



HAL
open science

Description de la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde

Marion Le Mouroux

► **To cite this version:**

Marion Le Mouroux. Description de la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03209921

HAL Id: dumas-03209921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03209921>

Submitted on 27 Apr 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n° 2

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Marion LE MOUROUX

Née le 07/06/1990 à La Rochelle

Le 28/01/2021

**DESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE DE LA
DÉNUTRITION DES PATIENTS ÂGÉS DE PLUS DE 70 ANS,
ATTEINTS DE CANCER, PAR LEURS MEDECINS
GÉNÉRALISTES, EN GIRONDE.**

Sous la direction de : Mme BLOUDEAU Emilie (Docteur en Médecine)

Membres du jury :

Mr JOSEPH Jean-Philippe (Professeur d'Université)
Mr PETREGNE François (Professeur Associé)
Mr MONTARIOL Yves (Maitre de Conférence associé)
Mme PÈRE-DOMART Aude (Docteur en Médecine)

Président
Rapporteur
Examineur
Examinatrice

Remerciements

A mes juges

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Merci pour votre investissement si important dans notre formation de Médecin Généraliste qui nous est chère. Je vous prie de recevoir le témoignage de mon profond respect.

A ma Directrice de Thèse

Madame le Docteur Emilie Bloudeau

Je te remercie d'avoir accepté de diriger pour la première fois, ce travail de thèse, d'une main de maître. Merci pour ton investissement, ta disponibilité, ta rigueur scientifique, tes conseils méthodologiques et tes remarques pertinentes. Je te suis sincèrement reconnaissante et te souhaite le meilleur pour la suite.

Aux membres du jury

Au Rapporteur de Thèse

Monsieur le Professeur François Petregne

Je vous remercie d'avoir accepté le rôle de rapporteur de ce travail. Merci de votre expérience sur ce sujet, sur la Médecine en Générale, et de votre investissement dans notre formation. Je vous adresse ma plus respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Yves Montariol

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jugement de ce travail. Merci de partager votre point de vue, de votre investissement dans notre formation, et de faire vivre vos cours.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

Madame le Docteur Aude Père-Domart

Je te remercie d'avoir aimablement accepté l'appartenance à ce jury. Tes compétences gériatriques et oncologiques sont indispensables à la critique de ce travail. Merci aussi pour ces 6 mois de stage au sein du service de Gériatrie dont je garde un excellent souvenir.

A mes confrères

A mon semestre au sein de l'équipe de Gériatrie de l'Hôpital Robert Boulin de Libourne

Aux internes : Colette, Julie, Clémence, Paul, Christelle ; pour nos pauses déjeuners/café et nos franches rigolades.

Aux chefs : Elsa, Sandrine, Aude, Laure, Emilie, Karim, Johanna, Jean-Michel, et au Dr Risi ; je vous remercie tout particulièrement pour votre contribution à ma formation.

A tous les infirmiers/infirmières, à l'équipe paramédicale, aux secrétaires et à l'hôpital de jour ; je garde un très bon souvenir du semestre passé à vos côtés.

Aux médecins que je remplace

Qui m'accordent leur confiance, aux confrères de cabinet, à mes collègues remplaçants.

A tous les médecins de Gironde

Qui ont participé à l'étude, merci pour votre contribution, elle a été essentielle à la réalisation de mon travail.

A Kévin Ouazzani

Interne de Santé Publique, à l'ISPED, pour m'avoir aiguillé dans mes statistiques.

A tous

Merci également à tous mes enseignants des plus petites classes jusqu'au plus haut niveau (maîtresses, professeurs, tuteurs, internes, médecins ...) ; pour la transmission de votre savoir.
« Les connaissances humaines sont un dépôt précieux qu'un siècle doit transmettre intact à un autre quand il ne les augmente pas » Honoré De Balzac.

A tout le personnel soignant médical ou non (agents des services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, administratif, sécurité ...) ; ces derniers mois ont prouvé votre nécessité absolue.

Et bien sûr à tous les patients.

A ma famille

A mes Parents

Pour avoir mis tout votre amour pour nous élever du mieux que vous puissiez.
Pour nous avoir inculqué les bonnes valeurs, que je porterai à vie, quoi qu'il arrive.
Pour avoir fait en sorte que les études soient possibles pour nous.
Parce que les rêves sont à portée de main si on s'en donne les moyens.

A ma Maman

Pour la force que tu m'as transmise. Pour avoir cru en moi. Pour la confiance que tu m'as procurée. Pour m'avoir donné les clefs de la réussite, le goût du travail et des choses bien faites. Pour ce que je suis aujourd'hui.

A mon Papa

Pour ta gentillesse. Pour ta confiance. Pour ton écoute et ton altruisme.
Pour ton soutien indéfectible.
Pour ce que je suis aujourd'hui.

A Flavien, mon frère

Pour notre enfance, tant de choses à raconter, gravées dans nos cœurs ... pour ta sagesse, pour ton indépendance, pour ta liberté ... et pour la suite, avec Šárka, que ta vie soit comme tu la souhaites ...

A ma Mamie Micheline et mon Papy Jeannot

Parce que l'on peut partir de rien et faire de grandes choses si tant est qu'on le veut, parce que le labeur de la terre est difficile mais qu'il nous a appris la valeur de l'argent, dans l'humilité.
Papy, il est enfin venu ce jour où je pose ces mots sur le papier, un accomplissement,
Je sais que tu me regardes de là-haut et je n'oublie rien alors voilà :
Je te dédis ma thèse.

Ton état de santé a inspiré mon sujet.

Aqui Bèlèou.

A ma Mamie Colette et mon Papy Dédé

Parce que le travail de la mer appelle à la modestie, pour vos racines, pour votre transmission, pour votre loyauté, pour votre prévenance.

A mes Tontons/Taties, Tatas/Tontons, Cousins/Cousines, Grands Cousins/Cousines et leurs petites familles

A Jean-Claude, Martine, Michel, Patou, Laurianne, Aurélien, Aislyne ; pour tous les bons moments passés à Boissonie et ailleurs (La pie niche haut, les vitrines, l'accordéon, le rosé de Provence, les poupées en perle, la chasse au dahut, le lavoir ...)

A mon cousin Florian ; parce que le FFEM résume beaucoup de choses, pour ton exemple dans le domaine de la Médecine.

A mes tatas/tontons, mes grands cousins/cousines, ma marraine Céline, mon parrain Jean-Christophe.

A mon tonton Éric et ma tatie Geneviève ; pour votre affection.

Tonton, tu es parti trop tôt, mais ta dignité nous a tracé l'itinéraire à suivre toujours veillé par un phare, la lignée Le Mouroux s'inscrit aujourd'hui à l'Ordre des Médecins, je m'engage à poursuivre l'arbre.

A mon cousin Matthieu, roi de la frégate, à nos futures traversées.

Aux amis de mes parents et leurs enfants

Qui ont accompagné les nombreuses vacances de mon enfance.

A ma Belle-famille

Pour votre accueil chaleureux dans votre famille depuis si longtemps.

A Cathy ; pour les cafés-théâtres dans les moments les plus difficiles, pour ta bienveillance, pour tous les bons repas du dimanche et à Alain.

A J-C ; pour vos encouragements et pour les week-ends dans le Pays Basque.

A Auré et Lolo mes frère et sœur de cœur ; bravo pour votre écolo-life on s'en inspire.

Aux mamies, papys, taties/tontons, cousins 😊

A mon chat Réglisse car elle compte.

A mes amis

A mes Témoins : Laura, Margot, Fanny et Jessie

Pour notre adolescence, où tout a commencé, et à la suite. Pour toutes nos premières fois, nos 400 coups, impossible de tout citer. Mais surtout pour les promesses de vie que l'on s'est faites sur les bancs du Collège/Lycée, qui comptent, et me portent chaque jour. Pour avoir toujours été là, dans les moments difficiles comme dans les meilleurs, je suis si fière de ce que nous sommes devenues.

A mon groupe de Médecine

J-B, Binôme, Petit, Pauline, Emilie, Thibault, Inès, Fabien, Mathilde, Alice, Guillaume, Camille, J-F, Sidonie, Romain, Mathilde, Jamie ; pour tous nos souvenirs depuis les ArleQuines jusqu'aux Mariages en passant par les SEI, WEI, férias, sessions ski, week-ends à Bonnery ... bref pour tous les bons moments d'amitié partagés durant les nombreux week-ends alcoolisés, pas toujours en « Low-Cost », et bien faites que ça continue tout simplement.

A mes copains d'externat

Laure, Laurence, Tess, Thibault, Henri ; pour avoir formé un bon groupe durant les cours, les confs et les sous-colles, aux chouettes spécialistes que vous allez être.

A mes amis d'internat

A tous mes co-internes de Sarlat, Bayonne, Robert-Picqué et Saint-André. Mais surtout à mon semestre Bergeracois avec Marie, Marie-Pierre, Mathilde, Augustin, mais aussi Hugo, Robin, Djenab, Bochra, Siwar ; pour nos fou-rires, nos désespoirs, nos soirées Mafé, nos boutures, et notre entraide ...

Aux amis d'Alex qui sont devenus les miens

Thomas et Hannaë ; depuis toujours et pour toujours, vous êtes inclassables.
Jérem, Méline, Fabien, Manon, Doriane ; pour les fêtes de Mont De, les soirées Dorothy, la coupe du monde, les anniversaires, les nouvel-ans ...
Robin et Julien pour votre fidélité inébranlable.

A tous

Merci aussi à tous les copains qui ont croisé ma route et avec qui on a fait un bout de chemin, de la cité du Treuil aux Chartrons en passant par Blanquefort.
Cela me fait toujours plaisir de vous revoir.
Notamment à Delphine, amie et consœur, merci pour ta doc ayant pu étayer ma thèse.
A tous ceux que j'oublie.

A Alex

Mon tout.

Pour tout ce que tu es, tout ce que tu m'apportes au quotidien, qui illumine ma vie.

Pour ton amour, ton attention, ta patience depuis tant d'années.

Pour ton aide, si précieuse, dans ce travail de thèse.

Pour notre passé, notre présent, notre Mariage 😊

Et nos projets futurs ...

Je t'aime.

Table des matières

Sommaire :

Remerciements	2
Table des matières	10
Abréviations	16
I Introduction.....	18
1.1 Généralités	18
1.1.1 Définitions générales.....	18
1.1.2 Epidémiologie	18
1.1.3 Le concept de fragilité.....	19
1.1.4 Définitions et épidémiologie des maladies cancéreuses	21
1.2 La dénutrition	22
1.2.1 Définition	22
1.2.2 Epidémiologie	23
1.2.3 Physiopathologie.....	24
1.2.4 Les différents types de dénutrition.....	27
1.2.5 Conséquences de la dénutrition.....	29
1.3 La dénutrition chez le patient âgé cancéreux.....	30
1.3.1 Généralités.....	30
1.3.2 Le syndrome inflammatoire inducteur de catabolisme	31
1.3.3 Les apports nutritionnels recommandés chez le patient âgé cancéreux	32
1.3.4 Recommandations sur la dénutrition chez le sujet âgé.....	33
1.3.5 Outils de dépistage de la dénutrition de la personne âgée cancéreuse	35
1.3.6 La prise en charge de la dénutrition en oncogériatrie	37
1.4 Le rôle du médecin généraliste	40
1.5 Présentation de l'étude.....	42
1.5.1 Justification de l'étude	42
1.5.2 Les médecins généralistes installés en Gironde	44
1.5.3 Objectifs de l'étude	45
II Matériel et méthodes.....	46
2.1 Type d'étude	46

2.2 Population.....	46
2.3 Méthodes de recueil.....	47
2.4 Données recueillies.....	47
2.5 Analyses statistiques.....	49
III Résultats	50
3.1 Diagramme de flux	50
3.2 Description de l'échantillon.....	51
3.2.1 Caractéristiques démographiques	51
3.2.2 Description de la patientèle suivie	51
3.2.3 Description des types de consultations	52
3.3 Objectif principal : dépistage de la dénutrition dans l'échantillon par une consultation dédiée.....	53
3.3.1 La consultation dédiée au dépistage de la dénutrition	53
3.3.2 En fonction des caractéristiques démographiques	54
3.3.3 En fonction des habitudes et des pratiques d'exercice.....	55
3.3.4 Selon le médecin lui-même.....	56
3.4 Objectifs secondaires : état des lieux des techniques de dépistage utilisées et des prises en charge proposées.....	57
3.4.1 Pratiques de dépistage.....	57
3.4.2 Les mesures de prise en charge.....	59
3.5 Les connaissances sur les définitions	60
3.6 Les représentations des médecins sur la dénutrition.....	63
3.7 Remarques et commentaires des médecins	65
IV Discussion	66
4.1 Comparaison de l'échantillon de médecins généralistes ayant participé à l'étude.....	66
4.1.1 Caractéristiques démographiques	66
4.1.2 Âge.....	66
4.1.3 Caractéristiques d'exercice	66
4.2 Objectif principal : dépistage de la dénutrition	66
4.2.1 Consultation dédiée.....	66
4.2.2 Analyse statistique	67
4.3 Techniques de prise en charge de la dénutrition.....	68
4.3.1 Organisation du travail.....	68
4.3.2 Type de patients	69

4.3.3 Recommandations.....	69
4.3.4 Clinique.....	70
4.3.5 Biologique.....	71
4.4 Représentations.....	72
4.4.1 Des médecins.....	72
4.4.2 Des patients.....	74
4.4.3 Du système.....	75
4.5 Perspectives d’avenir.....	76
4.5.1 Organisationnelles.....	76
4.5.2 Formations.....	78
4.5.3 Financières.....	79
4.6 Points forts et faibles.....	80
4.6.1 Points forts.....	80
4.6.2 Points faibles.....	81
4.7 Proposition de la fiche.....	83
V Conclusion.....	84
VI Bibliographie.....	86
VII Annexes.....	95
Annexe 1 : Questionnaire de Thèse.....	95
Annexe 2 : MNA.....	100
Annexe 3 : Le score G8.....	101

Table des illustrations :

Figure 1 : Pyramide des âges, extraite de Silver Economie 2018	19
Figure 2 : Facteurs responsables de dénutrition en cancérologie extraite du PNNS 2010.....	23
Figure 3 : Mécanisme physiopathologique du métabolisme glucidique, lipidique et protidique dans la dénutrition cancéreuse extrait de la thèse de Sandy Ramloll 2016.....	25
Figure 4 : Néoglucogénèse et cycle de Krebs, extrait de Régulation de la néoglucogénèse cours de biochimie de l'Université d'Angers 2008	26
Figure 5 : Schéma montrant la cascade inflammatoire impliquée dans la cancérogenèse extrait de Chronic inflammation in prostate biopsy cores is an independant factor that lowers the risk of prostate cancer detection and is inversely associated with the number of positive cores in patients elected to a first biopsy	32
Figure 6 : Acteurs impliqués dans le parcours de soins en ville et à l'hôpital extrait de Nutrition clinique et métabolisme 2016.....	42
Figure 7 : Répartition en moyenne du nombre de patients suivis par un médecin généraliste en fonction du stade de son cancer. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	52
Figure 8 : Répartition de la fréquence moyenne de ces consultations en fonction du nombre de médecins. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	53
Figure 9 : Arbre croisé dynamique sur l'idée qu'ont les médecins généralistes du professionnel en charge de la consultation dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	54
Figure 10 : Pourcentage de médecins questionneurs en fonction des questions posées lors de l'interrogatoire pour étayer la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	57
Figure 11 : Questions posées aux patients par leur médecins généralistes sur les raisons de leurs difficultés alimentaires des plus au moins plébiscitées. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	58
Figure 12 : Professionnels de santé auxquels les médecins généralistes ont déjà fait appel. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	60

Figure 13 : Répartition des critères de la dénutrition en fonction du pourcentage de médecins dont ils pensent faire partie de la définition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	61
Figure 14 : Raisons à partir desquelles il paraît pertinent aux médecins d'intervenir en termes de renutrition, classées de la plus à la moins plébiscitée. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	62
Figure 15 : Pratiques des médecins généralistes. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	63
Figure 16 : Répartition de l'opinion des médecins généraliste sur le mécanisme de dénutrition du sujet âgé cancéreux. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	64
Figure 17 : Obstacles principaux à une bonne surveillance de la dénutrition des patients âgés cancéreux. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	65

Tableau 1 : Stratégie de prise en charge de la dénutrition en fonction du statut nutritionnel et des apports alimentaires spontanés extrait des recommandations de 2007 de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition	38
Tableau 2 : Suivi en cas de dénutrition de la personne âgée extrait des recommandations de 2007 de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition.....	40
Tableau 3 : Diagramme de flux de l'inclusion des médecins généralistes (Gironde, du 01/07/19 au 30/09/19).....	50
Tableau 4 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	51
Tableau 5 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	54
Tableau 6 : Caractéristiques du type d'exercice des médecins généralistes de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19	55

Tableau 7 : Caractéristiques des croyances et pratiques des médecins généralistes de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	56
Tableau 8 : Outils de dépistage de la dénutrition en fonction de leur utilisation ou pas en consultation de médecine générale. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19.....	59

Abréviations

AA : Acides Aminés

ADL : Activity Daily Living

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGPI : Acide Gras Polyinsaturé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASPEN : American Society of Parenteral and Enteral Nutrition

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CLAN : Comités de Liaison Alimentation Nutrition

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNO : Complément Nutritionnel Oral

CRP : C Reactiv Protein

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU : Diplôme Universitaire

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EORTC : European Organization for Research and Treatment of Cancer

EPAR : Evaluation de la Prise Alimentaire

ESPEN : European Society for Parenteral and Enteral Nutrition

ETP : Education Thérapeutique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FELANPE : Fédération Latino Américaine de Nutrition Parentérale et Entérale

GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition

GNRI : Geriatric Nutritional Risk Index

GPS : Glasgow Prognostic Score

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IFN : Interféron

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISPED : Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement
MMP : Métalloprotéase
MNA : Mini Nutritionnal Assessment
MNA-SFR : Mini Nutritionnal Assessment Short Form
MPA : Majoration Personne Agée
MST : Malnutrition Screening Tool
mTOR : mammalian Target Of Rapamycin
MUST : Malnutrition Universal Screening Tool
NRI : Nutrition Risk Index ou Indice de Buzby
NRS 2002 : Nutritional Risk Screening 2002
NSI : Nutritional Screening Initiative
NuRAS : Nutrition Risk Assessment Scale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto Rhino Laryngologie
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PDGF : Patelet Derived Growth Factor
PENSA : Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia
PG-SGA : Patient Generated Subjective Global Assessment
PINI : Pronostic Inflammatory and Nutritional Index ou Indice d'Ingenbleek et Carpentier
PNI : Pronostic Nutritional Index ou Indice de Mullen
PNNS : Programme National Nutrition Santé
SADAN : Score d'Aide Décisionnel à l'Assistance Nutritive
SFNEP : Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale
SGA : Subjective Global Assessment ou Indice de Detsky
SIOG : Society International of Oncology Geriatric
SNAQ : Short Nutritional Assessment Questionnaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TNF : Tumor Necrosis Factor
UTN : Unités Transversales de Nutrition
VS : Vitesse de Sédimentation

I Introduction

1.1 Généralités

1.1.1 Définitions générales

Les bornes de l'âge de la population gériatrique ont été redéfinies au cours des dernières années. Initialement, une personne était déclarée comme âgée ou dans la catégorie des séniors dès sa retraite. Petit à petit des nuances sont apparues. Selon les bases de données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques INSEE (1) sont considérées comme âgées les personnes de 60 ans et plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS (2) les personnes âgées sont les plus de 65 ans. Dans son rapport « Vivre ensemble plus longtemps », le Centre d'analyse stratégique fait la distinction entre les « personnes âgées » (ou les « aînés ») désignant les plus de 75 ans, et le « grand âge » désignant les plus de 85 ans. (3) L'âge pour définir une personne âgée est assez fluctuant, nous pouvons donc en déduire que ce n'est pas l'âge qui permet de qualifier une personne âgée.

La définition du mot vieillesse quant à elle est la « période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante-dix ans » (4)

Le vieillissement est défini comme un processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique (5). A travers tous ces changements, les personnes âgées subissent des modifications physiologiques qui influent sur leurs besoins physiques et affectifs.

En conclusion, ce n'est pas l'âge civil mais les modifications physiques, physiologiques et psychiques qui surviennent avec le temps, qui déterminent l'âge d'un individu.

1.1.2 Epidémiologie

Les données démographiques de 2018 publiées par l'INSEE (6) montrent que le vieillissement de la population française se poursuit. (Figure 1) Au 1^{er} janvier 2018, la France

comptait un peu plus de 67 millions d'habitants, soit une hausse de 0,3 % par rapport à l'année précédente. Parmi ces 67 millions de personnes, un quart avait plus de 60 ans et autant moins de 20 ans.

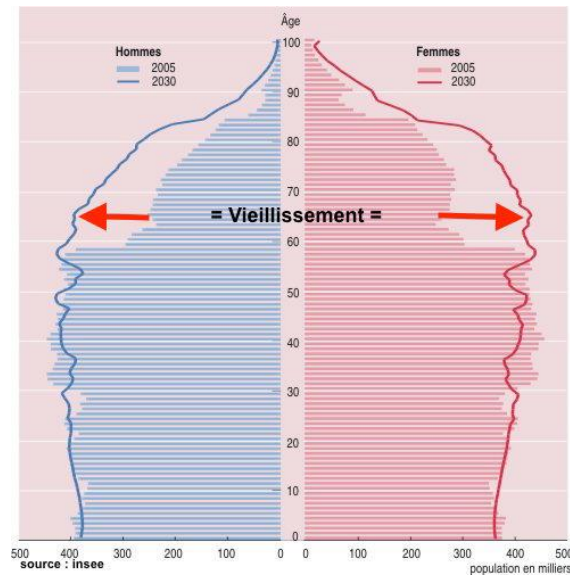


Figure 1 : Pyramide des âges, extraite de Silver Economie 2018

Au 1^{er} janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, il y aurait deux fois plus d'habitants âgés de plus de 60 ans qu'en 2005.

Cette prévision explique l'intérêt de définir, de catégoriser et d'étudier la population gériatrique afin de mieux la prendre en charge.

1.1.3 Le concept de fragilité

La fragilité est un état qui précède la perte d'autonomie. Le patient fragile est celui à risque d'hospitalisation, d'entrée en institution d'hébergement et aussi à risque accru de mortalité. Elle est donc un critère discriminant du devenir des personnes âgées. La prévention doit donc être un enjeu important dans le repérage de la fragilité des personnes âgées.

Les personnes âgées de plus de 70 ans sont classiquement réparties en trois catégories : (7), (8), (9)

- personnes âgées en bon état de santé,
- personnes âgées fragiles,
- personnes âgées dépendantes.

Le phénotype fragile est défini par Fried selon cinq critères cliniques diversement associés : marche lente, asthénie, perte de poids, faible activité physique, faiblesse musculaire. On peut ajouter à ces cinq critères, les critères « trouble cognitif » et « dépression », afin de mieux prédire la dépendance future. (10) (11)

Une des pathologies liées à l'âge qui contribue de manière importante à cette fragilité est le cancer. L'incidence de cancer est 11 fois plus importante après 65 ans et la mortalité due au cancer augmente après 70 ans. En dehors des pathologies cancéreuses, l'âge augmente le nombre de comorbidités, de médicaments, et le nombre de syndromes gériatriques comme la démence, les chutes et les troubles de la marche, la dépression, la dénutrition, la sarcopénie, la dépendance et l'incontinence.

La dénutrition tient également une place importante dans le concept de fragilité. Elle apparaît chez la personne âgée comme un facteur pronostique défavorable qu'elle soit porteuse de cancer ou non.

Afin d'évaluer la fragilité, l'Evaluation Gérontologique Standardisée EGS est un outil d'aide important. Elle réalise le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire des problèmes de santé et de qualité de vie chez les personnes âgées « polypathologiques », dite fragiles (état mental, comorbidités, médicaments, mobilité et autonomie, nutrition, douleur, grandes fonctions, contexte social). (12)

Les recommandations de la Society International of Oncology Geriatric SIOG, comme celle de l' European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC, (13), (14) sur la prise en charge du patient âgé atteint de cancer insistent sur la nécessité d'effectuer une évaluation gérontologique. Le but est d'évaluer, d'une part, le pronostic personnel du patient et, d'autre part, de permettre la prise en charge de la dénutrition quand elle est détectée.

Cette évaluation permet d'identifier trois profils classiques de vieillissement : le vieillissement réussi (le plus fréquent jusqu'à l'âge de 80 ans) dont les sujets sont à rapprocher des sujets plus jeunes, le vieillissement intermédiaire ou vulnérable dont les sujets présentent une réserve fonctionnelle altérée, et le vieillissement fragile où l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne (identifiées par les Activity Daily Living ADLs) sont atteintes.

L'évaluation gériatrique approfondie (15) (16) établit des objectifs de prise en charge en posant des diagnostics, en identifiant des priorités dans le plan de soins et en proposant des schémas thérapeutiques tenant compte du pronostic et des modalités de suivi.

