



Prise en charge thérapeutique de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville : étude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Borja Montoro Llopis

► To cite this version:

Borja Montoro Llopis. Prise en charge thérapeutique de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville : étude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01838728

HAL Id: dumas-01838728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838728>

Submitted on 13 Jul 2018

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE



THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de
Docteur en médecine

Borja MONTORO LLOPIS
Né le 16 février 1989 à Alcoy (Espagne)

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA DENUTRITION
DE LA PERSONNE AGEE EN MEDECINE DE VILLE :
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES
DES ALPES-MARITIMES**

Présentée et soutenue le 26 juin 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anne-Marie BARISIC

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

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

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

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

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Géraud	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER,

Je vous remercie vivement de m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Votre présence était pour moi indispensable afin de soumettre les résultats de cette étude à votre jugement aguerri. Veuillez trouver le témoignage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Vous m'avez suivi pendant ces 3 années d'internat, et il me semblait indispensable que vous soyez présent lors de ma soutenance de thèse. Merci pour votre soutien, votre confiance et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

A ma directrice de thèse : Madame le Docteur Anne-Marie Barisic,

Je voulais avant tout te remercier d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Tu m'as apporté le soutien et la confiance dont j'avais besoin lors de la réalisation de ce travail. Merci pour tous tes conseils et pour tout le temps que tu m'as consacré. Tu as toujours été disponible pour moi, je te remercie infiniment. Sans toi, rien n'aurait été possible. Tu es pour moi une source d'inspiration en tant que médecin, mais aussi en tant qu'être humain. Je suis très fier de pouvoir te considérer comme une amie.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude :

Merci pour votre disponibilité et pour le temps que vous m'avez consacré.

Aux médecins qui ont participé à ma formation durant mon externat et mon internat :

Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez apporté, autant dans le domaine théorique que pratique : de l'anatomie et la biochimie, à mon stage en gériatrie et en médecine ambulatoire. Je vous suis reconnaissant pour tout ce que vous m'avez appris. Sans vous je ne pourrais pas être le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille et à mes amis :

A mis padres Pilar y Antonio : gracias por todos los esfuerzos que habéis hecho, y que seguís haciendo a día de hoy por mí. Aunque esté un poco lejos de vosotros, os siento más cerca que nunca, y os tengo presentes en todo lo que hago. Gracias a vosotros hoy podéis decir que tenéis un hijo médico. No puedo estar más orgulloso de la educación y los valores que me habéis inculcado. Siempre habéis confiado en mí, hasta en los momentos en los que yo dudaba de mí. Gracias por todo. Os quiero muchísimo.

A mis hermanos Adrián y Gonzalo : gracias por todos los buenos momentos que hemos pasado juntos. Estoy muy orgulloso de teneros como hermanos y de poder contar con vosotros en cualquier momento. Os quiero mucho.

A mis cuñadas Marrot y Paqui : gracias por todo. Os conozco desde hace mucho tiempo y solo puedo decir que sois las mejores cuñadas del mundo. Os quiero.

A mis sobrinos Andrea y Javi : estoy muy orgulloso de vosotros, cada vez que vuelvo a casa tengo muchísima ilusión de volver a veros. Os quiero muchísimo.

A Denis : merci de me supporter dans le quotidien, merci de me pousser toujours vers le haut, merci de voir toujours la meilleure version de moi-même. Grâce à toi aujourd'hui je suis en France, et nous sommes ici en train de fêter mon doctorat. Je ne regrette pas d'avoir fait ce choix. Merci de partager ta vie avec moi. Je t'aime.

A mi tía Horte : mi madrina, qué paciencia tienes que tener conmigo cada vez que llegan Reyes o mi cumpleaños. Gracias por todo tía.

A mis tíos y pibos : gracias por ser como sois. ¡Qué familia más molona que tengo!

A Lola y a Paco : gracias por todo el apoyo y por haberme considerado como un hijo más.

A ma belle-famille, mes beaux-parents : vous m'avez soutenu dans les moments les plus difficiles de la préparation du concours de médecine. Vous m'avez toujours considéré comme l'un de vos fils. Je vous remercie infiniment. Je vous aime.

A Mariajo : te conozco desde el primer día de Universidad, y cambiaste mi vida para siempre. Te quiero cari, gracias por todo.

A Elena : mi rubia, has sido siempre un apoyo incondicional en mi vida. Te amo sin parar.

A Laura : gracias por ver la vida siempre con un toque de humor. Eres única.

A Natalia : desde el primer día me has aceptado por como soy. Continúa siendo la gran persona que eres y recuerda siempre: all my life I've been waiting for you to bring a...

A Bego, Aliss y Agus: nunca olvidaré todos los momentos que hemos pasado juntos.

A Gloria : después de tantos años me siento muy orgulloso de poder considerarte como un apoyo incondicional en mi vida. Gracias por todo.

A Marina : echo mucho de menos los momentos escaleras contigo. Eres una gran amiga y una gran persona. No dejes que nadie te cambie.

A Carlos : tete gracias por todos los momentos que hemos vivido, te deseo lo mejor.

A Gonzalo y a Marcos: tal vez seáis los amigos que conozco desde hace más tiempo. Hemos crecido y vivido muchas cosas juntos. Sois como hermanos para mí.

A Patricia : sabes que te tengo arriba de la palmera de la urba, gracias por motivarme a empezar medicina.

A Natalia : te aprecio muchísimo, eres una persona con la que siempre he podido contar, gracias.

A Laura, Soraya, Julio, Anavip, Irene, Elena: los veranos no habrían sido lo mismo sin vosotros.

A Katina y Alexandra: sois únicas. Os quiero mucho.

A mes amis niçois : Nour, Maria, Anissa, Violaine, Anne-Sophie : vous êtes des excellents médecins mais aussi des incroyables personnes.

A mes voisins Nicolas et Bruno : mon seul regret c'est que vous partiez sur Paris. La Rue de Dijon ne sera pas la même sans vous. Je vous adore.

A ma wolfpack ou crossfit family, merci pour tout, vous êtes une deuxième famille pour moi. Continuons à nous dépasser ensemble, et aussi à faire des fêtes ensemble.

A mes amis de Montpellier : Joja, Florine, Anne Sophie, Carole, Karine, Manon, Giulia, Rica.

TABLE DES MATIERES

1. LISTE DES ABREVIATIONS	1
2. INTRODUCTION.....	3
3. MATERIEL ET METHODE	5
3.1 Type d'étude : étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés	5
3.2 Recrutement de l'échantillon	6
3.3 Guide d'entretien.....	7
3.3.1 Elaboration du guide.....	7
3.3.2 Validation en cellule qualitative.....	8
3.3.3 Consentement éclairé	9
3.3.4 Réalisation des entretiens	9
3.4 Transcription et analyse thématique des données.....	10
4. RESULTATS	11
4.1 Caractéristiques de l'échantillon interrogé.....	11
4.2 Description des résultats.....	11
4.2.1 Dénutrition en médecine générale : prévalence et cible.....	12
4.2.2 Organisation de la prise thérapeutique en soins primaires.....	13
4.2.2.1 Attitude dans un premier temps	13
4.2.2.2 Conseils diététiques	16
4.2.2.3 Alimentation enrichie.....	17
4.2.2.4 Place des compléments nutritionnels oraux (CNO)	18
4.2.2.5 Place de la nutrition artificielle	21
4.2.2.6 Prise en charge socio-environnementale	24
4.2.2.7 Délai d'évaluation des patients pour mesurer l'impact de la prise en charge.....	24
4.2.3 Existence d'un réseau spécifique	25
4.2.3.1 Une prise en charge multidisciplinaire	25
4.2.3.1.a Recours à l'orthophoniste	25

4.2.3.1.b Recours au diététicien.....	26
4.2.3.1.c Avis spécialisé	29
4.2.3.2 Hospitalisation du patient.....	31
4.2.4 Obstacles à la prise en charge de la dénutrition	33
4.2.4.1 Facteurs intrinsèques aux médecins	33
4.2.4.2 Facteurs intrinsèques aux patients	35
4.2.4.3 Facteurs sociaux et environnementaux	37
4.2.4.4 La problématique des CNO	38
4.2.4.5 Facteurs liés aux réseaux de soins.....	39
4.2.5 Propositions d'amélioration de la prise en charge de la dénutrition.....	40
4.2.5.1 Amélioration de la formation des médecins.....	40
4.2.5.2 Amélioration de la qualité des repas et de la supplémentation orale	41
4.2.5.3 Amélioration du réseau de soins	42
4.2.5.4 Amélioration de l'environnement du patient.....	44
 5. DISCUSSION	 46
5.1 Les limites et les forces de l'étude	46
5.1.1 Sélection de la population interrogée	46
5.1.2 Déroulé des entretiens.....	46
5.1.3 Analyse des données	47
5.2 Organisation de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition autour de la personne âgée dans les Alpes Maritimes	 47
5.2.1 Acteurs de la prise en charge de la dénutrition	48
5.2.1.1 Aides au domicile.....	48
5.2.1.2 Le médecin traitant dans la prise en charge multidisciplinaire	49
5.2.1.3 Recommandations des sociétés savantes dans la prise en charge de la dénutrition.....	 52
5.2.2 Stratification de la prise en charge thérapeutique	53
5.2.3 Moyens de prise en charge thérapeutique.....	55
5.2.3.1 La complémentation orale	55
5.2.3.2 La nutrition artificielle.....	57
5.2.4 Formation des médecins	58
5.2.5 Point de vue de l'enquêteur	59

6. CONCLUSION.....	61
7. BIBLIOGRAPHIE	63
8. ANNEXES.....	71
8.1 Annexe 1. Consentement éclairé	71
8.2 Annexe 2. Guide d'entretien.....	72
8.3 Annexe 3. Caractéristiques des médecins interrogés	73
8.4 Annexe 4. Mini Nutritional Assesement (MNA)	74
8.5 Annexe 5. Mini Nutritional Assesement Short Form (MNA-SF)	75
9. SERMENT D'HIPPOCRATE	76

1. LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASD : Aide Sociale Départementale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CLAN : Comité de Liaison d'Alimentation et Nutrition

CLD : Collectif de Lutte contre la Dénutrition

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

GPE : Gastrostomie Percutanée Endoscopique

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HP/HC : Hyper Protéiné/ Hyper Calorique

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecin Généraliste

MNA : Mini Nutritional Assesement

MNA-SF : Mini Nutritional Assesement Short Form

MSU : Maître de Stage des Universités

NE : Nutrition Entérale

PICC-LINE : Peripherally Inserted Central Catheter Line

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

PSAD : Prestataires de Soins A Domicile

SFNEP : Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme

UTNC : Unités Transversales de Nutrition Clinique

2. INTRODUCTION

Assez souvent considérée comme un symptôme ou une comorbidité, la dénutrition est rarement reconnue comme une maladie à part entière. Quand elle est considérée enfin comme une maladie, elle reste assez longtemps silencieuse. Autant dire qu'elle se cache bien. Tellement bien que sa prévalence n'est pas connue avec exactitude dans la population générale.

En Europe, la prévalence de la dénutrition est estimée entre 5 et 10 %. Dans la population française âgée, elle est de 4 à 10%, ce qui équivaut à environ 300 à 400.000 personnes dénutries à domicile en France (11,15,23).

La seule certitude actuelle, c'est que plus de deux millions de Français sont dénutris. Mais cette triste réalité n'est pas une spécificité française. Partout dans les pays développés, la dénutrition n'est toujours pas reconnue comme un mal actuel, mais encore comme une « vieille » maladie éradiquée par le progrès.

Comment alors est-il possible d'être dénutri de nos jours tout en ayant accès à la nourriture ? La réponse est simple : les dénutris dans la plus grande majorité sont des personnes qui n'ont pas faim.

Chez les personnes âgées, la dénutrition revêt un caractère encore plus important et constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle entraîne dégradation de l'état général, aggravation de maladies chroniques, allongement des durées d'hospitalisation, augmentation des risques d'infection nosocomiale, augmentation du risque de chute ou d'entrée dans la dépendance, épuisement, déficit immunitaire, etc... La dépression est également une conséquence de la dénutrition, puisque le cerveau est l'un des organes qui dépend le plus des apports nutritionnels. Plusieurs études ont même montré que le risque de démence sénile pouvait varier en fonction des facteurs alimentaires.

Les conséquences de la dénutrition chez les plus de 70 ans, fragiles ou malades, sont donc nombreuses.

De plus, la dénutrition génère des coûts de prise en charge importants qui sont aujourd'hui estimés à environ 10 % des dépenses de santé. Il est donc fondamental d'alerter les pouvoirs publics afin de mettre en place des stratégies efficaces de prise en charge.

Plusieurs études ont été réalisées en France et à l'étranger sur la prise en charge diagnostique de la dénutrition du sujet âgé. La quasi-totalité de ces études ont mis en évidence des limites à cette démarche diagnostique, principalement liées au manque de temps et au manque de formation (18,19,24).

Peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge thérapeutique de la dénutrition. Or, il a été démontré que cette prise en charge est efficace en termes de récupération de poids mais aussi en termes de diminution du risque de décès et de survenue de complications (9,10,17).

Futur médecin généraliste en libéral, j'ai souhaité faire un état des lieux de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition du sujet âgé en soins primaires. J'ai interrogé des médecins généralistes des Alpes Maritimes afin de mettre en évidence les limites de cette prise en charge et les besoins des médecins pour l'améliorer.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Type d'étude : étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés

Pour cette étude, nous avons choisi de réaliser une enquête descriptive qualitative, par entretiens individuels semi-structurés.

Cette méthode est la plus adaptée pour notre étude, puisqu'elle permet de comprendre et d'interpréter des phénomènes et des événements dans leur milieu naturel. Elle permet d'identifier des besoins et des solutions adéquates aux problèmes identifiés.

Avec cette méthode, j'ai pu aller à la rencontre des médecins généralistes afin de pouvoir explorer sur le terrain ce qui se passe mais aussi pourquoi.

La méthode qualitative permet de rechercher des explications à des faits observés, sans pour autant porter de jugement. Les liens observés entre deux variables sont de l'ordre explicatif, et non statistique (44). Contrairement aux méthodes quantitatives, il n'y a pas de notion de prédominance statistique ou de quantification. Le but recherché est la diversité thématique. Tous les thèmes abordés sont considérés comme de valeur égale (45).

La réalisation d'entretiens semi-structurés permet d'interroger les médecins généralistes avec des questions précises, sans influencer ni limiter les réponses. Les entretiens ont permis de conserver la spécificité et la variabilité des réponses de chaque médecin. De cette façon, j'ai pu recueillir des réponses très variées et approfondies (46). L'analyse qualitative nous a permis de comprendre les logiques d'action, les croyances et les représentations des médecins.

Les questions abordées dans le guide d'entretien m'ont permis de transcrire le discours de chaque médecin afin de pouvoir réaliser une analyse comparative des réponses. Ceci a permis d'identifier des similitudes et des différences pour proposer éventuellement une explication.

3.2 Recrutement de l'échantillon

L'échantillon de l'étude correspond à un panel varié de médecins généralistes installés ou remplaçants dans les Alpes Maritimes, dans différentes zones urbaines, semi-rurales ou rurales de la région.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont :

- médecins généralistes titulaires du doctorat de médecine générale,
- installés ou remplaçants depuis plus de trois ans pour assurer une certaine expérience dans la prise en charge nutritionnelle des patients,
- exerçant dans les Alpes Maritimes,
- et prenant en charge des personnes âgées dénutries.

Les critères de non inclusion sont :

- les médecins non titulaires du doctorat de médecine générale,
- les médecins ne prenant pas en charge des personnes âgées dénutries.

Nous avons inclus des médecins généralistes présentant des profils variables en fonction du sexe, de l'âge, du secteur géographique ou des formations spécifiques (*Annexe 3*).

