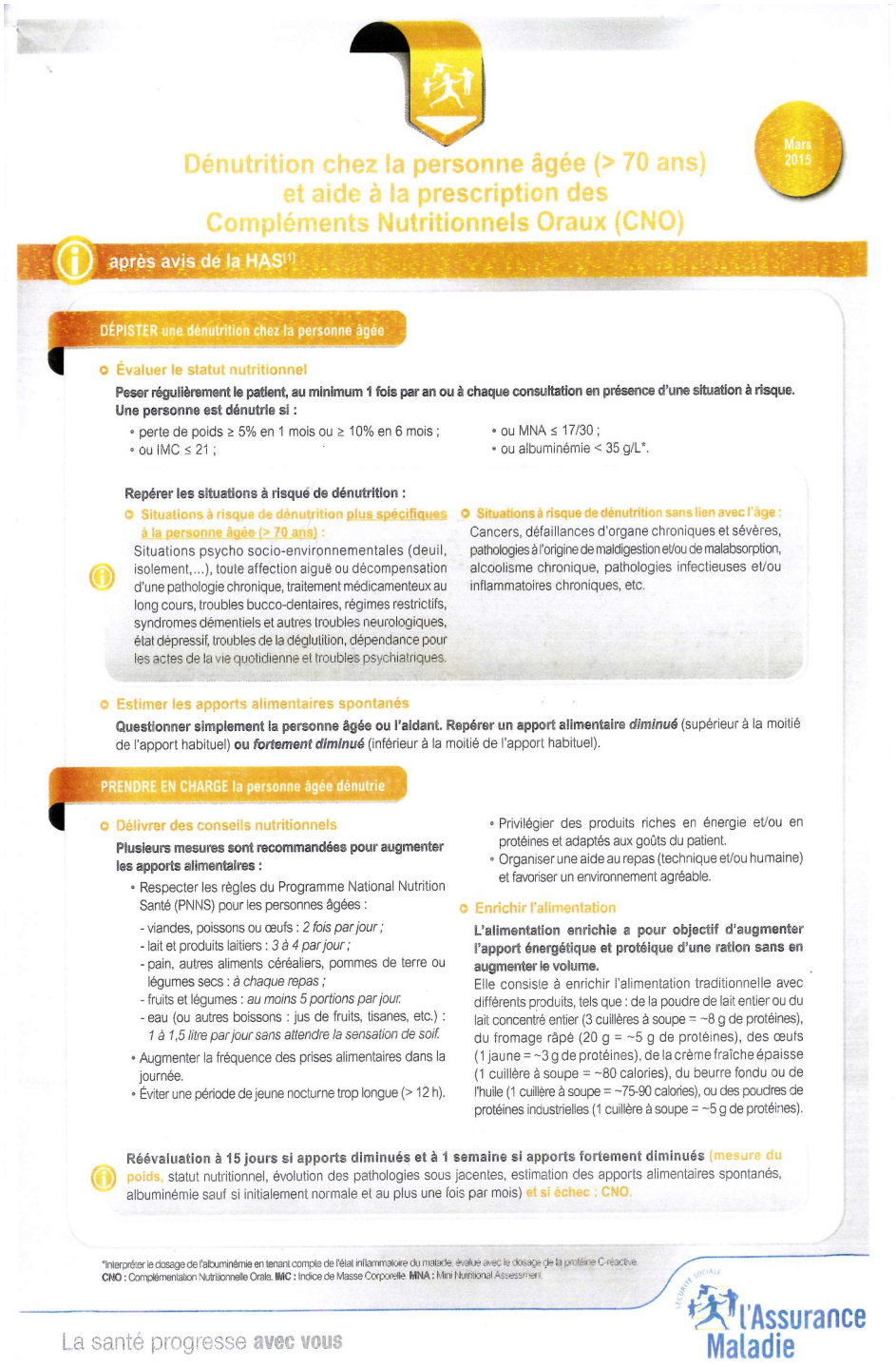
Tableau annexe 4 : Caractéristiques de pratique des médecins qui pèsent leurs patients mensuellement

Médecins interrogés	Indice de masse corporelle	Estimation de l'appétit et des apports	Recherche des facteurs de risques	Dépistage systématique	Connaissance du MNA
N°24	X				
N°45	X			Oui	
N°50	X			Oui	
N°75	X			Oui	Oui
N°79	X	X	X		Oui
N°103	X		X	Oui	
Total	6	1	2	4	2

Au total, 10 médecins pèsent leurs patients une fois par mois. Quatre d'entre eux l'utilisent seul. Les 6 autres y associent tous le calcul de l'IMC.