Il est intéressant de mentionner à ce stade, l'apport de la Grille G8. (Annexe 3) En effet il s'agit d'un outil de dépistage gériatrique en oncologie, qui a été validé par l'étude Oncodage (17). Cet outil permet aux oncologues, aux chirurgiens et aux généralistes de repérer les personnes âgées atteintes de cancer les plus fragiles et de les orienter vers une consultation onco-gériatrique. Ce questionnaire recherche une dénutrition, des comorbidités, une polymédication, des troubles cognitifs. Un score inférieur ou égal à 14 sur 17 est le reflet d'une vulnérabilité ou d'une fragilité gériatrique. Cet outil est rapide d'utilisation puisqu'il prend moins de 10 minutes et peut donc être réalisé facilement lors d'une consultation par des médecins non formés à la gériatrie.

1.1.4 Définitions et épidémiologie des maladies cancéreuses

Un cancer est une maladie caractérisée par une prolifération de cellules anormales (tumeur maligne) et anormalement importante au sein d'un tissu normal de l'organisme, et pouvant également essaimer à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur, ou circuler sous forme libre, de telle manière que la survie de l'organisme est menacée. (18)

Selon l'institut national du cancer on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2018 en France métropolitaine (204 600 hommes et 177 400 femmes). Les taux d'incidence (standardisés monde) sont estimés à 330,2 pour 100 000 hommes et 274,0 pour 100 000 femmes. L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme en 2015. (19)

Le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme et la seconde chez la femme.

Le nombre de décès par cancer en France en 2017 est estimé à 150 000 : 84 041 chez l'homme et 66 000 chez la femme (contre 84 041 hommes et 65 415 femmes en 2015). L'âge médian au décès était de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme en 2015.

Chez l'homme, les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum sont les plus fréquents en termes de nouveaux cas. Le cancer du poumon occupe toujours le premier rang du nombre de décès, devant les cancers du côlon-rectum et de la prostate. Les décès par cancer du foie occupent le 4^e rang.

Chez la femme, les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon restent les plus fréquents. Le cancer du sein est en tête pour le nombre de décès par cancer, mais il est suivi de près par le cancer du poumon, devant le cancer colorectal. (20) (21)

Le cancer est donc une pathologie de la personne âgée fréquente. Les médecins généralistes sont amenés à suivre des patients atteints de maladies cancéreuses tout au long de leur carrière.

1.2 La dénutrition

1.2.1 Définition

La dénutrition est un état pathologique se caractérisant par un déséquilibre de la balance énergétique (22), c'est-à-dire une insuffisance des apports au regard des besoins nutritionnels de l'organisme.

La présence d'un tissu tumoral et l'instauration d'un traitement anticancéreux vont avoir des conséquences métaboliques et modifier la composition corporelle.

La cachexie cancéreuse traduit un stade avancé de ce dysfonctionnement métabolique avec un syndrome plus complexe que la simple perte pondérale. Elle associe classiquement une anorexie variable, une destruction musculaire progressive et une fonte des réserves de masse

grasse. La perte pondérale a une importance clinique considérable, elle s'accompagne d'une réduction de la fonction d'organe, d'une altération de l'état immunitaire et d'une diminution de la force musculaire. (Figure 2) (23)

En cancérologie, ceci se traduit par une augmentation de la mortalité et de la morbidité (complications postopératoires, plus grande toxicité de la chimiothérapie et de la radiothérapie). (24)

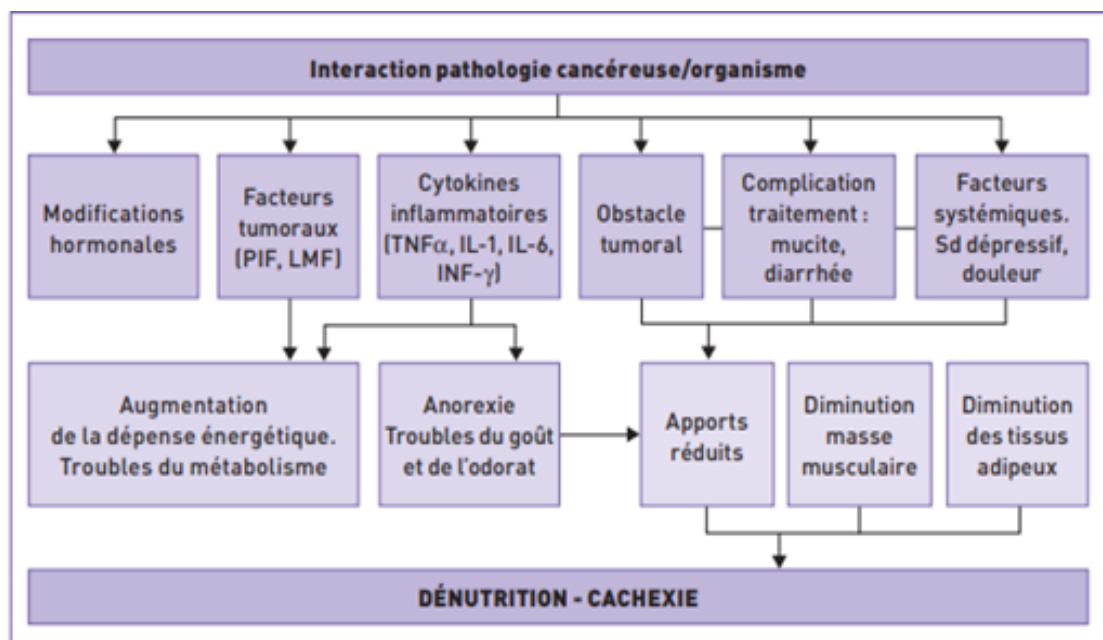


Figure 2 : Facteurs responsables de dénutrition en cancérologie extraite du PNNS 2010

1.2.2 Epidémiologie

En Europe, la prévalence de la dénutrition est entre 5 et 10 %. (24) Elle est supérieure dans la population française âgée.

La proportion de sujet de plus de 75 ans dénutris atteindra en 2050 une personne sur cinq (données Insee) dont 2 millions d'individus déments (projection de la cohorte Paquid 2003). (25)

Il est estimé que 4 % des personnes âgées vivant à domicile sont dénutris. Ce chiffre est très probablement en dessous de la réalité. Parmi les personnes âgées vivant à domicile, la dénutrition est susceptible d'être plus fréquente chez celles qui présentent une perte

d'autonomie 25 à 30 %. A l'hôpital, les données mettent en évidence que 50 % à 60 % des malades âgés hospitalisés sont dénutris. En institution, les chiffres sont très variables et on estime que 15 % à 38 % des personnes âgées vivant en institution sont dénutries. (26), (27), (28)

La dénutrition varie, en fonction du type de pathologie traitée et de la durée du séjour hospitalier. Une hospitalisation supérieure à une semaine est associée de façon significative à une perte de poids. (29)

La prévalence de la dénutrition, quel que soit le cancer, est de l'ordre de 40 %. (30) Dans le cas des cancers des voies aérodigestives, 60 à 90 % des patients sont dénutris.

Prévenir la dénutrition est donc un enjeu de santé important dans la population générale et en particulier chez la personne âgée atteinte d'une maladie cancéreuse. Il s'agit d'une conséquence fréquente à prendre en charge pour améliorer le pronostic et la qualité de vie.

1.2.3 Physiopathologie

La dénutrition résulte soit d'une diminution des apports alimentaires, soit d'une augmentation des dépenses énergétiques, soit d'une combinaison des deux processus. Dans la mesure où toutes les protéines ont une fonction, leur surutilisation à des fins énergétiques se traduit par des altérations fonctionnelles, responsables à terme de morbi-mortalité.

En toutes circonstances, l'organisme a un besoin impératif de glucose. En cas d'apports alimentaires insuffisants ou lorsque les besoins sont augmentés (par exemple, pour satisfaire aux besoins des tissus cicatriciels ou en rapport avec la présence d'une tumeur), la seule réserve endogène de glucose est constituée par le glycogène. Cette réserve est quantitativement très faible. Par conséquent, l'organisme doit obtenir le glucose dont il a besoin à partir de substrats non-glucidiques. La seule possibilité, quantitativement importante, est la néoglucogenèse à partir des acides aminés AAs, avec toutefois la possibilité complémentaire d'utiliser à cette fin le pyruvate, le lactate et le glycérol. Seuls 4 AAs contribuent significativement à la néoglucogenèse : alanine, glutamine, glycine et proline. Le pool des AAs libres est quantitativement très faible et la seule source endogène significative est constituée par les

protéines. Ce sont donc les protéines, en particulier musculaires, qui vont permettre la synthèse de glucose.

1.2.3.1 Le métabolisme protidique

Chez les patients cancéreux, il existe une accélération du turnover et en particulier du catabolisme protéique. (31) L'activation des systèmes protéolytiques semble fortement due aux cytokines inflammatoires de certaines tumeurs et à certaines thérapeutiques anti-cancéreuses. En miroir il existe une diminution de la synthèse protéique musculaire. (Figure 3)

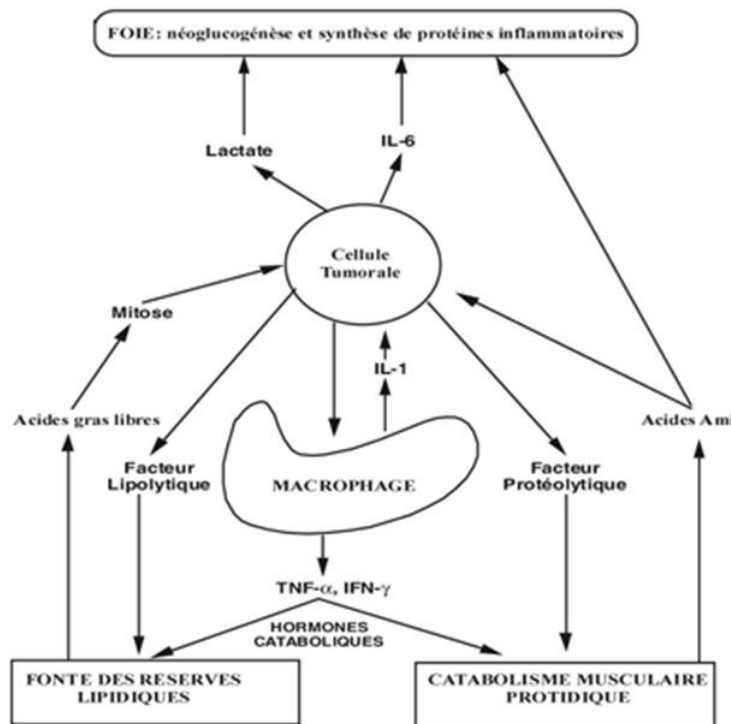


Figure 3 : Mécanisme physiopathologique du métabolisme glucidique, lipidique et protéique dans la dénutrition cancéreuse extrait de la thèse de Sandy Ramloll 2016 (31)

1.2.3.2 Le métabolisme glucidique

Les anomalies du métabolisme glucidique se caractérisent par l'augmentation de l'utilisation périphérique de glucose et la production de lactate. De plus, la néoglucogénèse est également anormalement activée pour faire face aux besoins en glucose et contribue à la synthèse de protéines inflammatoires appauvrissant ainsi les réserves protéiques. Par ailleurs,

une insulino-résistance des tissus périphériques essentiellement liée à l'action des TNF α a été rapportée dans les études surtout au cours des tumeurs évoluées. (Figure 4)

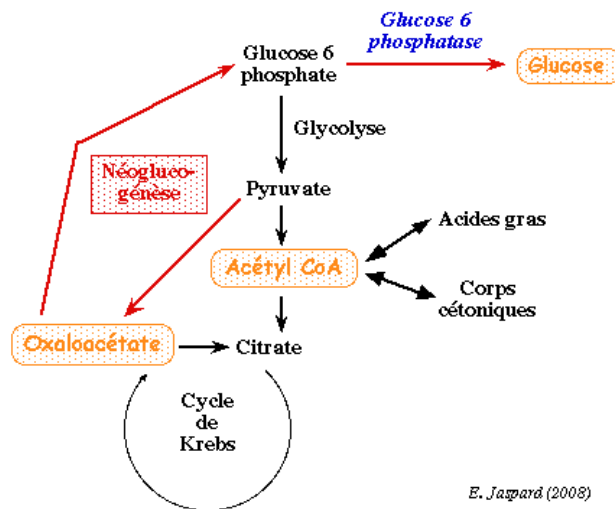


Figure 4 : Néoglucogenèse et cycle de Krebs, extrait de (22)

1.2.3.3 Le métabolisme lipidique

En présence d'une tumeur, les macrophages sécrètent des cytokines Tumor Necrosis Factor TNF α et Interféron IFN γ qui stimulent les hormones cataboliques engendrant ainsi une mobilisation accrue de la masse lipidique et l'oxydation excessive des acides gras. La lipolyse est donc stimulée par les cytokines inflammatoires mais aussi par la tumeur elle-même.

1.2.3.4 Les différentes phases de la dénutrition

Dans la dénutrition par carence d'apport trois phases se succèdent :

- 1^{ère} phase : épuisement du glycogène compensé par l'activation de la néoglucogenèse. Cette phase est relativement courte.
- 2^{ème} phase : du 5^{ème} au 7^{ème} jour de jeûne : utilisation prioritaire des acides gras libres et activation de la céto-genèse hépatique. Les corps cétoniques sont d'excellents substrats énergétiques. Cette phase peut durer longtemps.
- 3^{ème} phase : reprise de la néoglucogenèse, d'intensité très forte. Cette troisième phase est courte et, dans l'histoire naturelle de la maladie, conduit très rapidement à la mort. Celle-ci survient lorsque la perte de poids atteint 50 % du poids initial. Ainsi, il apparaît

que les deux premières phases sont homéostatiques tandis que la troisième constitue une rupture définitive de l'homéostasie.

La dénutrition par augmentation des dépenses énergétiques se distingue de celle par carence d'apport de deux manières : l'évolution est beaucoup plus rapide et la phase intermédiaire, cétogénique, n'existe pas. Par ailleurs, la présence d'un état inflammatoire est la règle, d'intensité variable selon la pathologie. (32)

1.2.4 Les différents types de dénutrition

Il existe deux types de dénutrition : la dénutrition exogène et la dénutrition endogène. (33) Elles peuvent s'associer et donner une dénutrition mixte. Chez la personne âgée, la dénutrition est souvent mixte, liée aux facteurs inhérents au vieillissement et aux pathologies chroniques associées dont le cancer.

1.2.4.1 La dénutrition exogène

Elle est due à une insuffisance des apports protéino-caloriques alimentaires souvent associée à une carence en nutriments spécifiques. Elle peut également être secondaire à une malabsorption liée à une pathologie intestinale ou à une insuffisance pancréatique exocrine.

Les facteurs favorisant ce type de dénutrition sont :

- la baisse de l'appétit.
- la modification du goût, de l'odorat.
- la difficulté de mastication.
- le mauvais état de la cavité buccale et des dents.
- le ralentissement de la digestion.
- la diminution de l'anabolisme protéique.
- la modification de la courbe de sécrétion d'insuline ; la personne âgée est moins capable de stocker du glycogène au niveau musculaire, ainsi il apparaît un trouble de la régulation glycémique qui se traduit par des hyperglycémies prandiales et des hypoglycémies en cas de jeûne prolongé.

- la diminution du rendement métabolique. Ainsi pour une activité physique donnée, la dépense énergétique de la personne âgée est augmentée de 20 à 30 % par rapport à un adulte plus jeune pour le même niveau de performance. (34)
- la solitude, la dépression, les difficultés d'approvisionnement (troubles de la marche) ou de préparation des repas (tremblements, troubles cognitifs...), ainsi que les troubles de la vision ou de l'ouïe.
- tout évènement intercurrent (maladie, convalescence, hospitalisation) ...
- la polymédication.
- la douleur.

1.2.4.2 La dénutrition endogène

Elle est la conséquence d'une augmentation des besoins nutritionnels avec hypercatabolisme azoté, d'une fuite protéique (cutanée, rénale ou digestive) ou d'une insuffisance hépato-cellulaire. Cet hypermétabolisme par augmentation des besoins est responsable d'une perte rapide de la masse musculaire. Les causes les plus fréquentes sont : les maladies inflammatoires (cancer, infection chronique), les brûlures étendues, certaines situations rencontrées chez les patients hospitalisés (intervention chirurgicale, radiothérapie, chimiothérapie).

La dénutrition est communément associée à la maladie tumorale. De ce fait, elle est considérée comme partie intégrante de l'évolution du cancer. (35) (36) (37)

Pour les patients cancéreux, la dénutrition est due à la pathologie elle-même mais aussi aux traitements anti-néoplasiques. (38)

- la chirurgie induit des modifications métaboliques avec notamment un catabolisme protéique accru. La survenue éventuelle de complications infectieuses aggrave ces modifications et potentialise la dénutrition. La chirurgie lourde portant sur le tube digestif réduit la disponibilité ultérieure des nutriments.
- la chimiothérapie est responsable d'atteinte des surfaces muqueuses : mucites en particulier. Elle s'accompagne de signes digestifs réduisant la prise alimentaire : nausées, vomissements, anorexie, diarrhées. Les chimiothérapies massives avec greffes de cellules hématopoïétiques sont parfois responsables d'un état d'hypercatabolisme.

- la radiothérapie du système digestif haut notamment est responsable d'une atteinte directe des structures sensorielles et sécrétoires, des voies digestives et des surfaces muqueuses pouvant entraîner une dysphagie, des douleurs, des diarrhées. A long terme, les séquelles de la radiothérapie des voies aéro-digestives supérieures (atteintes osseuses et dentaires), peuvent réduire la prise alimentaire. De même la radiothérapie pelvienne peut conduire à des malabsorptions et des tableaux occlusifs.

1.2.5 Conséquences de la dénutrition

La dénutrition est le principal facteur de mauvais pronostic des sujets vieillissants, tant en termes de morbidité (infections, chutes, escarres, troubles de cicatrisation, hospitalisation, altération de l'état général, troubles cognitifs, etc.) que de mortalité. Elle multiplie par 2 à 6 le risque de morbidité (toutes morbidités confondues), voire plus en ce qui concerne le risque de morbidité infectieuse. La mortalité au cours d'une décompensation pathologique est 4 fois plus grande. (39)

Les conséquences cliniques de la dénutrition sont :

- des troubles cardiaques et intellectuels : Les déficits en vitamine B ont été décrits comme associés à un risque accru de maladie cardio-vasculaire et de déficience intellectuelle. (40)
- un déclin cognitif : Les Acide Gras Polyinsaturés AGPIs sont les principaux composants des phospholipides des membranes neuronales. Ils agissent avec les vitamines E, C, le bêta-carotène, les polyphénols, le zinc et le sélénium contre l'inflammation et le stress oxydatif impliqués dans la physiopathologie de la démence. Les vitamines du groupe B, tels B6, B9 et B12, participent à la régulation de l'homocystéine qui a des effets neurotoxiques. Enfin, la vitamine D a un effet neuroprotecteur, anti-inflammatoire et antioxydant. Il a été observé des concentrations plus faibles en folates, vitamines A, B12, C, D et E, en sélénium, uridine et Acides Gras omega-3 chez les patients Alzheimer qui pourraient accélérer la progression de la maladie. (41)
- un déficit immunitaire : Dès qu'un sujet âgé mange moins de 1 500 kcal/jour, des carences en vitamines et en oligo-éléments apparaissent dont certains sont des cofacteurs d'enzyme importants pour la réplication cellulaire. (5)

- une augmentation du risque infectieux : Elle est secondaire au déficit immunitaire lié aux carences en oligo-éléments et en vitamines.
- des troubles de la cicatrisation : La dénutrition ralentit les processus de cicatrisation notamment à la suite d'une intervention chirurgicale.
- des troubles de la glycorégulation : La dénutrition aggrave les troubles de la glycorégulation déjà favorisés par le vieillissement physiologique avec un retard de sécrétion d'insuline après stimulation prandiale et une résistance périphérique à l'insuline.
- des troubles de l'hydratation : les sujets âgés dénutris ont perdu une masse importante d'eau corporelle, avec une diminution du pouvoir de concentration des urines et ont perdu la sensation de soif.
- une diminution de masse et de force musculaire : elle entraîne des troubles de l'équilibre et des chutes. (42)
- une fragilisation osseuse : La libération de calcium osseux (secondaire à la résorption osseuse liée aux cytokines pro-inflammatoires), associée à tout état d'hypercatabolisme, permet de fournir aux cellules activées le calcium dont elles ont besoin. Les syndromes inflammatoires accélèrent transitoirement le processus ostéoporotique engendrant des fractures.

1.3 La dénutrition chez le patient âgé cancéreux

1.3.1 Généralités

L'augmentation des dépenses énergétiques est relativement proportionnelle à la sévérité de l'agression. Chez les patients cancéreux, la tumeur draine à son profit les substrats énergétiques de l'hôte, en particulier le glucose et la glutamine. De plus, la chimiothérapie (43) potentialise la dénutrition induite par le cancer.

Les cellules cancéreuses peuvent se comporter comme de véritables parasites métaboliques et détourner les réserves de l'hôte pour alimenter leur croissance. Au centre de ce processus connu sous le nom d'effet Warburg (44) se trouve la capacité des cellules tumorales à fonctionner grâce à la glycolyse aérobie. Ce switch métabolique implique généralement la suractivation de la voie mammalian Target Of Rapamycin mTOR qui n'est autre que la voie

activée par les nutriments, en particulier les acides aminés (dont la leucine) pour stimuler la synthèse protéique musculaire. De même, il semblerait que la maladie cancéreuse induise au niveau musculaire une résistance aux signaux anaboliques du repas, en particulier à la leucine.

Selon les recommandations professionnelles de la Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale SFNEP, le conseil diététique personnalisé reste l'élément pivot de la prise en charge nutritionnelle du patient adulte atteint de cancer. (45) L'objectif est de repousser au maximum la mise en place de la nutrition artificielle. **À l'heure où il est question de médecine personnalisée du cancer, la prise en charge nutritionnelle et diététique doit s'adapter à chaque situation particulière et à chaque étape du parcours du patient.**

1.3.2 Le syndrome inflammatoire inducteur de catabolisme

L'inflammation est déclenchée à chaque fois qu'un tissu subit une agression dans le but de favoriser la reconstruction des tissus lésés. Elle est amplifiée dans la cancérogenèse.

L'inflammation est provoquée par des cellules présentes dans la zone endommagée, qui sécrètent des facteurs inflammatoires comme le Platelet Derived Growth Factor PDGF. Les facteurs inflammatoires permettent le recrutement de cellules de l'inflammation comme les macrophages sur le site lésé. Ils assistent la reconstruction du tissu en sécrétant des enzymes, les Métalloprotéase MMPs, qui remodelent la matrice extracellulaire, afin de permettre l'infiltration des cellules qui reconstruisent le tissu.

La prolifération et la survie qui sont déjà suractivées dans les cellules cancéreuses, sont stimulées par l'inflammation. L'angiogenèse, qui est absolument nécessaire pour la croissance de la tumeur, est induite par l'inflammation. Toutefois, l'inflammation peut agir contre la tumeur puisqu'elle permet le recrutement de cellules du système immunitaire dont certaines sont chargées d'éliminer les cellules cancéreuses. En réponse, la tumeur crée un environnement local, appelé le microenvironnement tumoral, qui défavorise la réponse immunitaire antitumorale.