Dans une étude qualitative, l'échantillon de médecins interrogés ne peut pas être représentatif de la population, contrairement à un échantillon d'étude quantitative (47). Les résultats ne seront donc pas généralisables à la population française.

Le but de l'étude est d'apporter un éclairage sur les pratiques et les opinions des médecins généralistes sur la prise en charge de la dénutrition en médecine de ville.

Les médecins généralistes ont été contactés par le biais du site de l'Assurance Maladie (48), du site internet *pagesjaunes.fr*, dans mon entourage personnel et professionnel et par la technique de proche en proche, c'est-à-dire, en demandant aux médecins interrogés le nom d'autres médecins susceptibles de participer dans l'étude.

Les médecins généralistes ont été contactés dans un premier temps par téléphone pour leur présenter l'étude. Un consentement éclairé de participation à l'étude était envoyé par mail ou par fax (*Annexe 1*). Ensuite, un rendez-vous était fixé selon la convenance du médecin à son cabinet pour un entretien.

3.3 Guide d'entretien

3.3.1 Elaboration du guide

Une fois la question de recherche définie et après soumission du sujet à la cellule thèse, j'ai élaboré, avec l'aide de ma directrice de thèse, un guide d'entretien (*Annexe 2*). Celui-ci a été construit pour permettre une analyse thématique des réponses avec une approche inductive. Nous avons établi une trame de dix questions ouvertes et neutres, sans lister de thèmes prédéfinis, afin d'influencer le moins possible les réponses des médecins interrogés.

La première partie du guide d'entretien comporte les 10 questions. La seconde partie du guide comporte un court questionnaire déterminant les caractéristiques de notre échantillon définies par l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice, le type d'activité (urbaine, semi-rurale et rurale) et la formation complémentaire (présence de formations à type de DU, encadrement d'internes).

Les thèmes explorés dans le guide d'entretien ont répondu à quatre questionnements que nous nous sommes posés :

- *Quelle population est concernée par la prise en charge thérapeutique de la dénutrition ?* Ce qui permet d'appréhender le ressenti de l'importance de la problématique par les médecins interrogés.
- *Comment s'organise la prise en charge thérapeutique de la dénutrition en médecine de ville ?* Ce qui permet d'explorer l'organisation des médecins une fois le diagnostic de dénutrition établi et la place des différentes modalités thérapeutiques (conseils diététiques, alimentation enrichie, compléments nutritionnels oraux, nutrition artificielle).
- *Quel réseau existe autour de la prise en charge de la dénutrition en ville et jusqu'à quel degré ?* Ce qui permet d'identifier les situations pour lesquelles les médecins interrogés ont recours à l'avis d'un confrère spécialiste en nutrition, ou à des professionnels paramédicaux (orthophonistes et diététiciens), ainsi que

d'appréhender la limite au-delà de laquelle les médecins sont obligés d'hospitaliser leur patient.

- *Quelles propositions d'amélioration sont envisageables en fonction des besoins des médecins ?* Ce qui permet d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins dans leur prise en charge et leurs suggestions d'amélioration.

Ces questionnements ont été définis pour répondre à l'objectif principal de notre étude. Ils sont basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et sur les études qui ont enrichi la bibliographie de ce travail (1).

La population ciblée par la prise en charge thérapeutique de la dénutrition que nous avons choisie dans notre étude est celle définie dans les recommandations de la HAS (1) et qui correspond aux personnes âgées de plus de 70 ans. Dans les Alpes Maritimes, cette population est plus importante que dans le reste du territoire français (29% contre 24,1%, respectivement) (5,6,7), ce qui renforce l'intérêt de cette étude dans cette région. Par ailleurs, nous avons choisi de cibler la population âgée de ville parce que celle qui est institution peut probablement bénéficier d'une prise en charge de la dénutrition plus facile et plus systématique.

Pour chacune des questions du guide d'entretien, des précisions étaient possibles ainsi que des questions de relance, utilisées ou pas selon le déroulement de l'entretien (49,50).

Ce guide d'entretien a été au préalable soumis à une période de test sur quelques médecins généralistes, afin d'en assurer la lisibilité, de pouvoir le modifier selon la compréhension des interrogés et de l'adapter pour une utilisation optimale lors de chaque entretien semi-structuré. Chaque modification et nouvelle question du guide d'entretien ont été discutées avec ma directrice de thèse.

3.3.2 Validation en cellule qualitative

Le guide d'entretien a été présenté en décembre 2017 en cellule qualitative. Des modifications ont été réalisées et il a été approuvé par deux médecins du département de médecine générale de Nice.

Nous avons alors obtenu le guide d'entretien final (*Annexe 2*).

3.3.3 Consentement éclairé

Un consentement éclairé pour la participation à l'étude a été élaboré et signé par chaque participant. Dans ce consentement, ont été précisés les informations concernant l'étude, les modalités de réalisation, l'enregistrement de l'entretien, la participation à titre volontaire, le droit de retrait, l'anonymisation des données et des remerciements (*Annexe 1*).

3.3.4 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu au cabinet médical des médecins interrogés afin de privilégier le lieu de pratique et de rester dans un endroit convivial où le médecin serait à l'aise.

Les entretiens se sont déroulés du 06 février 2018 au 15 mars 2018.

Au début de chaque entretien, la fiche d'information de l'étude ainsi que le consentement éclairé étaient de nouveau présentés aux médecins et, une fois le consentement recueilli, l'entretien débutait. Ce dernier se déroulait de façon la plus neutre possible. Aucune note n'était prise lors de l'entretien pour ne pas gêner le médecin interrogé et afin de privilégier l'échange. La discussion était guidée avec le plus de souplesse possible, en essayant de ne pas influencer les médecins dans leurs réponses.

L'entretien s'arrêtait lorsque toutes les questions du guide avaient été abordées.

A la fin de l'entretien, les caractéristiques de chaque médecin étaient précisées. Un retour de l'entretien était proposé à chacun avec possibilité d'envoi des retranscriptions des verbatim aux interrogés.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et de l'enregistreur audio d'un smartphone. Ils ont été ensuite retranscrits mot pour mot, sans modification ni reformulation, afin de ne pas induire de biais d'information. La retranscription a eu

lieu dans les suites de l'entretien, avec en moyenne 3 heures de retranscription pour chaque médecin interrogé.

Le nombre d'entretiens s'est établi à l'obtention de la saturation d'idées, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'idées nouvelles dans les réponses aux différentes questions du guide. Un total de 19 entretiens a permis d'atteindre cette saturation d'idées.

3.4 Transcription et analyse thématique des données

Les enregistrements ont été retranscrits mot pour mot à l'aide du logiciel Word, afin d'assurer la validité et la richesse des résultats. Le logiciel Excel a été utilisé pour le codage axial des verbatim. Nous avons aussi pris en compte la communication non verbale, de manière à respecter la globalité de l'expression.

Les entretiens ont été numérotés sans référence au médecin correspondant. Chaque nom de médecin interrogé a été remplacé par un numéro associé dans le but de respecter l'anonymat (exemple : E1, E2, E3...).

Nous avons réalisé une analyse thématique de contenu, ce qui a permis d'étudier les variations des opinions et des pratiques et non la forme du discours. L'analyse a été horizontale permettant de recueillir une grande diversité d'opinions.

Les thèmes présents dans le corpus ont été relevés au fur et à mesure en suivant une démarche de thématisation en continu, tout en respectant la question de recherche initiale.

Les thèmes proposés ont été d'un niveau d'inférence faible ou modéré, afin de créer un tableau des opinions exprimées, sans donner d'interprétation subjective.

Ensuite les thèmes ont été organisés sous forme d'arbre thématique, après avoir mis en évidence des modes de saillance qui sont des liens logiques de différentes natures entre les ensembles thématiques.

Cette organisation des thèmes a permis de créer des axes thématiques et de les classer en rubriques.

Nous avons finalement obtenu un schéma sur lequel a été basée la rédaction des résultats.

4. RESULTATS

4.1 Caractéristiques de l'échantillon interrogé

Cette étude a inclus 19 médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes. Les profils professionnels sont résumés dans le tableau en annexe (*Annexe 3*).

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés du 06/02/2018 au 15/03/18.

Cet échantillon de médecins est composé de 11 femmes et 8 hommes.

L'âge des médecins interrogés est compris entre 32 et 66 ans, avec une moyenne à 45 ans.

Concernant les caractéristiques d'exercice des médecins, 14 sont installés et 5 sont remplaçants. 11 médecins sont installés en zone urbaine, 1 médecin en zone semi-rurale, 3 en zone rurale, et 4 des médecins remplaçants exercent à la fois en milieu urbain, semi-rural et rural.

La date d'installation est variable, de 4 mois jusqu'à 40 ans d'installation. Pour les médecins remplaçants, la moyenne est de 4 ans de remplacements (de 3 à 6 ans).

Certains médecins présentent des formations complémentaires, comme :

- un DU de gynécologie pour 3 médecins,
- un DU de traumatologie et médecine du sport pour 2 médecins,
- un DU de nutrition pour 2 médecins,
- un DU d'acupuncture et douleur pour 1 médecin,
- un DU d'urgences pour un médecin,
- un DU de gériatrie pour un médecin.

Quatre médecins sont maîtres de stage universitaire (MSU).

La durée moyenne des entretiens est de 17 minutes, l'entretien le plus court ayant duré 9 minutes et 20 secondes et le plus long 29 minutes 19 secondes.

4.2 Description des résultats

Nous avons choisi de présenter les résultats en suivant l'ordre des questions posées dans le guide d'entretien (*Annexe 2*).

Les thèmes que nous avons explorés ont répondu à quatre questionnements que nous nous étions posés lors de l'élaboration du guide : cible de la prise en charge

thérapeutique de la dénutrition, organisation de cette prise en charge en soins primaires, existence d'un réseau spécifique, comment améliorer cette prise en charge.

4.2.1 Dénutrition en médecine générale : prévalence et cible

La proportion de patients âgés de plus de 70 ans varie de 20% à 70% selon les médecins interrogés.

Certains médecins ont répondu de façon estimative :

E1 : « C'est difficile à dire comme ça, mais je dirais qu'environ 30% de mes patients ont plus de 70 ans ».

E3 : « Ah j'en ai une bonne proportion quand même. Je dois en avoir 20-25% ».

E13 : « je dirais, je dirais, personnes âgées de plus de 70 ans, je dirais 70% ».

Trois médecins ont répondu de façon objective :

- soit selon les données du dernier relevé de la Sécurité Sociale :

E8 : « Je pourrais peut-être me référer au truc de la Sécu (...) Donc 21% ».

E12 : « J'avais le chiffre, parce que j'ai un relevé (...) Je dois être à un peu plus de 30% ».

- soit directement à partir du logiciel informatique :

E19 : « Pour vous dire quelque chose de plus précis (recherche dans son ordinateur) on peut dire 25% ».

Pour les médecins remplaçants, cette proportion varie en fonction des médecins remplacés.

E2 : « Alors vu que je remplace c'est un petit peu variable selon les cabinets, mais c'est vrai qu'il y en a pas mal. Je dirais peut-être 65% environ ».

E10 : « Ça dépend du quartier et du médecin que je remplace, mais globalement environ 40% ».

La proportion de patients âgés de plus de 70 ans dénutris à domicile est estimée entre 3% et 20% par les médecins interrogés.

E3 : « Les dénutris de plus de 70 ans chez eux, c'est peut-être 5 à 10% ».

E5 : « Il n'y en a pas beaucoup, 5% je dirais ».

Certains médecins n'arrivent pas à donner d'estimation.

E2 : « Alors, c'est difficile à répondre comme ça, j'avoue. Je ne sais pas ».

E14 : « J'espère pas beaucoup, j'espère, mais je ne peux pas vous donner un chiffre précis ».

Deux médecins ont estimé la proportion de dénutris plus élevée en institution :

E1 : « Ceux qui sont en EHPAD, par contre je dirais plus ».

E18 : « C'est surtout les maisons de retraite. Il y en a la moitié de cette population qui sont dénutris ».

4.2.2 Organisation de la prise en charge thérapeutique en soins primaires

Les médecins ont été interrogés sur la stratification de leur prise en charge thérapeutique des patients dénutris, en commençant par leur premier réflexe face à un patient âgé dénutri, la place qu'ils donnent aux compléments nutritionnels oraux ainsi qu'à la nutrition artificielle.

4.2.2.1 Attitude dans un premier temps

Tous les médecins favorisent toujours l'alimentation orale en premier lieu.

E5 : « J'essaie toujours de garder une alimentation quand même ».

E18 : « Je favorise toujours une alimentation orale ».

Cependant, certains optent pour prise en charge thérapeutique d'emblée alors que d'autres commencent par un bilan étiologique avant traitement.

Les premiers proposent d'emblée soit des compléments nutritionnels, soit des conseils diététiques.

E3 : « Je lui donne tout de suite des compléments alimentaires ».

E14 : « Si le diagnostic de dénutrition est fait par la perte de poids, je supplémente directement en apports protéinés ».

E5 : « Moi je dis d'abord d'enrichir son alimentation et je donne quelques conseils alimentaires ».

Ils réévaluent ensuite l'état nutritionnel des patients et proposent une enquête nutritionnelle ou un bilan étiologique selon les besoins.

E5 : « Si malgré tout ça, ça ne va pas, je vois pourquoi il est dénutri ».

Les seconds demandent un bilan étiologique de la dénutrition afin de corriger les facteurs favorisants.

E6 : « Déjà je regarde son contexte de vie, déjà son environnement (...) j'essaie d'évaluer les facteurs qui pourraient amener à cette dénutrition. (...) Et puis pour pouvoir après corriger le facteur ».

Parmi ces facteurs, les médecins ont cité :

- des facteurs intrinsèques aux patients : pathologies pouvant favoriser la dénutrition, ou facteurs empêchant directement une alimentation :

E9 : « Après on pense bien sûr peut-être aussi aux problèmes de santé sous-jacents (...) donc déjà sur le plan médical faire un petit peu le bilan étiologique ».

E11 : « Je réalise en premier temps une évaluation des ingestas et je fais une recherche d'une étiologie pouvant expliquer cette dénutrition »

E1 : « J'essaie de comprendre les facteurs qui peuvent influencer dans la dénutrition ».

E6 : « Voir qu'il ne mange pas à cause d'un problème d'appareillage... ».

- des facteurs extrinsèques aux patients : pour de nombreux médecins, réalisation d'une enquête sociale et environnementale, afin de savoir si le patient est isolé, les types d'aides déjà mises en place (présence d'un infirmier à domicile, portages de repas, aide à domicile, etc...).

E5 : Après je vois en fonction des ressources de la personne, et en fonction de leur environnement, en fonction de son entourage, est-ce qu'il y a de famille ou pas ».

E8 : « Moi ma première attitude c'est déjà de voir dans quel contexte il vit, comment il est entouré, s'il y a un aidant, de manière à pouvoir comprendre pourquoi il est dénutri, et de voir s'il n'y a pas des choses simples à mettre en place, pour qu'il se ré-nourrisse ».

E9 : « ... mais sur le plan environnement aussi. Voir s'il est tout seul, s'il y a de la famille qui vient l'aider préparer, même à faire les courses ».

E13 : « Si j'y vais à domicile, je regarde ce qu'il a dans le frigo ».

Une fois l'enquête réalisée, les médecins proposent des solutions pour pallier à la dénutrition.

E16 : « Voir un peu comment il s'alimente, s'il y a des repas livrés à domicile ou pas (...) qui c'est qui fait les courses (...) voir si on peut arranger les choses avec des aides supplémentaires, et si pas possible, peut-être ajouter des compléments ».

E19 : « Des fois déjà je commence simplement par, s'il vit seul, essayer d'introduire des portages de repas (...) et pour d'autres qui ont des courses à amener, je complète avec des CNO ».