Annexe 5 : Documents délivrés aux médecins généralistes par la CPAM pour promouvoir le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des sujets âgés en médecine générale

(a) Synthèse des recommandations de l'HAS à l'attention des médecins généralistes



Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

Mars 2015

après avis de la HAS[1]

DÉPISTER une dénutrition chez la personne âgée

Évaluer le statut nutritionnel

Peser régulièrement le patient, au minimum 1 fois par an ou à chaque consultation en présence d'une situation à risque.
Une personne est dénutrie si :

- perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois ;
- ou IMC ≤ 21 ;
- ou MNA ≤ 17/30 ;
- ou albuminémie < 35 g/L*.

Repérer les situations à risque de dénutrition :

Situations à risque de dénutrition plus spécifiques à la personne âgée (> 70 ans) :
Situations psycho socio-environnementales (deuil, isolement,...), toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, traitement médicamenteux au long cours, troubles bucco-dentaires, régimes restrictifs, syndromes démentiels et autres troubles neurologiques, état dépressif, troubles de la déglutition, dépendance pour les actes de la vie quotidienne et troubles psychiatriques.

Situations à risque de dénutrition 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, etc.

Estimer les apports alimentaires spontanés

Questionner simplement la personne âgée ou l'aidant. Repérer un apport alimentaire *diminué* (supérieur à la moitié de l'apport habituel) **ou *fortement diminué*** (inférieur à la moitié de l'apport habituel).

PRENDRE EN CHARGE la personne âgée dénutrie

Délivrer des conseils nutritionnels

Plusieurs mesures sont recommandées pour augmenter les apports alimentaires :

- Respecter les règles du Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour les personnes âgées :
  - viandes, poissons ou œufs : *2 fois par jour ;*
  - lait et produits laitiers : *3 à 4 par jour ;*
  - pain, autres aliments céréaliers, pommes de terre ou légumes secs : *à chaque repas ;*
  - fruits et légumes : *au moins 5 portions par jour.*
  - eau (ou autres boissons : jus de fruits, tisanes, etc.) : *1 à 1,5 litre par jour sans attendre la sensation de soif.*
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.
- Éviter une période de jeune nocturne trop longue (> 12 h).
- 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.

Enrichir l'alimentation

L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.
Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que : de la poudre de lait entier ou du lait concentré entier (3 cuillères à soupe = ~8 g de protéines), du fromage râpé (20 g = ~5 g de protéines), des œufs (1 jaune = ~3 g de protéines), de la crème fraîche épaisse (1 cuillère à soupe = ~80 calories), du beurre fondu ou de l'huile (1 cuillère à soupe = ~75-90 calories), ou des poudres de protéines industrielles (1 cuillère à soupe = ~5 g de protéines).

Réévaluation à 15 jours si apports diminués et à 1 semaine si apports fortement diminués (mesure du poids, statut nutritionnel, évolution des pathologies sous jacentes, estimation des apports alimentaires spontanés, albuminémie sauf si initialement normale et au plus une fois par mois) **et si échec : CNO.**

*Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.
CNO : Complémentation Nutritionnelle Orale. **IMC :** Indice de Masse Corporelle. **MNA :** Mini Nutritional Assessment.

La santé progresse **avec vous**

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des CNO

après avis de la HAS[1]

Envisager une Complémentation Nutritionnelle Orale (CNO)

La **CNO** est **envisagée en cas d'échec des mesures ci-dessus** ou bien **d'emblée chez les personnes âgées présentant une dénutrition sévère****.

PRESCRIPTION des CNO

Les **Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)** sont des **Aliments Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS).** Leur prescription entre dans la **catégorie des dispositifs médicaux.**

Les CNO sont des **mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés** auxquels il peut être nécessaire de recourir dans le cadre de la stratégie nutritionnelle de la **personne âgée dénutrie**[2].

Prescrire les CNO en complément de l'alimentation et de façon transitoire, dans la plupart des cas

La **HAS** recommande de prescrire des CNO permettant d'**atteindre un apport alimentaire supplémentaire** de :

- **400 kcal/j ;**
- et/ou **30 g/j de protéines.**

Cela nécessite le plus souvent 2 unités par jour.