L'inflammation occupe donc une position importante dans la mise en place du microenvironnement tumoral qui est décisif pour la progression de l'oncogenèse et se manifeste par un syndrome inflammatoire biologique. Ce syndrome inflammatoire puise son énergie dans

le catabolisme protéique comme décrit dans la physiopathologie de la dénutrition. (Figure 5)
(44)

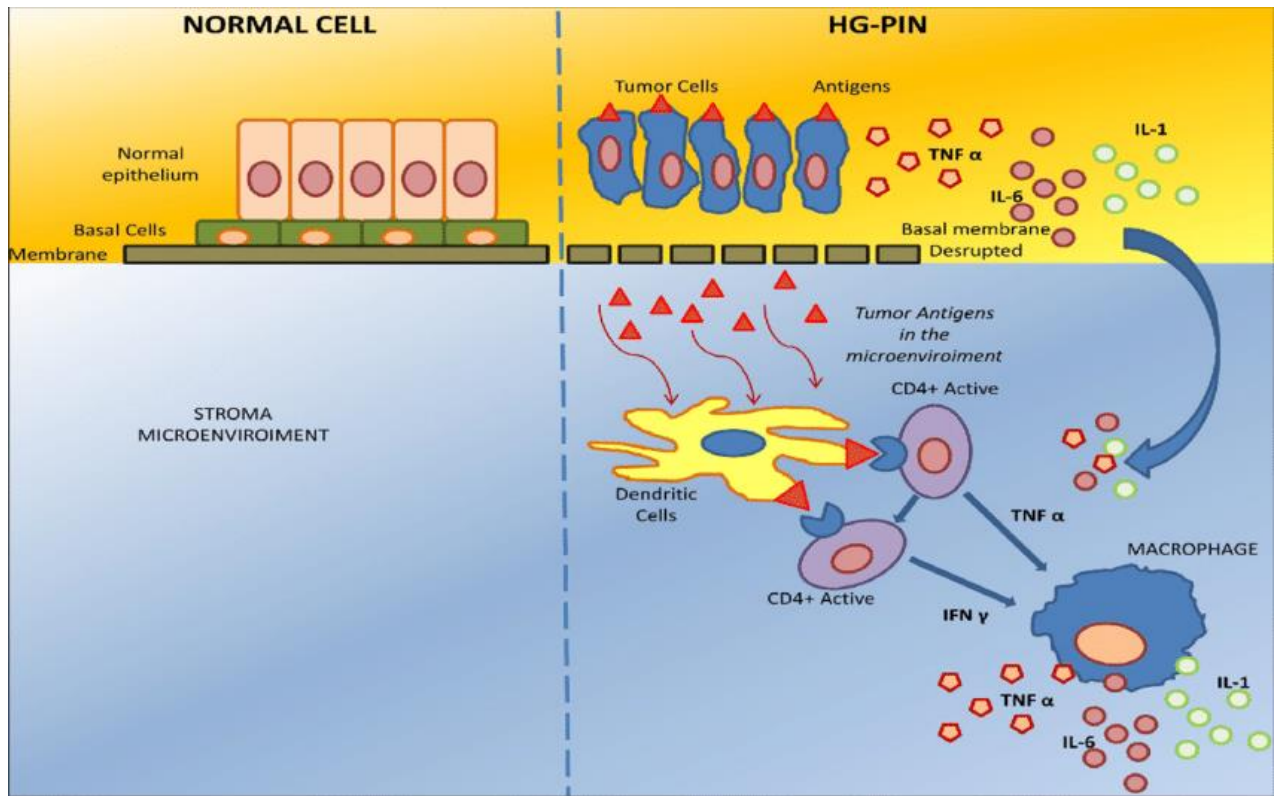


Figure 5 : Schéma montrant la cascade inflammatoire impliquée dans la cancérogenèse extrait de (35)

1.3.3 Les apports nutritionnels recommandés chez le patient âgé cancéreux

Il n'y a pas de recommandation spécifique pour la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées cancéreuses. Il s'agit des recommandations préconisées chez les personnes âgées en général. (45)

Un apport calorique de 30-35 kcal/kg/j est recommandé chez les personnes valides, 30 à 40 kcal/kg/j en cas de pathologie aiguë et de 20 à 25 kcal/kg/j chez les personnes alitées.

Les besoins en protéines chez la personne âgée sont légèrement plus élevés que ceux de l'adulte jeune. La ration journalière doit être d'au moins 1 à 1,2 g/kg/j contre 0,8 g/kg/j chez l'adulte sain. Lors de pathologie, de stress, les besoins énergétiques augmentent et les apports conseillés sont de 1,5 à 1,8 g/kg/j. Idéalement, l'apport protéique doit représenter 15 % de l'apport énergétique journalier.

Les protéines d'origine animale sont à privilégier car elles contiennent tous les acides aminés essentiels en quantité suffisante contrairement aux protéines d'origine végétale.

L'apport protéique doit être accompagné d'un apport glucidique suffisant, ce dernier devant correspondre à 50-55 % de la ration énergétique journalière. Malgré l'appétence accrue pour les produits sucrés à digestion rapide, il est préférable d'apporter en majorité des glucides complexes.

Les lipides sont indispensables à notre organisme, ils apportent les acides gras essentiels et favorisent le plaisir de manger en agissant sur la texture et l'arôme des aliments. Ils ne doivent pas dépasser 35 % des apports énergétiques totaux et doivent être le plus varié possible (acides gras saturés et surtout polyinsaturés, Oméga 3 et 6).

Les vitamines et les minéraux sont indispensables à l'organisme et sont les mêmes que ceux préconisés chez l'adulte. Les besoins en eau sont de 35 à 45 ml d'eau/kg/jour. (46)

1.3.4 Recommandations sur la dénutrition chez le sujet âgé

Aucun marqueur isolé n'est suffisamment sensible et spécifique pour le diagnostic de dénutrition. L'évaluation repose donc sur l'association de données cliniques, de paramètres anthropométriques, de marqueurs biologiques et d'index nutritionnels. Il existe par ailleurs des index de risque (ou de pronostic) nutritionnel qui explorent le risque de morbi-mortalité lié à la dénutrition. Chez la personne âgée, on utilise les mêmes marqueurs que chez l'adulte mais les critères de dénutrition ne sont pas les mêmes.

On dispose des recommandations de la HAS (45), de celles des experts du Programme National Nutrition Santé PNNS (24) et de celles de l' European Society for Parenteral and Enteral Nutrition ESPEN (47)

Les recommandations du PNNS s'appuient sur les critères suivant pour le dépistage de la dénutrition du sujet âgé :

- mini Nutritionnal Assessment MNA < 17/30.
- poids > ou = 5 % en 1 mois ou > ou = 10 % en 6 mois.
- indice de Masse Corporelle IMC < ou = 21.

- l'enquête alimentaire.
- l'albumine et la transthyrétine respectivement $< 35 \text{ g/l}$ et $< 200 \text{ mg/l}$.

A noter que la C Reactiv Protein CRP doit être dosée pour déterminer le type de dénutrition : par carence d'apports, par hypercatabolisme ou mixte.

À l'occasion du 40^e congrès de l'ESPEN, des spécialistes de la nutrition ont dévoilé un consensus mondial sur les éléments à recueillir pour repérer la dénutrition. Ils ont rappelé que la dénutrition est souvent progressive, et que lorsqu'elle devient évidente, il est parfois déjà trop tard pour intervenir.

Jusqu'ici, les outils de dépistage et critères de diagnostic différaient un peu selon les pays et étaient parfois considérés comme compliqués à mettre en œuvre par les non-spécialistes. Grâce à l'initiative de 4 sociétés savantes internationales ; l'ESPEN, l'American Society of Parenteral and Enteral Nutrition ASPEN, la Fédération Latino Américaine de Nutrition Parentérale et Entérale FELANPE et la Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia PENSA qui ont constitué un groupe d'experts (le Global Leadership Initiative on Malnutrition GLIM), cinq critères ont été retenus pour diagnostiquer et comprendre la dénutrition chez un patient (48) :

- la perte de poids involontaire (avec des seuils de gravité à -5% et à -10%).
- la diminution de l'indice de masse corporelle (poids/taille²), en fonction de l'âge.
- la diminution de la masse musculaire.
- la réduction des apports alimentaires par rapport à l'habitude.
- le niveau d'inflammation ou le type de maladie.

En France, les critères validés dans les recommandations de la HAS 2007, que l'on utilise de façon habituelle (très proches de ceux du GLIM) sont :

- **dénutrition : si perte de poids $> \text{ou} =$ à 5% en 1 mois ou $> \text{ou} =$ à 10% en 6 mois, IMC < 21 , albuminémie $< 35 \text{ g/l}$, MNA global < 17 .**
- **dénutrition sévère : si perte de poids $> \text{ou} =$ à 10% en 1 mois ou $> \text{ou} =$ à 15% en 6 mois, IMC < 18 , albuminémie $< 30 \text{ g/l}$.**

A noter qu'il faut interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la CRP.

1.3.5 Outils de dépistage de la dénutrition de la personne âgée cancéreuse

Pour la détermination des apports alimentaires, lors de l'interrogatoire, les outils suivants peuvent être utilisés :

- l'évaluation des ingesta : par interrogatoire simple afin de discuter avec les patients de leurs préférences alimentaires ou des aliments au contraire écartés.
- le rappel d'alimentation sur les 24 dernières heures : cette méthode rétrospective est simple, rapide et peu coûteuse, mais la prise alimentaire sur 24 heures est peu représentative d'une alimentation habituelle.
- l'agenda alimentaire est un recueil prospectif sur 7 jours des aliments ingérés associé à une estimation de leur portion ou de leur poids. Sa réalisation est lourde et contraignante et son analyse nécessite de se référer aux tables donnant les équivalents caloriques.
- le questionnaire de fréquence alimentaire consiste en une liste fermée d'aliments et boissons. Là encore, les troubles cognitifs peuvent être un biais important dans cette méthode rétrospective, la quantité est difficilement évaluable et la liste peut ne pas être assez exhaustive selon les patients.
- l'examen du réfrigérateur plus empirique peut renseigner sur les habitudes alimentaires du patient âgé.

Ces méthodes se heurtent aux troubles cognitifs éventuels des patients et s'avèrent très approximatives sur les quantités d'ingesta. Elles peuvent être contraignantes pour les patients.

Pour la détermination de l'état nutritionnel, lors de l'examen physique, les mesures anthropométriques sont importantes (49) :

- le poids, exprimé en kilogrammes (kg) doit être effectué avec le même matériel, sur un patient déshabillé à chaque consultation en ville, tous les mois en institution, à l'entrée d'une hospitalisation puis chaque semaine d'un court séjour hospitalier. La réalisation d'une courbe de poids permet un suivi dans le temps. La perte de poids est calculée selon la formule suivante : $\text{Perte de poids (\%)} = (\text{poids habituel} - \text{poids actuel}) \times 100 / \text{poids habituel}$.
- l'indice de masse corporelle (IMC) est calculé à partir du poids et de la taille mesurée en mètre (m) des individus selon la formule suivante : $\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{Poids (kg)} / \text{Taille (m}^2\text{)}$. Si le patient peut se tenir debout, il est conseillé d'utiliser une simple toise, en

revanche si la station debout est impossible, on peut calculer la taille à partir de la distance talon genou grâce à l'équation de Chumlea : chez l'homme : taille (cm) = $64.19 - 0.04 \times \text{âge (années)} + 1.83 \times \text{hauteur talon genou (cm)}$ / chez la femme : taille (cm) = $84.88 - 0.24 \times \text{âge (années)} + 2.03 \times \text{hauteur talon genou (cm)}$. La hauteur talon genou se mesure chez un patient en décubitus dorsal, genoux fléchis à 90°, à l'aide d'une toise pédiatrique dont la partie fixe est placée sous le pied et la partie mobile est appuyée au-dessus du genou au niveau des condyles.

- la circonférence musculaire repose principalement sur le périmètre du mollet et du bras. Elle est le reflet de la masse musculaire (essentiellement masse maigre). On utilise un simple mètre ruban non élastique sans appliquer de compression. La valeur obtenue est à comparer aux normes de références qui diffèrent selon le sexe et l'âge.
- le pli cutané est le reflet de la masse grasse. Il s'agit de mesurer l'épaisseur du pli cutané au moyen d'une pince Harpenden souvent au niveau bicipital, tricipital ou sous scapulaire. Par expérience, cette méthode est peu utilisée en médecine générale et à l'hôpital.

Pour préciser l'état nutritionnel, des examens complémentaires, à type de mesures biologiques, aident au diagnostic :

- l'albumine est un marqueur nutritionnel synthétisé par le foie. L'albuminémie ne peut être interprétée sans prise en compte d'un potentiel syndrome inflammatoire. Elle est le reflet d'une dénutrition évoluant depuis plusieurs semaines.
- la préalbumine ou transthyrétine est plus sensible que l'albumine pour identifier un état de dénutrition aiguë. Elle est synthétisée par le foie, le pancréas et le plexus choroïde.

Afin d'améliorer la sensibilité et la spécificité des marqueurs pris de façon isolée, plusieurs index composites ont été mis en place afin d'évaluer les risques de dénutrition :

- le MNA® a été créé vers 1995 pour dépister et diagnostiquer la dénutrition chez les plus de 65 ans. Il comporte 18 items dans sa version globale. Il est simple de réalisation et nécessite dix à quinze minutes. Il peut être utilisé dans tous les types de structures de soins. Il englobe les paramètres anthropométriques, l'état général, l'évaluation diététique et une autoévaluation. A partir des 6 premières questions a été élaborée une version courte de cet outil, il s'agit du Mini Nutritional Assessment Short Form MNA-SFR,

reconnu par la HAS et qui ne prend que 3 minutes à compléter. Un score inférieur ou égal à 11 indique un risque de malnutrition et nécessite donc de réaliser le MNA dans sa globalité pour évaluer l'état nutritionnel. Le MNA donne alors un score maximum de 30 points et permet de classer les individus en trois catégories : MNA > 24 : statut nutritionnel normal, MNA compris entre 17 et 23,5 : à risque de dénutrition, MNA < 17 : dénutri. (Annexe 2)

D'autres indicateurs existent pour évaluer la dénutrition mais sont sources de divergences concernant leur utilisation. Ils ne sont pas recommandés pour la médecine générale. (36)

Seul le MNA a été spécialement développé et validé pour une utilisation chez les personnes âgées car il intègre des considérations spécifiques de cette population (l'autonomie, les troubles cognitifs, la dépression). Il améliore ainsi la sensibilité et la spécificité, qui sont évaluées à respectivement 96 % et 98 % par rapport à un examen nutritionnel approfondi. Bien qu'il mobilise du temps et des moyens plus importants que les autres critères, il peut identifier le risque de dénutrition avant le changement de poids ou que les paramètres biochimiques apparaissent altérés ce qui est important en matière de prévention notamment en médecine générale. Pour permettre à chacun de le réaliser plus rapidement, le mini MNA a été validé. (50)

1.3.6 La prise en charge de la dénutrition en oncogériatrie

Chez les patients atteints de cancer, le risque de dénutrition est accru comparativement au sujet plus jeune. Il est donc recommandé que le plan de soin nutritionnel soit intégré au plan de soins gériatrique global (51), de même une collaboration oncogériatrique est essentielle afin d'identifier les patients susceptibles de pouvoir bénéficier d'un traitement optimal et de favoriser le maintien d'une bonne qualité de vie.

Les modalités possibles de renutrition des personnes âgées sont choisies en fonction :

- de leur statut nutritionnel.
- de leur niveau d'apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés.
- de la sévérité de leurs pathologies sous-jacentes ainsi que de leurs pronostics.

- de leurs handicaps associés et de leurs évolutions possibles.
- de leur avis et/ou de leur entourage, ainsi que des considérations éthiques.

La renutrition quand elle est indiquée, est à privilégier par voie orale. Il est facile de comprendre l'intérêt à dépister et à suivre la dénutrition en ville car il existe des mesures simples pour lutter contre. Une prise en charge diététique avec renforcement des apports, fractionnement des repas, ou la mise en place de compléments nutritionnels oraux peut alors être proposée. Un organigramme a été pensé dans les nouvelles recommandations pour faciliter la prise en charge de la dénutrition. (Tableau 1) Cependant chez les personnes âgées poly-pathologiques, la méta-analyse Cochrane de 2009 (52) a permis d'objectiver que la prise de Complément Nutritionnel Oral CNO induisait une prise de poids mais n'avait pas d'efficacité significative sur la mortalité pour la population globale.

Tableau 1 : Stratégie de prise en charge de la dénutrition en fonction du statut nutritionnel et des apports alimentaires spontanés extrait des recommandations de 2007 de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition (26)

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

La voie entérale est la deuxième voie à privilégier lors de phases d'hypercatabolisme en cours de traitement par chimiothérapie ou bien lors de cancers atteignant les voies digestives supérieures soit directement (œsophage, estomac...) soit par compression (poumon, Oto Rhino Laryngologie ORL, ...). Elle a des indications bien définies et un objectif de maintien du poids important.

La voie parentérale est réservée aux trois situations suivantes : les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles, les occlusions intestinales aiguës ou chroniques, l'échec d'une renutrition entérale bien conduite c'est-à-dire la mauvaise tolérance. Elle doit être mise en place dans un service spécialisé dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent et curatif.

L'immunonutrition est recommandée dans la prise en charge des cancers digestifs en pré-opératoire. Elle est prescrite par le chirurgien et a montré une amélioration de la mortalité péri-opératoire si elle est accompagnée d'une prise en charge globale. (53)

L'anabolisme des protéines musculaires utilise des voies de signalisation intracellulaires qui peuvent être inhibées par le processus tumoral ou par certaines thérapies anticancéreuses. L'intérêt d'une l'activité physique est qu'elle peut favoriser l'anabolisme des protéines musculaires en utilisant des voies de signalisation alternes non impactées par la tumeur ou les traitements. Une activité physique est recommandée chez la personne âgée à fortiori avec une maladie cancéreuse. (54)

L'activité physique adaptée est définie comme un moyen qui permet la mise en mouvement de personnes qui, en raison de leur état physique, mental ou social, ne peuvent pratiquer une activité physique dans des conditions habituelles. Elle permet de lutter contre la sarcopénie, de réduire la sensation de fatigue, d'améliorer la qualité de vie des patients, de prévenir la prise de poids induite par les traitements.

Un suivi est primordial afin de s'assurer que la prise en charge est correcte et d'adapter son plan de soin dans le cas contraire. (Tableau 2)

Tableau 2 : Suivi en cas de dénutrition de la personne âgée extrait des recommandations de 2007 de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition (22)

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois par semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation
Albumine	Dosage de l'albuminémie	Au moins 1 fois par mois

1.4 Le rôle du médecin généraliste

La prise en charge des patients âgés cancéreux dénutris nécessite une organisation transversale pluridisciplinaire et harmonisée faisant intervenir de nombreux professionnels de santé autour du patient. La prise en charge de la dénutrition pour être efficace doit être précoce, adaptée et évaluée. (55)

Sur le plan national, la prise en charge du cancer a donné lieu à de nombreuses réflexions aboutissant à la mise en place du Plan Cancer I (2003-2007) puis du Plan Cancer II (2009-2013) et enfin du Plan Cancer III (2014-2019) régissant une nouvelle organisation des soins en cancérologie basée sur la globalité de la prise en charge, la pluridisciplinarité et le développement des outils de communication. (56)

L'implication du médecin généraliste est vraiment mise en valeur dans le Plan Cancer II. Celui-ci comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes. Ces mesures sont axées sur la prévention et le dépistage.

Le médecin généraliste évalue le risque nutritionnel et pose le diagnostic de dénutrition et son degré de sévérité, il établit un diagnostic éducatif permettant d'orienter le patient dans sa prise en charge et de fixer des objectifs adaptés, il donne des conseils nutritionnels, il surveille l'efficacité et l'observance des traitements proposés, il adresse le patient au diététicien ou au spécialiste expert, notamment en cas d'évolution défavorable.

Il est le pivot de la prise en charge et coordonne le parcours de soin des malades. (58)

Les établissements de santé regroupent quant à eux, l'ensemble des compétences nécessaires. La mise en place des Comités de Liaison Alimentation Nutrition CLANs et plus récemment des Unités Transversales de Nutrition UTNs a permis, de faire prendre conscience aux professionnels de santé de l'importance de cette prise en charge. Les difficultés rencontrées sont nombreuses et sont contournées par une organisation de prise en charge intégrant le service de diététique. Si le dépistage de la dénutrition est fait par les soignants dans les unités de soin en surveillant la prise alimentaire, le poids, les diététiciens assurent le suivi, la prise en charge précoce et la sensibilisation des équipes médicales et paramédicales.

L'organisation de la filière de soin vers la ville dépend aussi d'une coordination efficace entre service de diététique et UTN. L'organisation transversale de la nutrition clinique contribue à l'amélioration des prestations de la chaîne alimentation-nutrition dans les établissements de

santé en médecine, les services d'Hospitalisation A Domicile HAD et les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation SSR mais également dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes EHPADs ou en lien avec la médecine de ville.

Les différents niveaux de prise en charge avec leurs différents acteurs pourraient donc s'organiser ainsi : (Figure 6)

- niveau 1 : le dépistage et l'adaptation de l'offre alimentaire : aide-soignant, infirmier, diététicien, médecin.
- niveau 2 : la prise en charge spécialisée : diététicien.
- niveau 3 : la prise en charge experte : médecin nutritionniste référent.
- niveau 4 : l'unité d'hospitalisation dédiée à l'assistance nutritionnelle.

À domicile, différentes aides peuvent être proposées pour améliorer la prise en charge nutritionnelle.

Les aide-ménagères ou les auxiliaires de vie sociale peuvent faire les courses, préparer les repas, aider à la prise des repas. Le portage des repas est organisé par certaines mairies, associations ou entreprises commerciales. Pour l'information et la mise en place de ces dispositifs, en plus du médecin traitant, différentes structures sont à la disposition des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels, telles que les réseaux gérontologiques, les Centres Communaux d'Action Sociale CCAS, les Centres Locaux d'Information et de Coordination CLIC, et les services sociaux.

Pour la prise en charge financière de ces aides, interviennent l'APA, l'aide sociale départementale et, éventuellement, les caisses de retraite et certaines mutuelles. (57), (58)

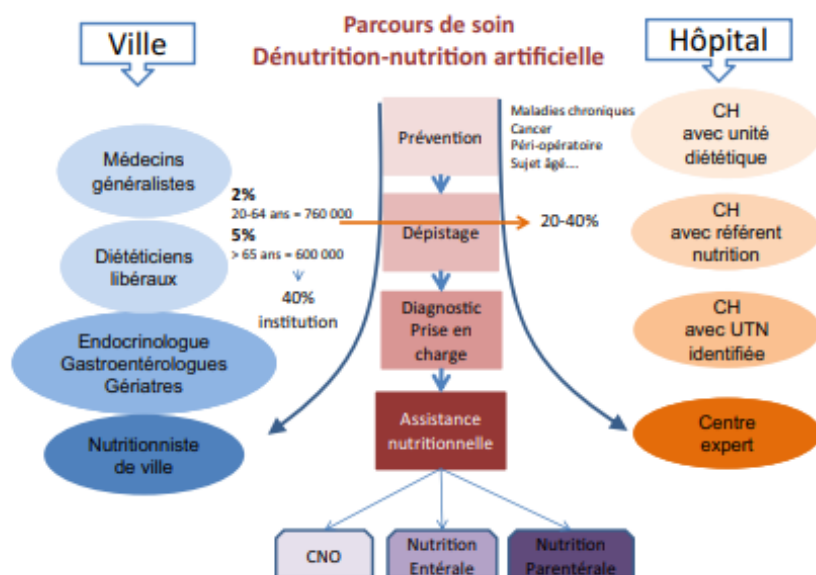


Figure 6 : Acteurs impliqués dans le parcours de soins en ville et à l'hôpital (58)

1.5 Présentation de l'étude

1.5.1 Justification de l'étude

L'augmentation considérable des personnes âgées de plus de 70 ans pèse de plus en plus sur les dépenses de santé publique. Cette augmentation du nombre des personnes âgées est principalement liée au vieillissement et à l'entrée en retraite des personnes de la génération du baby-boom. Le coût estimé de la dénutrition en Europe avoisine les 120 milliards d'euros par an. (5)

La recherche de moyens pour vieillir avec succès en très bonne santé est donc devenue un intérêt de santé publique. Comme nous l'avons vu longuement dans la partie précédente, la dénutrition joue un rôle dans la morbi-mortalité du patient âgé cancéreux. Par conséquent, l'alimentation du sujet âgé est aussi devenue un nouvel enjeu de santé publique.

En 2005 et en 2012, les deux études NUTRICANCER (3 - 5) avaient démontré que 39 % des patients atteints d'un cancer présentaient une dénutrition et qu'un tiers des patients dénutris ne bénéficiait pas d'une prise en charge nutritionnelle. **37 % des patients rapportaient n'avoir aucun suivi nutritionnel et les médecins n'identifiaient cette situation que dans 17 % des cas.** (31)

Ces études ont notamment mis en évidence que les médecins, qu'ils soient hospitaliers ou généralistes, sous estimaient significativement l'impact général de l'état nutritionnel.

Les médecins généralistes et les spécialistes du cancer se rejoignent sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et sur les solutions à apporter. Concernant les critères de décision qui diffèrent, ils sont plus liés à des problématiques pratico-pratiques qu'à des problématiques théoriques. La formation reste le levier majeur d'amélioration des pratiques, plus efficace que les mesures organisationnelles et les mesures financières (qui peuvent impacter le nombre de patients orientés, mais pas la qualité et l'adéquation de ces orientations). (58)

Pour être traitée, la dénutrition doit d'abord être diagnostiquée et repérée comme cible prioritaire. Or en pratique courante, le dépistage de la dénutrition et l'évaluation de l'état nutritionnel restent des problèmes majeurs malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS car il n'existe pas de critère diagnostique absolu ou de « gold standard ».

Le médecin traitant, coordonnateur de la prise en charge à domicile, détient un rôle central et essentiel dans le suivi de la dénutrition de la population âgée atteinte d'un cancer, et ils sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge et coordonner le parcours de soin. Pour les patients âgés, leur médecin généraliste est souvent l'interlocuteur privilégié et il ne faut pas nier la difficulté d'accès aux soins médicaux et à des professionnels de santé en France à cause de certains déserts médicaux et d'une certaine précarité. (52)

Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie. (59) Si les médecins considèrent leur rôle dans l'accompagnement de la fin de vie et le suivi psychologique de ces patients comme particulièrement important, les deux tiers éprouvent des difficultés pour accompagner la fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. Le manque de transmission d'information en provenance des hôpitaux ou des médecins spécialistes dans les délais utiles est souvent évoqué comme une source de difficultés. (60) Ainsi, au moment de l'annonce du diagnostic, seuls 31 % des médecins disposent d'une information complète sur la pathologie de leurs patients, telle qu'elle est recommandée par le plan Cancer.