Certains réalisent une supplémentation en parallèle l'enquête.

E11 : « Parallèlement à ça (...) je donne des conseils nutritionnels avec rappel des apports journaliers et compléments alimentaires si nécessaire ».

Un médecin a déclaré prescrire occasionnellement de l'oxoglurate d'ornithine :

E3 : « Souvent je donne aussi le médicament qui donne l'appétit là, le Cetornan (...) parce que souvent ça leur stimule un peu. Ça marche, ou ça marche pas ».

Cinq médecins interrogés ont répondu avoir une prise en charge variable en fonction des stades de dénutrition :

E2 : « Cela dépend du degré de la dénutrition ».

E6 : « Dans un premier temps j'évaluerais déjà le degré de dénutrition, et en fonction, soit je proposerais une alimentation enrichie, ou directement des compléments nutritionnels oraux ».

E10 : « ... ou alors l'adresser, si c'est vraiment une dénutrition sévère chez un confrère spécialisé ».

4.2.2.2 Conseils diététiques

Quatre médecins interrogés apportent systématiquement des conseils diététiques à leurs patients âgés dénutris.

E1 : « J'essaie de comprendre les facteurs qui peuvent influencer dans la dénutrition, et je donne quelques consignes alimentaires ».

Ces conseils diététiques sont variés et concernent surtout les apports protéiques :

E3 : « Par contre de la viande il en faut quand même quand ils sont dénutris. Je leur dis : il faut en manger, ou alors du poisson, jambon ou des œufs ».

E6 : « Je donne la base, voilà, le taux de protéines ».

E10 : « Je reprends les règles hygiéno-diététiques (...) reprendre une alimentation riche en protéines, par exemple ».

Trois médecins avouent ne pas apporter de conseils diététiques, soit par manque de connaissances :

E6 : « Après je ne suis pas nutritionniste, donc, c'est un peu difficile pour moi de donner des conseils précis, précis, quoi ».

Soit parce que les informations délivrées ne sont pas adaptées au profil de patients dénutris :

E12 : « Parce que les conseils diététiques souvent ne sont pas tellement, comment dire, adaptés ».

Les douze autres médecins n'ont pas abordé les conseils diététiques.

4.2.2.3 Alimentation enrichie

Trois médecins interrogés proposent une alimentation enrichie à leurs patients dénutris.

E5 : « Moi je dis d'abord d'enrichir son alimentation, après j'installe un suivi pur avec l'infirmière ».

E6 : « Dans un premier temps j'évaluerais déjà le degré de dénutrition, et en fonction, soit je proposerais une alimentation enrichie, ou directement des compléments nutritionnels oraux ».

E9 : « ... est-ce qu'il enrichi son alimentation, en rajoutant du fromage, dans les soupes, dans les pâtes, etc ».

Deux médecins calculent des objectifs nutritionnels pour leurs patients dénutris :

E2 : « J'essaie de calculer les protéines, les calories, car cela m'intéresse ».

E13 : « J'essaie de calculer la quantité de protéines et son niveau calorique ».

Deux autres intègrent la correction de carences dans la pratique.

E4 : « ...lui faire prendre conscience de sa dénutrition, (...) et éventuellement corriger les carences alimentaires ».

E11 : « Je fais aussi une évaluation des carences et je mets en place un régime alimentaire adapté ».

4.2.2.4 Place des compléments nutritionnels oraux (CNO)

Dans notre étude, l'utilisation des compléments nutritionnels oraux est variable.

De nombreux médecins prescrivent d'emblée des CNO suite au diagnostic de dénutrition, avec une prescription systématique en cas de dénutrition sévère.

E1 : « Les CNO je les prescris vraiment quand un patient est dénutri de façon sévère ».

E13 : « Je donne une place importante aux compléments nutritionnels quand ils sont vraiment, vraiment dénutris ».

E2 : « Les CNO prennent la première place, une des premières places en complément de l'alimentation classique, mais pour moi c'est important ».

E7 : « Les CNO c'est primordial, avec les conseils diététiques, c'est en première intention ».

E11 : « Pour moi la prescription de CNO est très systématique. Je les prescris à tous les patients ».

E16 : « Une place prioritaire quand même. C'est la première chose qu'on met en place ».

D'autres médecins les prescrivent en deuxième intention, lorsque les conseils alimentaires et l'enrichissement de l'alimentation sont en échec.

E5 : « J'essaie toujours les mesures avant, parce que souvent ils ne boivent que ça après en fait. Vraiment en dernier recours ».

E10 : « Je vais les privilégier en deuxième intention (...) En première intention c'est de revoir l'alimentation ; en deuxième intention je reconstruis, si l'alimentation n'a pas suffi, je prescris des compléments alimentaires. Jamais en premier temps ».

E14 : « En cas d'inefficacité de la supplémentation en apports protéiques naturels ».

Néanmoins, l'unanimité des médecins interrogés reconnaît leur efficacité dans la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée.

E12 : « Sur ces personnes-là c'est prioritaire. C'est ce qui peut éviter les hospitalisations et les placements, c'est ce qui permet de les garder à domicile le plus longtemps possible ».

Les médecins prescrivent les CNO en plus de l'alimentation orale, et non en tant que substitutifs de celle-ci :

E3 : « Alors après il y en a qui sont un peu manipulateurs, qui disent, ah donnez-les-moi parce que comme ça je ne me fais pas à manger, je dis : non, c'est un complément, ce n'est pas de la nourriture ».

E8 : « Je vais donner les CNO, et le complément alimentaire ne remplace pas le repas, c'est un complément ».

La texture des CNO intervient dans la prescription des médecins. C'est la texture liquide qui est privilégiée par la plupart d'entre eux.

E6 : « Souvent ils aiment bien les petites bouteilles à boire, voilà ils ouvrent leur bouteille et puis ils la boivent tout le long de la journée ».

Un médecin interrogé a déclaré ne pas savoir quel type de CNO prescrire.

E9 : « Après il y a toujours sous quelle forme les prescrire qui pose problème : produits salés, produits plutôt sucrés, boissons, crèmes. C'est vrai que là-dedans je n'ai peut-être pas assez de pistes, peut-être pas assez d'idées sur quoi prescrire (...) C'est peut-être pas assez cadré ».

Deux médecins laissent le choix de la forme aux patients :

E10 : « ... c'est un petit peu au pifomètre, ou est-ce que vous préférez ça, monsieur, madame, la crème, la boisson sucrée ».

E18 : « ... je mets du HP/HC, je lui mets une bouteille par jour en deux formes : une crème et une boisson (...) il prend la boisson s'il veut prendre la boisson, et comme ça une forme aussi dessert, crème, s'il veut prendre la crème. Toujours à son goût, bien sûr. C'est lui qui choisit ».

Concernant le goût des différents CNO, les opinions des médecins sont partagées. Certains considèrent le goût comme un avantage qui peut faciliter la prise du produit :

E15 : « ... d'autant plus qu'il me semble que des progrès ont été réalisés à type gustatif, ils sont plus appréciés qu'avant ».

D'autres considèrent le goût comme un problème pour la prise du produit :

E5 : « ... pas longtemps parce que ça les écœure vite ».

E18 : « le côté riche en protéine donne un goût qui n'est pas bon, pas terrible »

Un médecin a déclaré être réticent à la prescription de ces compléments du fait d'une mauvaise tolérance digestive, qui peut être un obstacle à la prise du produit :

E3 : « Des fois les compléments alimentaires ils les supportent ou ils ne les supportent pas, ils donnent souvent de la diarrhée. C'est vrai qu'il faudrait peut-être qu'ils rajoutent quelque chose dans leur complément alimentaire, parce que souvent les gens ne les prennent pas ».

Trois médecins interrogés ont déclaré manquer de connaissances pour prescrire ces CNO, que ce soit en ce qui concerne leur composition que leurs textures :

E1 : « Par contre je ne connais pas vraiment le complément idéal en fonction du taux de glucides, de protéines, de calories (...) et en plus ça varie tellement ».

E13 : « Je ne me sens pas forcément à l'aise. J'en connais un ou deux, et j'essaie de me limiter à ces deux-là ».

Un médecin a déclaré utiliser l'aide des laboratoires pharmaceutiques pour la prescription de ces compléments :

E2 : « C'est moche, mais grâce aux labos j'ai eu une présentation avec une plaquette de CNO et grâce à ça, ça m'aide vachement ».

Certains médecins ont évoqué le mauvais remboursement des CNO par la Sécurité Sociale pour justifier leur faible prescription :

E15 : « Je les prescris en sachant qu'ils ne sont pas toujours pris en charge par la sécu ».

4.2.2.5 Place de la nutrition artificielle

La nutrition artificielle fait peu partie de la pratique des médecins interrogés dans notre étude. Même les plus anciens, exerçant depuis plusieurs années, ont peu de patients sous nutrition artificielle :

E9 : « La nutrition artificielle, c'est faible, c'est assez faible quand même. Combien j'en ai eu ? Peut-être deux-là, deux en 7 ans d'exercice ».

E12 : « Il y en a très peu (...) Sur ce traitement-là j'en ai quelques uns, je dois en avoir, deux par an à peu près ».

E13 : « Je n'en ai pas des patients sous ce type de nutrition ».

E16 : « Je n'en prescris pas, enfin, je n'en ai vraiment pas l'habitude. Jamais depuis que je suis installée ».

La plupart des médecins interrogés sont plutôt défavorables à la nutrition artificielle, que ce soit la nutrition entérale comme la nutrition parentérale.

E3 : « Non, en principe on essaie d'éviter ce genre de prise en charge ».

E5 : « Non, jamais moi. Je ne suis jamais allée jusqu'à ce point-là ».

E9 : « PICC line non, je ne veux pas, si c'est une jeune femme c'est une autre chose ».

E14 : « Ah, je ne fais pas ça moi ».

Un seul médecin a néanmoins émis un avis favorable à la nutrition artificielle:

E6 : « Pourquoi pas ? Quand on a déjà tout essayé au niveau oral (...) je ne suis pas contre la nutrition artificielle ».

Les situations dans lesquelles les médecins ont déclaré qu'ils pourraient préconiser ce type de nutrition sont des situations de dernier recours, en cas d'échec de toutes les autres mesures initiales.

E11 : « une nutrition artificielle, c'est surtout dans un contexte de dénutrition sévère, ou en cas d'échec de toute autre alimentation orale ».

E13 : « J'en ai déjà eu, mais vraiment dans des cas extrêmes. C'est vraiment quand il y a une dénutrition majeure ».

E15 : « C'est l'échéance ultime, en cas d'échec de toute autre tentative de renutrition (...) la nutrition artificielle est la dernière solution ».

E18 : « Vraiment suite à des échecs multiples de l'alimentation, renutrition orale, genre on lui a fait la gastrostomie, genre après un an d'échec de compléments alimentaires ».

Ce sont aussi les situations avec impossibilité de prise alimentaire orale, chez les patients avec des troubles de la déglutition ou des cancers de la sphère ORL par exemple.

E11 : « Aussi en cas de troubles de la déglutition empêchant l'apport per os ».

E12 : « Ce sont des gens qui ont eu des opérations graves, cancers généralement de la sphère ORL ».

E16 : « C'est vraiment dans des cas particuliers où il y a des troubles de la déglutition où vraiment il n'y a pas de possibilité d'alimentation orale ».

Poser l'indication d'une nutrition artificielle se discute au cas par cas :

E2 : « Je discute vraiment le cas par cas, (...) le plus important est de bien parler de l'indication (...) Il y en a qui le justifient, il y en a qui ne le justifient pas ».

E15 : « ... et quand le rapport bénéfices risques est en faveur ».

La prescription de cette nutrition se fait de façon transitoire, le temps de passer un cap pour le patient.

E3 : « Si c'est une période temporaire (...) ou transitoire. Si pendant un moment ils ne peuvent pas manger, on leur file une nutrition parentérale pendant une semaine et puis après ils récupèrent ».

Les réticences à la prescription de la nutrition artificielle sont doubles.

La principale raison est le manque de formation à cette nutrition artificielle.

E2 : « tout ce qui est dosages, moi je ne suis pas bonne (...) pour le coup, obstacle technique, parce que je ne connais pas bien ».

E3 : « la nutrition artificielle, ça me dépasse carrément ».

Une autre raison est le caractère invasif de cette prise en charge.

E2 : « C'est beaucoup plus difficile niveau invasif. C'est même de l'acharnement thérapeutique ».

E3 : « C'est vraiment trop dur pour le patient. Garder le plaisir de manger. Parce que c'est quand même un plaisir de manger. C'est dommage d'avoir quelque chose, un tuyau, pour apporter directement les nutriments ».

Pour la mise en place d'une nutrition artificielle, les médecins interrogés ont déclaré adresser leurs patients soit en consultation chez un spécialiste, soit en hospitalisation en service spécialisé.

E6 : « ... en collaboration avec un spécialiste, bien sûr que moi je ne me vois pas mettre ça toute seule en place, mais après demande d'un avis en gériatrie ou d'un gastroentérologue, je ne suis pas contre ».

E8 : « ... ce sont des gens qui étaient avec des maladies graves, qui étaient en fin de vie, et qui étaient pris en charge par l'HAD, donc ce n'est pas moi qui met en place ces choses-là. Donc moi je me situe à un autre niveau quoi, à un autre stade ».

E10 : « Dans ce cas-là je délègue à un confrère (...) Ou alors hospitaliser le patient en court, ou moyen, ou long séjour, pour mettre en place ces dispositifs PICC line ou autre ».

L'initiation de la nutrition artificielle se fait chez le spécialiste ou à l'hôpital. Le médecin généraliste renouvelle alors la prescription.

E7 : « Souvent je les hospitalise quelques jours, même pour un bilan général et comme ça ils l'instaurent déjà à l'hôpital, et après on prend la suite en ville ».

E10 : « ... hospitaliser le patient (...) pour mettre en place ces dispositifs (...) et voir ensuite l'adaptation à domicile ».

E16 : « Et souvent c'est une prise en charge qui est plutôt hospitalière, au départ en tout cas, et moi je renouvelle après les prescriptions ».

4.2.2.6 Prise en charge socio-environnementale

Les médecins interrogés sont favorables à la mise en place d'aides à domicile (courses, portage de repas, aide de vie, etc...) pour favoriser la prise alimentaire :

E6 : « et puis éventuellement mettre des aides si c'est une personne qui a vraiment du mal à se faire les repas, il faut essayer de mettre en place des aides, portages de repas, des choses comme ça pour aider, une aide de vie ».

E8 : « Moi ma première attitude c'est déjà de voir dans quel contexte il vit, comment il est entouré, s'il y a un aidant, de manière à pouvoir comprendre pourquoi il est dénutri, et de voir s'il n'y a pas des choses simples à mettre en place, pour qu'il se renourrisse ».

E9 : « mais sur le plan environnement aussi. Voir s'il est tout seul, s'il y a de la famille qui vient l'aider à préparer, même à faire les courses, enfin, voilà, tout ce qui est en amont, tout simplement, de la prise alimentaire ».

4.2.2.7 Délai d'évaluation des patients pour mesurer l'impact de la prise en charge

Les médecins interrogés ont déclaré important de réévaluer leurs patients dénutris à distance pour mesurer l'impact de leur prise en charge. Le délai de réévaluation est variable selon les médecins interrogés :

E6 : « après je réévaluerais, je pense, à 1 mois déjà voir un petit peu qu'est-ce que ça donne ma thérapeutique. »

E7 : « Dès qu'on a un échec des mesures hygiéno-diététiques et des compléments alimentaires sur 15 jours, un mois, voire plus, il faut faire autre chose ».

4.2.3 Existence d'un réseau spécifique

4.2.3.1 Une prise en charge multidisciplinaire

L'intervention d'autres professionnels dans la prise en charge des patients âgés dénutris, au côté des médecins généralistes, fait évoquer la notion de réseau.