Favoriser l'observance

- **Adapter les saveurs des CNO aux goûts du malade** (salé, sucré, lacté ou non), **varier les arômes et les textures.**
- **Adapter les CNO aux handicaps éventuels** (troubles de déglutition, difficulté de préhension des objets, etc.).
- **Présenter au patient les CNO comme un traitement de la dénutrition,** insister sur les **bénéfices attendus** et sur le fait que **leur prise est transitoire.**
- **Conseiller les patients :**
  - les Compléments Nutritionnels Oraux doivent être pris en dehors des repas (collations) et non à la place des repas ;
  - servir les CNO à la bonne température pour faciliter l'acceptation : les produits sucrés sont plus souvent appréciés s'ils sont servis frais. Pour les CNO à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain marie ou au four à micro ondes ;
  - une fois ouvert, le complément peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.

EN PRATIQUE, une prescription en 2 temps

❶ Prescription initiale 1 mois maximum :

"CNO pour adultes : mélange hyperprotidique et hyperénergétique pour un apport de 400 kcal/j et 30g/j de protéines ; 2 unités/j pendant 4 semaines (qsp)."

Réévaluer l'observance après 1 à 2 semaines de traitement.

❷ Prescriptions ultérieures, 3 mois maximum après réévaluation :

- **réévaluer l'efficacité et la tolérance** des CNO prescrits **tous les mois ;**
- s'assurer régulièrement que les CNO sont bien consommés ;
- affiner et réajuster les prescriptions diététiques initiales.

Les CNO ne sont pas indiqués ni pris en charge dans le cadre d'un régime amaigrissant, ni dans le cadre d'une alimentation hyperprotéinée du sportif.

50-2014

**La dénutrition sévère se définie par une perte de poids de 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois ou un IMC < 18 ou une albuminémie < 30 g/L".

[1] Haute Autorité de santé (HAS). Avis de la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations. Produits pour nutrition à domicile et prestations associées. 27 septembre 2006.

[2] Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations. Avril 2007.

➔ Retrouvez ce mémo sur ameli.fr > médecins > exercer au quotidien.

➔ À consulter : « PNNS. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé » ;
et pour vos patients : « PNNS. Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. La santé en mangeant et en bougeant ».