Lorsqu'une évaluation gériatrique approfondie dure en moyenne une demi-journée et fait intervenir plusieurs professionnels, il est facile de comprendre que ce même travail ne peut être réalisé en consultation de médecine générale en vingt minutes. C'est pourquoi il doit exister un lien entre l'hôpital et la ville. (61)

Cependant les recommandations, bien développées en gériatrie et en oncologie relèvent d'un domaine spécifique, qui peut être méconnu des médecins généralistes installés. Nous pouvons imaginer que ces derniers ont des représentations différentes concernant la dénutrition, qu'ils considèrent que ce point dépend du cancérologue, qu'ils n'ont pas assez de temps pour s'occuper du suivi nutritionnel, qu'il existe des obstacles au suivi, ou qu'ils se sentent insuffisamment formés.

Faire connaître et appliquer ces recommandations est un enjeu de santé publique du fait de la fréquence de ces pathologies. (62) Ce sont des mesures à la portée de la médecine de soins primaires, qui contribuent à la qualité de vie et à la survie. (63)

Les objectifs nutritionnels sont importants lorsqu'un espoir curatif existe, ou lorsque le traitement palliatif vise à prolonger l'espérance de vie. En cas d'une prise en charge palliative symptomatique, ou même spécifique avec une chimiothérapie qui vise à améliorer les douleurs liées à une prolifération tumorale comme dans le cancer de l'ovaire parfois, le projet nutritionnel est une alimentation plaisir. Les méconnaissances du statut de la maladie, du pronostic ainsi que des objectifs en matière d'alimentation sont des freins au dépistage. (64)

Alors, quelle est la réalité des pratiques et connaissances de dépistage de la dénutrition chez les patients âgés atteints de cancer en médecine générale dans le département de la Gironde ? Cette étude va tenter d'apporter des pistes de réflexions pour connaître le dépistage en ambulatoire ainsi que les représentations liées à la dénutrition dans le cancer.

1.5.2 Les médecins généralistes installés en Gironde

Nous avons choisi d'étudier le suivi de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans atteints d'une pathologie cancéreuse en ville, par un médecin généraliste installé en Gironde.

Il s'agit d'un département de la région Aquitaine qui a une superficie de 9976 km², qui compte 1543 médecins généralistes installés et qui est un département vecteur de l'onco-gériatrie.

Les médecins généralistes sont installés seuls, ou à plusieurs, dans des cabinets de ville, semi rural, rural ou même en maison de santé.

Il nous est apparu intéressant de regarder ce qui était mis en place en médecine de soins primaires car ils sont les personnes ressources du patient âgé. (65) (66) (67)

1.5.3 Objectifs de l'étude

L'objectif est de faire un état des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans atteints de cancer par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont de :

- mettre en avant les difficultés rencontrées dans le cadre de ce dépistage afin d'élaborer des pistes pour faciliter le travail des médecins et améliorer la qualité de prise en charge des patients.

- identifier quelques représentations liées à l'importance de la dénutrition dans la population gériatrique atteinte d'une maladie cancéreuse.

II Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale à type d'enquête de pratique.

Cette étude a été réalisée du 01 juillet 2019 au 30 septembre 2019.

2.2 Population

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes installés en libéral sur le territoire de la Gironde (33) et ayant dans leur patientèle des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer.

Le critère de 70 ans a été retenu, pour qualifier une personne d'âgée, car, il s'agit de l'âge à partir duquel l'échelle G8 est une évaluation d'onco-gériatrie. L'âge des patients admis en gériatrie étant 75 ans. De plus, les patients atteints de cancer nécessitent une prise en charge spécialisée.

Les médecins généralistes inclus devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- être installé en Gironde.
- avoir une activité libérale.
- avoir une adresse du courriel fournie à l'Ordre des médecins valide.

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- médecins généralistes retraités.
- médecins généralistes exerçant exclusivement dans des structures hospitalières sans activité libérale.

A noter que dans le questionnaire la question suivante était posée : « suivez-vous des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer ». Dans le cas où la réponse était négative, les médecins étaient exclus.

2.3 Méthodes de recueil

Un questionnaire informatisé Google Form (Annexe 1) composé de 22 questions a été élaboré. Il est accessible en ligne à l'adresse suivante : https://docs.google.com/forms/d/1e2m-x5BEzzmx1ty6JT3bLD8b6RgCF2y9g7MUqXPR4/edit?usp=mail_response_notification&urp=gmail_link#responses

La méthodologie a été discutée avec les statisticiens de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement ISPED.

De plus, le questionnaire a été proposé aux internes et médecins du service de Gériatrie de l'hôpital Robert Boulin de Libourne afin de mesurer le temps de réponse et d'identifier des questions difficiles à comprendre.

La diffusion du questionnaire a été réalisée à partir de courriers électroniques de médecins généralistes inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Gironde et par l'intermédiaire de ce dernier. Une relance a été réalisée le 05 septembre 2019. Ce mode de diffusion est le seul possible car les adresses mails des médecins installés ne sont pas communiquées directement même dans le cadre d'une recherche.

2.4 Données recueillies

Les données ont été recueillies par un questionnaire avec anonymisation des réponses et basé sur le volontariat, avec validation externe de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL.

Les questionnaires étaient remplis en ligne par les médecins généralistes avec une procédure automatique d'anonymisation, ne permettant pas de relier les réponses à l'adresse électronique du médecin répondeur.

Les résultats de l'étude seront envoyés aux Médecins Généralistes ainsi qu'au Conseil Départemental de Gironde de l'Ordre des Médecins à leur demande accompagnés du document type proposé dans ce travail pour dépister la dénutrition.

Un courriel de présentation contenant un lien ouvrant le logiciel « Google Form » permettait d'accéder au questionnaire en ligne avec enregistrement des réponses de chacun dans une banque de données.

A travers ce questionnaire, nous avons recueilli plusieurs données :

- les données générales en rapport avec la population de médecins généralistes répondants de l'échantillon (âge, sexe), leur formation, et leur condition d'exercice (lieu d'exercice, durée des consultations, lieux des consultations), leur intérêt pour une formation complémentaire également.
- une estimation du nombre des patients suivis actuellement pour un cancer aux différents stades de leur maladie.
- l'existence d'une consultation dédiée à la recherche de dénutrition ou non qui a été considérée comme notre critère principal d'analyse.
- les connaissances sur les recommandations nutritionnelles, sur le suivi, le mécanisme de la dénutrition.
- les outils de dépistage utilisés.
- leurs représentations sur la dénutrition dans le cancer, (leur avis sur le caractère inévitable ou non de la dénutrition chez le sujet âgé cancéreux).

Nous avons élaboré un questionnaire à choix multiples avec des check-boxes. Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire composé de questions fermées, afin de faire un état des lieux.

Nous avons pondéré les réponses de nuances (oui systématiquement, parfois, non jamais) afin d'obtenir un niveau de précision supplémentaire.

Nous avons également utilisé quelques questions à réponses ouvertes courtes et pour finir nous avons laissé une possibilité de parole libre pour les remarques potentielles.

2.5 Analyses statistiques

Les données étaient recueillies automatiquement lorsqu'un médecin répondait au questionnaire sur Google Form puis compilées en un fichier Excel. L'exploitation des résultats a été réalisée à l'aide du Logiciel Excel.

Les variables qualitatives sont discutées sous formes d'effectif et de pourcentage et les variables quantitatives sont discutées sous formes de médiane et de moyenne.

Une analyse statistique a été réalisée pour savoir s'il existait des différences significatives parmi les médecins réalisant ou non une consultation dédiée à la diététique.

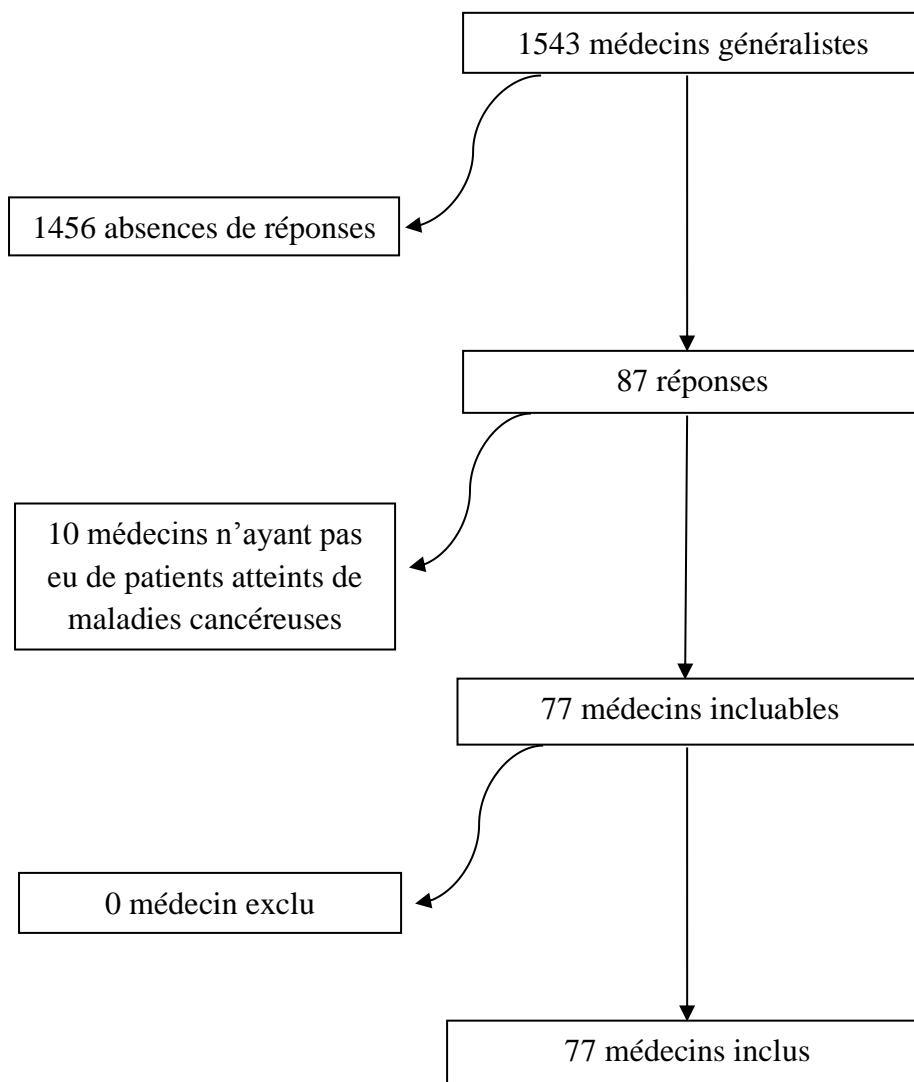
Le test du Chi2 a été réalisé pour le calcul du p quand cela était possible. Lorsque les effectifs étaient strictement inférieurs à 5, et donc ne remplissaient pas les conditions de validité du test, le test de Fisher a été utilisé.

III Résultats

3.1 Diagramme de flux

Au total 1543 médecins généralistes ont été sollicités par courriel, avec une relance pendant la période de recueil du 01 juillet 2019 au 30 septembre 2019. Il y a eu 87 réponses (5.6 %) et 77 médecins ont été inclus. (Tableau 3)

Tableau 3 : Diagramme de flux de l'inclusion des médecins généralistes (Gironde, du 01/07/19 au 30/09/19)



10 médecins généralistes n'avaient pas de patients atteints d'un cancer, soit 11% des réponses. L'échantillon est donc de 77 médecins généralistes.

3.2 Description de l'échantillon

3.2.1 Caractéristiques démographiques

En ce qui concerne les données personnelles des médecins généralistes interrogés, nous retrouvons plus d'hommes que de femmes : 51 % vs 49 %. (Tableau 4)

L'âge médian des généralistes inclus était de 47 ans, la moyenne d'âge était de 47 ans également, l'écart type était de 11 et le sexe ratio était de 1,02.

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon (N=77) de médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

Variabes	Catégorie	Effectif	Pourcentage
Sexe	Femme	38	49%
	Homme	39	51%
Age	< 35 ans	13	17%
	35 à 55 ans	44	57%
	> 55 ans	20	26%

En ce qui concerne le type d'exercice 32 médecins exerçaient en milieu urbain soit 42%, 32 en milieu semi-urbain/semi-rural soit 42% et 12 en milieu rural soit 16%, 1 médecin généraliste n'a pas répondu à la question.

3.2.2 Description de la patientèle suivie

Dans la cohorte étudiée, un médecin généraliste suit en moyenne 12 patients en rémission avec un cancer localisé, soit un écart type à 13, et une médiane à 10, il suit en moyenne 4,5 patients en post-chirurgie soit un écart type à 6 et une médiane à 3, il suit en moyenne 4 patients avec un cancer métastatique soit un écart type à 5 et une médiane à 2, et pour finir il suit en moyenne 4 patients en cours de traitements actifs (radiothérapie/chimiothérapie) soit un écart type à 5 et une médiane à 2. (Figure 7)

Le médecin qui suit le moins de patients avec un cancer localisé en suit 0 et celui qui en suit le plus en suit 50. En ce qui concerne les patients en post-chirurgie de cancer les chiffres sont respectivement de 0 et de 30. Pour le cancer métastatique : 0 et 20. Et pour finir, le médecin qui suit le moins de patients en cours de traitements actifs n'en suit pas et celui qui en suit le plus : 25.

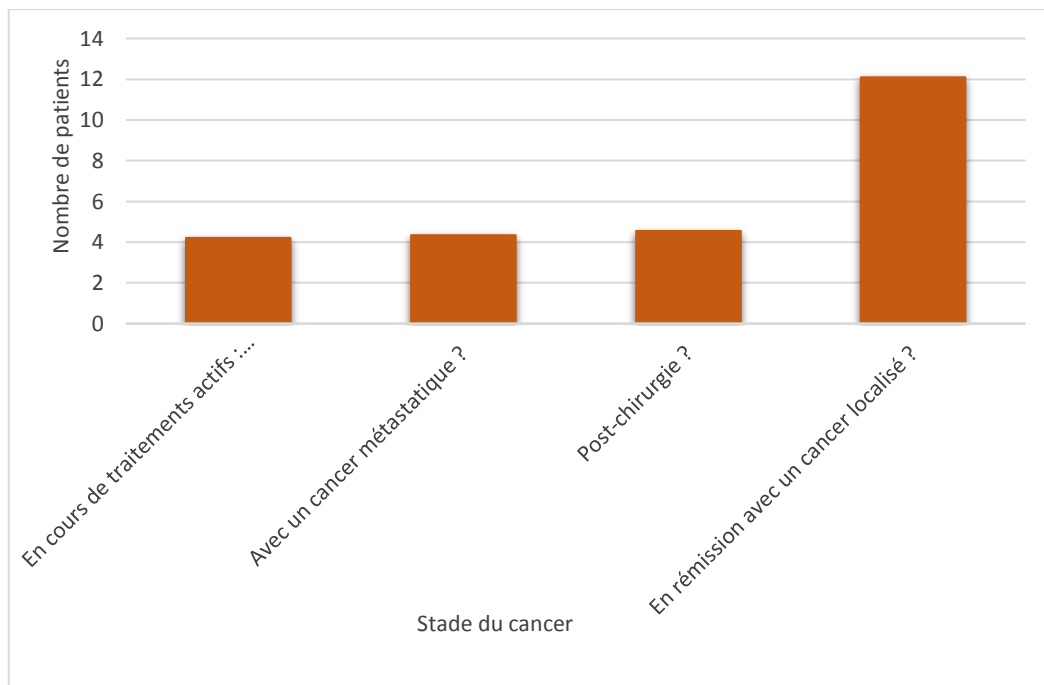


Figure 7 : Répartition en moyenne du nombre de patients suivis par un médecin généraliste en fonction du stade de son cancer. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

3.2.3 Description des types de consultations

En ce qui concerne la réalisation des consultations avec les patients âgés cancéreux, les habitudes d'entretien sont majoritairement en cabinet à 70 % (n = 54) contre 30 % (n = 23) à domicile.

La durée moyenne d'une consultation pour ces patients est de 15 à 30 minutes pour la majorité des médecins, soit 94 % (n = 72).

La fréquence moyenne des consultations accordées à ces patients est majoritairement tous les mois pour 51 % (n = 39), plus d'une fois par mois pour 22 % (n = 17), deux fois par

trimestre pour 17 % (n = 13), une fois par trimestre pour 6 % (n = 5) et moins d'une fois par trimestre pour 4 % (n = 3). (Figure 8)

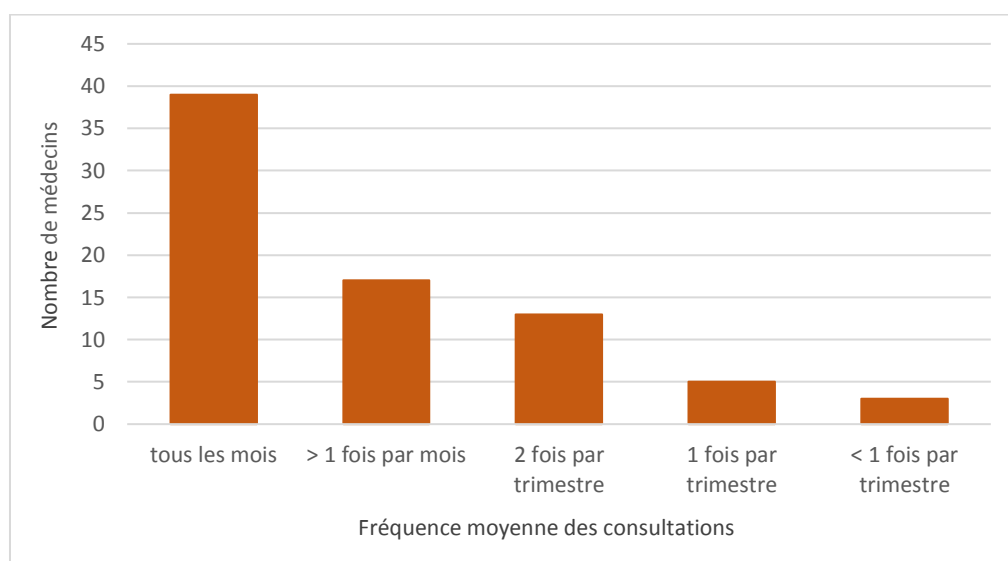


Figure 8 : Répartition de la fréquence moyenne de ces consultations en fonction du nombre de médecins. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

3.3 Objectif principal : dépistage de la dénutrition dans l'échantillon par une consultation dédiée

3.3.1 La consultation dédiée au dépistage de la dénutrition

A la question « consacrez-vous une consultation dédiée à la dénutrition avec ces patients », seulement 14 % (n = 11) ont répondu oui et 86 % (n = 66) non.

Sur les 11 médecins qui ont répondu oui, 91 % (n = 10) pensent que c'est du ressort du cancérologue et 9 % (n = 1) pense que ça ne l'est pas. Sur les 66 médecins qui ont répondu non, 71 % (n = 47) pensent que c'est du ressort du cancérologue et 29 % (n = 19) ne le pensent pas. (Figure 9)

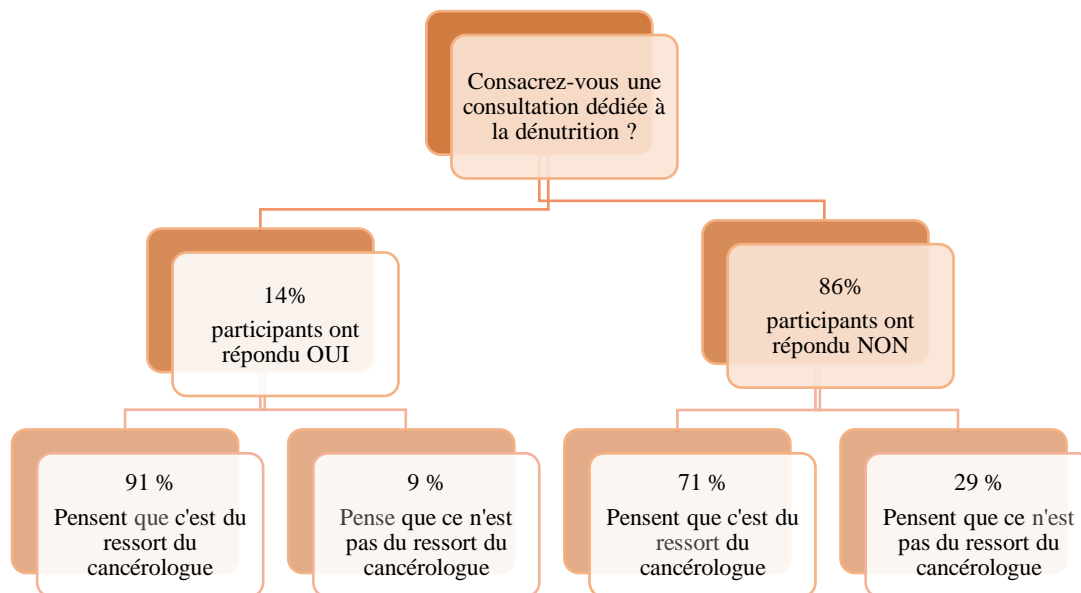


Figure 9 : Arbre croisé dynamique sur l'idée qu'ont les médecins généralistes du professionnel en charge de la consultation dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

3.3.2 En fonction des caractéristiques démographiques

Il n'y a pas de différence significative sur le dépistage de la dénutrition lors d'une consultation dédiée selon le sexe ($p=0.11$) ou la classe d'âge ($p=0,91$). (Tableau 5)

Tableau 5 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

Caractéristiques	Variables	Consultation dédiée		Consultation non dédiée		Total	p-value
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Sexe	Femme	2	18%	30	45%	32	0.11
	Homme	9	82%	36	55%	45	
Age	< 35 ans	1	9%	12	18%	13	0.91
	35-55 ans	7	64%	37	56%	44	
	> 55 ans	3	27%	17	26%	20	

3.3.3 En fonction des habitudes et des pratiques d'exercice

Il n'y a pas de différence significative dans le type d'exercice ou les habitudes d'entretien. Néanmoins, il semble avoir plus de consultations dédiées au domicile qu'en cabinet ($p = 0,07$) sans qu'une différence significative existe.