Ce réseau peut se composer de médecins généralistes et/ou de médecins spécialistes (gastroentérologues, gériatres, ORL, neurologues, etc...) mais aussi de paramédicaux, comme les orthophonistes ou les diététiciens.

4.2.3.1.a Recours à l'orthophoniste

Les médecins interrogés ont déclaré avoir rarement recours à un orthophoniste dans la prise en charge de leurs patients âgés dénutris en ville.

E1 : « Sincèrement, j'ai eu rarement recours à un orthophoniste dans un contexte de dénutrition ».

E16 : « ... orthophoniste, c'est plutôt pour faire le bilan de troubles neurologiques de la déglutition (...) Mais c'est vrai que ce n'est pas systématique ».

Deux médecins ont déclaré y avoir recours de façon fréquente, pas forcément pour la dénutrition seulement :

E14 : « Et l'orthophoniste très fréquemment. Très rapidement, mais pas par rapport à la dénutrition en soi, mais par rapport à tout autre problème neurologique ou autre ».

E18 : « ... orthophoniste, toujours un bilan orthophonique, surtout pour les patients qui ont des problèmes d'AVC ».

E11 : « L'orthophoniste aussi si le patient présente de troubles de la déglutition importants ».

E19 : « L'orthophoniste, c'est quand il y a des problèmes de fausses routes ».

Le recours à l'orthophoniste se justifie aussi afin d'adapter les textures des aliments.

E10 : « L'orthophoniste est intéressant si on peut faire des modifications sur la texture (...) Donc il faut mettre en place des modes d'alimentation adaptés ».

Certains médecins n'ont jamais pensé à réaliser un bilan orthophonique lors de la prise en charge de la dénutrition.

E3 : « L'orthophoniste, je n'aurais pas vraiment pensé ».

E5 : « Et c'est vrai qu'en ville, oui, je n'y pense pas assez peut-être ».

Le fait que certains orthophonistes se déplacent au domicile des patients est un critère favorable pour les médecins que nous avons interrogés.

E6 : « Orthophoniste oui, quand il y a des troubles de la déglutition, en général ils viennent à domicile, c'est plutôt bien ».

E9 : « Alors en ville ça paraît plus facile, ne serait-ce que parce que les orthophonistes en ville se déplacent à domicile ».

4.2.3.1.b Recours au diététicien

Les médecins interrogés ont rarement recours au diététicien pour leurs patients dénutris.

E2 : « Je ne le fais quasiment jamais (...) moi je ne connais pas trop de diététiciens en ville qui voient ces patients ».

E3 : « Et les diététiciens je n'ai pas trop l'habitude de les envoyer ».

E12 : « Et sinon, diététicien, jamais, jamais ».

Seul un médecin a déclaré demander des consultations diététiques de façon systématique.

E7 : « Tout le temps. Je demande une consultation diététique à chaque dénutrition diagnostiquée ».

La raison principale de non recours au diététicien est l'absence de remboursement de cette consultation par la sécurité sociale :

E3 : « C'est vrai que, bon, souvent ce n'est pas remboursé par la Sécu... ».

E10 : « Déjà ça va conditionner les ressources financières du patient, parce qu'une diététicienne n'est pas souvent remboursée ».

E19 : « ... ce n'est pas remboursé, et les personnes âgées n'ont pas des retraites mirobolantes, ce sont des retraites de paysans, ou d'artisans ».

L'accessibilité à cette consultation représente aussi un problème :

E3 : « Et puis, les personnes âgées tu ne les déplaces pas comme ça ».

E7 : « ... mais c'est vrai que ce n'est pas une consultation qui est facile à avoir au premier abord ».

Le refus du patient est aussi une raison de non recours au diététicien :

E1 : « Et pour avoir une consultation avec un diététicien, déjà le patient il faut qu'il accepte d'y aller en consultation ».

E6 : « ... non, j'ai rarement recours à ça, surtout pour les personnes âgées, qui se déplacent difficilement et n'ont pas envie de voir un diététicien... ».

Le recours au diététicien est justifié par l'échec des mesures instaurées par les médecins généralistes interrogés :

E10 : « Moi j'initie la prise en charge, de supplémentation, et si je vois que cela ne marche pas, qu'on est en échec, je fais appel à un diététicien ».

E11 : « ...le diététicien, c'est plutôt si échec de la mise en place de règles alimentaires de base et en absence de gravité de la dénutrition ».

E18 : « Quand on remarque que le patient maigri malgré les compléments alimentaires, le diététicien peut être utile ».

La formation des médecins intervient aussi puisque deux médecins ayant un DU de nutrition n'ont pas eu besoin de recourir au diététicien :

E14 : « Diététicien, pas vraiment parce que je suis nutritionniste, enfin, j'ai un DU de nutrition ».

E19 : « ... je suis gériatre aussi, et j'ai fait un DU de diététique, et de maladies métaboliques. Donc je suis assez formée ».

Le secteur d'exercice en milieu rural est un obstacle au recours du diététicien pour les médecins généralistes interrogés :

E17 : « La diététicienne... on en a pas nous. On n'a pas accès à une diététicienne dans nos montagnes ».

E19 : « Sur des personnes âgées... premièrement nous on n'en a pas déjà de masses, si, il y en a une récemment sur la maison de santé (...) Localement ce n'est pas très, très chouette ».

Néanmoins, ces médecins y auraient recours plus souvent si l'accès était facilité :

E17 : « Donc, oui, si j'avais accès à une diététicienne moi je demanderais une consultation, bien sûr ».

La solution proposée par un médecin exerçant en ville est la création d'équipes mobiles de nutrition pour faciliter l'accès aux différents professionnels concernés :

E9 : « ... peut-être qu'il faudrait des équipes mobiles de nutrition. Je le pense depuis pas mal de temps ».

L'hospitalisation ou l'institutionnalisation sont, pour les médecins interrogés, des avantages à l'accès à ces consultations orthophoniques et diététiques.

E2 : « Orthophoniste surtout quand je suspecte des troubles de la déglutition, et après souvent dans les maisons de retraite quand on me dit qu'il y a des problèmes avec les menus hachés et tout ça (...) J'avoue qu'à l'hôpital dans un service d'hospitalisation c'était beaucoup plus simple, parce qu'on faisait systématiquement consultations avec le diet ».

E8 : « Je vois que, quand certaines personnes sont passées en service de gériatrie, il y a une expertise au niveau nutritionnel, diététique. Moi-même je n'instaure pas ce genre de suivi ».

4.2.3.1.c Avis spécialisé

Concernant le recours à un avis spécialisé, les médecins ont identifié deux référents spécialistes : le gastroentérologue et le gériatre.

Deux tiers des médecins interrogés demandent des avis au gastroentérologue s'ils suspectent des pathologies digestives pouvant expliquer la dénutrition.

E2 : « Si elle est encore bien et que je suspecte un problème gastrique et que son état général justifie peut-être une fibro, là j'appelle le gastro ».

E3 : « Surtout quand il y a des signes digestifs, je les envoie chez le gastroentérologue ».

E10 : « S'il y a une pathologie organique, responsable de la dénutrition, sur des patients qui ont des cancers colorectaux, qui ne peuvent pas s'alimenter. Sur des patients qui ont des gastrostomies, des gastrectomies, des colectomies, colostomies ».

Ils y ont recours aussi en cas de dénutrition sévère avec échec de la prise en charge initiale, et nécessité de mise en place d'une nutrition artificielle.

E6 : « ... c'est quand vraiment malgré les compléments nutritionnels etc, (...) le patient ne reprend pas de poids, qu'il ne s'en sort pas, à ce moment-là je

demande l'avis à un gastro, voir si éventuellement on peut mettre en place d'autres choses ».

E9 : « ... pour la mise en place d'une alimentation à type sonde de gastrostomie ».

Un des médecins déclare avoir recours à des confrères gastroentérologues en cas d'anémie associée à la dénutrition.

E12 : « Là c'est carrément quand on a une anémie pour faire des explorations, et en tout cas pour faire des transfusions ».

L'autre tiers des médecins préfère demander un avis au gériatre plutôt qu'au gastroentérologue, du fait de la probable coexistence d'une pathologie organique sous-jacente responsable de la dénutrition.

E8 : « Si la personne a une dénutrition importante, je serais plutôt porté à l'hospitaliser en gériatrie plutôt qu'en gastroentérologie (...) S'il y a une dénutrition, ça peut cacher une maladie organique auquel cas on rentre dans le diagnostic de la maladie organique (...) Ceux-là je ne les envoie pas chez le gastroentérologue ».

E15 : « ... ou alors un avis en gériatrie, si je considère qu'il y a un contexte poly pathologique, qui pourrait être pris en charge de manière spécialisée en gériatrie, pour éviter la dénutrition ».

Les médecins installés en secteur rural insistent sur les difficultés d'avoir accès à un avis spécialisé du fait de leur isolement.

E17 : « ... comme nous on est assez isolés (...) pour voir un gastro à Nice ou à Grasse, c'est un peu compliqué. S'il y a des cas vraiment, vraiment, désespérés, bien sûr. Mais c'est difficile par rapport à notre localisation ».

4.2.3.2 Hospitalisation du patient

Les motifs d'hospitalisation en cas de dénutrition sont variables avec cependant quatre situations cliniques évidentes motivant une hospitalisation.

La première situation est celle de l'échec de prise en charge avec les mesures de base initiales. Les médecins interrogés ont alors volontiers recours à une hospitalisation pour une prise en charge plus spécifique.

E5 : « Quand c'est grave et que je n'arrive pas avec les compléments ».

E13 : « ... ou quand il y a une perte de poids et une pathologie qui justifierait d'évaluer pour la mise en place d'une sonde nasogastrique ou... ou d'une nutrition entérale ou parentérale ».

E16 : « ... s'il y a une dégradation rapide, que les premières choses mises en place en libéral ne fonctionnent pas ».

La seconde situation qui motive l'hospitalisation est la volonté de réaliser des explorations complémentaires pour trouver l'étiologie de la dénutrition.

E12 : « ... Si son amaigrissement persiste, ou s'aggrave. Là je les fais bilanter à l'hôpital ».

E13 : « ... quand il y a une perte de poids que je ne comprends pas, je préfère hospitalier le patient ».

La troisième situation est celle de la présence de signes de gravité d'emblée.

E8 : « ... j'ai quand même tendance à essayer de fonctionner sans hospitalisation, et d'hospitaliser que quand je sens qu'il y a une dénutrition qui s'aggrave, où le patient met vraiment sa vie en jeu ».

E9 : « Je dirais quand on a d'autres signes d'alerte qui vont peut-être se rajouter (...) des facteurs de fragilité, qui vont peut-être créer des nouvelles complications ».

E11 : « ... si le patient présente des signes de gravité de dénutrition alors j'hospitalise systématiquement... ».

La quatrième situation d'hospitalisation est celle de l'isolement social des patients avec l'absence d'aides à domicile ou de soutien familial.

E2 : « Quand ils sont tous seuls c'est vrai qu'il est intéressant de penser à l'hospitalisation ».

E6 : « Vraiment quand il y a une répercussion sur l'autonomie, quand à la maison ça devient compliqué, à ce moment-là je me pose la question d'hospitaliser ».

E10 : « ... lorsqu'il y a une perte d'autonomie, un manque d'environnement à la maison (...) Et lorsqu'il y a une impossibilité initiale de mise en place d'un régime et des compléments ».

E15 : « Quand il y a une situation de crise familiale ou environnementale aussi, quand il y a une perte d'autonomie, un maintien à domicile impossible ».

La plupart des médecins avouent tout faire pour maintenir leurs patients au domicile avant de décider l'hospitalisation.

E8 : « ... j'ai quand même tendance à essayer de fonctionner sans hospitalisation, avec un patient plutôt stable où on voit qu'il est dénutri mais ne se dégrade pas de manière importante, je le garde à domicile. Mais quand on voit que vraiment ça ne va pas, je propose une hospitalisation. »

E17 : « On essaye toujours à la maison, à domicile, mais si ce n'est pas possible, que le patient ne récupère pas, qu'on n'obtient pas de résultats, alors on préfère hospitaliser... ».

En cas de prise en charge palliative de fin de vie, l'hospitalisation ne s'impose pas et les médecins déclarent gérer au domicile.

E2 : « ... ça dépend de son état général, mais si c'est quelqu'un qui est en fin de vie, je ne vais pas le forcer à manger, je préfère le laisser plutôt tranquille et gérer à la maison ».

4.2.4 Obstacles à la prise en charge de la dénutrition

4.2.4.1 Facteurs intrinsèques aux médecins

Quinze médecins interrogés déclarent qu'ils manquent de formation sur la prise en charge de la dénutrition des patients âgés.

E1 : « Je ne suis pas assez formé pour la prise en charge de la dénutrition ».

E8 : « Moi j'ai toujours fais ça à ma manière (...) mais je n'ai pas eu de formations spécifiques sur la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé ».

E10 : « Alors vrai parce que nous dans notre formation initiale on n'est pas trop sensibilisé à ça (...) Donc peut-être à l'issue de la formation initiale on n'est pas trop bien formés ».

E12 : « Je ne peux pas dire que j'ai une formation bien précise dans ce domaine (...) Je suis conscient que je ne suis pas forcément au top de ce qu'il doit se faire ».

Le défaut de formation concerne surtout sur la prise en charge thérapeutique :

- avec les conseils diététiques à donner aux patients :

E1 : « Sur le diagnostic je me débrouille, mais j'aimerais bien avoir une formation sur les conseils diététiques à apporter aux patients... ».

- avec les types de CNO à prescrire :

E3 : « C'est sûr qu'on ne sait pas grande chose. Les produits, on nous en présente trois millions, mais la mémoire (...) Moi le CNO que je prescris c'est celui qui me vient ».

E9 : « Rien que pour connaître les différents produits, alors sans que ce soit labo-sponsorisé, pour qu'on ait vraiment la plus vaste palette possible (...) Ça ferait du bien d'avoir une formation sur toute une large palette de CNO ».

- avec le choix du moment nécessitant l'instauration d'une nutrition artificielle :

E3 : « *Quand il faut mettre une sonde gastrique, ce n'est pas nous qui la mettrons de toutes façon. Donc je pense qu'on peut laisser ça aux hospitaliers* ».

E11 : « *La formation des médecins reste très basique sur la prise en charge de la dénutrition avec des lacunes notamment sur les conditions de nutrition artificielle* ».

Mais ce défaut de formation concerne aussi l'organisation de cette prise en charge :

- avec la possibilité de recours à un intervenant source pour décider du type de prise en charge :

E15 : « *Peut-être ce qui manque c'est la connaissance de la personne source qui va nous permettre de nous aider à prendre une décision, le confrère spécialiste avec qui s'entretenir* ».

- avec la connaissance des structures à solliciter pour cette prise en charge :

E17 : « *Il nous manque une petite formation par rapport aux réseaux à mettre en place : hospitalisation à domicile, diététiciennes, spécialistes, un suivi par les infirmières...* ».

Le défaut de formation est renforcé par l'impression d'une formation initiale durant le cursus universitaire trop restreinte et fonction des stages réalisés durant l'internat:

E6 : « *... c'est vrai que dans notre formation de médecins, à part si on est passé en stage de gériatrie, on n'a pas non plus une immense connaissance de la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées* ».

E10 : « *Des cours de nutrition on n'en a pas vraiment à la fac* ».

E11 : « *Après moi je suis passée deux fois en gériatrie, donc c'est vrai que j'ai quand même des bases, mais voilà, il faut passer dans les bons stages parce que sinon on n'insiste pas beaucoup sur la dénutrition dans notre formation* ».

Un seul médecin déclare avoir des difficultés dans le diagnostic de dénutrition :

E9 : « Et effectivement, peut-être rappeler aussi tout simplement les critères de dénutrition, cliniques, biologiques, quand est-ce qu'on parle de dénutrition sévère ».