La santé progresse **avec vous**

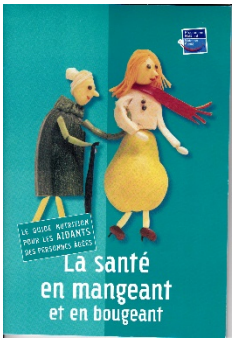
SÉCURITÉ SOCIALE L'Assurance Maladie

(b) Tableaux nutriments pour supplémentation orale : liste indicative

LPPR			LABORATOIRES	PRODUITS
TITRE 1KR, CHAPITRE 1ER, SECTION 5, SOUS-SECTION 1		CODES		
§ 2, SOUS-§ 1 ALIMENTS DIETETIQUES DESTINES A DES FINS MEDICALES SPECIALES (ADDFMS) LIGNES GENERIQUES	Mélanges polymériques hyperprotidiques normoénergétiques ou hyperénergétiques	1101306	Lactalis Nutrition Santé	DELICAL®BOISSON HP EDULCOREE
			Abbott France	ENSURE® PLUS HP
		1157560	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® G
				CLINUTREN® REPAIR
			Nutricia Nutrition Clinique	FORTIMEL® SANS LACTOSE
				CUBITAN®
			Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® CREME DESSERT EDULCOREE HP
		1168776	Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® CEREALES INSTANT
				DELICAL® RENAL INSTANT
			HAC Pharma	DtALYPRO®
			Frcsenius Kabi France	FRESUBIN® CEREALES HP
			Nutrisens Médical	TONUSLINE® CEREAL'NUT HP
		1130800	Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® NUTRA'MIX HP
		1167050	Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® NUTRA'CAKE
		1188477	Fresenius Kabi France	FRESUBIN® DESSERT FRUIT
				FRESUBIN® YOCREME
			Nutrisens Médical	TONUSLINE® CREMELINE
				TONUSLINE® CREMELINE DB
		1117112	Nutrialys Médical Nutrition	CASTASE®
				POLYDOL®
		1151451	Envol communication	AIN'PASTA®
				AIN'SEMOULE®
			Oméga Pharma	PROTIFORTIFIANT® HP/HE
			Fresenius Kabi France	FRESUBIN® SOUPE
		1 160792	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® HP/HC
				CLINUTREN® DESSERT HP/HC
				CLINUTREN® SOUP
				CLINUTREN® ENERGY
				CLINUTREN® ENERGY FIBRE
				CLINUTREN® DESSERT GOURMAND
			Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® BOISSON LACTEE HP HC
				DELICAL® CREME DESSERT
				DELICAL® CREME LA FLOR1DINE HP HC
				DELICAL® EFFIMAX 2.0
				DELICAL® EFFIMAX 2.0 FIBRES
			Nutricia Nutrition Clinique	FORTIMEL® CARE
				FORTIMEL® CREME
				FORTIMEL® DIACARE
				FORTIMEL® PROTE1N
				FORTIMEL[8] EXTRA
			Fresenius Kabi France	FRESUBIN® CREME
				FRESUBIN® DB CREME
				FRESUBIN® 2KCAL DRINK
				FRESUBIN® 2KCAL DRINK FIBRE
				FRESUBIN® DB DRINK
				PROTENPLUS® DRINK
			Nutrialys Médical Nutrition	CASTASE® CREME
				POLYDOL® CREME
		1 197080	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® CEREAL
				CLINUTREN® MIX
			Nutrisens Médical	TONUSLINE® HYPERDR1NK
				TONUSLINE'5' HYPERDRINK DB
				TONUSLINE® HYPERDRINK FIBRE
				TONUSLINE® VELOUTE HP/HC
		1104612	Fresenius Kabi France	FRESUBIN® MENU ENERGY
		1145692	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® HP/HC
				CLINUTREN® SUPPORT PLUS
				RENUTRYL® BOOSTER
			Nutricia Nutrition Clinique	FORTIMEL® MAX
			Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® MAX 300 HP HC
				DELICAL® NUTRA'MIX HP HC
				DELICAL® POTAGE HP HC

LPPR			LABORATOIRES	PRODUITS
TITRE 1ER, CHAPITRE IER, SECTION 5, SOUS-SECTION 1		CODES		
§ 2, SOUS-§ 1 ALIMENTS DIETETIQUES DESTINES A DES FINS MEDICALES SPECIALES (ADDFMS) LIGNES GENERIQUES	Mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques	1169630	Nutrialys Médical Nutrition	CASTASE® PLUS
				POLYDOL® PLUS
		1 128877	Abbott France	ENSURE® PLUS
		1153786	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® 1.5
				CLINUTREN® 1,5 FIBRE
			Nutricia Nutrition Clinique	FORTIMEL® ENERGY
				FORTIMEL® ENERGY MULTI FIBRE
				FORTIMEL® YOG
			Frcsenius Kabi France	FRESUBIN® ENERGY DRINK
				FRESUBIN® ENERGY DRINK FIBRE
	Mélanges polymériques glucido-protidiques	1121616	Lactalis Nutrition Santé	DEL1CAL® NUTRA'POTE
		1195537	Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® BOISSON FRUITEE EDULCOREE
			Abbott France	ENLIVE® PLUS
		1144238	Nestlé Clinical Nutrition France	CLINUTREN® FRUIT
			Lactalis Nutrition Santé	DELICAL® BOISSON FRUITEE
			Nutricia Nutrition Clinique	FORTIMEL®JUCY
			Fresenius Kabi France	FRESUBIN® JUCY DRINK
			Envolcommunication	SARCOGEL®
	Protéines seules	1131827	Nutricia Nutrition Clinique	PROTIFAR®
				PROTIFAR® PLUS
			Fresenius Kabi France	FRESUBIN® PROTEIN POWDER
			Lactalis Nutrition Santé	DELICAL®
	Glucides seuls	1131810	Nestlé Clinical Nutrition France	CALOREEN®
			Lactalis Nutrition Santé	MALTODEXTRIDINE®
	Lipides seuls	1168552	Nestlé Clinical Nutrition France	L1PROCIL®
§2, SOUS-§ 2 AUTRES ADDFMS NOMS DE MARQUE		1190280	Nestlé Clinical Nutrition France	ORAL IMPACT® (produit d'exception)

(c) Livret guide pour les aidants : extraits



POURQUOI UN TEL GUIDE (extrait p. 4 et 5)

Quels que soient notre âge et notre état de santé, manger est un des grands plaisirs de la vie, et il est important que cela puisse le rester. On sait par ailleurs aujourd'hui que la nutrition, c'est-à-dire l'alimentation et l'activité physique, joue un rôle essentiel pour protéger la santé. Elle contribue ainsi à « bien vieillir » et, plus tard, à limiter la perte d'autonomie.