Le type de cancer suivi n'influence pas la place dédiée à la dénutrition. (Tableau 6)

Tableau 6 : Caractéristiques du type d'exercice des médecins généralistes de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

Caractéristiques	Variables	Consultation dédiée (n=11)		Consultation non dédiée (n=66)		Total	p-value
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Type d'exercice	Urbain	4	36%	29	44%	33	0.51
	Semi-urbain/Semi-rural	4	36%	28	42%	32	
	Rural	3	28%	9	14%	12	
Habitude d'entretien	Cabinet	5	45%	49	74%	54	0.07
	Domicile	6	55%	17	26%	23	
Durée des entretiens	< 15min	0	0%	0	0%	0	1
	15 à 30 min	11	100%	61	92%	72	
	> 30 min	0	0%	5	8%	5	
Fréquence des entretiens	< 1 fois par trimestre	0	0%	3	5%	3	0.42
	1 fois par trimestre	0	0%	5	8%	5	
	2 fois par trimestre	1	10%	12	18%	13	
	Tous les mois	5	45%	34	52%	39	
	> 1 fois par mois	5	45%	12	17%	17	
Type de cancer	Rémission avec cancer localisé	9	82%	60	91%	69	0.95
	Cancer métastatique	10	91%	51	77%	61	
	Post-chirurgie	9	82%	53	80%	62	
	En cours de traitement actif	10	91%	56	85%	66	

3.3.4 Selon le médecin lui-même

Au total, et malgré l'absence de résultats statistiquement significatif, on peut remarquer que : l'importance accordée à la dénutrition et la croyance sur le caractère inexorable de la dénutrition dans l'évolution d'un cancer ne joue pas sur le fait de réaliser ou pas des consultations dédiées, la confiance en sa formation semble être un facteur influençant le fait de réaliser des consultations dédiées à la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée cancéreuse. En revanche, la réalisation d'une consultation dédiée paraît être en association avec le fait de faire appel à une aide d'extérieure et de penser que cette consultation revient au cancérologue. (Tableau 7)

Tableau 7 : Caractéristiques des croyances et pratiques des médecins généralistes de l'échantillon en fonction de la réalisation ou non d'une consultation dédiée à la dénutrition. Médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19 (N=77)

Caractéristiques	Variables	Consultation dédiée (n=11)		Consultation non dédiée (n=66)		Total	p-value
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Importance accordée à la dénutrition	Très importante	10	91%	55	83%	65	1
	Moyennement importante	1	9%	11	17%	12	
	Pas importante	0	0%	0	0%	0	
Formation suivie	Oui	5	45%	17	26%	22	0.28
	Non	6	55%	49	74%	55	
Confiance en sa formation	Oui	7	64%	22	33%	29	0.09
	Non	4	36%	44	67%	48	
Avis sur le caractère inexorable de la dénutrition	Oui	8	73%	39	59%	47	0.51
	Non	3	27%	27	41%	30	
Appel à une aide extérieure	Oui	11	100%	64	97%	75	1
	Non	0	0%	2	3%	2	
Ressort du cancérologue	Oui	10	91%	47	71%	57	0.27
	Non	1	9%	19	29%	20	

3.4 Objectifs secondaires : état des lieux des techniques de dépistage utilisées et des prises en charge proposées

3.4.1 Pratiques de dépistage

Au cours des consultations de suivi d'un patient atteint d'un cancer, 82% des médecins généralistes s'intéressent en priorité à l'autonomie, et seuls 65% des médecins posent systématiquement la question sur l'état nutritionnel. (Figure 10)

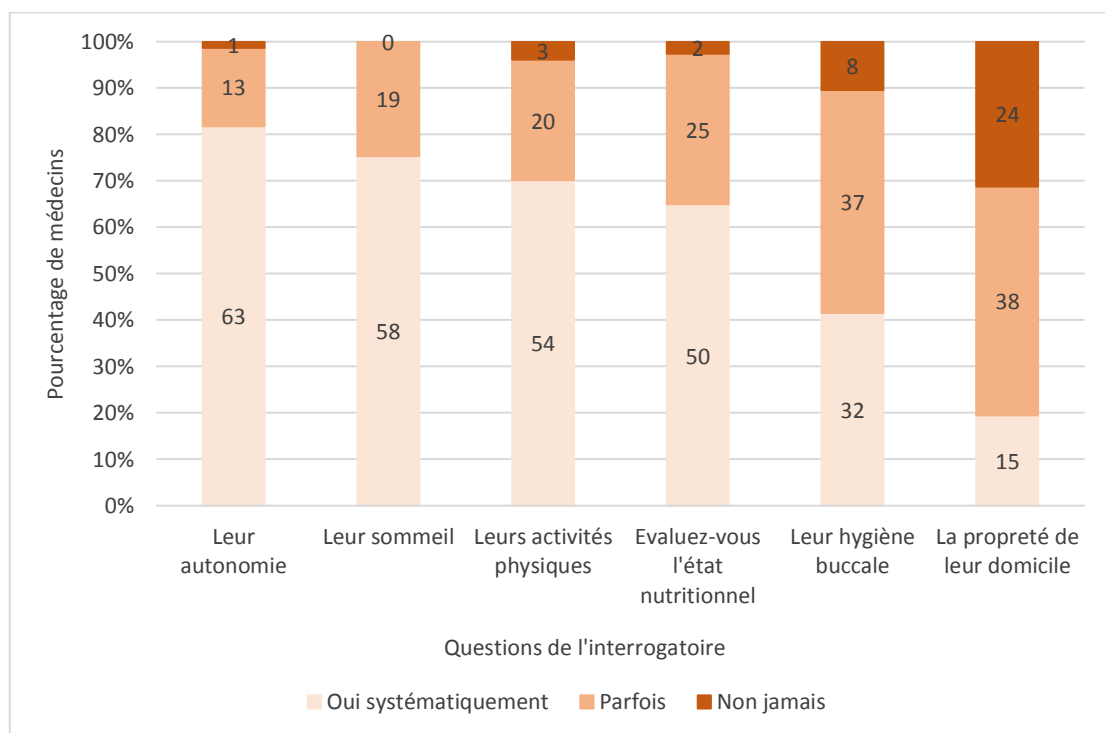


Figure 10 : Pourcentage de médecins questionneurs en fonction des questions posées lors de l'interrogatoire pour étayer la dénutrition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

97 % (n = 75) des répondants pensent qu'il est important de questionner les patients sur les différents points ci-dessus.

Les questions posées systématiquement aux patients en rapport avec les raisons de leurs difficultés alimentaires sont par ordre croissant : la douleur 84 % (n = 65), l'anorexie 79 % (n = 61), les effets secondaires des traitements (troubles digestifs, lésions buccales) 71 % (n = 55), le dégoût alimentaire 70 % (n = 54), les troubles de la déglutition 58 % (n = 45), la modification du goût et de l'odorat 52 % (n = 40), le défaut d'organisation/de préparation des repas 49 % (n = 38) et enfin l'obstacle mécanique à 35 % (n = 27). (Figure 11)

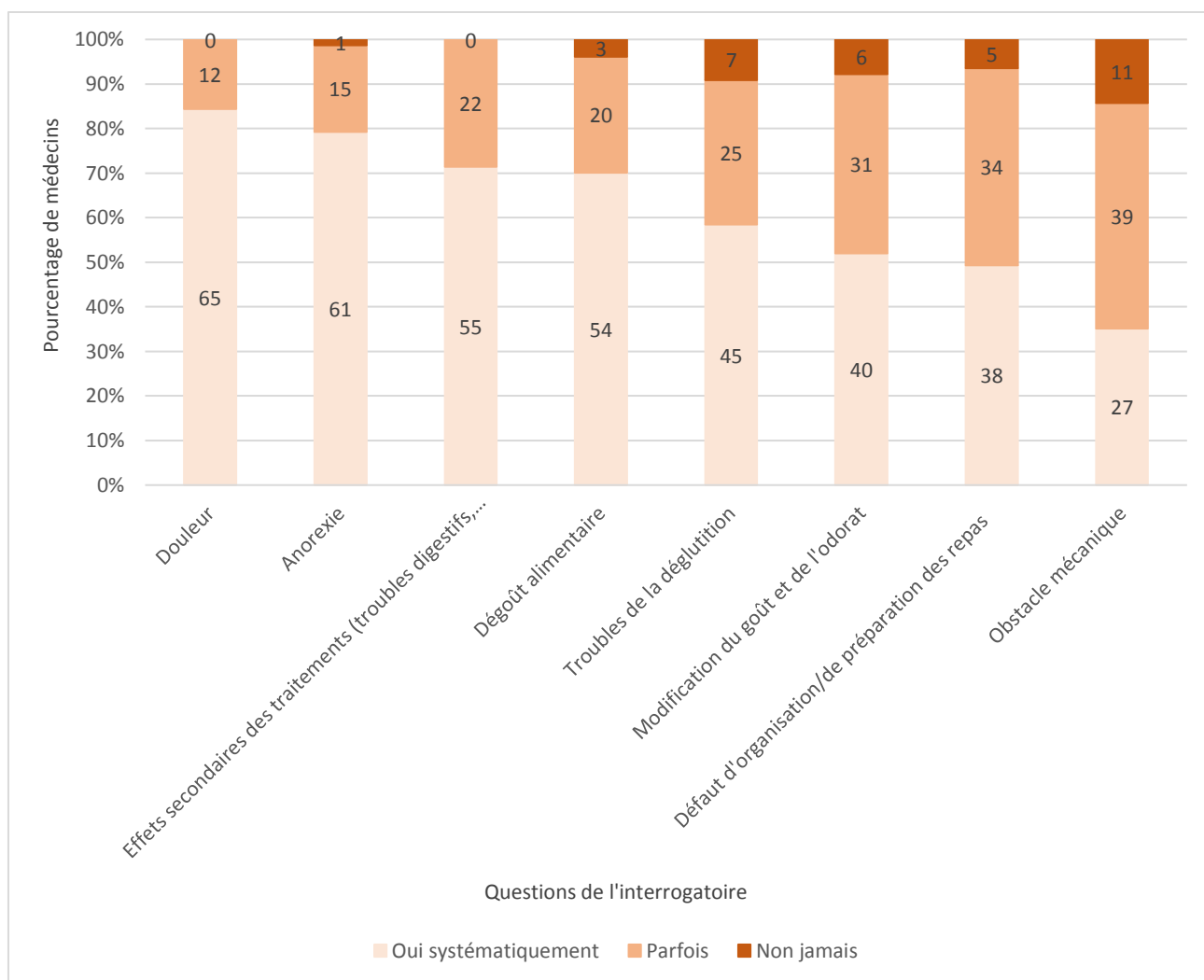


Figure 11 : Questions posées aux patients par leur médecins généralistes sur les raisons de leurs difficultés alimentaires des plus au moins plébiscitées. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

En ce qui concerne les outils de dépistage de la dénutrition, les résultats qui ressortent le plus de cette analyse sont que l'évaluation de la fréquence des repas est la plus réalisée, notamment comparée à l'utilisation de l'agenda alimentaire. Le poids est, a priori, réalisé par la totalité des médecins, en revanche le MNA et les mesures anthropométriques ne sont que très peu utilisés. L'albuminémie est réalisée la plupart du temps. (Tableau 8)

Tableau 8 : Outils de dépistage de la dénutrition en fonction de leur utilisation ou pas en consultation de médecine générale. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

Outils de dépistage	Réalisé	Pourcentage	Non réalisé	Pourcentage
Évaluation de la fréquence des repas	66	86%	11	14%
Évaluation de la composition des repas	61	79%	16	21%
Rappel de l'alimentation des dernières 24h	52	68%	25	32%
Évaluation de la quantité alimentaire à chaque repas	51	66%	26	34%
Agenda alimentaire	12	16%	65	84%
Poids du patient	77	100%	0	0%
Calcul de l'IMC	64	83%	13	17%
Taille du patient	59	77%	18	23%
Mini Nutritionnal Assesment MNA	8	10%	69	90%
Autres (mesure des circonférences, plis cutanés)	5	6%	72	94%
Albuminémie	72	94%	5	6%
CRP	59	77%	18	23%
Pré-albuminémie	41	53%	36	47%
Vitesse de Sédimentation VS	32	42%	45	58%
Vitamines : B, C, D	30	39%	47	61%

3.4.2 Les mesures de prise en charge

Dans notre population de médecins interrogés : 79 % (n = 61) ont déjà fait appel à des structures de coordination comme les réseaux ou l'HAD, 73 % (n = 56) ont déjà fait appel à un gériatre, 73% (n = 56) à un oncologue, 57 % (n = 44) à une diététicienne, 52 % (n = 40) à un onco-gériatre, 34 % (n = 26) à un médecin nutritionniste et seulement 4% (n = 3) connaissent le score G8 : test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer si le score est supérieur ou égal à 14. (Figure 12)

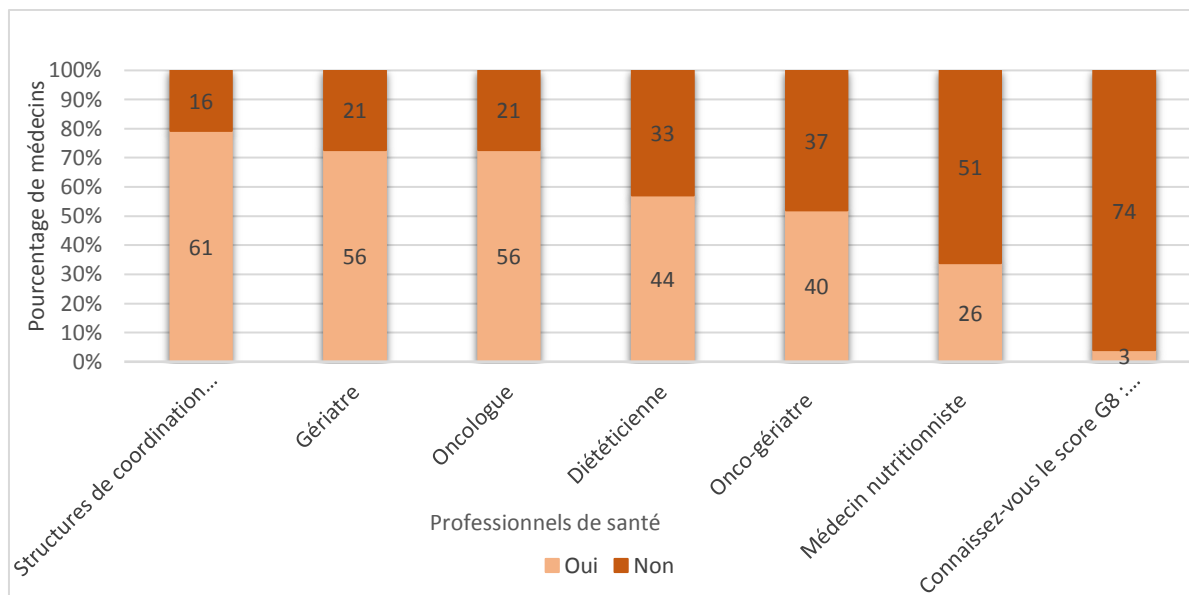


Figure 12 : Professionnels de santé auxquels les médecins généralistes ont déjà fait appel. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

3.5 Les connaissances sur les définitions

En ce qui concerne la définition de la dénutrition du sujet âgé cancéreux, seul 13 % (n = 10) médecins citent les 5 critères présents dans la définition, 18 % (n = 14) n'en citent que 4, 39 % (n = 30) n'en citent que 3, 26 % (n = 20) n'en citent que 2 et 4 % (n = 3) n'en citent qu'un.

L'albuminémie est le critère le plus retenu à 95 % (n = 73), ensuite vient la perte de poids ≥ 5 % en 1 mois à 75 % (n = 58), puis la perte de poids ≥ 10 % du poids corporel en 6 mois pour 71 % (n = 55), puis l'IMC ≤ 21 pour 42 % (n = 32) et enfin le MNA pour seulement 27 % (n = 21). (Figure 13)

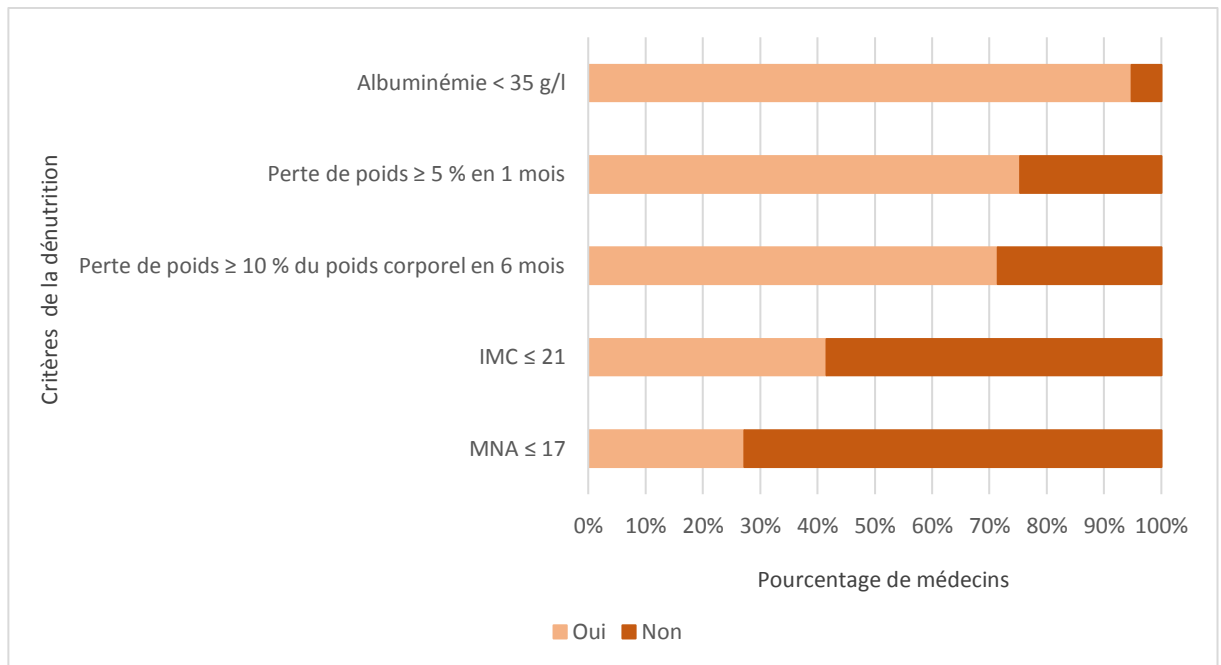


Figure 13 : Répartition des critères de la dénutrition en fonction du pourcentage de médecins dont ils pensent faire partie de la définition. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

97 % (n = 75) des médecins interrogés pensent que tous les critères cités ci-dessus ne doivent pas nécessairement être réunis pour parler de dénutrition.

D'après les médecins généralistes interrogés, il est pertinent d'intervenir en termes de renutrition (enrichissement de l'alimentation, compléments nutritionnels oraux...) chez un patient âgé cancéreux devant des critères clinico-biologiques de dénutrition à 99 % (n = 76), lorsque surviennent des complications en rapport avec la dénutrition (infections, apparition d'escarre) à 84 % (n = 65), devant une perte d'appétit à 82 % (n = 63), lorsque l'évaluation des ingestas est inférieure à la moitié des apports journaliers recommandés à 78 % (n = 60), à la demande du patient à 70 % (n = 54), lorsqu'il s'agit d'un cancer métastatique en cours de traitement à 69 % (n = 53) et lorsqu'il s'agit d'un cancer localisé à 27 % (n = 21). (Figure 14)

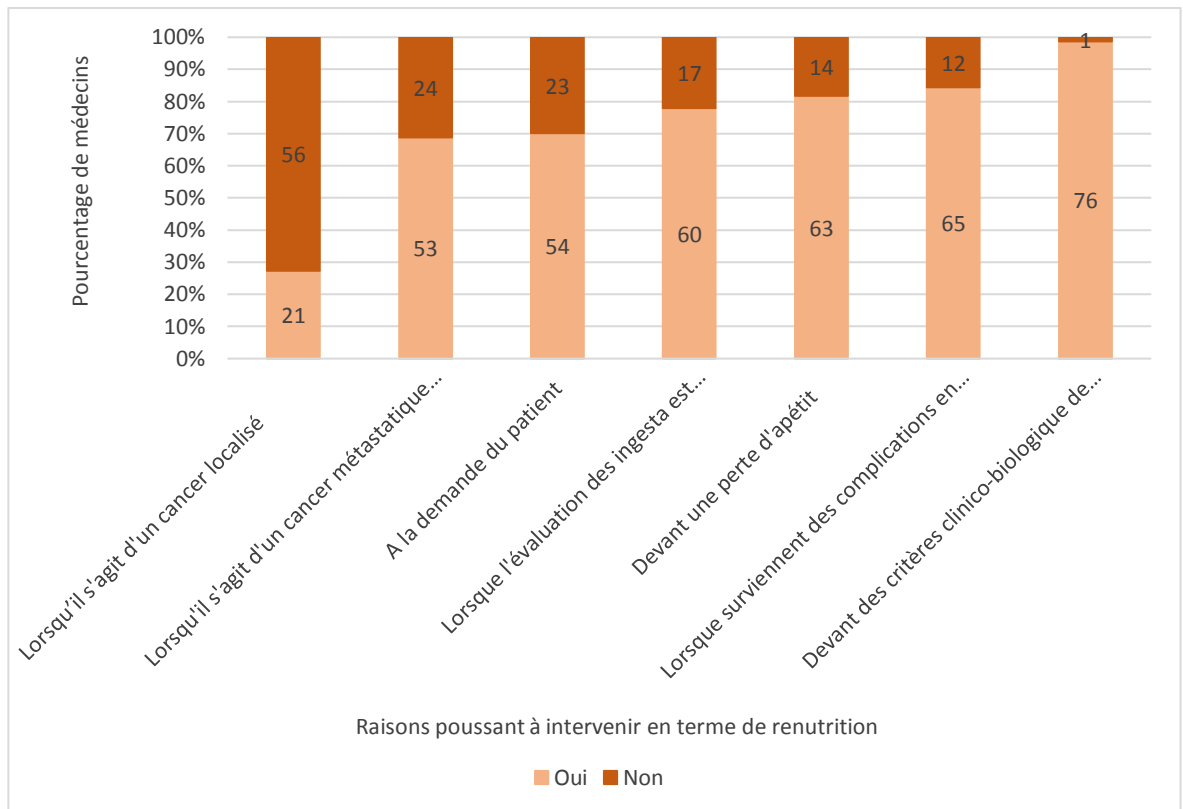


Figure 14 : Raisons à partir desquelles il paraît pertinent aux médecins d'intervenir en termes de renutrition, classées de la plus à la moins plébiscitée. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

En ce qui concerne les pratiques des médecins généralistes, 18 % (n = 14) ne procurent pas de conseils alimentaires, 1 % (n = 1) ne prescrit pas de compléments nutritionnels oraux, 75 % (n = 58) ne connaissent pas les critères selon lesquels il faut passer à une alimentation entérale et 74 % (n = 57) ne connaissent pas les indications de la nutrition parentérale. (Figure 15)

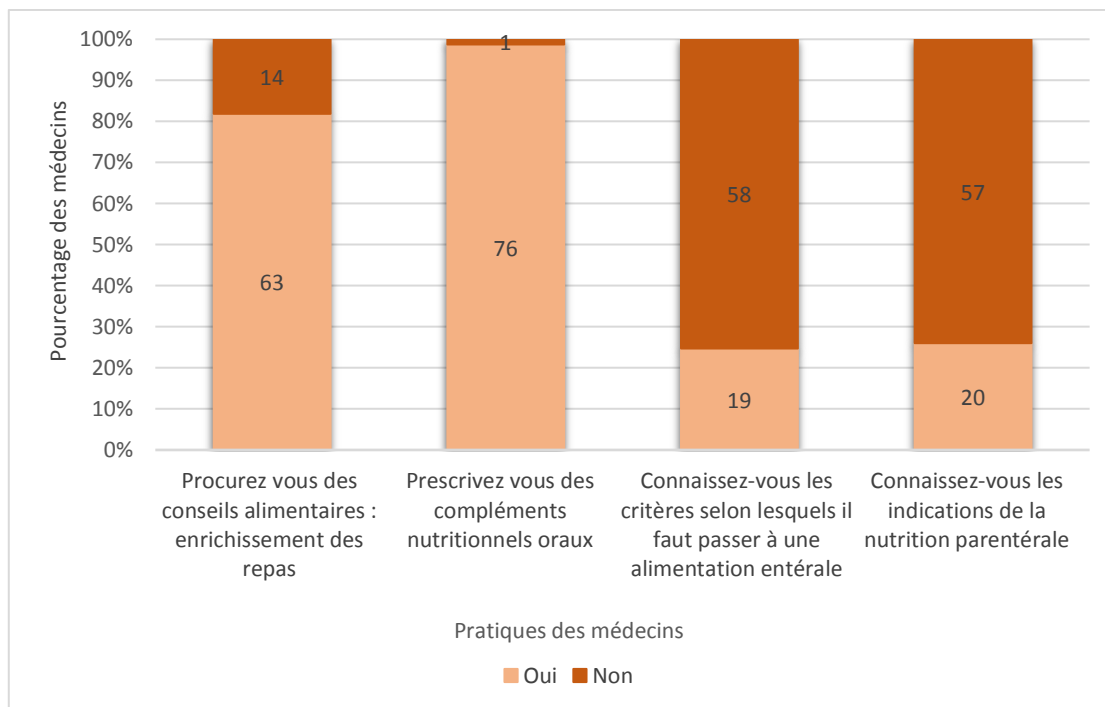


Figure 15 : Pratiques des médecins généralistes. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

En ce qui concerne la formation sur la dénutrition, seuls 29 % (n = 22) des médecins de notre panel en ont suivi une, tous, dans le cadre de la formation continue.

38 % (n = 29) des médecins interrogés ne se sentent assez formés au dépistage de la dénutrition du sujet âgé cancéreux et 73 % (n = 56) souhaitent une formation complémentaire en ce sens. Une plaquette informative, concise et didactique, distribuée gratuitement dans leurs cabinets, leur serait utile pour 87 % (n = 67).