Mais la plupart ne sont pas contre une formation complémentaire ou des rappels voire une mise à jour en formation continue :

E4 : « Moi je pars du principe que je ne suis jamais trop informé, donc, moi je suis preneur de toute formation supplémentaire ».

E5 : « C'est vrai que ce serait intéressant de refaire une petite mise à jour ».

E10 : « Après le médecin peut se former sur la formation continue (...) via internet, via des FMC, via des congrès, via des formations privées ou publiques. Donc quand on veut, on peut ».

4.2.4.2 Facteurs intrinsèques aux patients

Plus de deux tiers des médecins interrogés identifient le patient comme un obstacle potentiel à la prise en charge :

E5 : « Les vrais obstacles ce n'est pas au niveau des structures, c'est au niveau du patient lui-même ».

E6 : « C'est plutôt souvent dû plus au caractère du patient, les personnes âgées souvent, elles sont dans leurs petites habitudes et quand on essaie de changer leurs habitudes c'est trop compliqué ».

L'obstacle à la prise en charge est surtout lié au refus du patient qui s'explique par plusieurs raisons possibles:

- le déni ou les difficultés de compréhension de la maladie:

E10 : « Les difficultés de compréhension des patients du réel problème, l'acceptabilité, le déni ».

- le refus de manger ou de changer d'habitudes alimentaires:

E2 : « Obstacles, c'est que des fois, quand ils sont dénutris, ils n'ont pas envie de manger, et même les compléments que t'as voulu leur prescrire ».

E8 : « Moi je trouve qu'un des freins le plus important c'est le refus de la personne elle-même. Les gens qui sont réfractaires, qui ne veulent vraiment pas, on a du mal à les faire manger de force (...) C'est quand même là où je bute le plus, et je vois bien que certaines personnes, on a beau les aider, on a beau les stimuler, ben ils mangeront toujours la même chose ».

- le manque d'appétit :

E2 : « C'est retrouver l'appétit, cela me gêne beaucoup (...) j'aimerais bien savoir comment développer l'appétence ».

E13 : « Ils ne veulent pas manger plus que ce qu'on leurs demande. ».

- voire le refus d'être hospitalisé:

E10 : « Le refus du patient d'être hospitalisé ça arrive souvent ».

- les difficultés d'observance des mesures thérapeutiques mises en place :

E9 : « Après c'est aussi l'observance, c'est-à-dire qu'on les prescrit, mais en général quand on va les voir ils me disent : ah non non docteur, il m'en reste, il m'en reste plein. Donc bon, en fait ils ne les ont pas pris ».

E10 : « Peut-être la surveillance de la prise des CNO à domicile (...) Moi j'ai eu le cas de patients qui sont à domicile, et les packs de CNO sont cumulés sous l'évier, et ils ne les prenaient pas ».

- la présence de troubles cognitifs:

E15 : « Après il y a les difficultés cognitives de ces patients, qui peuvent être un obstacle à leur adhésion à la prise en charge ».

4.2.4.3 Facteurs sociaux et environnementaux

L'isolement du patient, que ce soit par défaut d'entourage familial ou en l'absence d'aidants à domicile, est le principal problème à la prise en charge nutritionnelle par les généralistes interrogés.

E4 : « C'est souvent les problèmes sociaux (...) c'est souvent l'environnement qui fait que c'est difficile de prendre en charge la dénutrition ».

E14 : « je me demande toujours quelles sont les aides à domicile, qui prend en charge les repas, les courses. Voilà, de faire un petit peu le point sur la situation de vie du patient. De ses capacités à être autonome ou pas par rapport à l'alimentation ».

E15 : « ... les difficultés qu'on peut rencontrer à domicile avec les patients isolés, qui n'ont pas d'aidants, qui n'ont pas de famille, expliquent qu'on ait du mal à s'en sortir avec ces patients ».

E16 : « qui c'est qui fait les courses ? S'il y a un souci au niveau des courses et la cuisine, voir si on peut arranger les choses avec des aides supplémentaires ».

La présence d'aidants au domicile est primordiale pour faciliter la prise en charge des patients âgés dénutris, aussi bien pour stimuler l'alimentation que pour alerter en cas de situations à risque:

E2 : « ... parce que nous on n'est pas là tous les jours. On ne peut pas trop savoir. Mais ils peuvent dépister quelques petites choses et du coup ça nous aide ».

E3 : « Il faut des aidants à domicile pour une personne seule, si elle ne mange plus, elle ne mange plus. Et s'il n'y a personne pour la stimuler, pour la faire manger, elle ne mangera pas ».

E11 : « On peut donner des compléments alimentaires, on peut donner des conseils pour enrichir l'alimentation, mais si le patient ne fait pas ce qu'on lui prescrit, la situation ne s'améliore pas (...) d'où l'intérêt de mettre des aides en place à domicile ».

Mais la mise en place de ces aidants au domicile n'est pas toujours simple :

E3 : « Donc c'est ça le plus gros obstacle, c'est d'avoir des aidants. Et ce n'est pas toujours facile de le mettre en place ».

4.2.4.4 La problématique des CNO

Deux tiers des médecins interrogés déclarent que les caractéristiques des compléments nutritionnels, leur goût, leur composition et encore leur texture, peuvent être en cause dans les difficultés de prise en charge et de supplémentation orale :

E9 : « Déjà c'est le choix du produit au sens du goût, de la texture, etc. Des fois on a envie de leur dire : ce n'est pas non plus fait pour être spécialement bon. C'est un peu comme un médicament ».

E13 : « En plus les compléments alimentaires, ce qu'ils disent c'est qu'au bout d'un moment ça les écœure, ils ne veulent plus les prendre ».

E16 : « Les obstacles c'est la difficulté de prise de compléments alimentaires, au bout d'un petit moment ce n'est plus pris ».

Le goût des CNO est un obstacle important:

E18 : « ... bon, ce n'est pas toujours bon les compléments alimentaires. Le goût n'est pas bon ».

E19 : « Les obstacles... des fois ça peut être le goût des produits ».

Le remboursement des CNO n'est pas clair pour tous les médecins interrogés. Certains pensent qu'ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et que cela constitue un obstacle à la prise en charge des patients :

E10 : « Aussi l'économie, parce que les CNO ne sont forcément pas remboursés. Je ne sais pas s'ils le sont tous ».

E9 : « Après le coût ce n'est pas un problème pour les patients, parce que le remboursement, je n'ai jamais eu de retour négatif là-dessus, comme quoi il n'avait pas été pris en charge ».

4.2.4.5 Facteurs liés aux réseaux de soins

Bien qu'un tiers des médecins déclarent avoir un réseau efficace avec accès facile aux spécialistes et aux paramédicaux, les deux autres tiers confirment que le réseau de soins pour la prise de la dénutrition reste difficile:

E4 : « J'ai des accès, j'ai un bon réseau avec des accès très rapidement en conseils divers (...) J'ai des rendez-vous assez rapidement ».

E7 : « C'est vrai que la coordination n'est pas simple quand même ».

E13 : « je n'ai pas de réseau de soins pour la dénutrition de la personne âgée, par contre je travaille beaucoup avec C3S et avec C3S ils ont des diététiciens qui passent ».

Un tiers des médecins dit manquer de connaissances sur les réseaux existants avec parfois des situations potentiellement dangereuses pour le patient. Ces médecins trouvent des difficultés dans la prise en charge du fait de la méconnaissance des structures déjà existantes pour prendre en charge la dénutrition voire leur faible nombre.

E3 : « Il y a des structures, ça commence à se voir, mais je ne les connais pas toutes donc c'est parfois difficile de prendre en charge ces patients en ville ».

E6 : « On n'est pas bien informés en tant que médecins généralistes. C'est vrai que par exemple ; pour mettre en place le portage de repas, des choses comme ça, on nous explique très peu les réseaux qui existent (...) On n'a pas de formation sur les réseaux qui peuvent vraiment s'occuper de ce genre de choses ».

E12 : « Des cliniques gériatriques il n'y en a qu'une pour la ville de Nice, et c'est limité déjà. Et l'hôpital, comme je vous dis, souvent si leur état n'est pas assez grave ils les renvoient à domicile rapidement ».

E14 : « On a l'impression d'être des fois dans des situations périlleuses pour ces patients. On est en difficulté nous, en tant que médecin traitant ».

L'accessibilité au réseau est parfois difficile du fait de délais trop longs poussant à hospitaliser certains patients qui auraient pu être pris en charge en ville :

E18 : « Il faut avoir recours à l'hôpital pour avoir une consultation diététicienne. On ne l'aura pas tout de suite, on l'aura dans deux à trois semaines, donc ça c'est dans les meilleurs délais ».

La mise en place de nutrition artificielle en ville ou en institution dans le cadre de réseau de soins est également difficile pour certains :

E11 : « Surtout la mise en place d'une nutrition artificielle en ville qui reste difficile, et parfois infaisable dans certaines structures, comme les EHPAD. Je connais plein d'EHPAD qui ne sont pas capables d'accueillir des patients avec des nutritons artificielles ».

4.2.5 Propositions d'amélioration de la prise en charge de la dénutrition

4.2.5.1 Amélioration de la formation des médecins

Deux médecins proposent une formation plus spécifique et un accès plus facile aux services dédiés à la prise en charge nutritionnelle pour les internes durant leur cursus universitaire.

E10 : « Améliorer la formation des médecins, sur la formation initiale. Peut-être apporter plus de cours sur l'alimentation et sur la nutrition, donner plus d'accès aux stages pour les internes en nutrition, en stages de gériatrie ».

La majorité des médecins interrogés pense qu'une formation complémentaire des médecins serait nécessaire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition en ville.

E1 : « J'aimerais aussi avoir une formation complémentaire sur la dénutrition et aussi sur les CNO ».

E7 : « Peut-être une meilleure formation... pour une meilleure prise en charge en ville ».

E16 : « des formations peut être dédiées à la dénutrition de la personne âgée (...) Pour remettre un petit peu à nouveau et à jour les connaissances là-dessus ».

4.2.5.2 Amélioration de la qualité des repas et de la supplémentation orale

Plusieurs médecins pensent que la prise en charge de la dénutrition peut s'améliorer en favorisant l'appétence des patients. Pour cela, il faudrait améliorer la qualité des repas et la supplémentation orale.

Deux médecins pensent qu'il faudrait améliorer la qualité des repas des patients dénutris, le goût et la présentation dans l'assiette.

E13 : « ... avoir peut-être des repas de meilleure qualité dans les repas à domicile, parce qu'il faut quand même voir ce qu'ils mangent (...) Ce n'est pas appétissant, ça ne peut pas leur donner faim (...) Peut-être favoriser les repas hyperprotidiques, mieux présentés, plus appétissants ».

E14 : « Alors d'avoir un apport de repas consistant et de qualité, avec des éléments de décoration, de couleurs, de choses comme ça, qui donnent envie. Stimuler l'appétit, le visuel et aussi la saveur (...) Je pense que si on pouvait avoir ce style d'impact sur l'apport de repas, quelque chose de joyeux, ça pourrait améliorer l'appétit, et donc la prise en charge ».

Quelques médecins disent que des progrès dans le goût des compléments nutritionnels oraux favoriseraient aussi l'appétit.

E13 : « En plus, les compléments alimentaires, ce qu'ils disent c'est qu'au bout d'un moment ça les écœure (...) Voilà, trouver d'autres formes de compléments alimentaires ».

4.2.5.3 Amélioration du réseau de soins

La plupart des médecins interrogés souhaitent avoir un accès plus facile à des consultations, de diététique et de nutritionnistes mais aussi un meilleur remboursement de ces consultations par la sécurité sociale :

E1 : « ... et des accès plus faciles et remboursés aux consultations diététiques ».

E8 : « Peut-être un accès plus facile à des consultations de diététiciennes, qui pourraient nous guider sur la conduite à tenir (...) Donc avoir un accès à un spécialiste de la nutrition pour avis, peut-être plus facile que ce qu'il y a actuellement ».

Deux tiers des médecins pensent qu'il faudrait favoriser la communication et la coordination de soins.

E6 : « Je pense qu'une meilleure communication sur comment mettre en place les réseaux, les portages de repas (...) via l'HAD, tout ce genre de choses, serait bénéfique ».

E11 : « Surtout assurer une meilleure coordination avec des institutions spécialisées dans ce domaine en créant des réseaux dédiés ».

Certains proposent la création de structures ou de réseaux hospitaliers avec plusieurs intervenants (médecin nutritionniste, diététicien, orthophoniste, psychologue) accessibles aux médecins de ville :

E12 : « Il faudrait peut-être une structure, une antenne à l'hôpital dédiée aux personnes dépendantes et dénutries, peut-être un accueil spécial, un accueil spécialisé, ça serait pas mal ».

E17 : « Une structure avec plusieurs spécialistes pour prendre en charge la dénutrition (...) des médecins généralistes, des spécialistes, des diététiciens (...) et peut-être un psychologue, un psychiatre. Ça demande une collaboration de plusieurs spécialistes ».

D'autres envisagent plutôt des structures ambulatoires à type d'hôpital de jour :

E1 : « Je connais des structures ambulatoires à type hôpital de jour, pour la prise en charge de l'obésité et du diabète en ville. Les patients rencontrent plusieurs intervenants qui permettent de prendre en charge le patient dans sa globalité. Ce serait intéressant de créer des structures similaires qui soient capables de prendre en charge la dénutrition ».

Voire pour certains, la création d'équipes mobiles de nutrition, pouvant se déplacer aux domiciles des patients pour faciliter le suivi et alerter en cas de problème :

E9 : « Peut-être qu'il faudrait des équipes mobiles de nutrition (...) s'il y avait quelqu'un qui pouvait passer les voir (...) et qu'on soit mis en alerte (...) J'ai remarqué qu'il existe une super bonne équipe de nutritionnistes autour de tout ce qui est nutrition entérale. J'avais été pas mal contactée, pour une patiente (...) La nutritionniste envoyait régulièrement des mails quand elle passait pour faire le point (...) pourquoi ne pas avoir ça pour la voie orale ».

E10 : « Tout comme on a effectivement des équipes un peu mobiles sur les soins palliatifs (...) pourquoi pas une équipe nutrition, qui puisse, soit recevoir les gens, soit passer faire le point et nous dire un peu où il en est ».

Ou encore, l'accès à un numéro de téléphone direct sur l'hôpital qui serait dédié exclusivement à la dénutrition serait très utile pour la prise en charge :

E15 : « Comme ils ont développé en infectiologie, une ligne directe via l'hôpital pour un avis (...) peut-être une ligne ville-gériatrie pour échanger rapidement sur un patient (...) et de mettre en place un réseau confraternel autour de ce sujet-là (...) avoir un contact confraternel avec quelqu'un qui pourrait éclairer justement sur des produits nutritionnels, nutrition parentérale... ».

La création d'annuaires avec les structures dédiées à la dénutrition, soit sur internet soit via une application pour smartphone est également évoquée :

E3 : « Il faudrait qu'on ait un catalogue des structures disponibles rapidement ».

E10 : « J'aimerais bien avoir un carnet d'adresses avec les différentes structures, ou alors un site internet qui contient toutes ces structures ».

E18 : « ... en créant des applications sur le portable pour mettre une conduite à tenir par rapport à la dénutrition (...) quel numéro il faut appeler (...) une petite pancarte des urgences nutritionnelles à l'hôpital de Nice ».

La possibilité de gérer une prise en charge plus lourde, comme une nutrition artificielle par pompe, par sonde nasogastrique ou par voie centrale, au domicile ou en EHPAD a été évoquée par un médecin interrogé :

E11 : « et aussi améliorer les démarches pour l'instauration en ville de nutrition artificielle qui serait complexe (...) Ce serait très intéressant de permettre aux EHPAD d'accueillir ce type de patient avec nutrition artificielle, afin de désengorger l'HAD ou l'hospitalisation ».