Des conseils pratiques et des réponses

II est donc très important de garder, voire de retrouver, une « bonne » alimentation et une activité physique quotidienne. Mais ce n'est pas toujours facile lorsqu'on est fragilisé car les problèmes de santé et le vieillissement influent sur la façon de s'alimenter et de bouger.

L'objet de ce guide est de vous donner des conseils pratiques, des astuces et des réponses pour soutenir au mieux la personne âgée fragile. Il s'adresse à vous, « aidant », que vous soyez un proche - conjoint, enfant, membre de la famille, ami - ou que votre métier consiste à accompagner les personnes qui en ont besoin dans leur vie quotidienne. Il s'inscrit dans une collection validée par les pouvoirs publics dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS). D'autres guides de cette collection peuvent vous concerner: La santé *vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous ou La santé en mangeant et en bougeant, le guide nutrition à partir 55 ans.*

Un outil de dialogue et d'échange

II est important de ne pas tout faire à la place de la personne que vous aidez, de lui permettre de préserver ses capacités d'action et de décision. Trouver les mots et le ton justes n'est pas toujours facile, surtout lorsqu'on est fatigué ou qu'on a peu de temps. Il est important, pourtant, de veiller, autant que possible, à :

↳ Etre à l'écoute de ses besoins : prendre le temps de questionner, d'écouter et de parler, en tenant compte des difficultés d'élocution, de vue ou d'audition ;

↳ Ne pas porter de jugement, respecter les habitudes et les choix de la personne. Si nécessaire, vous vous efforcerez de l'amènera infléchir ses habitudes en douceur, sans la déstabiliser par des changements radicaux;

↳ Privilégier le plus possible son autonomie, sans faire à sa place ce dont elle est capable ;

↳ La solliciter pour « faire ensemble » [liste de courses, préparation du repas, choix d'activités...] ;

↳ Lui laisser la responsabilité de son budget.

Prendre soin de vous pour prendre soin de l'autre

Quand on vit avec un proche ou qu'on l'aide régulièrement, il peut arriver que, focalisé sur le soutien à apporter, on oublie de prendre soin de sa propre santé. Or c'est essentiel, pour soi, mais aussi pour mieux aider l'autre.

↳ Ne vous sentez pas obligé de tout prendre en charge et ne culpabilisez pas si vous sentez que vous n'arrivez plus à faire face. Faites-vous aider : des structures peuvent vous apporter un soutien temporaire ou durable.

↳ Chaque jour ou plusieurs fois par semaine, ménagez un peu de temps pour vous. Maintenez au maximum vos liens avec vos amis ou votre famille.

↳ Surveillez votre poids, et votre santé en général. Parlez de votre rôle « d'aidant » à votre médecin, qui sera ainsi particulièrement attentif au risque d'épuisement encouru.

↳ Suivez les repères du PNNS qui sont adaptés à votre âge.

Si vous êtes un aidant professionnel

Lors de situations de crise ou de problèmes que vous n'arrivez pas à gérer, appuyez-vous sur la structure qui vous emploie et demandez à vous faire relayer. Dans ce cas, assurez-vous, auprès de la personne fragilisée et de son entourage, de vos collègues et éventuellement des autres professionnels, que les informations circulent et que la continuité de la prise en charge est assurée.

LES 4 POINTS ESSENTIELS A SURVEILLER (extrait pages 8 et 9)

Le poids

Demandez à la personne que vous aidez de se peser ou aidez-la le cas échéant :

A se peser une fois par mois,

A se peser une fois par semaine dans certaines situations :

- en cas de risque de déshydratation : forte chaleur (canicule, chauffage élevé), fièvre, diarrhée, vomissements ;
- après une infection, une hospitalisation ou un choc affectif ;
- en cas d'insuffisance cardiaque récente. Notez le poids sur un calendrier ou un cahier.

Alertez le médecin si le poids a varié de 2 kg ou plus dans le mois.

L'alimentation

Soyez particulièrement vigilant :

↳ Si la personne âgée suit un régime, qu'il soit prescrit par un médecin ou qu'elle le fasse d'elle-même;

↳ Si la personne que vous aidez mange moins depuis plus de trois jours;

↳ Si elle ne consomme plus — ou plus beaucoup — certains aliments : viande, légumes, fruits, produits laitiers...

L'hydratation

↳ Vérifiez que la personne que vous aidez boit au moins 1 litre d'eau par jour.

↳ Incitez-la à boire chaque fois que vous êtes présent.

↳ Veillez à ce qu'elle boive encore plus en cas de risque de déshydratation : forte chaleur (canicule, chauffage élevé), fièvre, diarrhée, vomissements.

Le niveau d'activité

Toute baisse du niveau d'activité traduit un état de fatigue physique ou morale qui est parfois le seul signe de début d'une dénutrition. Incitez la personne que vous aidez à maintenir le plus possible :

↳ Une activité physique : faire les courses, marcher, jardiner, faire le ménage, voire quelques exercices...

↳ Des activités intellectuelles ou de loisirs : lecture, mots croisés, télévision,

↳ Des contacts sociaux.

SURVEILLER LE POIDS : INDICE MAJEUR DE SANTÉ (extrait pages 10 à 13)

Lorsque le poids d'une personne âgée varie de façon importante, à court ou à plus long terme, cela traduit une modification de son état de santé et nécessite un contrôle médical. Il est donc important que la personne que vous aidez se pèse régulièrement.

Se peser régulièrement

Une fois par mois...

Il est indispensable d'avoir une balance à domicile. Si nécessaire, aidez la personne à monter sur la balance, à peu près à la même heure et dans la même tenue (sans chaussures), puis notez le poids sur un calendrier ou un cahier.

... ou toutes les semaines dans certaines situations

↳ En cas de risque de déshydratation : forte chaleur (canicule, chauffage élevé), fièvre, diarrhée, vomissements.

↳ Après une infection, une hospitalisation ou un choc affectif.

↳ En cas d'insuffisance cardiaque récente.

Si le poids varie rapidement

Une perte ou un gain de poids sur quelques jours sont dus à une variation d'eau dans le corps.

Perte de poids : 1 à 2 kg en une semaine

↳ Cela traduit souvent un état de déshydratation. Quelques signes : bouche sèche et difficulté à avaler les aliments secs, voire parfois tout type d'aliment. La peau se fripe et les urines sont foncées.

↳ Contactez le médecin car être déshydraté est particulièrement dangereux lorsqu'on est âgé. En même temps, demandez à la personne de boire, ou faites-la boire un 1/2 verre de liquide (eau, potage, etc.) toutes les demi-heures.

Prise de poids : plus de 2 kg en une semaine

↳ Cela traduit une rétention d'eau dans le corps qui se manifeste par des jambes qui gonflent le soir; elle est toujours liée à un traitement médicamenteux (pour insuffisance cardiaque ou rénale...) mal équilibré.

↳ Contactez le médecin afin qu'il rééquilibre le traitement.

Si le poids varie lentement

Une perte ou un gain de poids sur plusieurs semaines ou plus traduisent un déséquilibre entre les entrées d'énergie dans le corps (alimentation) et les dépenses d'énergie (fonctionnement du corps et activité physique).

Perte de poids : - 5 % en 1 mois ou -10 % en 6 mois : Cela traduit une dénutrition, c'est-à-dire que la personne âgée mange moins qu'elle ne dépense.

Prise de poids : au moins + 5 % de poids après dénutrition : Cela signifie que la personne âgée est en cours de guérison, et c'est très bien. Si ce n'est pas consécutif à une dénutrition, reportez-vous ci-dessous à « En cas de surpoids ».

Repères : quelques exemples de variation de poids				
Poids en kg	**Perte de poids**		**Prise de poids**	
	- 5 % en 1 mois	- 10 % en 6 mois	+ 5% en I mois	10 % en 6 mois
90	85,5	81	94,5	99
80	76	72	84	88
70	66,5	63	73.5	77
60	57	54	63	66
50	47,5	45	52,5	55
40	38	36	42	44

En cas de surpoids

Quand on est âgé, le surpoids et l'obésité n'ont pas le même impact sur la santé. Lorsqu'on est plus jeune, plus le poids est élevé, plus le risque de maladies (en particulier cardiovasculaires) augmente. Chez une personne âgée, en revanche, il ne semble pas qu'une perte de poids améliore l'état de santé; au contraire, dans certaines situations, il se peut qu'un certain surpoids la protège : moins de fractures du col du fémur, moins de risque de décès en cas d'hospitalisation...

Autrement dit, si la personne que vous aidez est en surpoids, il ne s'agit pas de la faire maigrir, mais simplement que son poids se stabilise, c'est-à-dire d'éviter qu'elle continue de grossir.

Prise de poids importante en peu de temps

Si la personne a pris beaucoup de poids en relativement peu de temps (ex. 10 kg en quelques mois), cela peut retentir sur sa mobilité et nuire à sa vie sociale. Demandez-lui de ne pas se mettre au régime d'elle-même, mais de consulter un médecin pour identifier les raisons de la prise de poids. Il

pourra la conseiller ou l'orientera vers un diététicien. Il s'agit souvent de simplement corriger quelques « erreurs », notamment :

↳ En retrouvant un rythme régulier de 3 repas par jour + 1 goûter;

↳ En évitant le grignotage entre ces repas, surtout de produits sucrés, gras et salés (produits apéritifs...) ;

↳ En consommant deux fois par jour de la viande, du poisson ou des œufs, riches en protéines ;

↳ En bougeant chaque jour: par exemple, marcher, voire pratiquer des exercices physiques (éventuellement avec l'aide d'un kinésithérapeute] est particulièrement important afin de préserver les muscles lors de l'amaigrissement.

LA DÉNUTRITION : SAVOIR REPÉRER POUR AGIR (extrait pages 14 et 15)

Lorsqu'une personne âgée ne mange plus suffisamment pour couvrir les besoins du corps, on parle de dénutrition. Elle va ainsi perdre des muscles et se sentir épuisée, ce qui entraîne un risque de chutes. À terme, son organisme sera plus vulnérable aux maladies infectieuses ou à l'aggravation d'une maladie chronique. Par ailleurs, la personne fatiguée réduit ses contacts sociaux et est plus sujette à la dépression. Il est donc important de détecter la dénutrition tôt, car elle peut ainsi être soignée très efficacement.

Surveiller le poids tous les mois

Une perte de poids de 5 % en un mois ou de 10 % en 6 mois traduit une dénutrition. Dès l'amorce d'un amaigrissement de cet ordre, il faut s'en inquiéter.

Être attentif à l'appétit

Une perte d'appétit entraîne presque toujours une dénutrition.

↳ Veillez à la quantité et à la variété de l'alimentation.

↳ Si vous ne prenez pas vos repas avec la personne âgée :

- demandez-lui si elle mange bien quatre fois par jour et ce qu'elle mange à chaque fois ;
- si possible, vérifiez ce qui reste de son dernier repas.

Faites un tour dans le réfrigérateur : s'il est vide, peut-être ne fait-elle plus ses courses. Dans ce cas, voyez ensemble pourquoi et comment y remédier : courses à faire ensemble, livraison à domicile, voire portage des repas ; si le contenu du réfrigérateur n'a pas changé depuis votre dernière vérification, demandez-lui pourquoi elle n'a pas mangé ;

- soyez attentif à l'apparence de la personne âgée (flotte-t-elle dans ses vêtements ?) ;
- son animal de compagnie a-t-il grossi dernièrement ? Cela pourrait indiquer qu'il mange à sa place.

Que faire si la personne que vous aidez ne mange pas assez ?

Parlez-en ensemble pour identifier la cause.

↳ Une alimentation plus facile à manger, plus adaptée à ses goûts ou plus relevée est peut-être nécessaire.

↳ La personne âgée a peut-être mal aux dents, ou son dentier est mal adapté.

↳ Elle prend des médicaments avant les repas, ce qui peut lui couper l'appétit. Demandez au pharmacien s'il est possible de changer le moment de leur prise.

Encouragez-la à en parler à son médecin.

Au besoin faites-le vous-même ; il vous conseillera et vous orientera éventuellement vers un diététicien.

Si elle n'a pas le moral et manque de compagnie.

Essayez de solliciter le soutien de l'entourage familial ou amical.

Annexe 6 : Exemple de résultats d'un MNA court réalisé en ligne

Votre évaluation de l'état nutritionnel MNA® du 08/07/2015

Score: 11

- Prénom : ju
- Nom : kruv
- E-mail

- Age : 85
- Poids, kg : 75
- Taille, cm : 160
- Hauteur du genou, cm



- Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? *2 = pas de baisse de l'alimentation*
- Perte récente de poids (< 3 mois) : *3 = pas de perte de poids*
- Motricité : *1 = autonome à l'intérieur*
- Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? *0 = oui*
- Problèmes neuropsychologiques : *2 = pas de problème psychologique*
- Indice de Masse Corporelle (IMC = poids / (taille)2 en kg/m2) : *3 = IMC ≥ 23*

La durée de réalisation a été d'environ 2 minutes, pour un patient coopératif et comprenant bien les questions.

SUMMARY

INTRODUCTION Screening for malnutrition in elderly people by the general practitioners is one of the important issues for public health. The aim of the study is to determine the percentage of generalist practitioners in Picardy who understand its importance, to know the role of the MNA, and to determine their normal practice.

METHOD This is a broad descriptive study undertaken through sending questionnaires to a random selection of 600 generalist practitioners.

RESULTS/DISCUSSION We obtained a 17% response rate. ¼ of respondents think the detection of undernourishment is difficult, and encounter obstacles such as lack of time, and lack of confidence in the reliability of some of the responses. Some means of improving this situation are described: developing a targeted diagnostic tool, improvements in training, raising awareness in the general population. Weight is the most frequently used indicator. The methods evaluated (weight, BMI, estimate of risk factors, appetite and nutritional intake) are the most widely used when it seems useful. Dosage of biomarkers takes place annually or when it seems appropriate. 1/3 of doctors (especially women, aged under 45) say that they undertake a systematic check and use these indicators a little more often than the total sample. The MNA is the least employed tool, known by 28% of doctors. 16% of doctors use it. They prefer to use the short form (88%), which is thought to be simple and well adapted.

CONCLUSION Malnutrition is being detected, but despite recommendations to do so, the MNA is being little used. The circulation of the shortened version of the MNA to doctors, and making them and their ancillary staff aware of the Assessment would allow improved rates of detection.

KEYWORDS : screening ; malnutrition ; MNA; elderly people ; general practitioners ; Picardy.

RESUME

INTRODUCTION Le dépistage de la dénutrition du sujet âgé en médecine générale est un enjeu de santé publique. Le but du travail est de déterminer le pourcentage de médecins généralistes picards qui le réalisent, de savoir quelle est la place du MNA et connaître les habitudes de pratique.

MÉTHODE Il s'agit d'une étude transversale descriptive par l'envoi de questionnaires à 600 médecins généralistes tirés au sort.

RÉSULTATS/DISCUSSION Nous avons obtenu 17% de réponses. 1/4 des médecins estime le dépistage difficile et rencontre des obstacles : manque de temps, doute de la fiabilité de certaines réponses. Des moyens d'amélioration sont décrits : développer un outil de dépistage adapté, améliorer la formation, sensibiliser la population. Le poids est l'indicateur utilisé le plus souvent. Les moyens évalués (poids, IMC, estimation des facteurs de risque, appétit et apports alimentaires) sont majoritairement utilisés quand cela semble utile. Les dosages biologiques sont réalisés annuellement ou quand cela semble utile. 1/3 des médecins (plutôt des femmes, âgés de moins de 45 ans) déclare réaliser le dépistage systématique et utilise les indicateurs un peu plus souvent que l'échantillon total. Le MNA est l'outil le moins utilisé, connu par 28% des médecins, majoritairement des hommes, âgés de plus de 55ans. 16% des médecins l'utilisent, dont 88% quand cela semble utile. Ils préfèrent utiliser la forme courte (88%), jugée facile et adaptée.

CONCLUSION Le dépistage de la dénutrition est réalisé, mais le MNA peu utilisé malgré les recommandations. Sa diffusion version courte et la sensibilisation des médecins et de l'entourage permettraient un meilleur dépistage.

MOTS CLES : dépistage ; dénutrition ; MNA ; personnes âgées ; médecine générale ; Picardie.