3.6 Les représentations des médecins sur la dénutrition

Les mécanismes de dénutrition du sujet âgé cancéreux sont selon les médecins : l'insuffisance d'apport pour 99 % (n = 76), la toxicité médicamenteuse pour 96 % (n = 74), et l'hypercatabolisme tumoral pour 92 % (n = 71). (Figure 16)

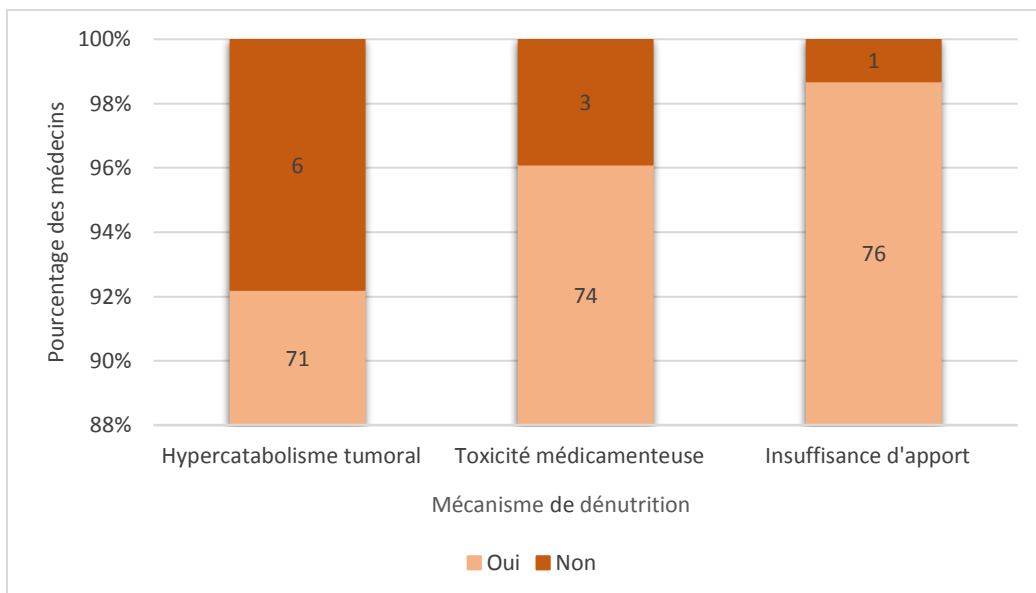


Figure 16 : Répartition de l'opinion des médecins généralistes sur le mécanisme de dénutrition du sujet âgé cancéreux. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

39 % (n = 30) des médecins généralistes pensent que la dénutrition est inévitable contre 61 % (n = 47) qui ne le pensent pas.

Leurs avis sur la place de la nutrition dans la prise en charge du patient âgé cancéreux est qu'elle est très importante à 84 % (n = 65), moyennement importante à 16 % (n = 12). Aucun médecin ne pense que la nutrition n'est pas importante dans la prise en charge en oncologie.

Selon les médecins que nous avons interrogés, l'obstacle principal à une bonne surveillance de la dénutrition chez les patients âgés cancéreux est par ordre décroissant : le manque de formation sur le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge pour 27 % (n = 21), le manque de temps pour 26 % (n = 20), la difficulté du recueil de données pour 21 % (n = 16), le manque d'outils de dépistage simple pour 21 % (n = 16) et pour 4 d'entre eux soit 5 %, la nutrition n'est pas le sujet le plus important à régler chez ces patients. (Figure 17)

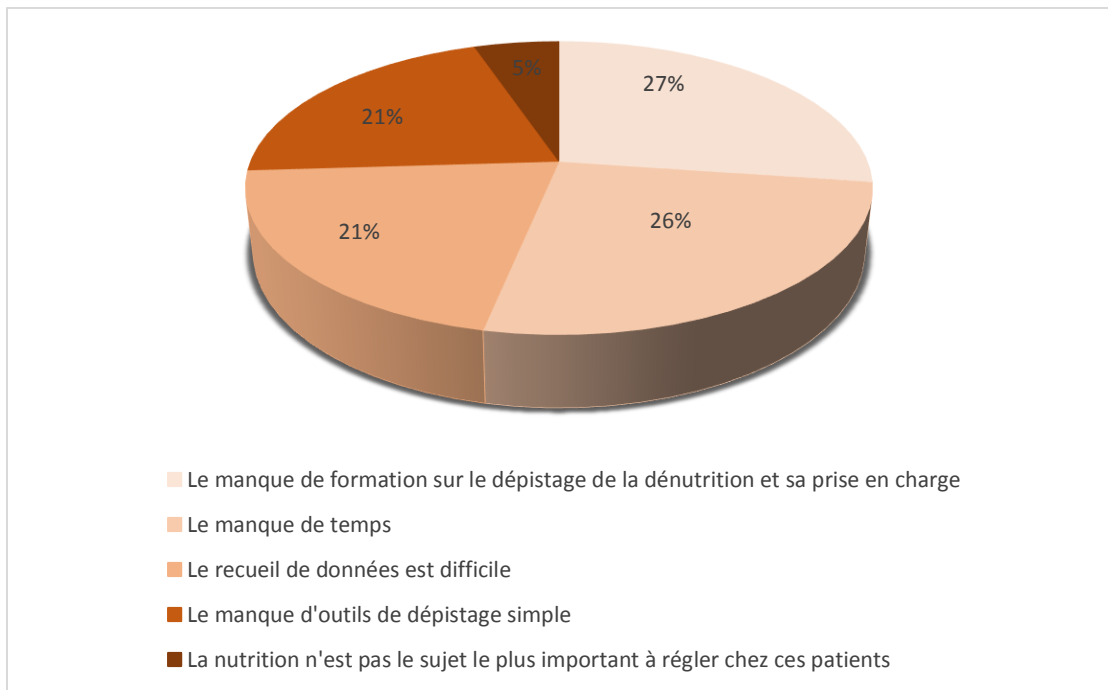


Figure 17 : Obstacles principaux à une bonne surveillance de la dénutrition des patients âgés cancéreux. (N=77) médecins généralistes recrutés en Gironde entre le 01/07/19 et le 30/09/19

3.7 Remarques et commentaires des médecins

Un des médecins interrogés a commenté que « l'indication d'une nutrition entérale ou parentérale ne semblait pas être du ressort du généraliste, même si c'est une question essentielle, car dans la pratique de généraliste, elle passe après d'autres problématiques plus parlantes comme celle de la douleur. »

Un autre médecin a expliqué qu'il était difficile d'assurer une fréquence de suivi parfaite, car la prise de rendez-vous est au bon vouloir du patient, surtout chez ceux qui sont en traitement curatif et fréquente beaucoup le milieu médical, en ce sens, prévoir le rendez-vous suivant le jour même de la consultation pourrait améliorer les chances de réaliser un suivi mensuel.

Pour finir, un médecin, nous conforte dans l'idée qu'il existe un manque de temps non négligeable pour assurer un dépistage correct et une surveillance efficace.

IV Discussion

4.1 Comparaison de l'échantillon de médecins généralistes ayant participé à l'étude

4.1.1 Caractéristiques démographiques

Les résultats de notre échantillon sont comparables à ceux retrouvés en Gironde, avec plus d'hommes que de femmes, respectivement 51 % vs 49 %.

4.1.2 Âge

L'âge moyen des médecins de notre étude est de, 47 ans, il correspond aux données en Gironde en 2018 avec une moyenne d'âge de 48,5 ans. (68)

4.1.3 Caractéristiques d'exercice

Les bassins de population les plus peuplés attirent plus de médecins, mais ce n'est pas le seul facteur. La qualité de vie entre largement en compte. Les zones d'installation des jeunes médecins correspondent assez exactement à celles où la population a accès rapidement aux équipements et services à la population (établissements scolaires, garde d'enfants, commerces etc.). On note là l'effet direct de la concentration des moyens en zone urbaine et des pertes d'infrastructure et de services publics en zone rurale. (68) Dans notre étude la majorité des médecins exerçaient en milieu urbain ou semi-urbain/semi-rural et la minorité en milieu rural. L'échantillon semble donc représentatif.

4.2 Objectif principal : dépistage de la dénutrition

4.2.1 Consultation dédiée

Notre étude met en évidence qu'il y a peu de temps dédié exclusivement à la prise en charge de la dénutrition lors des consultations ou des visites dans le suivi des patients cancéreux âgés. Seuls 14% des médecins généralistes interrogés consacrent une consultation dédiée à la dénutrition dans la maladie cancéreuse.

Dépister la dénutrition et la prendre en charge est pourtant un objectif du plan cancer (69) et de la prise en charge des personnes âgées (70). Ces deux recommandations placent le médecin généraliste comme acteur du suivi de la dénutrition. Les résultats sont divergents par rapport à la question sur l'importance de cette prise en charge, en effet 65% des médecins s'intéressent à cette question. La consultation dédiée correspond à de la médecine de soins primaires et 91 % pensent qu'elle est du ressort du cancérologue uniquement, même parmi ceux qui la réalisent.

Le temps dédié d'une consultation en moyenne par un cancérologue est de 25 minutes. (71). Or une consultation diététique est un temps à part entière et nécessite en moyenne pour un patient en suivi simple entre 15 et 30 minutes (72).

Il est possible que la formulation de la question limite le nombre de réponses (Il y a plus de médecins qui se déclarent intéressés que de médecins qui consacrent une consultation dédiée à ce sujet). Il aurait pu être intéressant de travailler sur cet aspect. Cependant nous considérons que dépister et corriger une dénutrition prend du temps puisqu'il faut expliquer les conseils diététiques, et que s'il n'y a pas de consultation dédiée, le travail complet est difficile.

4.2.2 Analyse statistique

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative dans cette étude sur des caractéristiques démographiques (âge : $p = 0,91$ et sexe : $p = 0,11$), sur un type d'exercice ou sur le type de cancer qui orienterait vers la mise en place d'une consultation dédiée à la nutrition.

Les habitudes de consultation n'influencent pas la réalisation d'une consultation dédiée, de façon significative mais il existe une tendance statistique (durée : $p = 1$, fréquence : $p = 0,42$). Dans la thèse d'Astrid Loire Flour sur les déterminants du dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en médecine de ville, l'analyse des réponses données montre que les conditions d'examen sont intéressantes (notamment les consultations en présence d'aidants ou à domicile), question que nous n'avons pas posé à notre panel. (73)

Même si le sujet n'est abordé que dans 65 % des cas, nous montrons que les consultations sont en moyenne plus longues que la durée classique. (74)

La thèse de Morgane Mallejac (75) sur « le dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picard : place du MNA », ne retrouve pas de relation significative entre l'utilisation du MNA et le sexe $p=74,9$, l'âge $p=11,4$ et le lieu d'exercice $p=95,1$. Les résultats de cette thèse sont concordants avec la nôtre.

Dans la thèse de Lucie Bolignano, étude quantitative par questionnaire, à partir d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes constituée à partir du site du Conseil National de l'Ordre des médecins (76), il est mis en évidence une réduction de la préoccupation du dépistage de la dénutrition chez la personne âgée avec l'ancienneté de l'exercice professionnel, probablement due à l'éloignement de la formation médicale initiale. Les médecins généralistes en soins primaires suivent les recommandations s'ils ont des retours en discutant avec leurs pairs, et s'ils ont confiance dans ces dernières en obtenant des retours d'expérience positifs. Les médecins installés depuis plus longtemps déclarent que les recommandations sont plus difficiles à tenir.

4.3 Techniques de prise en charge de la dénutrition

4.3.1 Organisation du travail

La contrainte de lieu est au premier plan, les personnes âgées dépendantes ne pouvant pas toujours se déplacer au cabinet. Quand elles sont examinées au domicile, et cela est de plus en plus rare dans l'exercice actuel des médecins, (dans notre étude seulement 30 %) et 12 % du nombre total d'actes effectués par les généralistes en France, d'après les données 2010 de l'Assurance Maladie (77), elles ne possèdent parfois pas de balance poussant probablement les généralistes à se tourner vers la biologie pour faire le diagnostic de dénutrition.

La rareté du nombre de visites témoigne possiblement d'une majoration de la charge de travail des médecins généralistes. Ce changement d'exercice complexifie la prise en charge. Un travail pour préciser les difficultés de suivi lors des visites à domicile pourrait être imaginé.

La contrainte de temps est également majeure. Les nombreuses pathologies à suivre, la nécessité d'un examen clinique détaillé et le soutien psychologique sont chronophages, les conseils oraux également, d'ailleurs la durée moyenne d'une consultation pour ces patients est de 15 à 30 minutes pour 94 % des médecins de notre étude. Les médecins sont à 74 % partisans d'une consultation dédiée à la dénutrition réalisée par le cancérologue.

La fréquence des consultations est à 51 % de quasiment une consultation tous les mois, ce qui concorde avec le renouvellement des traitements.

Cela nous amène à penser comme piste d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle de nos aînés : l'amélioration de la qualité gustative des plats proposés, la diversification des sociétés de restauration pour le portage des repas à domicile et le développement de lieux de restauration conviviaux pour les personnes âgées.

Une autonomisation du patient sur son état de santé pourrait également permettre un suivi plus organisé et donc efficient.

4.3.2 Type de patients

Sur l'ensemble des répondants, en moyenne les médecins avait 12 patients en rémission avec un cancer localisé, 5 patients en post-chirurgie, 4 patients avec un cancer métastatique et 4 patients en cours de traitements actifs (radiothérapie/chimiothérapie). La patientèle moyenne d'un médecin généraliste étant de 864 patients, les patients porteurs de cancer constituent donc un nombre limité dans chaque patientèle de médecins généralistes par rapport aux autres pathologies.

4.3.3 Recommandations

Concernant la dénutrition dans un contexte oncologique, il y a peu d'études sur les pratiques des médecins généralistes libéraux. La plupart des travaux ont été réalisés chez la personne âgée.

En l'absence de consensus sur la prise en charge de la dénutrition du patient âgé atteint de cancer, nous avons choisi de nous baser sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée atteinte de cancer datant de 2007 (45).

Après analyse des réponses concernant les critères diagnostiques de la dénutrition, on constate que les médecins généralistes adhèrent à ces critères définis par la Haute Autorité de Santé en 2007.

La plupart des médecins interrogés ont une bonne connaissance des mécanismes de la dénutrition du patient atteint de cancer et des conséquences de celle-ci.

Ainsi, on note que la majorité des médecins interrogés peuvent dépister correctement les patients à haut risque de dénutrition qu'importe le primitif.

De manière générale la médecine actuelle est basée sur de nombreuses recommandations dont l'objectif principal est d'améliorer, de faciliter et d'uniformiser les pratiques.

D'après la thèse de Kadi Abdallah (78), certains praticiens attestent que leur pratique est guidée et facilitée par les recommandations alors que d'autres s'en passent facilement et ont une pratique basée sur le « bon sens ». Différents travaux suggèrent un écart entre les pratiques médicales et les recommandations (79).

Les recommandations sont basées sur un consensus de plusieurs experts. Elles sont un outil pour guider les praticiens dans leur choix mais surtout pour les former au sujet abordé. Le médecin généraliste acteur de santé principal devrait être plus largement représenté afin de prendre en compte, lors de l'élaboration des recommandations, la réalité de la médecine ambulatoire. Il est important d'uniformiser les pratiques. Il apparaît intéressant de réaliser des recommandations plus spécifiques à chaque lieu d'exercice afin d'aider au dépistage en ville.

4.3.4 Clinique

Concernant le dépistage de la dénutrition, la majorité des médecins réalisent une surveillance de : l'autonomie, l'activité physique, le sommeil, l'hygiène buccale, l'anorexie, le dégoût alimentaire, la modification du goût et de l'odorat, les effets secondaires des traitements (troubles digestifs, lésions buccales), les troubles de la déglutition, la présence d'un obstacle mécanique, la douleur. En ce qui concerne l'évaluation des apports alimentaires, l'évaluation de la fréquence des repas est la plus plébiscitée (à 86 %) à la différence de l'agenda alimentaire (à 16 %). Les médecins s'intéressent à la qualité et la quantité des repas.

Dans notre étude tous les médecins mesurent le poids, la majorité mesure la taille et calcule l'IMC. En revanche les mesures anthropométriques (circonférences/plis cutanés) ou encore la réalisation du MNA sont peu fréquentes. Il est fort possible que notre étude ait un

biais de ce côté-là car toujours selon les travaux de A. Kadi en 2013 qui enquêtait sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées par le médecin généraliste, seul 68 % des médecins pesaient leurs patients à chaque consultation. D'autre part, 34 % des médecins calculaient l'IMC et seuls 12 % des médecins pratiquaient le MNA.

Or, nous rappelons que les recommandations de l'HAS stipulent que le poids doit être mesuré à chaque consultation en ville.

Il est à supposer que la faible utilisation de l'IMC en médecine de ville soit due à la difficulté de son utilisation lors des visites à domicile, où les outils nécessaires à la mesure du poids et de la taille ne sont pas toujours disponibles, et la difficulté de mobiliser des sujets souvent semi-autonomes voire grabataires à domicile. La balance est pourtant facile à se procurer par les patients ou par un proche et permettrait un suivi régulier par le patient lui-même.

L'IMC est un critère très spécifique mais peu sensible, car de nombreux patients présentent un surpoids, voir une obésité dans la période précédant la survenue de la dénutrition. L'IMC est faussée en cas d'œdème, d'anasarque, il ne s'agit donc pas du marqueur le plus fiable en gériatrie : un IMC supérieur à 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition chez le sujet âgé. Son interprétation doit donc être nuancée.

L'intérêt majeur du MNA est de détecter le risque de dénutrition avant toute perte de poids importante ou diminution de l'albuminémie. Mais la réalisation de ce test prend du temps : entre 10 et 15 minutes. Sa sous-utilisation relève probablement d'une inadaptabilité de l'outil à la pratique ambulatoire des médecins généralistes.

4.3.5 Biologique

Le temps clinique est complété par un temps biologique avec le dosage de l'albumine (à 94 %), de la pré-albumine (beaucoup moins, à 53 %), de la CRP (à 77 %), et en minorité de la VS et des vitamines. On peut remarquer que tous les médecins qui dosent l'albumine, ne dosent donc pas la CRP en parallèle.

L'albuminémie est un facteur biologique pronostic majeur de morbi-mortalité même si elle n'est pas spécifique de la dénutrition. Elle permet de distinguer deux formes de dénutrition : la dénutrition par carence d'apport isolée (où l'albuminémie peut être abaissée ou normale) et la dénutrition associée à un hyper catabolisme secondaire à un syndrome inflammatoire (où

l'albuminémie chute rapidement, et dont il faut interpréter le chiffre en fonction de l'état inflammatoire du patient). (80)

L'albumine reflète l'état nutritionnel des 6 dernières semaines contrairement à la pré-albumine qui reste plus un marqueur précoce de renutrition, utilisé parfois pour évaluer l'efficacité des nutritons entérales ou parentérales.

Les mesures des vitamines B, C et D sont très peu utilisées, elles sont assez coûteuses et non indiquées dans le dépistage de la dénutrition.

4.4 Représentations

4.4.1 Des médecins

Notre étude montre que les médecins généralistes mettent facilement en place des compléments nutritionnels oraux, et qu'ils ressentent une maîtrise de cette supplémentation. Cependant la nutrition entérale et parentérale est beaucoup moins maîtrisée, raison pour laquelle le lien hôpital-ville doit être facile pour assurer au mieux la prise en charge des patients. (Pour rappel : 1 % ne prescrivent pas de compléments nutritionnels oraux, 75 % ne connaissent pas les critères selon lesquels il faut passer à une alimentation entérale et 74 % ne connaissent pas les indications de la nutrition parentérale).

Pour appuyer nos propos, un des médecins interrogés a commenté que « l'indication d'une nutrition entérale ou parentérale ne semblait pas être du ressort du généraliste, même si c'est une question essentielle, car dans la pratique de généraliste, elle passe après d'autres problématiques plus parlantes comme celle de la douleur. »

Une réponse soulève le questionnement ; en effet une majorité de médecins pensent qu'il n'y a pas lieu d'intervenir en termes de renutrition quand le cancer est localisé, or il s'agit de prévenir la dénutrition, de la rechercher et de la traiter à tout stade évolutif de la maladie.

Mieux connaître les indications d'une alimentation entérale par exemple lors des prises en charge curative des néoplasies digestives en péri opératoire ou lors de la phase de chimiothérapie adjuvante, permettrait d'alerter le spécialiste et d'être acteur dans la mise en place de celle-ci lorsque les consultations s'espacent ou que le délai est grand entre deux prises

en charge. Il s'agit de traitements souvent mis en place par un réseau de soins coordonnés hospitalier avec lequel le lien est difficile à faire.

Il s'agit peut-être d'une des raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise avec ces notions.

Nous pouvons remarquer que les médecins généralistes se mettent facilement en relation avec leurs confrères gériatres, oncologues, onco-gériatres et structures de coordination, afin de ne pas rester isoler dans des situations complexes.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par le médecin généraliste au dépistage de la dénutrition, la formation est, dans notre étude, le principal obstacle pour 27 % de répondants. De plus, 71 % des répondants déclaraient ne pas avoir eu de formation sur la dénutrition ou de diplôme universitaire complémentaire (Diplôme Universitaire DU nutrition, oncologie ou soins palliatifs ou Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires DESC).

Plusieurs études (81), (82), (83) , ont été réalisées dans différentes régions de France pour évaluer le ressenti et les besoins des médecins généralistes concernant leur formation notamment en cancérologie.

Selon Tardieu et al., les médecins généralistes considèrent leur niveau de formation en cancérologie non satisfaisante. Certains thèmes de formation sont fortement attendus notamment les soins oncologiques de support, la gestion des effets indésirables, les urgences cancérologiques et le traitement de la douleur. En ce qui concerne les modalités de formations : les formations médicales continues sous forme de soirées classiques mono ou pluri thématique et les documents écrits sont les plus demandés. Les formations médicales continues restent les plus attractives pour les médecins généralistes car elles sont courtes et concises. Elles permettent de faire des focus sur les points clés, cibler les priorités tout en confrontant les expériences et les pratiques des omnipraticiens. L'application Nutrition Clinique de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (84) peut apporter des outils d'aide au diagnostic ou à la prise en charge. Le site internet www.dénutrition-formation.fr édité par le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé peut aussi être utilisé. (85)

Il faut quand même noter que le plan d'action du PNNS a été élaboré en ce sens de proposer davantage de formations destinées aux professionnels de santé et d'outils pratiques.

Par ailleurs la gériatrie fait partie depuis plusieurs années du programme de l'Epreuve Classante Nationale, avec notamment l'item n°61 : troubles nutritionnels chez le sujet âgé. (86)

Au vu des résultats de cette étude, nous proposons donc une fiche récapitulative qui sera envoyées aux répondants de l'étude qui nous ont laissé leur email.

4.4.2 Des patients

Une autre difficulté à laquelle sont confrontés les médecins, c'est le manque d'implication de la part des patients.

D'après la thèse de Kadi Abdallah, 62 % des médecins généralistes jugent que la dénutrition ne représente pas un motif de consultation pour la personne âgée, mais plutôt un motif de consultation motivé par l'entourage. (79)

En 2007 dans une étude (à type d'enquête téléphonique réalisée par la société TNS Healthcare auprès d'un échantillon représentatif de la population française stratifié par région et habitat selon les données de l'INSEE) évaluant la perception des personnes âgées à domicile concernant la prise en charge de la dénutrition par leur médecin généraliste (87). Les patients étaient 90 % à estimer qu'une perte de poids devait être signalée à leur médecin généraliste, 86 % que la dénutrition favorisait les infections, 63 % que la réponse à un traitement anticancéreux dépendait de l'état nutritionnel et 61 % que le risque de fracture augmentait avec la perte de poids. Dans leur majorité, les patients âgés considéraient donc que l'état nutritionnel était nécessaire au « bien vieillir ». Cependant, dans la même étude 63 % des personnes âgées considéraient qu'à partir d'un certain âge on a besoin de moins manger. Il apparaît là un défaut de connaissance de la part du patient âgé qui en diminuant ses apports alimentaires favorise sa dénutrition.

Intégrer la personne âgée dans le programme de dépistage est une difficulté non négligeable qui impose au praticien d'expliquer à ses patients les enjeux de toute action de santé, d'autant que certains patients redoutent l'interrogatoire portant sur la prise alimentaire qu'ils ressentent comme une intrusion dans leur quotidien. Cela peut par la suite aboutir à la mise en place d'aides au domicile, souvent une des étapes avant l'entrée en institution.

Nous pouvons en outre nous interroger sur la part de responsabilité des représentations des médecins vis-à-vis des personnes âgées. Une revue de littérature de 1999 sur la personne âgée et sa santé émettait l'hypothèse que « les médecins s'investiraient moins dans la fonction

de conseiller, d'éducateur, d'encouragement dès qu'ils sont face à une personne de grand âge puisque... pensent-ils... c'est déjà trop tard ! » (88)

En tout état de cause, le rôle des autorités de santé est également d'informer le patient, via les médias par des campagnes ciblées précises. L'assurance maladie, comme elle le fait pour la campagne de vaccination contre la grippe, peut aussi participer à l'information du patient via des courriers succincts, les encourageant à parler du problème de dénutrition avec leur médecin généraliste.

Il existe également des limites sociales et psychologiques à prendre en compte. Les conditions de recueils peuvent être difficiles lorsque la communication du patient est altérée par exemple dans les phases terminales de cancer ou devant des troubles cognitifs.

Les limites sociales à domicile peuvent impacter directement sur la nutrition notamment par la précarité financière ou par un isolement social et familial.

Outre la prise en charge médicale, il y a parfois une urgence sociale à mettre en œuvre des aides humaines pour réaliser les courses, la réalisation des repas ou le portage des repas. Le médecin généraliste et l'infirmière libérale grâce à leur évaluation du milieu de vie, sont les premiers relais sanitaires et par leur isolement peuvent aussi être en difficultés pour mettre en place ces aides.

Concernant l'impact psychologique sur les médecins généralistes, l'étude de Nguyen et al. citée précédemment (82) mettait en évidence l'impact psychologique de la prise en charge d'un patient atteint de cancer notamment dans les phases terminales de la maladie et l'accompagnement de fin de vie. La forte lourdeur de la charge morale peut être accentuée par l'isolement des praticiens ruraux, le contexte social ou le retard du diagnostic initial.