4.2.5.4 Amélioration de l'environnement du patient

Pour améliorer l'environnement social des patients, les médecins proposent de favoriser la mise en place d'aides au domicile, en l'absence d'aidant naturel ou de famille, à type de portage de repas, d'auxiliaires de vie pour l'aide au repas, voire la sollicitation de bénévoles pour stimuler les repas:

E2 : « ... peut-être les accompagner pour prendre en charge le côté social, aussi leur donner à manger ».

E3 : « Il faudrait qu'il y ait plus de personnes disponibles rapidement pour pouvoir intervenir à domicile, je sais qu'il y a même des bénévoles qui font des trucs... ».

E19 : « C'est bien d'apporter de repas, mais avec une stimulation derrière, sinon c'est l'échec ».

L'importance de donner l'alerte en cas de situations de dénutrition ou de difficultés alimentaires est rapportée pour la plupart des médecins interrogés :

E2 : « Parce que nous on n'est pas là tous les jours. On ne peut pas trop savoir. Mais les aidants peuvent dépister quelques petites choses et du coup ça nous aide ».

5. DISCUSSION

5.1 Les limites et les forces de l'étude

5.1.1 Sélection de la population interrogée

Un grand nombre de médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour participer à notre étude. Ils ont été choisis dans mon entourage personnel, sur les pages jaunes et par l'intermédiaire du site de l'assurance maladie, ce qui a pu induire un biais de sélection.

Beaucoup n'ont pas souhaité participer par manque de temps voire par manque d'intérêt pour le sujet de thèse. Ceux qui ont participé étaient forcément intéressés et ont pu travailler le sujet avant l'entretien, ce qui a également pu induire un biais de connaissance.

Malgré l'anonymisation des données, la peur du jugement pour certains médecins a pu induire des réponses partielles lors des entretiens, ce qui constitue un biais de déclaration.

Le nombre de médecins interrogés a été fixé à l'obtention de la saturation des idées, comme cela est recommandé dans une analyse qualitative.

L'échantillon de médecins interrogés présentait une grande variété aussi bien en terme de profils professionnels (formations, ancienneté, type d'exercice) que de lieu d'exercice. Cependant, il a été plus difficile de recruter des médecins exerçant en zone semi rurale et rurale par manque de temps à nous consacrer ou par manque de disponibilité.

5.1.2 Déroulé des entretiens

Mon manque de formation et d'expérience dans le domaine de l'entretien a pu impacter les premiers échanges avec les médecins. L'expérience acquise par la suite et la plus grande facilité à reformuler les questions ont probablement contribué à enrichir les entretiens suivants.

J'ai essayé de suivre la trame du guide d'entretien de la façon la plus neutre et conviviale possible. Cependant, la dynamique et la spontanéité de l'échange ont pu être perturbées par le respect parfois strict de cette trame.

Mais la reformulation des questions et le respect des silences ont contribué à favoriser la liberté d'expression des médecins interrogés.

Par ailleurs les questions du guide d'entretien ont été élaborées à partir des recommandations de la HAS et des sociétés savantes qui participent à l'organisation de la prise en charge de la dénutrition.

5.1.3 Analyse des données

Etant moi-même intéressé par la dénutrition de la personne âgée, j'ai dû faire abstraction de mon opinion personnelle pour rester objectif pendant les entretiens et l'analyse, afin de retranscrire les données de manière la plus neutre possible, et de limiter au mieux le biais d'interprétation.

L'analyse qualitative des données a été la plus systématique possible. Néanmoins, elle reste subjective, ce qui a pu générer un biais d'analyse et d'interprétation. Pour limiter ce biais, nous avons réalisé une analyse indépendante par triangulation des idées avec ma directrice de thèse et un tiers extérieur à l'étude.

Le manque d'expérience dans le codage des verbatims a pu altérer la pertinence du travail.

5.2. Organisation de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition autour de la personne âgée dans les Alpes Maritimes

La population âgée augmente de façon exponentielle. Ainsi la proportion des personnes de plus de 60 ans doublera dans le monde au 21^{ème} siècle, passant de 11 à 22%, ce qui équivaut à 2 billions de personnes (15).

Aujourd'hui en France, 6 millions de personnes âgées vivent seules à domicile, notamment les plus de 70 ans, quant aux plus de 90 ans, 85 à 90% d'entre eux vivent encore à domicile. Seulement 10 à 15% d'entre eux vivent en institution (15,16). Bien vieillir permet donc véritablement un maintien au domicile même dans le grand âge. Bien manger fait partie des conditions à assurer pour faciliter le maintien au domicile et préserver l'autonomie des patients.

La dénutrition, qui est un enjeu majeur de santé publique, est une maladie à combattre pour assurer une bonne qualité de vie. Sa prévalence est estimée entre 4 et 10% à domicile, entre 15 et 38% en institution et entre 30 et 70% à l'hôpital en France (10). C'est une estimation car elle est sous diagnostiquée dans tous les pays européens (22,24,26).

Dans notre étude, les médecins interrogés sont conscients de l'importance de la dénutrition dans la pratique de médecine ambulatoire. Ils ont estimé avoir dans leur patientèle entre 3 et 20% de patients dénutris de plus de 70 ans à domicile. Ces chiffres, même estimatifs, sont supérieurs à ceux de la littérature (1,11,16).

L'objectif de cette étude a été de faire un état des lieux sur la prise en charge thérapeutique de la dénutrition de la personne âgée en médecine ambulatoire en interrogeant les médecins généralistes des Alpes Maritimes.

5.2.1 Acteurs de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition

5.2.1.1 Aides au domicile

La prise en charge de la dénutrition est multidisciplinaire. Le patient dénutri est au centre de cette la prise en charge.

L'entourage naturel du patient est important. Les personnes âgées qui sont entourées peuvent avoir un soutien dans la prise en charge car l'aidant naturel (conjoint, enfants, famille, voisinage) peut agir à plusieurs niveaux : faire les courses, faire à manger, stimuler la personne à manger, alerter le médecin en cas de problème. C'est le premier niveau d'aide pour les patients.

En cas d'absence d'entourage naturel, les aidants au domicile, comme les auxiliaires de vie, les aides ménagères ou encore les bénévoles peuvent également intervenir. Ils peuvent surveiller la prise alimentaire et alerter en cas de problème.

Les autres intervenants pouvant agir auprès des patients sont en premier lieu les infirmiers qui se déplacent à domicile, qui peuvent donner l'alerte en cas de perte d'appétit ou d'amaigrissement ou simplement d'altération de l'état général, mais aussi tous les intervenants au domicile comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les assistantes sociales, etc...

Les médecins interrogés dans notre étude ont dénoncé le manque d'aidants au domicile des patients âgés dénutris, aussi bien des aidants naturels que des aidants extérieurs.

Néanmoins, le manque d'aidants est un ressenti des médecins, car il existe plusieurs structures d'aide au domicile qui facilitent la présence des aidants auprès des patients. Les structures comportent les réseaux de soins gériatriques, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), et les services sociaux. Il existe également des aides financières comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale départementale (ASD), et l'aide des caisses de retraite et de certaines mutuelles. Le portage de repas à domicile peut aussi être instauré et pris en charge par certaines structures. Les réponses des médecins laissent entrevoir une certaine méconnaissance de toutes ces structures.

5.2.1.2 Le médecin traitant dans la prise en charge multidisciplinaire

Le rôle du médecin traitant est d'assurer la mise en place des aides nécessaires au domicile des patients dénutris notamment en l'absence d'aidant naturel.

Il réalise le diagnostic de dénutrition, identifie les facteurs qui peuvent y conduire et met en place les stratégies thérapeutiques de prise en charge. C'est son rôle de référent et de coordonnateur de prise en charge. Il réévalue la situation à distance pour adapter la thérapeutique en fonction de l'évolution parce que c'est son rôle de suivi.

Il peut compléter le bilan avec l'aide des orthophonistes et des diététiciens. Les orthophonistes permettent de diagnostiquer des troubles de déglutition dans plusieurs contextes : séquelles neurologiques d'AVC, troubles cognitifs, Parkinson, etc... et de mettre en place des stratégies de rééducation mais aussi d'adapter les textures alimentaires pour faciliter l'alimentation. Les diététiciens calculent les besoins nutritionnels nécessaires du patient et adaptent l'alimentation en fonction de ces besoins.

L'avis d'un confrère spécialiste (gériatre, médecin nutritionniste, hépatogastroentérologue, etc...) est possible, le médecin généraliste restant le coordonnateur de la prise en charge du patient âgé dénutri.

L'accès à ces professionnels paramédicaux et à ces médecins spécialistes a été déclaré difficile par les médecins interrogés. Le manque de structures spécialisées pour une prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition est un obstacle à la prise en charge (29,30).

Le recours à l'orthophoniste est peu fréquent chez les médecins interrogés, de même pour le diététicien puisqu'un seul médecin interrogé l'a évoqué. Mais les raisons évidentes de ce faible recours sont le peu de disponibilité des paramédicaux, leur concentration moindre en milieu rural, l'absence de remboursement de certaines spécialités paramédicales par la sécurité sociale, mais aussi le peu d'habitude des médecins de faire appel à ces paramédicaux.

Comme l'ont proposé les médecins interrogés, l'hospitalisation du patient permet souvent de réaliser un bilan orthophonique et diététique de façon presque systématique. L'hospitalisation contraste avec la tentative du maintien au domicile du patient qui doit être primordial. Des efforts sont à réaliser par les pouvoirs publics pour favoriser l'accès et rembourser les consultations de certains paramédicaux.

L'hospitalisation est également un accès plus facile aux spécialistes. Elle reste cependant intéressante pour la mise en place de nutrition artificielle afin d'initier une prise en charge qui est considérée lourde par les médecins généralistes et qui fait souvent peur.

Vu le nombre d'intervenants possibles dans cette prise en charge le travail en réseau s'avère complexe mais indispensable et nécessite la coordination de plusieurs structures de soins pour une prise en charge optimale des patients âgés dénutris.

L'accès à l'hôpital n'étant pas évidant pour tous les patients et l'accès aux orthophonistes et aux diététiciens hospitaliers parfois aussi difficile, une solution serait la création d'équipes mobiles de nutrition qui pourraient se déplacer au domicile des patients. Elles se composeraient de différents intervenants : médecins nutritionnistes, gériatres, infirmières, orthophonistes, diététiciens, kinésithérapeutes. Les patients pourraient être vus chez eux dans leurs conditions de vie habituelles, notamment pour les patients qui ne peuvent plus sortir de leur domicile.

Dans les hôpitaux, les Unités Transversales de Nutrition Clinique (UNTC) dont les missions principales sont le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels (53), sont des structures composées d'un médecin nutritionniste et de plusieurs professionnels paramédicaux. Les Comités de Liaison d'Alimentation et Nutrition (CLAN) sont des structures consultatives au sein des hôpitaux chargées de donner des conseils sur l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients, d'impulser les actions adaptées à l'établissement destinées à résoudre des problèmes concernant l'alimentation ou la nutrition, et de favoriser la formation des soignants (54).

La création d'équipes mobiles de nutrition pourrait émerger à travers ces structures hospitalières avec les mêmes missions, mais adaptées à la médecine ambulatoire.

Des études ultérieures devraient être réalisées afin d'évaluer la faisabilité de la mise en place de ces équipes mobiles.

Certains médecins ont proposé la création de structures capables de prendre en charge des patients âgés dénutris en ambulatoire, comme l'hôpital de jour, avec des journées dédiées à la prise en charge de la dénutrition regroupant l'ensemble des intervenants nécessaires à cette prise en charge et des ateliers d'éducation thérapeutique.

Une autre proposition est la création d'une ligne téléphonique permettant d'accéder à un professionnel à l'hôpital formé à la prise en charge de la dénutrition, comme il en existe une pour l'infectiologie. Le but serait d'avoir un accès direct à un spécialiste en nutrition, comme le propose le Collectif de Lutte contre la Dénutrition, qui serait le médecin référent en dénutrition dans tous les établissements (51). Ce médecin référent pourrait favoriser les échanges entre la médecine de ville et l'hôpital sur les problématiques liées à la nutrition.

Quelques médecins ont pensé à la création de catalogues regroupant les structures capables de prendre en charge la dénutrition du sujet âgé, afin de savoir quel correspondant contacter en fonction des besoins du patient. Ce catalogue pourrait se présenter sous forme de catalogue internet ou d'application smartphone.

5.2.1.3 Recommandations des sociétés savantes pour la prise en charge de la dénutrition

Sur le terrain, les acteurs de la prise en charge de la dénutrition sont donc nombreux et nécessitent une coordination et une structuration des intervenants. L'existence de protocoles et de guides d'aide à la prise en charge délivrés par les pouvoirs publics sont là pour participer à cette coordination et à cette structuration (10).

En France, la HAS a élaboré en 2007 des recommandations qui ont eu pour objectif d'élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition (1). Ces recommandations ont proposé des stratégies de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques.

La dénutrition de la personne âgée fait aussi partie de l'axe numéro 3 du Programme National Nutrition et Santé (PNNS) de 2011-2015 qui s'intitule : *Organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition : diminuer la prévalence de la dénutrition* (3).

Le Collectif de Lutte contre la Dénutrition (CLD) a été fondé début 2016 à l'initiative du Professeur Éric Fontaine, Président de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP) jusqu'en janvier dernier, pour mobiliser la population et contraindre les pouvoirs publics à mettre fin à la dénutrition en France (51).

Les recommandations des sociétés savantes et le collectif de lutte n'ont pas été évoqués par les médecins interrogés. Aucune question du guide n'y a fait allusion volontairement le but étant de ne pas juger les participants et de ne pas faire un audit de pratiques mais plutôt un recueil du vécu de la prise en charge par les médecins.

La prévalence de la dénutrition qui est mal connue nécessiterait de nouvelles évaluations pour affiner l'estimation pour une meilleure prise en charge. L'objectif du PNNS de 2011-2015 était de diminuer la prévalence de la dénutrition (3) mais les objectifs fixés ont été partiellement atteints et les inégalités sociales de santé se sont aggravées dans le domaine de la nutrition. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)

a proposé pour 2017-2021 une politique nutritionnelle de santé publique s'appuyant sur des mesures visant la population générale avec une place moindre consacrée à la dénutrition (39). L'obésité y prend une place plus importante. En France la prévalence de l'obésité est de plus de 15%, alors que la prévalence de la dénutrition est de 4 à 10%, d'où l'importance consacrée dans le PNNS 2017-2021 (3,39). Cependant, même si la prévalence de la dénutrition des personnes âgées est inférieure à celle de l'obésité, cette dernière est extrêmement médiatisée et entraîne des conséquences parfois graves au même titre que la dénutrition.

Onze ans après l'apparition des recommandations de la HAS, le questionnement sur le renouvellement de ces recommandations se pose. Certains médecins pourraient penser qu'elles ne sont plus d'actualité, mais la réalité est que ces recommandations sont claires. Elles sont éditées sous forme de protocoles précis et bien structurées. Ainsi, depuis 2007 les modalités thérapeutiques de la dénutrition n'ont pas changé.

5.2.2 Stratification de la prise en charge thérapeutique

Les recommandations de prise en charge de la dénutrition sont codifiées et s'organisent autour du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique.

La HAS a défini des situations à risque de dénutrition afin de cibler la fréquence de réalisation du diagnostic.

Pour cela, elle a individualisé des situations à risques différentes :

- *les situations à risque de dénutrition non liées à l'âge* comme les cancers, les défaillances d'organe chroniques et sévères, les pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, l'alcoolisme chronique, les pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, et les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- *les situations à risque plus spécifiques à la personne âgée* prenant en compte des facteurs psycho-socio-environnementaux, toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, les traitements médicamenteux au long cours, les troubles bucco-dentaires, entre autres.

La fréquence de dépistage est annuelle en ville ou en institution en l'absence de facteur de risque, ou à chaque hospitalisation. En cas de présence de facteur de risque de dénutrition, la surveillance devient plus fréquente et dépend de l'état clinique et de l'importance du risque.

Pour réaliser ce dépistage, un questionnaire a été créé par une équipe de gériatres français et internationaux avec le concours d'un laboratoire pharmaceutique (Nestlé) : c'est le *Mini Nutritional Assesement* (MNA) (*Annexe 4*) (4). Il en existe une version simplifiée, le *Mini Nutritional Assesement Short Form* (MNA-SF), plus rapide à utiliser (*Annexe 5*) (11,12).

Selon la HAS, les critères de diagnostic de la dénutrition sont :

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

L'attitude des médecins interrogés face à un patient âgé dénutri est variable. Certains médecins réalisent dans un premier temps une enquête étiologique pour traiter la cause et/ou supplémenter en apports protidiques, tandis que d'autres supplémentent d'emblée et font une enquête étiologique seulement en cas d'échec de cette supplémentation.

Les médecins interrogés ont évoqué la notion de degré et de gravité dans la dénutrition. Ils ont des attitudes différentes en fonction du degré de dénutrition. Certains hospitalisent systématiquement les patients atteints d'une dénutrition sévère, alors que d'autres essayent toutes les mesures possibles à domicile et ne les hospitalisent qu'en cas d'échec.

Les recommandations semblent connues au travers des différentes attitudes de prises en charge. Cependant il ressort des entretiens que chacun fait en fonction de ses habitudes et de son réseau de soins.

Malgré ces recommandations et la création d'outils diagnostiques, la dénutrition reste sous diagnostiquée en France (18,20,24). Le diagnostic n'a pas posé problème pour la majorité des médecins que nous avons interrogés même si l'un d'entre eux a déclaré être mal à l'aise sur la gradation de la dénutrition.

Comme le montrent de nombreuses études dans la littérature, le manque de formation constitue un obstacle à la prise en charge de la dénutrition donc le diagnostic reste primordial (18, 24, 25).

Mais peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge thérapeutique de la dénutrition d'où l'intérêt de ce travail.

5.2.3 Moyens de prise en charge thérapeutique

La HAS a proposé en 2007 une stratégie de prise en charge nutritionnelle en deux étapes :

- une première étape qui se définit par une nutrition orale avec des conseils nutritionnels, des aides à la prise alimentaire, une alimentation enrichie et la mise en place de CNO,
- une seconde étape qui concerne la nutrition artificielle entérale par sonde nasogastrique ou gastrostomie percutanée, ou parentérale par voie veineuse périphérique ou centrale.

5.2.3.1 La complémentation orale

L'alimentation par voie orale est toujours recommandée en première intention, sauf en cas de contre-indication. C'est une donnée qui a été confirmée par la majorité des médecins interrogés dans notre étude.

Seulement sept médecins ont abordé les conseils nutritionnels donnés à leurs patients de façon spontanée. Les autres ne les ont pas évoqués soit par oubli soit parce que ces conseils font partie intégrante de leur prise en charge et qu'ils n'ont pas jugés nécessaires d'en parler.

Les médecins sont majoritairement à l'aise dans l'utilisation des CNO dont l'efficacité a été démontrée dans la récupération de poids, la diminution des complications et des hospitalisations, la diminution des durées d'hospitalisation et des réadmissions et la diminution de mortalité (18,20). Seulement trois médecins ont déclaré manquer de connaissances pour les prescrire.

Pour certains médecins interrogés, les CNO peuvent aussi être un obstacle à la prise en charge de la dénutrition du fait de leurs caractéristiques ou de leur absence de remboursement par l'assurance maladie.

Des progrès sont à faire pour améliorer la prise de ces CNO aussi bien en termes de goût, que de texture ou encore d'aspect.

Dans les Alpes Maritimes, des biscuits hyperprotidiques et hypercaloriques sous forme de galette bretonne nommés *Protibis*®, élaborés par le CHU de Nice à l'initiative du Pr Prêcheur (chirurgien-dentiste) ont été mis en place pour les patients dénutris ayant un mauvais état bucco-dentaire. Ils sont disponibles en pharmacie et pris en charge par l'assurance maladie depuis le 1^{er} mars 2017. Une étude a été réalisée afin d'évaluer l'impact de ces biscuits chez les personnes âgées de plus de 70 ans dénutries en institution et a montré une augmentation du poids et de l'appétit des patients, ainsi qu'une réduction de la survenue d'escarres ou de diarrhée (52). Cette initiative intéressante a permis de faciliter la prise en charge de ces patients.

Les médecins ont déclaré ne pas connaître les conditions de remboursement des CNO. Ces derniers sont pris en charge par la sécurité sociale pour tous les patients dénutris. Cette prise en charge n'est plus restreinte aux cas de dénutrition liés à certaines pathologies. Un seul des critères diagnostiques de dénutrition suffit pour cette prise en charge (55,56) parmi:

- Pour les adultes de moins de 70 ans :
 - Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - Ou $IMC \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$;
 - Ou albuminémie $< 35 \text{ g/l}$
- Pour les adultes de plus de 70 ans :
 - Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - Ou $IMC \leq 22 \text{ kg/m}^2$;
 - Ou MNA 17/30 ;
 - Ou albuminémie $< 35 \text{ g/l}$

Quant à l'oxoglurate d'ornithine (*Cetornan*®), seulement un médecin de notre étude a déclaré le prescrire occasionnellement. Néanmoins ce médicament n'a pas apporté de preuves de son efficacité dans l'indication de l'AMM. Son intérêt clinique n'est donc pas suffisant (11,14,18,57).

5.2.3.2 La nutrition artificielle

Selon les recommandations, la nutrition artificielle entérale doit être envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale, et doit être mise en place lors d'une hospitalisation au moins de quelques jours.

La nutrition parentérale sera réservée uniquement dans les trois situations suivantes :

- les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles,
- les occlusions intestinales aiguës ou chroniques,
- ou l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

Alors que la nutrition orale est simple, les médecins interrogés sont réticents à la nutrition artificielle. La plupart d'entre eux ont déclaré ne pas être à l'aise avec ce type de nutrition, que ce soit la nutrition entérale ou parentérale.

La nutrition artificielle est pourtant très efficace pour la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée comme l'ont montré plusieurs études dans la littérature (17,18).

Certains médecins l'ont décrite comme trop invasive ou compliquée et la réservent aux cas extrêmes. Ils l'ont même présentée comme un acharnement thérapeutique. Ils ont avoué n'y avoir jamais recours pour certains. Même les médecins ayant un DU de nutrition ont déclaré être réticents à ce type de prise en charge.

Pour autant, une fois la nutrition artificielle mise en place en milieu spécialisé, les médecins interrogés ont déclaré être capables de suivre les prescriptions et de gérer la suite en ville. Ce qui laisse penser qu'ils ne sont pas totalement réfractaires et qu'ils pourraient être plus à l'aise en se familiarisant à ce type de prise en charge, laissant sous-entendre le besoin de « routine » sur ces techniques.

Cette prise en charge à domicile peut être assurée par l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou par les Prestataires de Soins A Domicile (PSAD), et elle doit faire appel à des infirmiers libéraux habitués à gérer ce type de prise en charge.

La prise en charge d'une nutrition artificielle en institution pour les personnes âgées dénutries semble également problématique. En effet, les forfaits de prise en charge en institution sont souvent limités et ne permettent pas la gestion de nutrition artificielle sans avoir recours au soutien de l'Hospitalisation Au Domicile (HAD) ou des prestataires de soins à domicile (PSAD) et à condition que l'EHPAD ait signé une convention pour que cela soit possible. Ce système rend la mise en place de nutrition artificielle en EHPAD parfois complexe voire impossible et peut même limiter l'accès à certaines institutions pour les patients nécessitant ce type de prise en charge. L'un des médecins interrogés a évoqué ce problème de suivi en institution.

5.2.4 Formation des médecins

Les médecins interrogés ont identifié le manque de formation comme un obstacle principal dans la prise en charge, comme observé dans la littérature (18,24,28,32,34). Ils en sont conscients, et souhaiteraient être formés aux conseils diététiques, aux différents CNO, à la nutrition artificielle. Ils souhaiteraient avoir aussi des formations sur l'organisation de la prise en charge de la dénutrition, sur les structures existantes dans la région, sur les intervenants de la prise en charge.

Lors des études médicales, un médecin ne présente que 20 heures de cours théoriques sur la nutrition lors des 6 ans d'études. Il serait donc intéressant de renforcer les formations dans la nutrition lors des études médicales. Les médecins ont cité aussi l'importance des stages réalisés lors de l'internat pour la formation en nutrition. Il serait aussi intéressant de faciliter le passage en stage de nutrition ou de gériatrie afin d'améliorer la formation des internes.

Après les études médicales, la formation du médecin dépend du médecin lui-même, et elle regroupe la lecture d'articles et de revues médicales, les formations médicales continues (FMC), les Diplômes Universitaires et les congrès qu'il faudrait enrichir de formations en nutrition et en dénutrition.

Les recommandations et guides des sociétés savantes sont aussi une source de formation importante pour les médecins.

Toutes ces sources de formation sur la dénutrition existent sur le terrain. L'accès est compliqué mais tout médecin peut y accéder, ce qui laisse entrevoir que le manque de formation dépend en grande partie du médecin.

Ce manque de disponibilité est décrit dans la littérature (18,24,25,28). Il a été ressenti lors des entretiens même s'il n'a pas été déclaré directement par les médecins. Les difficultés de prise en charge de la dénutrition qu'ont laissés entrevoir les médecins que j'ai interrogés témoignent de ce manque de temps à consacrer à la formation.

5.2.5 Point de vue de l'enquêteur

Les médecins que nous avons interrogés prennent en charge la dénutrition de leurs patients. Ils sont conscients de la gravité de cette co-morbidité et des conséquences qu'elle entraîne.

La prise en charge de la dénutrition part du diagnostic de celle-ci, qui est encore difficile et qui entraîne des difficultés dans la prise en charge thérapeutique.

Il semble facile de prescrire des CNO dans une dénutrition sans signes de gravité, mais la variabilité de ces derniers est mal connue des médecins, alors que l'éventail de possibilités de prescription est grand et peut varier en fonction des goûts et des spécificités des patients. Avoir des connaissances sur les différents types de CNO existants dans le marché paraît nécessaire pour maîtriser la prescription.

Lorsque la dénutrition relève de prises en charge plus invasives, les médecins sont réticents par manque d'habitude de gestion et par méconnaissance de ces techniques invasives. Le matériel nécessaire à la nutrition artificielle peut dérouter certains médecins qui préfèrent passer la main à un confrère hospitalier. Cependant nos confrères hospitaliers, l'HAD, les PSAD, entre autres, peuvent éclaircir nos idées en cas de nécessité. La familiarisation avec ce type de nutrition et la multidisciplinarité peuvent faciliter cette prise en charge.

Les difficultés d'accès ou de disponibilité de certains paramédicaux empêchent la multidisciplinarité, comme le non remboursement de certaines spécialités ou encore la

ruralité. Des efforts doivent être réalisés par les pouvoirs publics pour faciliter le remboursement pour certains paramédicaux.

La création d'hôpital de jour, des équipes mobiles de nutrition, des lignes directes à l'hôpital, sont des propositions intéressantes citées par les médecins. Elles pourraient se mettre en place à partir de plusieurs structures hospitalières de façon à mettre à disposition un maximum de possibilités pour les médecins généralistes afin de faciliter la prise en charge de la dénutrition.

Les pouvoirs publics ont une place primordiale dans la problématique de la dénutrition du sujet âgé. Des initiatives existent comme le Collectif de Lutte Contre la Dénutrition.

Former les médecins est effectivement une nécessité, mais qu'une petite partie des choses à améliorer pour faciliter la tâche des professionnels de santé du terrain et améliorer la prise en charge thérapeutique des patients âgées dénutris. Améliorer la formation devrait commencer lors du cursus universitaire avec une plus grande sensibilisation à la dénutrition et ses conséquences.

Il est difficile encore pour les médecins de considérer la dénutrition comme une maladie à part entière. La dénutrition est présente dans de nombreuses situations cliniques et constitue une comorbidité légère, modérée ou sévère selon le degré de dénutrition, mais garde toujours des conséquences non négligeables pour tous les patients.

Le déni ou les difficultés de compréhension de ce qu'est la dénutrition par les patients, le refus de manger ou de changer d'habitudes alimentaires, le manque d'appétit, le refus d'être hospitalisé, les difficultés d'observance des mesures thérapeutiques mises en place et la présence de troubles cognitifs viennent se rajouter à tous les obstacles cités par les médecins pour compliquer la prise en charge.

6. CONCLUSION

Notre étude qualitative a exploré l'organisation de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition chez la personne âgée en ambulatoire grâce à la réalisation d'entretiens avec 19 médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes.

Au travers de ces entretiens, nous avons reconstitué cette prise en charge en soins primaires et nous avons tenté d'identifier les obstacles et d'envisager les améliorations éventuelles à apporter pour faciliter la prise en charge des patients âgés dénutris par les médecins de ville.

Le diagnostic de dénutrition est un préalable à la prise en charge mais la dénutrition reste encore sous-diagnostiquée. Une fois le diagnostic posé, l'organisation de cette prise en charge thérapeutique est complexe. Elle est dépendante de l'existence d'un réseau de soins ou de l'accessibilité aux professionnels formés à la prise en charge de la dénutrition.

Le traitement des dénutritions modérées reste facile pour les médecins et l'utilisation de compléments nutritionnels oraux assez simple même si la connaissance des produits n'est pas exhaustive. Les conseils diététiques et l'alimentation enrichie sont préconisés par la plus grande majorité des médecins. L'alimentation orale est toujours favorisée et le maintien au domicile respecté dans la mesure du possible avec la réticence de solutions plus invasives comme les nutriments artificielles par crainte d'acharnement thérapeutique.

L'hospitalisation en cas de prise en charge plus complexe ou plus lourde est préférée et facilite le relais de nutrition artificielle en ville.

La prise en charge thérapeutique de la dénutrition est véritablement multidisciplinaire, mais l'accès difficile à certains confrères spécialistes ou à certains paramédicaux comme les orthophoniques ou les diététiciens rend cette prise en charge difficile. Favoriser des structures dédiées à la prise en charge de la dénutrition comme les équipes mobiles, des hôpitaux de jour, des programmes d'éducation thérapeutique dédiés, une ligne directe pour joindre l'hôpital, avec une sensibilisation et une formation préalable des médecins à l'existence de ces réseaux de soins pourraient être une bonne solution à une meilleure prise en charge de la dénutrition chez nos patients âgés.

L'organisation des structures d'accompagnement au domicile, dépendantes de la ville ou parallèles, soit bénévoles soit institutionnelles, est également le challenge à une facilitation de la prise en charge des patients âgés dénutris isolés au domicile.

La sensibilisation des étudiants durant leur cursus universitaire et la formation continue des médecins par le biais de FMC, congrès, diplômes universitaires spécialisés, site internet, réunions de pairs, réunions pluridisciplinaires au sein d'un réseau ville-hôpital est envisageable et à structurer par les pouvoirs publics ou par les médecins eux-mêmes.

Les autorités de santé doivent se positionner pour montrer leur engagement face à cette maladie et toutes les initiatives mises en œuvre pour lutter contre la dénutrition sont à plébisciter et à encourager.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. Haute Autorité de santé (HAS). Avis de la Commission d’Evaluation des Produits et Prestations. Produits pour nutrition à domicile et prestations associées. Septembre 2006.
3. Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé. (page consultée le 04 décembre 2017). Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
4. Nestlé Nutrition Institute. (page consultée le 04 décembre 2017). Mini Nutrition Assesement MNA [Internet]. http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 06 janvier 2018). Alpes Maritimes – Une population qui stagne malgré l’arrivée de jeunes diplômés. 2015 [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124>
6. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 06 janvier 2018). Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2018, France [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
7. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 06 janvier 2018). Population par sexe et par groupe d’âge en 2018 [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

8. Vellas B, Villars H, Abella, G et al. Overview of the MNA – Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ;10 :456-65.
9. Milne AC, Potter J, Vivanti A et al. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009 ; 2 (CD003288)
10. Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz M L et al. The European fight against malnutrition. Clinical Nutrition 2010;29(2):149-50.
11. Patry C, Raynaud-Simon A. Prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées : quoi de neuf depuis les recommandations de l’HAS en 2007 ? NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie (2011) ; 11 :95-100.
12. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional ASsessment short-form (MSA-SF) : a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13 (9): 782-8.
13. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X. Clinical practice guidelines from the French health high authority: Nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. Clinical Nutrition 2011; 30: 312-319.
14. Cetornan : ornithine oxoglurate. Vidal ; 2018 : 414.
15. Agarwal E, Miller M, Yaxley A et al. Malnutrition in the elderly : A narrative review. Maturitas 2013.
16. Cudennec T, Teillet L. Dénutrition protéino-énergétique et personne âgée à domicile. 2005. Hôpital Sainte Périne, Paris.
17. Hébuterne X. Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge. Fond. Nationale de Gériatrie 2010 ;33(143-55).

18. Desport J, Dorigny B, Zazzo J et al. Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine. Abstracts/ Nutrition clinique et métabolisme 2007 :21 (S39-40).
19. Desport J, Dorigny B, Hébuterne X. Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes. Abstracts/ Nutrition clinique et métabolisme 2007 :21 (S40).
20. Stratton R J, Hébuterne X, Elia M. A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions. Ageing Research Reviews 2013.
21. Stratton R J, Elia M. Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. Proceedings of the Nutrition Society 2010 : 69 (477-87)
22. Bellocq T. Evaluation des pratiques du dépistage de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans : étude réalisée auprès de 102 médecins généralistes en Charente-Maritime [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2017.
23. Bartoli G. Importance de la dénutrition chez les personnes âgées suivies en médecine ambulatoire : enquête de prévalence chez des personnes de plus de 70 ans vivant à leur domicile dans le Cambrésis [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Lille de droit et de la santé ; 2016
24. Leduque M. Evaluation du dépistage de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans, en médecine ambulatoire et en institution type « Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », dans la Vienne [Thèse

pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Poitiers, UFR de médecine et de pharmacie ; 2016.

25. Cousin-Ricour C. La dénutrition des personnes âgées à domicile : étude des pratiques professionnelles auprès de 157 médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université du droit et de la santé de Lille ; 2015.
26. Lotoi Dumas S. Dénutrition du sujet âgé : dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la haute autorité de santé [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Lille du droit et de la santé ; 2017.
27. Torres Marion. Statut nutritionnel de la personne âgée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Bordeaux ; 2014.
28. Abdallah K. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure-et-Loir [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Tours ; 2013.
29. Gachignard L. Etude des pratiques de dépistage de la dénutrition des sujets de plus de 70 ans en médecine générale dans la région Pays de la Loire [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Nantes, faculté de médecine ; 2013.
30. Durand Robinson B. Déterminants de l'application des recommandations sur la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée en EHPAD [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Montpellier, faculté de Médecine ; 2106.
31. Mathieu Faline M. Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition

[Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine de Tours ; 2012.

32. Sicurani J. Les modalités de prescription des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée en médecine générale [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Nice Sophia Antipolis ; 2014.
33. Riche M. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé : étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Nantes ; 2010.
34. Madej E. Evaluation de l'apport d'une formation à la réalisation du MNA-SF par rapport à une sensibilisation au dépistage de la dénutrition de la personne âgée dans une population de médecins généralistes [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Grenoble : UFR de Médecine ; 2017.
35. Mallejac M. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards : place du MNA [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Faculté de Médecine d'Amiens ; 2014.
36. Menendez E. Evaluation de l'application de mesures correctives conformes aux recommandations concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé dans un établissement de soins de suite et réadaptation, dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Bordeaux, UFR de Sciences Médicales ; 2014.
37. Aubert M.O. La prise en charge de la dénutrition de la personne âgée : évolution de la situation à l'hôpital de Voiron dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles [Thèse pour l'obtention du

Diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble ; 2010.

38. Santé Publique France. (page consultée le 13 mars 2018) Nutri-score : c'est plus facile de manger mieux. Février 2018 [Internet]. <http://sf-nutrition.org/wp-content/uploads/2018/02/DP-Nutri-Score-15.02.18.pdf>
39. Haut Conseil de la Santé Publique (page consultée le 13 mars 2018) Pour une politique nationale nutrition santé en France. PNNS 2017-2021. Septembre 2017 [Internet]. <http://sf-nutrition.org/wp-content/uploads/2017/11/PNNS-2017-2021.pdf>
40. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. (page consultée le 13 mars 2018) 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. 8 Edition. December 2015 [Internet]. [https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020 Dietary Guidelines.pdf](https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf)
41. World Health Organization (page consultée le 13 mars 2018) Nutrition for older persons [Internet]. <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index1.html>
42. Fávaro Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults : A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. Advanced Nutrition 2016 ;7 :507.
43. Morais C, Oliveira B, Afonso C et al. Nutritional risk of European elderly. European Journal of Clinical Nutrition 2013 ; 67 :1215-19.
44. Alami S, Desjeux D, Garabua-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. puf ; 2013 ; 128 p (Que sais-je ?).
45. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Revue médicale suisse, 2004 ; 0 : 24011.

46. Frappe P. De l'objectif au protocole. Initiation à la recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.
47. Cote L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale, 2002 ;3, 2.
48. L'Assurance Maladie. (page consultée le 15 janvier 2018) Annuaire Santé [Internet]. <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/06-alpes-maritimes>
49. Frappe P. De la question au type d'étude. Initiation à la recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.
50. Britten N. Qualitativ research : qualitative interviews in medical research, BMJ, 1995 ; 311 (251-53).
51. Collectif de Lutte Contre la Dénutrition. (page consultée le 02 février 2018) Lutte Contre la Dénutrition [Internet]. <https://www.luttecontreladenutrition.fr>
52. Pouyssegur V, Brocker P, Schneider SM et al. An innovative solid oral nutritional supplement to fight weight loss and anorexia: open, randomized controlled trial of efficacy in institutionalized, malnourished older adults. Age Ageing 2015;44:245-51.
53. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (page consultée le 02 février 2018). Bilan de l'expérimentation des Unités Transversales de Nutrition Clinique (UTNC) 2008-2011 et propositions [Internet]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pedagogique_organisation_transversale_nutrition_etablissements_de_sante_et_medico-sociaux.pdf
54. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (page consultée le 02 février 2018). Le C.L.A.N. en 10 questions [Internet]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/clan_cnanes-2.pdf

55. Arrêté du 2 décembre 2009 (J.O. du 8 décembre 2009), relatif à la modification de procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des nutriments pour supplémentation orale.
56. Société Française de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP), site manger bouger (page consultée le 10/06/18). Compléments Nutritionnels Oraux : Quel nouveau cadre de prescription. 2012. [Internet]. http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/enc_brochure_guide_denutrition_m edgen_vdiff_0113.pdf
57. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/06/18). Commission de la transparence, avis 5 novembre 2015 : Cetornan 5g, poudre pour solution buvable et solution entérale en sachet. [Internet]. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14039 CETORNAN PIC RI Avis3 CT14039.pdf>

8. ANNEXES

8.1 Annexe 1. Consentement éclairé

Consentement éclairé et informations concernant l'étude

- **Présentation de l'étude :** Cette étude est un projet de thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Médecin de Mr MONTORO LLOPIS Borja (interne en médecine générale à l'Université de Nice Sophia Antipolis), dirigé par le Dr BARISIC Anne-Marie (Médecin gériatre à l'Hôpital Les Sources). L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée en ville, par les médecins généralistes des Alpes Maritimes.
- Afin de recueillir les informations nécessaires pour la réalisation de cette étude, je réalise des entretiens semi-dirigés individuels, avec l'aide d'une grille d'entretien, d'une durée d'environ 20 minutes. L'entretien sera enregistré avec votre consentement.
- Votre participation est volontaire, vous avez le droit de retrait à tout moment. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions.
- Les données concernant cet entretien individuel seront anonymisées. Si vous le souhaitez, la retranscription de l'enregistrement vous sera envoyée.
- Votre participation dans cette étude m'est très précieuse, et je vous remercie par avance.

Je soussigné(e) _____, consens librement à participer à ce projet de thèse.

J'ai pris connaissance du formulaire, et je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que M MONTORO LLOPIS Borja m'a fournies concernant ce projet.

Signature du médecin participant

M MONTORO LLOPIS Borja

8.2 Annexe 2. Guide d'entretien

ENTRETIEN SEMI DIRIGE : Guide d'entretien

Prise en charge thérapeutique de la dénutrition de la personne âgée en ville : difficultés

- *Quelle est la proportion de patients âgés dans votre patientèle ? Quelle est la proportion de vos patients âgés qui est dénutrie ?*
- *Quelle est votre attitude dans un premier temps face à un patient âgé dénutri ?*
- *Plusieurs études ont montré l'efficacité des compléments nutritionnels oraux dans la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Quelle place donnez-vous aux CNO dans la prise en charge ?*
- *Quelle est la place de la nutrition artificielle ? (Entérale : SNG et GPE, parentérale : PICC line)*
- *Quand avez-vous recours à un orthophoniste ou à un diététicien ? et comment faites-vous ?*
- *Dans quelles situations vous avez-vous recours à l'avis d'un spécialiste (nutritionniste, hépato gastroentérologue, gériatre) ?*
- *Dans quelles situations envisagez-vous l'hospitalisation du patient ?*
- *Dans la plupart des études réalisées concernant la dénutrition du sujet âgé, le frein principal dans la prise en charge c'est le manque de formation des médecins. Qu'en pensez-vous ?*
- *Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés dans la prise en charge de vos patients âgés dénutris ? Et des obstacles à type structure de soins, réseaux de soins ?*
- *Quelles sont vos suggestions pour améliorer cette prise en charge en médecine de ville ?*

Caractéristiques de la population médicale interrogée (Médecins généralistes des Alpes Maritimes) : caractéristiques de l'échantillon.

- *Age*
- *Sexe* *H* ☐ *F* ☐
- *Date d'installation*
- *Lieu d'exercice*
- *Type d'activité* *Urbaine* ☐ *Semi rurale* ☐ *Rurale* ☐
- *Formation complémentaire*

8.3 Annexe 3. Caractéristiques des médecins interrogés

Caractéristiques des médecins interrogés.

Médecin	Date entretien	Durée entretien	Sexe	Age	Installation	Zone	Formation complémentaire
E1	06/02/18	14 :48	H	32	Remplacements depuis 3 ans	Urbaine	Non
E2	07/02/18	16 :57	F	35	Remplacements depuis 6 ans	Urbaine, semi rurale, rurale	DU gynécologie
E3	15/02/18	29 :19	F	66	Installation depuis 40 ans	Urbaine	DU gynécologie Maître de stage
E4	28/02/18	18 :23	H	61	Installation depuis 30 ans	Urbaine	DU Traumatologie du sport Maître de stage
E5	01/03/18	15 :29	F	32	Remplacements depuis 3 ans	Urbaine	Non
E6	01/03/18	18 :50	F	36	Installation depuis 4 mois	Urbaine	Non
E7	02/03/18	14 :43	F	42	Installation depuis 8 ans	Urbaine	Non
E8	02/03/18	21 :45	H	58	Installation depuis 29 ans	Urbaine	Maître de stage
E9	02/03/18	27 :32	F	42	Installation depuis 7 ans	Urbaine	Maître de stage
E10	05/03/18	17 :10	H	36	Remplacements depuis 5 ans	Urbaine, semi rurale	DU Médecine du sport
E11	06/03/18	16 :53	F	34	Remplacements depuis 5 ans	Urbaine, semi rurale, rurale	Non
E12	07/03/18	14 :22	H	58	Installation depuis 29 ans	Urbaine, avant semi rurale	Non
E13	07/03/18	15 :02	F	47	Installation depuis 18 ans	Urbaine	DU gynécologie
E14	08/03/18	09 :20	H	59	Installation depuis 25 ans	Urbaine	DU nutrition
E15	08/03/18	16 :10	H	45	Installation depuis 13 ans	Semi rurale	Ancien urgentiste Maître de stage
E16	13/03/18	12 :42	F	39	Installation depuis 7 ans	Urbaine	DU Acupuncture et douleur
E17	14/03/18	14 :27	F	49	Installation depuis 6 ans	Rurale	Non
E18	15/03/18	16 :01	H	36	Installation depuis 1 an	Rurale	DU Urgences
E19	15/03/18	13 :55	F	60	Installation depuis 28 ans	Rurale	DU Nutrition et maladies métaboliques DU Gériatrie

8.4 Annexe 4. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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 moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires	☐
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 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	☐
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	☐
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique	☐
F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en 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: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition 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 œufs 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 au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	☐
M Quelle quantité 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 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 ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition	☐
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	☐
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≥ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	☐
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	☐
Évaluation 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: Velaz 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, Salvendy A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fort 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 Nut Health Aging 2006; 10:485-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006, 167200 12/09 10M
Pour plus d'informations : www.mna-olympic.com

8.5 Annexe 5. Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé 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 sévère
1 = démence modérée
2 = pas de problème psychologique

☐

F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) ☐

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

- 0 = CM < 31
3 = CM ≥ 31

☐

Score de dépistage

(max. 14 points)

☐ ☐

12-14 points:

☐

état nutritionnel normal

8-11 points:

☐

risque de malnutrition

0-7 points:

☐

malnutrition avérée

Sauvegarder

Imprimer

Réinitialiser

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr 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-Form 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.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

9. SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

RESUME

INTRODUCTION :

La prévalence de la dénutrition est mal connue parce qu'elle reste sous diagnostiquée. Sa prise en charge est un enjeu majeur de santé publique parce qu'elle a des conséquences importantes notamment chez les patients âgées poly-pathologiques. Notre étude a tenté de faire l'état des lieux de la prise en charge thérapeutique de la dénutrition des patients âgés en soins primaires et d'identifier les obstacles et les améliorations éventuelles à apporter pour faciliter cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE :

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix-neuf médecins généralistes des Alpes Maritimes de février à mars 2018.

RESULTATS :

La dénutrition « modérée » est assez simple à traiter pour les médecins interrogés avec une priorité donnée à l'alimentation orale par tous, une supplémentation par les compléments nutritionnels oraux et l'organisation de l'environnement social du patient. La réticence face à une prise en charge plus invasive par nutrition artificielle s'explique par la peur de l'acharnement thérapeutique mais aussi par le manque de pratique. C'est pourquoi l'hospitalisation est choisie en cas de dénutrition sévère.

Le manque de formation des médecins, la méconnaissance des structures existantes et les problèmes d'accessibilité et de coordination des acteurs de soins intervenant dans la prise en charge de la dénutrition sont autant d'obstacles à une bonne prise en charge.

CONCLUSION :

La prise en charge thérapeutique de la dénutrition se doit d'être multidisciplinaire. La formation des médecins et la structuration du réseau de soins par les pouvoirs publics devraient faciliter la prise en charge des patients âgés dénutris.

MOTS CLEFS :

Médecine générale, Dénutrition, Personne âgée, Prise en charge thérapeutique, Soins primaires, étude qualitative, entretiens semi-dirigés.