4.4.3 Du système

En ce qui concerne les autres difficultés : le manque de temps est une des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de notre étude à 26 %.

Ce résultat concorde avec les thèses de Caroline Cousin Ricour (89) et de Maud Faline (90), qui montraient que le manque de temps en médecine générale gênait 31 % des médecins inclus.

Ces résultats sont également illustrés par d'autres recherches telles que l'Enquête de la Société Française de Médecine Générale (91) réalisée en 2006, intitulée « Nutrition en

médecine générale : quelles réalités ? », mettant en cause le manque de temps dans la relation médecin-patient, le travail de Y. Gaboreau présenté en 2009 (92) et la Thèse de L. Laifa-Mary effectuée en 2011 (93). Ces dernières s'entendant sur le fait que les praticiens ne disposent pas du temps nécessaire au dépistage de la dénutrition. En effet, la population âgée nécessite davantage d'écoute et de temps pour appréhender l'ensemble des problèmes de santé. C'est le cas si l'on veut s'intéresser à sa nutrition et réaliser un dépistage efficace. La durée de ce suivi est un frein largement identifié et évoqué dans la littérature. Outre le défaut de dépistage de la dénutrition, la qualité de la relation médecin-patient est détériorée dans ce contexte où certains médecins contraints par le temps, écourtent les échanges avec leurs patients.

Tout ceci nous pousse à dire que le manque de temps constitue un obstacle pour le dépistage de la dénutrition dans la pratique de la médecine générale ambulatoire. Et il est souvent corrélé à la rémunération. En effet, Doerr et Gaboreau Y. dans leurs travaux de thèse 2009 (94) soulignent que des médecins évoquent la reconnaissance financière insuffisante comme un frein au dépistage de la dénutrition de la personne âgée en ville. Il est nécessaire de revaloriser le statut de médecin généraliste.

En tout état de cause le Conseil National de l'Alimentation a montré que les coûts de prise en charge de la dénutrition sont bien plus élevés que ceux de la prévention.

4.5 Perspectives d'avenir

4.5.1 Organisationnelles

Il transparaît dans cette analyse de résultats que le critère temps entre souvent en jeu : temps pour répondre au questionnaire, temps pour recueillir correctement l'interrogatoire.

Un des axes pour réduire ce facteur temps est d'améliorer l'organisation et la coordination dans les intervenants autour du professionnel de santé.

La responsabilisation du patient lui-même à sa prise en charge nutritionnelle est aussi primordiale et ce dès le diagnostic de la pathologie sous-jacente. L'éducation thérapeutique ETP doit être précoce afin de pouvoir solliciter le médecin traitant, l'oncologue et l'équipe paramédicale dès qu'il est en zone critique au niveau du poids. (95)

Il serait intéressant qu'il y ait plus de détail dans le compte rendu du séjour hospitalier concernant la prise en charge de la dénutrition des patients ainsi qu'une conduite à tenir dans le suivi clinico-biologique et thérapeutique. Cette conduite à tenir pourrait servir de rappel pour le médecin généraliste dans le cadre du dépistage et pourrait le rassurer dans la coordination des soins.

Par extension, on pourrait envisager l'existence d'un classeur remis au patient lors de la consultation d'annonce, avec un onglet sur la prise en charge nutritionnelle comprenant une surveillance du poids mensuelle élaborée sous forme de courbe avec des seuils d'alertes qui serait tenue à jour par le médecin traitant, le patient lui-même ou l'un de ses proches.

Ce document contiendrait toutes les informations concernant son protocole de soin (bilans biologiques, coordonnées des équipes soignantes et des oncologues impliqués, déroulement chronologique des cures de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, fiches informatives concernant les effets indésirables, etc.).

Le patient devrait le communiquer à son médecin traitant lors des différentes consultations (à l'image du Dossier Médical Personnel).

Ce classeur pourrait même contenir un onglet paramédical.

Le Plan Cancer 2014-2019 insiste sur la nécessité d'améliorer la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé libéraux et les équipes hospitalières par la mise en place d'un dossier communicant de cancérologie opérationnel. Y seront intégrés à terme les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer. La traçabilité du poids et l'Echelle Visuelle Analogique des ingesta devraient pouvoir trouver toute leur place dans les documents partagés entre médecins généralistes et spécialistes.

Aujourd'hui, l'expérimentation Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie PAERPA a pour but de préserver l'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans. Elle a abouti à la mise en place à l'échelle nationale de Paaco/Globule, application informatique accessible sur ordinateur, tablette et smartphone qui permet un partage simple, rapide et sécurisé d'informations facilitant la coordination des acteurs de santé. Elle repose sur 3 fonctionnalités principales : un journal de transmission, un agenda couplé à un questionnaire de tâches et une « documenthèque » (96). Au mois de juin 2017, le dispositif comptait 10 000 utilisateurs pour plus de 100 000 personnes suivies. Ce type d'outil très réactif pourrait s'avérer très utile dans le dépistage de la dénutrition.

Un outil de dépistage rapide et simple intégré au logiciel informatique du suivi des patients pourrait être intéressant. A ce jour, il n'y a pas de « score » de dépistage informatisé. On l'a vu, le dépistage s'effectue par la recherche de situations à risque et des mesures cliniques. Le seul index valable pourrait donc être le MNA-SFR qui est rapide d'usage. Par ailleurs, en cas de risque de dénutrition, une consultation dédiée semblerait être le plus approprié avec notamment la réalisation du MNA global, plus approfondi.

Pour finir, il pourrait être judicieux en France de créer une structure de soins indépendante de l'hôpital plus accessible aux patients qui pourrait rassembler plusieurs professionnels comme des diététiciens, des kinésithérapeutes, des éducateurs sportifs formés à l'activité physique adaptée, des orthophonistes.

Toutes ces dispositions se heurtent néanmoins à la sur-sollicitation des patients dans le parcours de soins lors d'un suivi en cancérologie déjà très chargé. Par ailleurs il faudrait avoir des objectifs adaptés au stade de la maladie et aux capacités fonctionnelles, cognitives de chaque patient. Il s'agit d'une nouvelle étape à développer dans le plan personnalisé de soins de chaque patient âgé suivi pour une néoplasie.

4.5.2 Formations

Pour faire cela il serait intéressant de proposer aux médecins généralistes des formations concises et des outils pratiques concis.

En termes d'outils pratiques Pascal Crenn (97) propose deux alternatives à l'évaluation des ingesta. La première serait une enquête semi-quantitative en 3 classes répartissant les ingesta normaux ou subnormaux, les ingesta diminués (50 % des apports recommandés) et les ingesta nuls. La deuxième alternative serait d'utiliser le principe d'une EVA ou Verbale semblable à celle de la douleur. Il existe à ce jour l'Evaluation de la Prise Alimentaire EPAR, validée par la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme pour le dépistage en milieu hospitalier.

L'EPAR se présente sous la forme d'une règlette en plastique. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur à déplacer le long d'une ligne dont une extrémité correspond à « *Appétit normal* » et l'autre à « *Absence d'appétit* ». Le patient doit positionner le curseur à l'endroit qui correspond à son appétit pendant la semaine passée. Sur l'autre face, se trouvent

des graduations millimétrées vues par le soignant. Sous le seuil de 7 on considère qu'il existe une anorexie et un risque de dénutrition. Une étude réalisée chez 114 patients ambulatoires et hospitalisés, dénutris ou à risque de dénutrition montrait une corrélation entre les résultats obtenus via cette échelle et l'enquête alimentaire sur 3 jours (98). De plus, dans cette étude, 81 % des patients dont le score était < 7 étaient effectivement dénutris, selon l'index de risque nutritionnel. La sensibilité de cette EPAR est de 57 %, la spécificité de 81 %, la valeur prédictive positive de 86 % et la valeur prédictive négative de 46 %. Cet outil simple d'usage pourrait être plus souvent utilisé en pratique courante en complément de l'interrogatoire. Il a cependant plus une valeur diagnostique que de dépistage.

En ce qui concerne la formation, il existe différents Diplômes Universitaires et Capacités permettant effectivement de compléter ses connaissances. Certaines formations concernant la dénutrition sont accessibles dans le cadre du Développement Professionnel Continu.

Sur le plan local, une formation pourrait être proposée sur la base du volontariat aux médecins généralistes de l'étude pour reprendre les méthodes de dépistage, de diagnostic et pourquoi pas aborder la prise en charge.

4.5.3 Financières

Dans la thèse de Perrine Courtecuisse (99) sur les modalités de prescription des compléments nutritionnels oraux par les médecins généralistes chez les patients atteints d'un cancer, 80 % des praticiens seraient favorables à une prise en charge spécialisée de la dénutrition en ambulatoire pour les patients atteints d'un cancer. La consultation chez le médecin nutritionniste est remboursée par la sécurité sociale mais pas la consultation chez le diététicien libéral, et en milieu hospitalier les diététiciens sont surchargés par les consultations dans les différents services et ne sont pas suffisamment disponibles pour effectuer un suivi régulier pour les patients ambulatoires. Une consultation diététique remboursée pour l'évaluation des ingesta pourrait être bénéfique. Par ailleurs, certaines mutuelles participent au remboursement de la consultation diététique.

Le manque de temps est mis en avant dans le cadre de notre étude et a fortiori pour l'utilisation du MNA. Cela va de pair avec la rémunération. Une majoration à l'acte à type de consultation dédiée pour le dépistage, une cotation spécifique ou bien une Rémunération sur

Objectifs de Santé Publique pourrait être une solution. (100) Cela permettrait de régler le problème de la dénutrition des personnes âgées cancéreuses lors d'un temps dédié confortable.

Dans les études antérieures de Doerr en Lorraine (2009) et de l'Observatoire Régional de la Santé (101) en région Provence-Alpes-Côte d'Azur PACA (2006), 35 % des médecins voulaient une valorisation financière pour le dépistage.

Il existe depuis juillet 2014 un forfait Majoration Personne Agée MPA étendu aux patients de plus de 80 ans versé directement par l'assurance maladie sous forme de tiers payant trimestriel aux médecins généralistes afin de permettre une meilleure prise en charge des critères de fragilité dont la dénutrition (102). Il s'agit d'une majoration de 5 euros pour chaque consultation de cette population ciblée. Dans la thèse de Thomas Bellocq (39), plus de deux tiers de l'échantillon ne jugent pas cette majoration satisfaisante pour l'aide à la prise en charge et 15 % ne la connaissent pas.

4.6 Points forts et faibles

4.6.1 Points forts

Il s'agit d'une question originale avec peu d'études sur le sujet et la seule sur le territoire.

La méthode employée est cohérente avec le projet du travail et elle est effectivement susceptible d'apporter une réponse à la question posée dans l'introduction. Il existe une pertinence clinique des résultats qui offrent une réponse et des perspectives à la question posée.

Il n'existe pas de biais de recrutement géographique : car la région Nouvelle Aquitaine suit la moyenne nationale en termes d'incidence de cancer. (103)

Il n'y a pas de biais de mesure du fait de l'utilisation d'un questionnaire standardisé.

La faisabilité du questionnaire en seulement 4 minutes, (qui reste exhaustif avec plusieurs objectifs), l'interface numérique, la qualité de présentation générale, et du contenu ont été soulignés par plusieurs praticiens dans un espace « commentaires libres ».

L'échantillon est représentatif de la population étudiée.

Pour finir, la valeur ajoutée de notre travail, est la proposition d'une fiche récapitulative qui pourrait être distribuée aux médecins généralistes afin de faciliter leur pratique.

4.6.2 Points faibles

L'échantillon étudié est très faible avec seulement 87 répondants (5,6 %), qui limite l'analyse statistique. Néanmoins, les études similaires (envoi de questionnaires) ont le même pourcentage de réponse (environ 10 % dans les thèses analysées), d'autant plus dans le cas de questionnaire distribués par l'intermédiaire de l'Ordre des Médecins (5 % en moyenne). Ce type d'étude est intéressant en préliminaire mais pourrait être complétée par des études qualitatives.

Nos résultats sont par conséquent plutôt descriptifs et ne permettent pas de démontrer une différence statistique dans les pratiques. L'étude a une faible puissance, mais permet de donner des pistes de réflexion dans le but d'une amélioration des pratiques.

Nous avons cherché à comprendre les raisons pouvant expliquer ce faible taux de réponses et plusieurs hypothèses sont plausibles.

Premièrement, le manque de temps des médecins, dû à un planning de consultation chargé et la sollicitation répétée à répondre aux questionnaires des thésards qui peut aboutir à une certaine lassitude. Et deuxièmement la nutrition du sujet âgé n'est peut-être pas le thème pour lequel les médecins généralistes s'investissent le plus comparé à d'autres motifs de prévention ou alors tout simplement les non-répondants ne présentaient pas dans leur patientèle de patients âgés cancéreux.

Il existe un biais de sélection : Les médecins ayant accepté de répondre au questionnaire sont sans doute plus intéressés ou plus motivés par la cancérologie que ceux qui ont refusé. Cela peut entraîner une surestimation de certaines réponses concernant l'implication dans ce domaine.

Il existe un biais de classement à type de biais de mémorisation/déclaration (ou d'information) notamment en rapport avec les questions sur les critères de suivi nutritionnel : la compréhension et l'interprétation des questions ainsi que les réponses déclarées restent soumises à la subjectivité des médecins interrogés.

De plus il existe un effet Hawthorne qui correspond au fait que les praticiens peuvent modifier leur comportement lorsqu'ils se sentent observés : les médecins répondants pouvant se sentir jugés préfèrent donner la bonne réponse plutôt que celle correspondant à leur pratique.

Ce risque induit en l'absence de leurre un risque de surévaluation de la performance des médecins. Une alternative possible aurait été de laisser une réponse libre des médecins généralistes sur la prise en charge et cela pourrait être proposé sur une autre étude. Une manière de répondre à la question aurait pu être également d'étudier une population de patients âgés atteints de cancer et d'objectiver la qualité de leur suivi nutritionnel mais cela aurait été entaché de nombreux biais également.

Il n'y a pas de véritable solution pour s'affranchir de ce biais, la seule chose que nous avons pu faire c'est rendre confidentiel et anonyme le recueil des données.

Il existe un biais de représentativité : si les non-répondants portent une caractéristique qui est un facteur de confusion et par la puissance insuffisante.

En conséquence de part ce taux de réponse faible et ces biais cités précédemment, nos résultats sont descriptifs et permettront de faire certains constats dans le but d'une amélioration des pratiques.

Il y a probablement un facteur confusionnel. Il aurait été probablement intéressant de bien différencier la prise en charge curative en excluant la prise en charge palliative symptomatique où les objectifs nutritionnels sont différents.

4.7 Proposition de la fiche

La dénutrition en oncogériatrie : parlons-en !

QUI ? Le Médecin Généraliste. Prévenir la dénutrition et anticiper la renutrition. Dépister pour alerter et enrayer le processus. Faire le lien avec l'oncologue pour solliciter le gériatre ou la diététicienne dans un but de prise en charge personnalisée. S'entourer : CLAN, UTN, réseau gérontologique, CCAS, CLIC. Valorisation d'une consultation dédiée (acte CCAM). Adresser pour une évaluation oncogériatrique.

POUR QUI ? Tous les dénutris ou à risque de dénutrition.

POURQUOI ? Taux de dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans en ville : 4 à 30 %. Taux de dénutrition des patients atteints d'un cancer : 40 %. Population vieillissante. Identification trop tardive. Enjeu de santé publique. Amélioration de la survie. Diminution de la morbidité. Alimentation plaisir et qualité de vie en prise en charge palliative.

QUAND ?

Définition :

- Dénutrition : si perte de poids > ou = à 5% en 1 mois ou > ou = à 10 % en 6 mois, IMC < 21, albuminémie < 35g/l, MNA global < 17.
- Dénutrition sévère : si perte de poids > ou = à 10 % en 1 mois ou > ou = à 15 % en 6 mois, IMC < 18, albuminémie < 30g/l.

Examen clinique

- Détermination des apports alimentaires.
- Poids régulier (tous les 15 jours si dénutrition modérée et mesures de correction en cours).
- Dosage albumine + CRP.
- MNA- SF si < 11 : MNA anormal si < 23,5.
- Grille G 8 : anormal si < 14 : solliciter une consultation spécialisée par un gériatre.

Apports nutritionnels recommandés :

- Apport calorique : 30-35 kcal/kg/j.
- Apport protéique : 1 à 1,2g/kg/j. Protéines animales ++.
- Apport glucidique : 50 à 55% de la ration énergétique journalière. Glucides complexes ++.
- Apport lipidique : 35% des apports énergétiques totaux. Acides gras insaturés, Oméga 3 et 6 ++.
- Besoins en vitamines et minéraux : les mêmes que l'adulte : vitamine D 5ug/j, calcium 900mg/j.
- Besoins en eau : 35 à 45 ml d'eau/kg/jour.

COMMENT ?

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

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois par semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation
Albumine	Dosage de l'albuminémie	Au moins 1 fois par mois



Insee 2017 : la population française vieillit [Internet]. 2018 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://observatoire-des-seniors.com/insee-2017-la-population-francaise-vieillit/>

HAS, Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. (En ligne). www.has-sante.fr. Consulté le 18/02/2020.

Autoun S., Basdevant A., Bouteloup C., Cano N., Ciangura C., Colomb V., et al. Programme National Nutrition Santé 2 : Dénutrition une pathologie méconnue en société d'abondance. Paris : Ministère de la Santé et des Sport ; 2001, 94. (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolique). (En ligne). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf. Consulté le 26 juin 2019.

Raynaud-Simon A. La dénutrition du sujet âgé. (En ligne). <http://www.longuevieetautonomie.fr/> Consulté le 17 mars 2020. Chidlovskii E. Actualités en nutrition chez le sujet âgé. Repères en gériatrie. 2020 ; 22 : 74 - 86

V Conclusion

Avec le vieillissement progressif de la population, l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est devenue un défi majeur de santé publique.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde et l'objectif secondaire était de sensibiliser ces médecins à la cible nutritionnelle pour tenter de diminuer le pourcentage de patients dénutris non pris en charge au cours de son parcours de soin par les différents intervenants.

Pour améliorer la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée cancéreuse, il semble qu'une prise de conscience générale soit nécessaire avec une éducation de la population âgée et cancéreuse afin de sensibiliser autour de la dénutrition et combattre les idées reçues, par exemple autour de campagnes de prévention.

Une des pistes serait d'instaurer une consultation dédiée au dépistage de la dénutrition, car une prise en charge nutritionnelle adaptée, précoce, dès le diagnostic, et intégrée au parcours de soin, est aujourd'hui un garant fort de la réussite du projet thérapeutique, du maintien de la qualité de vie et peut être d'une meilleure survie.

Il serait également nécessaire d'insister sur la formation des différents acteurs agissants auprès de la personne âgée. La dénutrition étant une affaire de tous, l'accent devrait être mis dans un travail de coordination entre les différents intervenants auprès des personnes âgées, tel que le développement d'un « réseau nutrition » en ville. Dans notre étude les médecins généralistes ont conscience du problème de la dénutrition et de ses conséquences, et ils estiment que sa prise en charge est prioritaire. Des formations locales en présence de médecins gériatres et nutritionnistes pouvant entrer dans le cadre du développement personnel continu des médecins généralistes permettraient une meilleure sensibilisation aux problématiques de dénutrition et amélioreraient le lien ville-hôpital. L'aspect chronophage du dépistage pourrait être diminué avec la mise en place d'un outil pluridisciplinaire, permettant une meilleure coordination des soins par le médecin traitant. De même, une consultation majorée, une cotation

spécifique du MNA ou l'intégration du dépistage de la dénutrition aux ROSP seraient peut-être plus efficaces.

Une formation en cancérologie sur les pronostics des maladies et l'importance de la nutrition dans les pathologies au stade curatif semblerait également nécessaire.

Notre questionnaire ne permet pas de faire de lien entre les réponses des médecins généralistes sur le type de patient, leur indépendance fonctionnelle et leur autonomie ni sur l'évolution de la maladie en fonction des objectifs nutritionnels. Cela pourrait faire l'objet d'une seconde enquête peut être sur un modèle plus qualitatif.

VI Bibliographie

1. Insee 2017 : la population française vieillit [Internet]. 2018 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://observatoire-des-seniors.com/insee-2017-la-population-francaise-vieillit/>
2. OMS | Vieillissement [Internet]. WHO. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
3. France et al. - 2010 - Vivre ensemble plus longtemps enjeux et opportunités.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/vivre_ensemble_plus_longtemps.pdf
4. VIEILLESSE : Définition de VIEILLESSE [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/vieillesse>
5. Chaplain - La dénutrition des personnes âgées de plus de 75 a.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01870296/document>
6. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
7. Rencontres régionales sur la certification des établissements de santé. Polyclinique de Riaumont. Le dépistage de la fragilité du sujet âgé en Hôpital de jour. (En ligne). <https://www.has-sante.fr>. Consulté le 29 septembre 2019.
8. Yves Rolland. Le concept de Fragilité. (En ligne). <http://www.medecine.ups-tlse.fr>. Consulté le 29 septembre 2019.
9. Syndrome de Fragilité. In : Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. 197-207. (En ligne). <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>. Consulté le 29 septembre 2019.
10. Bourdel-Marchasson I, Guérin O. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : stratégie thérapeutique en cas de dénutrition du sujet âgé. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2012;26(4):296-302.
11. Fried et al. - 2001 - Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://watermark.silverchair.com>
12. Bourdel-Marchasson et Guérin - 2012 - Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/showarticlefile/773688/main.pdf>
13. Wildiers H., Heeren P., Puts M., Topinkova E., L.G. M., Heijnen J. et al. International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With

Cancer. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. 2014 ; 32 : 2595-2603. (en ligne). Disponible sur: <https://europepmc.org>. Consulté le 16/12/2019

14. EORTC, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Prise en charge du patient âgé atteint de cancer. (En ligne). <https://www.eortc.org/>. Consulté le 16 décembre 2019.

15. L'évaluation gériatrique en cancérologie - Oncogériatrie [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/L-evaluation-geriatrique-en-cancerologie>

16. Caillet et al. - 2011 - Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision.pdf [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18435.pdf>

17. Fossey-Diaz. Cancers et sujets âgés. EMC Traité de Médecine. 2018 ; 13 : 1-8. (En ligne). <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr>. Consulté le 16 mars 2019.

18. La ligue contre le cancer. Qu'est-ce que le cancer ? (En ligne). ligue-cancer.net. Consulté le 26 juin 2019.

19. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>

20. Le cancer en chiffres | Fondation contre le Cancer [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer.be/le-cancer/le-cancer-en-chiffres>

21. Les chiffres clés du cancer en France | Ligue contre le Cancer [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/26089_les-chiffres-cles-des-cancers

22. Comment fonctionne notre balance énergétique ? [Internet]. Nutrition Obésité. 2015 [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: <http://drgauthier-nutrition-obesite.fr/comment-fonctionne-notre-balance-energetique/>

23. Dénutrition [Internet]. Nutrisens. 2016 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nutrisens.com/denuitrition/>

24. Autoun S., Basdevant A., Bouteloup C., Cano N., Ciangura C., Colomb V., et al. Programme National Nutrition Santé 2 : Dénutrition une pathologie méconnue en société d'abondance. Paris : Ministère de la Santé et des Sport ; 2001, 94. (Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolique). (En ligne). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denuitrition.pdf. Consulté le 26 juin 2019.

25. Dartigues JF, Péres K. Epidémiologie de la dépendance des sujets âgés Paquid, 3C, AMI. :38.

26. HAS, Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. (En ligne). www.has-sante.fr. Consulté le 18/02/2020.
27. Epidémiologie de la dénutrition. In : Carences nutritionnelles, étiologies et dépistage. 149-162. (En ligne). <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/190/?sequence=14>. Consulté le 29 septembre 2019.
28. Raynaud-Simon A. Renutrir le sujet âgé. La revue du praticien Médecine Générale. 2019 ; 33 : 781-782. Consulté le 29 décembre 2019.
29. Dénutrition chez la personne âgée : épidémiologie et situations à risque [Internet]. École de la dénutrition. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ecole-de-la-denutrition.com/denutrition-et-geriatrie/denutrition-personne-agee/epidemiologie-situations-a-risque/>
30. Réseau NACRe - Réseau National Alimentation Cancer Recherche - Prévenir la dénutrition au cours du cancer et son traitement [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www6.inra.fr/nacre/Pendant-le-cancer/Prevenir-la-denutrition-au-cours-du-cancer-et-son-traitement>
31. Ramloll S. Etat des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients atteints d'un cancer en médecine générale dans la région Poitou Charentes. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale. Poitiers ; 2016, 59.
32. Cynober L. Physiopathologie de la dénutrition. Rev Francoph Lab. 1 sept 2014;2014(465, Part 1):47-52.
33. Chaplain D. La dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans: étude du dépistage en ambulatoire par le Mini Nutritional Assessment dans un pôle de santé rural en Basse-Normandie. :86.
34. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Santé Publique France. (En ligne). <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>. Consulté le 16 mars 2019.
35. Dénutrition chez un sujet âgé cancéreux - ScienceDirect [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.docelec.u-bordeaux.fr/science/article/pii/S0007996012001472>
36. 2002 - Bonnes pratiques diététiques en cancérologie dén.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/showarticlefile/11423/main.pdf>
37. Zazzo J-F. Mécanismes et conséquences de la dénutrition. La revue du praticien. 2003 ; 53 : 248-253 (En ligne). <http://solr.gmsante.fr/>. Consulté le 18/02/2020
38. Melzi MA, Derbouz Z, Bachiri Z, Bounedjar A. Évaluation nutritionnelle des patients sous traitement anti néoplasique en Algérie. Nutr Clin Métabolisme. mars 2019;33(1):67-8.

39. Bellocq T. Evaluation des pratiques du dépistage de la dénutrition des patients de plus de 70 ans : étude réalisée auprès de 102 médecins généralistes en Charente-Maritime. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Poitiers ; 2017, 77.
40. Rufenacht P, Mach-Pascual S, Iten A. Hypovitaminose B12 : challenge diagnostique et thérapeutique. Rev Médicale Suisse. 2008;5.
41. Feart et al. - 2017 - Associations of lower vitamin D concentrations wit.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2017/05/2017_05_19_CP_Alzheimer_VitD.pdf
42. Alonso E, Krypciak S, Paillaud E. Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés. Gerontol Soc. 20 oct 2010;33 / n° 134(3):171-87.
43. Fédération Francophone de Cancérologie Digestive. Généralités sur les effets secondaires indésirables de la chimiothérapie. (En ligne). <https://www.ffcd.fr>. Consulté le 29 décembre 2019.
44. Leblanc A, Guilbot A. Fonte musculaire versus croissance tumorale : un paradoxe dans le soin nutritionnel du sujet cancéreux. Cah Nutr Diététique. 1 juin 2015;50(3):150-7.
45. 2007 - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitrit_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
46. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Acides gras de la famille Omega 3 et système cardiovasculaire : intérêt nutritionnel et allégations. 104. (En ligne). <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ra-omega3.pdf>. Consulté le 29 septembre 2019.
47. Vincent H, Caillet P, Paillaud E. Manifestations générales associées au cancer : dénutrition et fatigue. Spécificités et recommandations chez les sujets âgés. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2011;11(66):232-42.
48. Delarue et al. - 2018 - Les nouveaux critères de diagnostic de la dénutrit.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: https://www.sfdiabete.org/files/files/JNDES/2019/8_mced95_delarue.pdf
49. Torres M. Statut nutritionnel de la personne âgée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences. Thèse de Docteur en Médecine. Université de Bordeaux ; 2014, 265.
50. Allain - Intérêt de la complémentation nutritionnelle orale.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00869171/document>
51. SFNEP Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Recommandations Professionnelles : Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. (En ligne). <https://www.onco-hdf.fr>. Consulté le 28 janvier 2020.

52. 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 (En ligne). <https://www.sciencedirect.com/>. Consulté le 18 février 2020.
53. Karmouta Y. Nutrition, péri-opératoire en chirurgie digestive carcinologique : étude ciblée de pratiques professionnelles au centre hospitalier universitaire de Rouen. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. Rouen ; 2017, 130.
54. Antoun et al. - 2018 - Oncologie. La prise en charge de la dénutrition de.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2018/9/RDP_2018_9_940.pdf
55. Guérin - 2009 - Prise en charge nutritionnelle en oncogériatrie.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/showarticlefile/205950/main.pdf>
56. Touraine M. Plan cancer 2014-2019 : Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris : 2014, 152. (En ligne). https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/07/2014-02-03_plan_cancer.pdf. Consulté le 4 octobre 2019.
57. Société Française de Médecine Générale. Fiche de soins Primaires. (En ligne). http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf. Consulté le 29 décembre 2019.
58. Quilliot D, Rossi F. Organisation, niveaux de prise en charge de la dénutrition et place des acteurs de santé dans les parcours de soins en nutrition à l'hôpital et en ville. Nutr Clin Métabolisme. 1 déc 2016;30(4):316-25.
59. Niemier J-Y, Claudot F, Nguyen-Thi PL, Klein I, Rousselot H, Perret-Guillaume C. Critères de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer : comparaison entre médecins généralistes et spécialistes du cancer en Lorraine. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2017;15(4):369-76.
60. Soins médicaux : difficulté régionale d'accès France 2018 [Internet]. Statista. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/940402/soins-medicaux-difficulte-regionale-d-acces-france/>
61. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables-a-des>
62. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital.

(En ligne). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>. Consulté le 18 décembre 2019.

63. Fougère B., Chicoulaa B., Lagourdette C., Secher M., Oustric S., Vellas B., et al. Détection et évaluation des patients âgés fragiles et/ou avec des troubles cognitifs en soins primaires : résultats à 3 ans issues de l'étude FAP. Consulté le 29 décembre 2019.

64. Santé Publique France. Cancers. (En ligne). maladies-et-traumatismes/cancers. Consulté le 18 décembre 2019.

65. Latino-Martel P, Bachman P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : compléments alimentaires antioxydants pendant et au décours du traitement des cancers. *Nutr Clin Métabolisme*. déc 2012;26(4):238-46.

66. Boranian et al. - Validation des recommandations.pdf [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: https://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/Autre/2013_Synthese_recommandations_nutriton_oncologie_SFNEP_2012.pdf

67. El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Spécialité Médecine Générale. Université d'Amiens ; 2016, 63.

68. Cartographie de la population médicale : les grandes disparités de Nouvelle-Aquitaine [Internet]. France 3 Nouvelle-Aquitaine. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/cartographie-population-medicale-grandes-disparites-nouvelle-aquitaine-1586023.html>

69. Touraine M., Fioraso G. Plan Cancer 2014-2019 : Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Deuxième édition. Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes ; 2014, 210 pages. (En ligne). www.e-cancer.fr. Consulté le 18 février 2020.

70. HAS, Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. (En ligne). <https://www.has-sante.fr>. Consulté le 17 février 2020.

71. Saltel P., La consultation d'annonce : quel contenu, quelle durée, quelle évaluation ? 27^{ème} journée de la SFSPM. 2005 ; 373-380. (En ligne). <http://documents.irevues.inist.fr/>. Consulté le 17 février 2020.

72. Breuil Genier P., Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. 2006 ; 481 : 1-8 (En ligne). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>. Consulté le 17 février 2020.

73. Loire-Flour A. Déterminants du dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en médecine de ville. Thèse de Médecine Générale. Université Pierre et Marie Curie Paris 6 ; 2016, 230 pages. (En ligne). <http://www.cmge-upmc.org>. Consulté le 20 décembre 2019

74. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. 2006 ; n°481 : 1-8. (En ligne). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>. Consulté le 28 janvier 2020.
75. 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 de Médecine Générale. Université d'Amiens ; 2015, 64 pages. (En ligne). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>. Consulté le 20 décembre 2019.
76. BOLIGNANO-these-Depistage_Denutrition_Obeses.pdf [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/BOLIGNANO-these-Depistage_Denutrition_Obeses.pdf
77. Pourquoi Docteur. Visites à domicile : 12 % de l'activité des médecins. (En ligne). www.pourquoidocteur.fr. Consulté le 20 décembre 2019.
78. Abdallah K. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure et Loire : enquête auprès des médecins généralistes. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Université François-Rabelais de Tours ; 2013, 49.
79. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé Publique. 2006;18(4):573.
80. Ferre - Utilisation des compléments nutritionnels oraux ch.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083428/document>
81. Tardieu et al. - 2012 - The place of general practitioners in cancer care .pdf [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://pdf.sciencedirectassets.com>
82. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Prospects in oncology for general practitioners inter-regional 2010 survey. Bull Cancer (Paris). oct 2011;98(10):1143-52.
83. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Université de Poitiers ; 2013, 205.
84. Tout sur la dénutrition, perte de poids, prise en charge [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.nutritionclinique.fr/>
85. CNA - Conseil National de l'Alimentation [Internet]. CNA. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cna-alimentation.fr/v2>, <https://www.cna-alimentation.fr/>
86. Item 61 Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.pdf [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item61/site/html/cours.pdf>
87. Masson E. O018B Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes [Internet]. EM-Consulte. [cité

31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/162498/article/o018b-perception-par-les-personnes-agees-a-domicile>.

88. Doumont D., Libion F., Deccache A. Les personnes âgées et leur santé : Besoins, représentations, comportements... (2ème partie). Belgique : Unité d'Education pour la Santé ; 1999, 21. (En ligne). https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9793. Consulté le 30 janvier 2020.

89. Cousin Ricour C. La dénutrition des personnes âgées au domicile : Etudes des pratiques professionnelles auprès de 157 médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais [Thèse de médecine générale]. [Lille]: Université Lille; 2015.

90. 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 le Doctorat en Médecine. Université François-Rabelais Tours ; 2012, 81.

91. Observatoire du Pain. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? Résultats de l'enquête SFMG réalisée en mars 2006. Le point sur....2007 ; 1-6. (En ligne). <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee-en-mars-2006.html>. Consulté le 03 novembre 2019.

92. Gaboreau Y. Dénutrition et démence du sujet âgé : Comparaison des déterminants à la pratique du dépistage par le médecin généraliste en Savoie et en Isère [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université de Grenoble; 20009.

93. Laifa-Mary L. Obstacles au dépistage de la dénutrition de la personne âgée en ville [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Paris 7; 2011.

94. Doerr S. La prévention chez la personne âgée en médecine générale : enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine [Thèse]. [Nancy]: Université de Nancy; 2009.

95. Haute Autorité de Santé. L'Education thérapeutique du patient en 15 questions-réponses. (En ligne). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf. Consulté le 29 décembre 2019.

96. ESEA E-Santé En Action. (En ligne). <https://www.esea-na.fr/>. Consulté le 10 novembre 2019.

97. Crenn - 2011 - Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoir.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2011/reconnaitre-et-traiter-la-denuitrition.pdf>

98. Thibault et al. - 2009 - Use of 10-point analogue scales to estimate dietar.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://pdf.sciencedirectassets.com>

99. Courtecuisse P. Les modalités de prescription des compléments nutritionnels oraux par les médecins généralistes chez les patients atteints de cancer. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université du droit et de la santé Lille 2 ; 2017, 69. (En ligne). <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/>. Consulté le 17 mars 2020.
100. ROSP: comprendre et réformer - MG France [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/1875-rosp-comprendre-et-reformer>
101. Inserm. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Regard Santé Soins et Prévention Lettre de valorisation des travaux de recherche communs de l'ORS PACA et de l'Unité INSERM 379. 2006 ; N°16 : 1-6. (En ligne). <http://www.orspaca.org/sites/default/files/regard-sante/regard-sante-16.pdf>. Consulté le 10 novembre 2019.
102. MG France. Extension du forfait MPA aux plus de 80 ans. (En ligne). <https://www.mgfrance.org>. Consulté le 10 novembre 2019.
103. Sciences et Avenir. L'incidence des cancers en France par régions. (En ligne). <https://www.sciencesetavenir.fr>. Consulté le 03 novembre 2019.

VII Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de Thèse

Description de la surveillance de la dénutrition des patients de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde.

Bonjour, je suis Marion Le Mouroux, Médecin remplaçant, je réalise ma thèse de Médecine Générale sur la description de la surveillance de la dénutrition des patients de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde.

Ce questionnaire vous est envoyé sur vos boites mail par l'intermédiaire du Conseil Départemental de Gironde de l'Ordre des Médecins.

Il a pour but de faire un état des lieux de vos pratiques et connaissances en termes de dénutrition chez le sujet âgé cancéreux dans l'objectif de créer un document informatif d'aide à la pratique, pour nous Médecin Généraliste.

Suite au contact avec la CNIL : ce questionnaire est anonyme et basé sur le volontariat.

Il faut exactement 4 MINUTES pour y répondre.

Votre participation m'est d'une grande aide car, comme toute thèse, elle est la base de mon travail. Je vous remercie par avance amplement de m'aider à son élaboration.

1) Etes-vous ?

- Une femme
- Un homme

2) Quel est votre âge ?

3) Quel est votre type d'exercice ?

- Urbain
- Rural
- Semi-urbain/Semi-rural

4) Suivez-vous des patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer ?

- Oui
- Non

5) Combien de patients âgés suivez-vous environ pour un cancer ?

- En rémission avec un cancer localisé ?
- Avec un cancer métastatique ?

- Post-chirurgie ?
- En cours de traitements actifs : radiothérapie/chimiothérapie ?

6) En ce qui concerne les consultations avec vos patients âgés cancéreux :

Quelles sont vos habitudes d'entretien avec ces patients (majoritairement) ?

- Cabinet
- Domicile

Quelles est la durée moyenne d'une consultation pour ces patients ?

- <15 min
- 15 - 30 min
- > 30 min

Quelles est en moyenne la fréquence des consultations que vous accordez à ces patients ?

- < 1 fois par trimestre
- 1 fois par trimestre
- 2 fois par trimestre
- tous les mois
- > 1 fois par mois

Toujours en ce qui concerne les consultations avec vos patients âgés cancéreux :

Consacrez-vous une consultation dédiée à la dénutrition avec ces patients ?

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'il est du ressort du cancérologue de proposer des consultations dédiées à la dénutrition chez ces patients ?

- Oui
- Non

7) Au cours de vos consultations avec ces patients, posez-vous des questions en rapport avec leur hygiène de vie ?

- Leur autonomie : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Leurs activités physiques : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- La propreté de leur domicile : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Leur sommeil : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Leur hygiène buccale/soins dentaires : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Évaluez-vous l'état nutritionnel : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais

Pensez-vous qu'il est important de questionner les patients sur les différents points ci-dessus en rapport avec leur hygiène de vie ?

- Oui
- Non

8) Posez-vous à ces patients des questions en rapport avec les raisons de leurs difficultés alimentaires ?

- Anorexie : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Dégoût alimentaire : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Modification du goût et de l'odorat : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Effets secondaires des traitements (troubles digestifs, lésions buccales) : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Troubles de la déglutition : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Obstacle mécanique : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Douleur : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais
- Défaut d'organisation/de préparation des repas : Oui systématiquement/Parfois/Non jamais

9) Comment évaluez-vous les apports alimentaires ?

- Rappel de l'alimentation des dernières 24 h : Oui/Non
- Agenda alimentaire : Oui/Non
- Evaluation de la fréquence des repas : Oui/Non
- Evaluation de la quantité alimentaire à chaque repas : Oui/Non
- Evaluation de la composition des repas : Oui/Non

10) Réalisez-vous les mesures suivantes afin d'évaluer la dénutrition ?

- Poids du patient : Oui/Non
- Taille du patient : Oui/Non
- Calcul de l'IMC : Oui/Non
- Autres (mesure des circonférences, plis cutanés) : Oui/Non
- Mini Nutritionnal Assesment MNA : Oui/Non

11) Réalisez-vous des dosages biologiques afin d'évaluer la dénutrition ?

- Albuminémie : Oui/Non
- Pré-albuminémie : Oui/Non
- CRP : Oui/Non
- VS : Oui/Non
- Vitamines : B, C, D : Oui/Non

12) En ce qui concerne la définition de la dénutrition du sujet âgé cancéreux ?

Quels sont, d'après-vous, les critères présents dans cette définition :

- Perte de poids ≥ 10 % du poids corporel en 6 mois
- Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois
- $IMC \leq 21$
- $MNA \leq 17$
- Albuminémie < 35 g/l

D'après-vous, faut-il que tous les critères cités ci-dessus soient réunis pour parler de dénutrition ?

- Oui
- Non

13) Quels sont d'après-vous les mécanismes de la dénutrition du sujet âgé cancéreux ?

- Insuffisance d'apport : Oui/Non
- Toxicité médicamenteuse : Oui/Non
- Hypercatabolisme tumoral : Oui/Non

14) Diriez-vous que la dénutrition chez le sujet âgé cancéreux est inévitable ?

- Oui
- Non

15) Selon votre expérience, à partir de quand, faut-il intervenir en termes de renutrition (enrichissement de l'alimentation, compléments nutritionnels oraux...) chez un patient âgé cancéreux ?

- A la demande du patient : Oui/Non
- Devant une perte d'appétit : Oui/Non
- Lorsque l'évaluation des ingesta est inférieure à la moitié des apports journaliers recommandés : Oui/Non
- Devant de critères clinico-biologique de dénutrition : Oui/Non
- Lorsque surviennent des complications en rapport avec la dénutrition : infections, apparition d'escarre : Oui/Non
- Lorsqu'il s'agit d'un cancer localisé : Oui/Non
- Lorsqu'il s'agit d'un cancer métastatique en cours de traitement : Oui/Non

16) Questions en rapport avec vos pratiques ?

- Procurez-vous des conseils alimentaires : enrichissement des repas : Oui/Non
- Prescrivez-vous des compléments nutritionnels oraux : Oui/Non
- Connaissez-vous les critères selon lesquels il faut passer à une alimentation entérale : Oui/Non
- Connaissez-vous les indications de la nutrition parentérale : Oui/Non

17) Avez-vous déjà fait appel à une aide extérieure ?

- Diététicienne : Oui/Non
- Médecin nutritionniste : Oui/Non
- Gériatre : Oui/Non
- Oncologue : Oui/Non
- Onco-gériatre : Oui/Non
- Structures de coordination comme les réseaux ou l'HAD : Oui/Non
- Connaissez-vous le score G8 : test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer si le score est supérieur ou égal à 14 : Oui/Non

18) Avez-vous déjà suivi une formation sur la dénutrition ?

- Diplôme universitaire (DU) : Oui/Non
- Diplôme d'étude spécialisée complémentaire (DESC) : Oui/Non
- Dans le cadre de la formation continue : Oui/Non

19) Vous sentez-vous assez formé au dépistage de la dénutrition du sujet âgé cancéreux ?

- Oui
- Non

20) Souhaiteriez-vous avoir une formation complémentaire en ce sens ?

- Oui
- Non

Est-ce qu'une plaquette informative, concise et didactique, distribuée gratuitement dans vos cabinets vous serait utile ?

- Oui
- Non

21) Selon vous, quel est l'obstacle principal à une bonne surveillance de la dénutrition chez les patients âgés cancéreux ?

- La nutrition n'est pas le sujet le plus important à régler chez ces patients
- Le recueil de données est difficile
- Le manque de temps
- Le manque d'outils de dépistage simple
- Le manque de formation sur le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge

22) Quel est votre avis sur la place de la nutrition dans la prise en charge du patient âgé cancéreux ?

- Très importante
- Moyennement importante
- Pas importante

23) Si vous avez des questions ou des commentaires, libre à vous de les écrire ci-dessous :

24) Si vous souhaitez recevoir l'article de ma thèse, vous pouvez inscrire votre adresse mail ci-dessous :

10.2 Mini Nutritional Assessment (MNA) : Questionnaire

MNA		NUTRITION INSITU		
Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :
<p>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.</p>				
Dépistage				
<p>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</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>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</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>C Mobilité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>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</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points)</p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Evaluation globale				
<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> + Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> + Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> + Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>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</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>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>		<input type="checkbox"/>		
<p>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</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB = 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM = 31 1 = CM ≥ 31</p>		<input type="checkbox"/>		
<p>Évaluation globale (max. 16 points)</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>Score de dépistage</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<p>Score total (max. 30 points)</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Appréciation de l'état nutritionnel				
de 24 à 30 points		<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal	
de 17 à 23,5 points		<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition	
moins de 17 points		<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel	
<p>Ref. Velazquez E, Velazquez H, Koster G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2009;13(10):482-483. Rosenstein L, Harker JD, Baker A, Gajjar Y, Velazquez E. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: 1096-1097. Gajjar Y. The MNA-Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:486-487. © Société des Praticiens de Santé, S.A., Vevey, Suisse/Verlag, Trademark Geneva © Nestlé, 1994, Revision 2006, NESTLÉ 1300 100 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com</p>				
<p>Tiré de : Nestlé Nutritional Institute (2009), accessible en ligne sur http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html</p>				

Annexe 3 : Le score G8

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
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
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age :	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL SCORE =	0 - 17

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre : Description de la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde.

Résumé :

Introduction : Prendre en charge la dénutrition est essentielle en oncogériatrie et repose sur la coordination des soins avec la ville. L'objectif est de faire un état des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans atteints de cancer par les médecins généralistes.

Matériel et Méthode : L'étude observationnelle, descriptive, transversale, à type d'enquête de pratique grâce à un questionnaire anonymisé envoyé par email s'est déroulée du 01/07/2019 au 30/09/2019 en Gironde. Les critères d'inclusion étaient : être installé en médecine générale, suivre des patients de plus de 70 ans avec un cancer. Le critère d'évaluation principal était la réalisation d'une consultation dédiée à la dénutrition. Les critères d'évaluation secondaires étaient de repérer les difficultés rencontrées et d'identifier les représentations sur la dénutrition.

Résultats : 77 médecins généralistes ont été inclus. 14 % des généralistes déclaraient pratiquer une consultation dédiée, sans différence significative liée à l'âge, au type d'exercice et d'entretiens, au type de cancer, ni aux croyances. Le manque de formation (27 %), de temps (26 %), la difficulté de recueil des données (21 %), le manque d'outils (21 %) et un manque d'intérêt (5 %) étaient les difficultés identifiées pour rechercher une dénutrition. Une plaquette informative serait utile (87 %).

Discussion : Peu de médecins généralistes consacrent une consultation dédiée à la dénutrition en oncogériatrie. Améliorer la coordination des intervenants, développer des outils simples, permettre une valorisation financière, et proposer une fiche récapitulative sont les axes proposés pour améliorer le dépistage.

Mots-Clefs : Dénutrition, sujet âgé, tumeurs, médecine générale.

Title : Description of surveillance of cancer patients' over 70 malnutrition, by their general practitioners, in Gironde.

Abstract :

Introduction : Managing undernutrition is essential in oncogeriatrics and is based on coordination of care with medicine in town. The objective is to produce an overview of detection of cancer patients' over 70 undernutrition by general practitioners in Gironde.

Material and Method : Observational, descriptive, transverse study, as a survey of practice thanks to an anonymous questionnaire sent by email has been undertaken from 07/01/2019 to 09/30/2019. Inclusion criterion were : being installed to practice general medicine, treating cancer patients over 70. The primary endpoint was the conduction of a medical consultation dedicated to undernutrition. Secondary endpoints were to highlight difficulties faced and identify some representations on undernutrition.

Results : 77 general practitioners have been included. 14 % declared exercising a dedicated consultation without significant difference related to age, type of practice and interviews, cancer type, or beliefs. Lack of training (27 %), time constraints (26 %), data collection difficulties (21 %), lack of tools (21 %) and lack of interest (5 %) were the identified difficulties to search for undernutrition. An information brochure would be useful (87 %).

Discussion : Only few general practitioners dedicate a specific consultation to undernutrition in oncogeriatrics. Improving medical actors' coordination, developing appropriate tools, allowing a financial valorization and offering a summary sheet are the axes proposed to improve diagnosis.

Keywords : Malnutrition, aged, neoplasms, general practice.

TITRE : Description de la surveillance de la dénutrition des patients âgés de plus de 70 ans, atteints de cancer, par leurs médecins généralistes, en Gironde.

RÉSUMÉ :

Introduction : Prendre en charge la dénutrition est essentielle en oncogériatrie et repose sur la coordination des soins avec la ville. L'objectif est de faire un état des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans atteints de cancer par les médecins généralistes.

Matériel et Méthode : L'étude observationnelle, descriptive, transversale, à type d'enquête de pratique grâce à un questionnaire anonymisé envoyé par email s'est déroulée du 01/07/2019 au 30/09/2019 en Gironde. Les critères d'inclusion étaient : être installé en médecine générale, suivre des patients de plus de 70 ans avec un cancer. Le critère d'évaluation principal était la réalisation d'une consultation dédiée à la dénutrition. Les critères d'évaluation secondaires étaient de repérer les difficultés rencontrées et d'identifier les représentations sur la dénutrition.

Résultats : 77 médecins généralistes ont été inclus. 14 % des généralistes déclaraient pratiquer une consultation dédiée, sans différence significative liée à l'âge, au type d'exercice et d'entretiens, au type de cancer, ni aux croyances. Le manque de formation (27 %), de temps (26 %), la difficulté de recueil des données (21 %), le manque d'outils (21 %) et un manque d'intérêt (5 %) étaient les difficultés identifiées pour rechercher une dénutrition. Une plaquette informative serait utile (87 %).

Discussion : Peu de médecins généralistes consacrent une consultation dédiée à la dénutrition en oncogériatrie. Améliorer la coordination des intervenants, développer des outils simples, permettre une valorisation financière, et proposer une fiche récapitulative sont les axes proposés pour améliorer le dépistage.

MOTS-CLEFS : Dénutrition, sujet âgé, tumeurs, médecine générale.

DISCIPLINE : Médecine Générale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : UFR des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux.