



HAL
open science

Évaluation des modalités de prise en charge initiale de la dénutrition modérée à sévère des personnes âgées de plus de 70 ans par les médecins généralistes en Guyane. Étude descriptive observationnelle

Diana Béatrice Okamba-Belle

► To cite this version:

Diana Béatrice Okamba-Belle. Évaluation des modalités de prise en charge initiale de la dénutrition modérée à sévère des personnes âgées de plus de 70 ans par les médecins généralistes en Guyane. Étude descriptive observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03263005

HAL Id: dumas-03263005

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03263005>

Submitted on 16 Jun 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.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2020

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2020ANTI0497

**Évaluation des modalités de prise en charge initiale
de la dénutrition modérée à sévère
des personnes âgées de plus de 70 ans
par les médecins généralistes en Guyane**
Étude descriptive observationnelle

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane
et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 3 février 2020

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

OKAMBA BELLE Diana Béatrice

Examineurs de la thèse :

Monsieur Mathieu NACHER

Professeur, Président

Madame Jeannie HELENE-PELAGE

Professeur

Monsieur Mathurin TABUE TEGUO

Professeur

Madame Nadia SABBAH

Docteur

Madame Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Directrice, Docteur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophthalmologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Épidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel: 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas

**Chirurgie Thoracique
Et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix

**Maladies Infectieuses
Et tropicales**
CH de CAYENNE
Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

**Épidémiologie Économie de la Santé et
Prévention**
CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690 30 85 04

CORDEL-WATTIER Nadège

Dermato -Vénérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

ROGER Pierre-Marie

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
CHU de GUADELOUPE
Tel :

MERLE Harold

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
Tél : 0596 56 13 23

JOACHIM-CONTARET Clarisse

**Épidémiologie, Économie de la Santé et
prévention**
CHU de MARTINIQUE
Tel :

BRUREAU Laurent

Chirurgie Urologique
CHU de GUADELOUPE

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT

Médecin généraliste

Walé

Maison de santé Pluriprof du Lamentin

Tel :

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte

Endocrinologie

CHU DE GUADELOUPE

Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo

Neurologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 90

BUTORI Pauline

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590 89 14 50

OBERT-MARBY Camille

Médecin Générale

CH de l'Ouest guyanais

Tel :

BAGOEÉ Cécile

Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

Tel

AOUN Tanous

Chirurgie Cardiaque et Thoracique

CHU de MARTINIQUE

Tel :

CHEVALLIER Ludivine

Chirurgie Générale et VIS

CH de CAYENNE

Tel : 06 70 86 88 91

SYLVESTRE Emmanuelle

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 20 60 31 36

LOUIS-SIDNEY Fabienne

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel :

HUYGHUES DES ETAGES Gunther

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590

DECAESTECKER Antoine

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de GUADELOUPE

Tel :

PASQUIER Jérémie

Maladies Infectieuses maladies Tropicales

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 90 93 46 16

ZELLALI Kenza

Pédiatrie

CHU de CAYENNE

PERROT Emmanuel	Tel : Urologie CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
MONNIER Benjamin	Gynécologie Obstétrique CHU de GUADELOUPE Tel :
SAINTE-ROSE Vincent	Parasitologie CH de Cayenne Tel : 05 90
ROLLE Amélie	Anesthésie-Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
CARPIN Jamila	Médecine Générale Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane Tel : 0690 72 12 04
PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de MARTINIQUE Tel : 0690 30 75 19
LARA Kève-Yann	Médecine Générale Maison Médicale de la Rotonde Tel :
BLAIZOT Romain	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 0694 08 74 46
PARSEMAIN Aurélie	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0694 08 74 46
DUDOUIT Sylvain	Chirurgie Orthopédique CHU de GUADELOUPE Tel : 0596

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Mathieu NACHER,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de ma plus grande gratitude pour la disponibilité dont vous faites preuve, et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Maturin TABUE TEGUO,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude, et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Nadia SABBAH,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assurée de ma plus grande gratitude, et de mon profond respect. Merci de m'avoir accueillie au sein de votre équipe.

À Madame le Docteur Marie-Laure LALANNE-MISTRIH,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité en toute heure du jour ou de la nuit, ainsi que pour votre aide et votre rigueur tout au long de ce travail. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible.

À l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la Guyane,

Merci d'avoir pris le temps de participer à mon travail.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

Mes premiers supporters de la maternelle à la faculté de médecine. Merci pour votre patience, pour votre disponibilité et vos sacrifices. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours poussé à faire plus. Comme vous l'avez toujours dit à tous vos enfants : « Vous êtes des identités remarquables. Vous devez briller par votre intelligence » cette phrase ne m'a jamais quittée et elle m'a permis d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui.

Merci Papa pour tes relectures, tes conseils avisés.

Merci Maman pour ton écoute et ton dévouement.

Vous êtes des modèles pour moi, et je suis fière, quand je vois votre parcours professionnel et personnel, d'être votre fille.

A mes frères, à ma sœur, ma famille,

Merci d'avoir fait le déplacement jusqu'en Guadeloupe afin de m'assister pour cette dernière étape de concrétisation de mes études médicales. Merci pour vos encouragements tout au long de la rédaction de ce manuscrit. Le parcours a été long, et semé d'embûches et je suis ravie que vous soyez à mes côtés pour franchir la ligne d'arrivée.

A Léa, Alexandre et Alexandrine,

Je me souviens encore à mon inscription au NDH « objectif : faire de l'associatif pour rencontrer des gens ». 10 ans plus tard nous voilà ! Merci pour votre soutien au cours de ces 11 années d'études, merci pour vos « HakunaMatata » « Comme un Homme » avant chaque examen, merci pour nos soirées Disney ou Harry Potter spéciales craquage. Merci d'avoir cru en moi à mes rattrapages, et dieu seul sait que j'en ai eus.

Vous êtes les piliers de mon expérience dans le milieu médical, et les piliers de ma carrière à venir.

A Fanny,

My « partner in crime » depuis la deuxième année. Ça n'a pas été facile tous les jours...et encore, merci aux LPDA de nous avoir redonné le sourire, le goût à la vie, après de longues journées BU, la salle bleue, Stan Santé. On n'y a pas toujours cru et pourtant nous y voilà...Je suis fière de toi Dr Orivel.

A Charlotte, Camille et Florence,

Mes rayons de soleil de l'internat Antilles Guyane. Merci pour les fous rires à ne plus pouvoir respirer, merci pour les danses endiablées. Ce fut un immense bonheur de découvrir la culture Antillaise et Guyanaise à vos côtés. Ces 4 saisons de l'internat ont été, certes de courtes durées, mais tellement riche en émotion, je ne pourrais jamais les oublier.

A Arnaud,

Patience ton deuxième prénom. Et pourtant tu n'es pas congolais !!

Merci pour tes encouragements à n'importe quelles heures du jour et de la nuit. Tu as su trouver les bons mots au moment où je doutais le plus.

Merci de me faire sentir si exceptionnelle et utile.

A Professor Mendes,

Le plus grand professeur de Garches Marne la coquette. Merci pour ta bonne humeur, tes fous rires, tes karaokés dans le bureau médical. Merci pour ton soutien sans faille, lors des moments difficiles en stage. Je ne pouvais espérer mieux au cours de mon passage éclair à Paris.

A Cecilia, Blandine, Elenie, Iloa,

Mes matelots numéro 1 pour maintenir le cap au sein du BIC. Merci pour votre dévouement, pour votre temps, votre détermination pour rendre notre internat Antilles Guyane meilleur. Je suis fier d'avoir pu travailler (de près ou de loin) à vos côtés.

A Yann,

Merci pour ton aide in extremis sur ce qui me semblait être insurmontable. Merci pour ta réactivité et ta disponibilité.

A Liliane,

Merci pour ton aide précieuse au cours de cette étude. Merci pour tes relectures et tes conseils avisés. Merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité.

*A vous tous, qui avez contribué à votre manière, à faire mon bonheur,
Je vous remercie.*

ABSTRACT

Introduction:the prescription of Oral Nutritional Supplements (ONS) by general practitioners is subject to recommendations (HAS 2007), after diagnosis of moderate to severe protein-energy malnutrition (PEM) in their patients. The prevalence of this PEM is higher in the elderly. The Guyanese population, although younger than that of the West Indies, is also inevitably ageing. This PEM increases the incidence and additional costs of chronic diseases, the prevalence rates of which is already higher in French Guyana than in mainland France. PEM needs to be taken care of in order to reduce its costs.

Aim:to evaluate in French Guyana, according to which modalities and on which clinical and biological criteria, Guyanese General Practitioners (GPs) use to prescribe ONS for malnourished elderly persons over 70 years old, compared to the HAS 2007 referential.

Methods:prospective observational study, conducted in French Guiana from November 2019 to January 2020, using mixed methods: a first qualitative phase, where GPs were seen in semi-structured interviews, followed by a quantitative phase, with closed and open-ended questionnaires.

Results:response rate: 58.1% (n=43/74 GPs contacted out of N=126 eligible GPs). To diagnose PEM (n=43), hypoalbuminemia was the most used criterion (51.1%), followed by weight loss (48.7%), then BMI (37.2%), with diagnosis in accordance with the HAS reference in 28% of GPs (n=12/43), of whom only 5 were trained in nutrition. GPs of 45 years of age and more, were the most trained in nutrition (p=0.007). In 60.4% of GPs, nutritional advices were given before the initial prescription, starting at 1 ONS /D (60.5%), with a reassessed dosage by 46.5% of GPs at 1 month. Adjustment of this dosage during severe PEM was not adequate. The main obstacle to a better management seemed to be the invisibility of undernutrition facing a context of higher prevalence of overweight and obesity.

Conclusion: the HAS 2007 recommendations for ONSs' prescriptions are still insufficiently followed in general medicine in French Guyana, requiring a new awareness of undernutrition screening and a proposal of practical training in nutrition, accepted by GPs, to help them with their oldest malnourished patients.

RESUME

Contexte : la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) par les médecins généralistes est assujettie à des recommandations (HAS 2007), après diagnostic d'une dénutrition protéino-énergétique (DPE) modérée à sévère chez leurs patients. La prévalence de cette DPE est plus élevée chez les personnes âgées. La population guyanaise, pourtant plus jeune que celle des Antilles, vieillit aussi, de façon inéluctable. Cette DPE augmente l'incidence et les surcoûts des maladies chroniques, dont la prévalence est déjà plus forte en Guyane qu'en métropole. Elle nécessite d'être prise en charge pour en diminuer les coûts.

Objectifs : évaluer selon quelles modalités et sur quels critères cliniques et biologiques, les médecins généralistes (MG) guyanais se basent, pour prescrire des CNO à la personne âgée dénutrie modérée à sévère de plus de 70 ans en Guyane, comparativement au référentiel HAS 2007.

Méthode : étude observationnelle prospective, menée en Guyane de novembre 2019 à janvier 2020, faisant appel aux méthodes mixtes : phase qualitative avec MG vus en entretiens semi-structurés, puis phase quantitative, avec questionnaire à réponses fermées et ouvertes.

Résultats : taux de réponse : 58.1% (n=43/74 MG contactés sur N=126 MG éligibles). Pour poser le diagnostic de DPE (n=43), l'hypo albuminémie était le critère le plus utilisé (51.1%), puis la perte de poids (48.7%), puis l'IMC (37.2%), avec diagnostic conforme au référentiel chez 28% des MG (n=12/43), dont 5 seulement étaient formés en nutrition. Les MG ≥ 45 ans étaient les plus formés (p= 0.007). Chez 60.4% des MG les conseils nutritionnels étaient délivrés avant la prescription initiale, débutant à 1 CNO /J (60.5%), posologie réévaluée chez 46.5% des MG à 1 mois. L'ajustement de cette posologie lors de DPE sévère n'était pas adéquat. Le principal obstacle à une meilleure prise en charge semblait être une invisibilité de la dénutrition, face à un contexte de prévalence plus élevée de surpoids et d'obésité.

Conclusion : les recommandations HAS 2007 de prescription des CNO sont encore insuffisamment suivies en médecine générale en Guyane, requérant une nouvelle sensibilisation au dépistage de la dénutrition et une proposition d'offre de formation pratique en nutrition, acceptée par les MG, pour les aider auprès de leurs patients les plus âgés.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	8
ABSTRACT.....	11
RÉSUMÉ.....	12
TABLE DES MATIÈRES.....	13
ABRÉVIATIONS.....	15
Liste des encarts, figures et tableaux.....	16
INTRODUCTION.....	17
I- RATIONNEL SCIENTIFIQUE.....	18
II- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	20
II-1. Objectif principal.....	20
II-1.1 Critère de jugement principal.....	20
II-2. Objectifs secondaires.....	21
II-2.1 Critères de jugements secondaires.....	21
III- SCHEMA DE L'ETUDE.....	21
IV- POPULATION & MÉTHODE.....	22
IV-1. Population.....	22
IV-2. Méthode : recueil des données.....	22
IV-3. Aspects éthiques et réglementaires.....	27
IV-4. Plan d'analyse et présentation des résultats.....	28
V- RÉSULTATS.....	29

Partie 1 :

V-1.	Caractéristiques de la population.....	29
V-2.	Formation dans le domaine de la Nutrition.....	30
V-3.	Dépistage de la dénutrition.....	32
V-4.	Définition de la dénutrition modérée à sévère.....	32

Partie 2 :

V-5.	Conseils d'enrichissement alimentaire avant prescription de CNO.....	34
V-6.	Conseils sur les modalités de la prise du CNO.....	36
V-7.	Une pression de demandes inappropriées de CNO sur les médecins.....	36
V-8.	Posologie des CNO à l'initiation, devant une dénutrition modérée et sévère..	37
V-9.	Fréquence de réévaluation de la première prescription de CNO.....	38

Partie 3 :

V-10.	Obstacles rencontrés pour une prescription optimale de CNO.....	38
V-11.	Accord pour une aide à la prescription des CNO.....	39
VI-	DISCUSSION.....	40
	CONCLUSION.....	51
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52
	ANNEXES.....	57
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	63

ABREVIATIONS

ADDFMS : Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales

AME : Aide Médicale d'État

CDPS : Centres Départementaux de Prévention et de Santé

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

DOM : Départements d'Outre-Mer

DPE : Dénutrition Protéino Énergétique

EPU : Enseignement Post-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

Kcal : Kilocalories

MG : Médecins Généralistes

MNA – SF : Mini Nutritional Assessment - Short Form

LISTE DES ENCARTS, FIGURES ET TABLEAUX

Encart 1 : Trame d'entretien utilisée en phase qualitative.....	24
Encart 2 : Trame d'entretien utilisée en phase quantitative.....	25
Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative.....	29
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes, en fonction de leur lieu d'exercice.....	30
Tableau 2 : Formation des médecins généralistes dans le domaine de la Nutrition.....	31
Tableau 3 : Association entre formation en nutrition et âge des médecins	31
Tableau 4 : Situations incitant les médecins généralistes à dépister la dénutrition.....	32
Tableau 5 : Définition de la dénutrition modérée à sévère selon les médecins généralistes sondés de Guyane	33
Tableau 6 : Critères les plus utilisés pour poser le diagnostic de dénutrition modérée à sévère.....	33
Tableau 7 : Conseils d'enrichissement alimentaire avant prescription de CNO.....	35
Tableau 8 : Conseils sur les modalités de prise du CNO.....	36
Tableau 9 : Initiation des CNO devant une dénutrition modérée et sévère.....	37
Tableau 10 : Freins à une prescription optimale de CNO.....	39

INTRODUCTION

En ce dernier quart de siècle, l'espérance de vie a considérablement augmenté en France. Cet état des lieux rend compte du vieillissement de la population française, dont au 1^{er} janvier 2019, environ 20,0 % était âgée de 65 ans et plus (1). Les départements d'outre-mer français ne sont pas épargnés par ce vieillissement de leur population. Malgré une natalité encore supérieure à l'hexagone, la Guadeloupe, la Martinique, et La Réunion font partie des Départements d'Outre-Mer (DOM) les plus concernés par le vieillissement démographique (2), tandis que la Guyane semble faire figure d'exception. Sa population reste en forte augmentation, de part un fort taux de natalité, une arrivée massive d'immigrants et un solde migratoire vers la métropole négatif (3). Toutefois, cette forte croissance du nombre de personnes âgées est aussi observée : la population guyanaise est donc en phase de transition.

Face à une population vieillissante en augmentation, le risque de dénutrition protéino-énergétique (DPE) augmente aussi, comme celui de développer des pathologies chroniques. Elle a pour conséquence de nombreuses complications, ainsi qu'une diminution de l'autonomie, particulièrement délétère chez le sujet âgé. Il est aujourd'hui reconnu qu'un bon état nutritionnel joue un rôle primordial, pour limiter la survenue des pathologies chroniques, liées au vieillissement, ainsi que pour maintenir une bonne qualité de vie et préserver l'autonomie des personnes âgées. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévalence de la DPE est de 4 à 10 % chez les personnes âgées vivant à domicile, de 15 à 38 % chez celles vivant en institution et de 30 à 70 % chez les malades âgés hospitalisés (4). Elle augmente avec l'âge et le niveau de soins. D'un point de vue économique, le coût de la prise en charge des pathologies relatives à cette DPE est exorbitant, estimés à plus de 5,9 billions d'euros par an (5). A une époque où la maîtrise des dépenses de santé devient un enjeu capital, cet aspect important passe par le maintien d'un bon état nutritionnel des personnes âgées.

Le médecin généraliste (MG), coordinateur des soins primaires, doit prendre une place centrale dans la prévention et le traitement de la dénutrition des séniors. Selon le référentiel de l'HAS, après les premiers conseils d'enrichissement, intervient la prescription ambulatoire des compléments nutritionnels oraux (CNO) (4). Un changement récent de réglementation les concernant, et notre intérêt à faciliter l'accessibilité d'un savoir utile à tous les soignants en nutrition, nous a conduit à nous interroger d'abord sur les modalités de prescription des CNO par les MG, chez la personne âgée de plus de 70 ans, en Guyane. Ce travail a également vocation à identifier les besoins en formation des MG, face à la multiplicité actuelle des CNO,

et à développer toute aide pratique qui leur serait utile, pour permettre à leur côté, l'amélioration de la prise en charge de la dénutrition de leurs patients les plus âgés.

I- RATIONNEL SCIENTIFIQUE

De 1994 à 2018, l'espérance de vie des Français est passée de 73.6 à 79.4 ans pour les hommes et de 81.8 à 85.3 ans en moyenne pour les femmes(1). Le nombre de personnes âgées de 65 et plus, est en nette augmentation : 20,0 % en 2019, contre 18.4 % en 2015 et 16.3 % en 2005 (6)(7).

D'après une étude de l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE), dans les DOM, le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus de Guadeloupe et Martinique aura doublé d'ici à 2030 (6), représentant 30 % de la population antillaise, qui deviendra alors la plus âgée de tous les départements français (8). Les effets combinés de l'allongement de la durée de vie, d'une diminution des naissances et surtout de l'émigration des jeunes actifs vers la métropole, expliqueraient cet état de fait(8).

En Guyane, cette forte croissance du nombre de personnes âgées y est aussi observée, mais avec une progression plus lente qu'en Guadeloupe et Martinique(9). Selon les projections de l'INSEE, les personnes âgées de 60 ans ou plus, représenteront 20 % de la population guyanaise en 2050 contre 7 % en 2013 (10)(cf. Annexe 1). Ainsi, la population guyanaise plus jeune, vieillit aussi, avec une arrivée des séniors, décalée de quelques années, comparativement à ses voisins antillais.

S'alimenter est un acte essentiel à la vie dont on sait maintenant qu'il est aussi un élément clé du vieillissement réussi. Après 70 ans le risque majeur n'est plus l'obésité ou toutes les maladies dites de surcharge, mais la dénutrition protéino-énergétique (DPE).

La DPE est définie comme une carence énergétique, protéique ou mixte et peut s'accompagner de carences en éléments traces, ou en autres macronutriments. Sa définition a la particularité de varier en fonction de l'âge du patient, différente s'il a plus ou moins de 70 ans(11). La DPE diminue globalement les capacités de synthèses de l'organisme, notamment protéiques, indispensables dans sa lutte contre les agressions de toutes natures et utiles à ses besoins cicatriciels (12). Elle engendre une baisse de la réponse immunitaire, mais aussi de la réponse aux thérapeutiques, notamment contre les cancers, véritable perte de chance pour les patients(13).

Les données épidémiologiques disponibles en France attestent que la DPE touche environ 3 millions de personnes (14), parmi lesquelles les personnes âgées dépendantes et celles souffrant de pathologies chroniques.

La dénutrition augmente le coût des soins administrés aux personnes âgées, ainsi que le nombre de consultations médicales et de séjours à l'hôpital (augmentation de la durée moyenne de séjour et du coût hospitalier par jour d'hospitalisation)(15). Une étude réalisée aux Pays Bas montre une économie estimée à 13 millions d'euros par an grâce au traitement des pathologies relatives à la dénutrition, via, notamment, l'aide de CNO, prescrits aux patients dénutris (16) ; tout comme en Grande Bretagne, avec une économie estimée à 10,5 milliards d'euros par an (17).

En pratique de ville, le médecin généraliste est au centre des politiques de prévention et se doit de l'être aussi, dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des seniors. L'objectif nutritionnel à atteindre, est modulé pour la personne âgée dénutrie de 35 à 40 Kcal/kg/jour et 1.2g à 1.5g/kg/jour de protéines, par des besoins différents dus à ses différentes maladies(4). Selon le référentiel HAS de 2007(4), cette prise en charge nutritionnelle suit la logique d'une progression décisionnelle, où est positionnée la place de la prescription de CNO, après conseils d'enrichissement, en cas de diagnostic de dénutrition modérée à sévère chez la personne âgée (cf. Annexe 2).

Les CNO, sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotéiques, de goûts et de textures variés (11). Ce sont des dispositifs médicaux qui ont pour objectif de pallier, chez un patient dénutri modéré à sévère, à un apport alimentaire et protéique insuffisants, délivrables sur ordonnance pour ouvrir droit à un remboursement par la sécurité sociale, sur une base de 2 maximum par jour. En effet, le référentiel HAS 2007 recommande que leur choix apporte 400 Kcal et 30g de protéines par jour, le plus souvent atteints avec 2 unités, tandis que leurs modalités de prise sont également précisées (4). Un changement récent de réglementation les concernant impose désormais, sur la base d'une même prescription pour 1 mois initiale, une première délivrance limitée à 10 jours de traitement contre 1 mois antérieurement, avec réévaluation de l'observance du CNO, par le pharmacien, en lui permettant la modulation éventuelle de sa posologie, dans les limites fixées par le MG(18). Ce dernier pourra moduler et poursuivre sa prescription de CNO, pour une durée maximum de 3 mois, assujettie à sa réévaluation du patient (poids, état nutritionnel, évolution de la pathologie, niveau des apports spontanés oraux, tolérance et observance de la prescription du CNO).

II- OBJECTIFS DE L'ETUDE

II-1. Objectif principal

Comparer les modalités de prescription des CNO en médecine générale, en Guyane, pour la personne âgée dénutrie modérée à sévère de plus de 70 ans, par rapport au référentiel de l'HAS.

➤ Critère de jugement principal

Les critères cliniques ou biologiques indiqués dans le référentiel de l'HAS 2007 détaillé ci-dessous (4)(19).

- Respect de l'indication de dénutrition modérée à sévère selon les critères de l'HAS.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois • Indice de masse corporelle : IMC < 21 • Albuminémie¹ < 35 g/l • MNA global < 17 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois • IMC < 18 • Albuminémie < 30 g/l

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

- Modalités de renutrition, détaillées ci-dessous : après conseils diététiques et nutritionnels (aides au repas, fractionnement de l'alimentation, aliments à privilégier, conseils d'enrichissement de l'alimentation, ...), avant la prescription de CNO.

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie + 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 + 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 + CNO Réévaluation* à 1 semaine, et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation* à 1 semaine

* Réévaluation comportant :

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

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels
<ul style="list-style-type: none">• Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)• Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée• Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)• Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient• Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable
L'enrichissement de l'alimentation
<ul style="list-style-type: none">• Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).• Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.
Les compléments nutritionnels oraux
<ul style="list-style-type: none">• Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.• Les produits hyperénergétiques ($\geq 1,5$ kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines $\geq 7,0$ g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés.• Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).• L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).• Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.• Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).

II-2. Objectifs secondaires

- Évaluer les conditions de mises en œuvre et de suivi par le MG de cette prescription initiale de CNO.
- Identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription des CNO et mettre en évidence les points à améliorer pour permettre une prescription de CNO optimale.

➤ Critère de jugements secondaires

- Items d'un questionnaire d'évaluation des pratiques de prescription des CNO et des difficultés rencontrées, demandées en clair ou via des questions fermées (cf. encart 2 questionnaire quantitatif : parties 2 et 3)

III- SCHEMA DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale prospective monocentrique, réalisée en Guyane de novembre 2019 à janvier 2020.

IV- POPULATION ET MÉTHODE

IV-1. Population

Constitution de la liste de la population ciblée et modalités de recrutement

La population source théorique a été identifiée à partir de l'annuaire téléphonique (pages jaunes) des médecins en Guyane en 2019, croisée avec la liste des médecins généralistes de Guyane fourni par le Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins de Guyane (CDOM) (non actualisée), et celle des médecins exerçant dans les Centres Départementaux de Prévention et Santé (CDPS), fournie par le médecin référent des CDPS.

Les critères d'inclusion concernant les 2 phases étaient : a) être médecin généraliste avec une activité de médecine générale en cabinet ou en centre de santé, b) avoir une pratique au moins partiellement allopathique.

Le critère d'exclusion concernant les 2 phases étaient celui d'être un praticien d'exercice particulier : médecine holistique, médecin militaire, autre... , et pour la 2ème phase quantitative, spécifiquement : avoir participé à la première phase qualitative.

IV -2. Méthode : recueil de données

Déroulement de la recherche

Elle fait appel à une méthode mixte de type exploratoire(20), comprenant 2 phases :

- La 1^e phase, qualitative, a porté sur un échantillon de 10 médecins généralistes exerçant en cabinet, diversifiée en âge, sexe, et zone d'exercice (urbaine ou rurale).
- La 2^e phase, quantitative, a porté sur une population de 126 médecins généralistes exerçant en cabinet et CDPS (Centre de Départementaux de Prévention et de Santé), sur l'ensemble de la Guyane.

Modalités de recrutement

Pour la 1^{ère} phase, qualitative, un tirage au sort a été réalisé pour isoler un 1^{er} échantillon de médecins généralistes guyanais. Les praticiens ont été contactés par le biais d'un démarchage téléphonique, via des emails ou directement en face à face.

Pour la 2^e phase, quantitative, devant leur effectif déjà réduit sur le territoire, aucun tirage au sort n'a été réalisé. Les MG ont tous été considérés comme éligibles à l'enquête, une fois les

critères d'inclusion et d'exclusion respectés. Les praticiens restants de la liste initiale ont tous été contactés par téléphone ou email ou face à face. Lorsque non joignables initialement par téléphone, ils ont été relancés jusqu'à une 10^{zaine} de fois chacun, en faisant varier les jours et horaires de contact. Lors du contact obtenu, majoritairement téléphonique, l'étude leur a été présentée, et le plus souvent, après information sur ses modalités, l'entretien a été conduit immédiatement derrière, sinon, un rendez-vous était fixé pour entretien en face à face.

Constitution des questionnaires

Pour la 1^e phase, nous avons conçu un questionnaire articulé autour de trois questions principales, abordant la définition, la prise en charge et l'aide à la prescription autour de la dénutrition (cf. Encart 1), de façon à isoler un éventuel écart au référentiel HAS 2007 (14). Les verbatim issus de cette phase 1 ont été soumis à la relecture des médecins s'étant prêtés à la recherche et ont ensuite fait l'objet d'une sélection, via l'usage du logiciel N'Vivo v10, pour constituer les items des questions fermées d'un second questionnaire, proposé aux médecins interrogés lors de la phase 2, quantitative.

Encart 1 : Trame d'entretien utilisée en phase qualitative

1. *Comment définissez-vous la dénutrition, chez une personne âgée de plus de 70 ans ?*
 - *Quelles situations vous poussent à dépister la dénutrition chez une personne âgée de plus de 70 ans ?*
 - *Faites-vous un dépistage systématique ou ciblé de la dénutrition chez la personne âgée ?*
 - *Parmi le ou les critère(s) qui vous sont utile(s) pour le diagnostic d'une dénutrition chez une personne âgée de plus de 70 ans, le ou lesquels utilisez-vous le plus ? Pourquoi ?*

2. *Une fois la dénutrition diagnostiquée, avant la prescription d'un CNO, donnez-vous des conseils d'enrichissement de l'alimentation ? Lesquels ?*
 - *Avez-vous reçu, ou recevez-vous encore actuellement, des demandes de prescriptions de CNO par des familles de patients ou par les patients eux même qui ne vous semblent pas justifiées par la seule dénutrition ?*
 - *Quel est le profil des patients qui vous demande cela ?*
 - *Comment prescrivez-vous les CNO ?*

- *Combien de temps après cette prescription, revoyez-vous le patient ? Au domicile ? Au cabinet ?*
3. *Selon vous, quels sont les obstacles que vous rencontrez, pour une prescription optimale de CNO ?*
- *Pensez-vous qu'une fiche d'aide à la prescription de CNO, selon les nouvelles réglementations de la HAS, vous serait utile pour mieux prendre en charge la dénutrition de vos patients ?*

Pour la 2nd phase, le questionnaire respectait le plan d'entretien suivi lors de la première phase, mais le nombre de questions a été minimisé pour garantir le meilleur taux de réponses possible (cf. Encart 2). Il était composé de 3 parties : Partie 1 : les caractéristiques des MG (questions 1 à 4) : le sexe, la tranche d'âge, la commune d'exercice, l'existence d'une formation en nutrition ; Partie 2 : la définition de la dénutrition : définition, situations à risques et critères de jugement les plus souvent utilisés (questions 5 à 7) ; Partie 3 : la prise en charge de la DPE (question 8 à 15) : traitement initial de la DPE et prescription des CNO ; le contexte guyanais concernant les CNO ; les obstacles possibles à la prescription et l'aide éventuelle souhaitée.

Encart 2 : Trame d'entretien utilisée en phase quantitative

Partie 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

Sexe (Donnée déduite de l'identité du répondeur)

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (Question fermée)

- a) *Moins de 35 ans*
- b) *35-44 ans*
- c) *45-54 ans*
- d) *55-64 ans*
- e) *65 ans ou plus*

Quelle est votre commune d'exercice ? (Question ouverte)

Avez-vous suivi une formation dans le domaine de la nutrition ? (Question fermée et ouverte)

- a) *Oui*
- b) *Non*

Si oui : pouvez-vous préciser le type de formation ?

Si non : pour quelles raisons ?

Partie 2 : Dépistage de la dénutrition

Comment définissez-vous la dénutrition modérée à sévère chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question ouverte)

Quelles situations vous poussent à dépister la dénutrition chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question fermée)

- a) Altération de l'état général*
- b) Age*
- c) Alitement / Grabatisation*
- d) Isolement social*
- e) Demande de la famille*
- f) Demande du patient*
- g) Néoplasie*
- h) Autre(s) (Question ouverte)*

Parmi le ou les critère(s) suivant, le ou lesquels utilisez-vous le plus pour le diagnostic de dénutrition modérée à sévère chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question fermée)

- a) IMC < ...*
- b) Albumine < ...*
- c) Perte de poids importante : ...kg en ... jours / semaines / mois*
- d) Plis cutanés*
- e) Escarres*
- f) Autre(s)(Question ouverte)*

Partie 3 : Prise en charge de la dénutrition

Une fois la dénutrition diagnostiquée, avant la prescription de CNO, donnez-vous des conseils d'enrichissement de l'alimentation ? (Question fermée)

- a) Oui*
- b) Non*

Si oui : pouvez-vous préciser quel type de conseil ?

Si non : pour quelles raisons ? (Question ouverte)

Lorsque vous faites une prescription de CNO, donnez-vous des conseils sur les modalités de prise ?

- a) *Oui*
- b) *Non*

Si oui : pouvez-vous préciser quel type de conseil ?(Question ouverte)

Avez-vous reçu, ou recevez-vous encore actuellement, des demandes de prescriptions de CNO par des familles de patients ou par les patients eux même qui ne vous semblent pas justifiées par la seule dénutrition ? (Question fermée)

- a) *Oui*
- b) *Non*

Si oui : Qui vous a fait ce type de demande et pour quel type de bénéficiaire ?(Question ouverte)

Quelle posologie prescrivez-vous en début de renutrition devant une dénutrition modérée ? (Question fermée)

- a) *Un CNO/jour*
- b) *Deux CNO/jour*
- c) *Trois CNO/jour*
- d) *Quatre CNO/jour ou plus*

Et devant une dénutrition sévère, modifierez-vous votre réponse ? (Question fermée)

- a) *Oui*
- b) *Non*

Si oui : quelle posologie ?(Question ouverte)

A quelle fréquence réévaluez-vous l'effet de la première prescription ? (Question fermée et ouverte)

- a) *10 jours après*
- b) *15 jours après*
- c) *30 jours après*

d) *Autre(s)(Question ouverte)*

Parmi les éléments suivants, quels sont les obstacles que vous rencontrez, pour une prescription optimale de CNO ? (Question fermée)

- a) *Adaptation en fonction des comorbidités des patients*
- b) *Absence de Sécurité Sociale pour certains patients*
- c) *Manque de formation (dépistage / produits sur le marché)*
- d) *Manque d'information*
- e) *Patientèle jeune*
- f) *Préoccupation plus orientée vers surpoids / obésité*
- g) *Autre(s)(Question ouverte)*

Pensez-vous qu'une fiche d'aide à la prescription de CNO, selon les nouvelles réglementations de la HAS, vous serait utile pour mieux prendre en charge la dénutrition de vos patients ? (Question ouverte)

Modalités d'enquête

Nous avons conduit, en face à face et par téléphone, la passation du 1^{er} questionnaire auprès du groupe des 10 médecins randomisés de la 1^{ère} phase qualitative et avons recueilli les données, secondairement anonymisées, des entretiens semi-directifs, enregistrés avec l'accord des participants, avant retranscription écrite. Pour la 2^{de} phase, nous avons réalisé le recueil des données anonymisées, essentiellement grâce à un questionnaire téléphonique.

IV.3. Aspects éthiques et réglementaires

La participation à l'étude était libre et un consentement éclairé systématiquement recherché et les données recueillies au cours des entretiens étaient totalement anonymisées. L'étude ne comportant pas de données de santé, selon les consignes du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données), cette recherche a nécessité un enregistrement de son fichier de données à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), *sous le numéro : 2215531* (cf. Annexe 2). Les médecins participants ont été informés de leur droit de suppression, limitation ou opposition du traitement relatif à leurs données. Cette étude a suivi la Méthodologie de Référence (MR-004) et a été déclarée dans le Répertoire Public de l'INDS (Institut National des Données de Santé), *sous le numéro d'enregistrement : 2723091119* (cf. Annexe 3).

IV.4. Plan d'analyse et présentation des résultats

Pour la 1^{ère} phase, conformément aux principes de la méthode par théorisation ancrée(21), l'analyse des données qualitatives a consisté en l'identification de locutions clés au sein des verbatim, et au regroupement de ces locutions clés en thématiques, avec recouplement sur l'ensemble des verbatim. Cette analyse a été réalisée grâce au logiciel N'Vivo v10.

Pour la 2^{ème} phase, quantitative, une analyse descriptive a été effectuée sur l'ensemble des variables qualitatives étudiées sous forme d'effectifs et de fréquences.

Une analyse bivariée a été effectuée pour étudier les relations entre :

1. Le fait d'avoir effectué une formation en nutrition et les autres caractéristiques des MG (sexe, âge <45 ans, lieu d'exercice)
2. Le respect de l'indication de dénutrition modérée à sévère (selon les critères de l'HAS 2007), avant prescription d'un CNO et les autres variables d'intérêts (formation des MG en nutrition, sexe, âge <45 ans et lieu géographique d'exercice des MG).

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test du Chi². La significativité était retenue pour une p-valeur inférieure à 0.05.

L'analyse a été réalisée grâce au logiciel Stata v13.

En cohérence avec la méthodologie mise en œuvre, la présentation des résultats procède d'une assimilation des deux phases de l'étude. Thématique par thématique, les données quantitatives sont systématiquement illustrées et précisées par des verbatim issus de la phase qualitative.

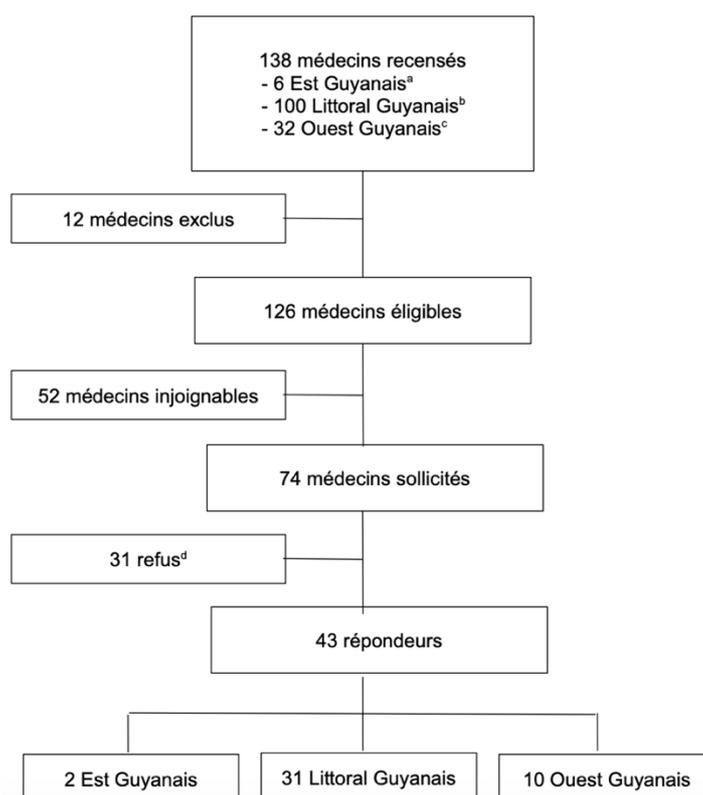
V- RESULTATS

Nous n'avons pu joindre que 58.7% de la population des médecins éligibles (n=74/126), dont le taux global de refus de participation était de 24.6%, mais de 41.9% (31/74) des médecins joints, pour des raisons qu'ils ont précisées (cf. d Figure 1). Les résultats présentés représentent donc les réponses de 58.1% des médecins effectivement joints (n= 43/74), qui ont répondu à 100% des questions du questionnaire qui leur a été proposé.

V-1. Caractéristiques de la population :

Dix médecins généralistes en cabinet ont participé à la phase qualitative : 6 étaient des femmes, 7 exerçaient sur le littoral Guyanais. Quarante-trois médecins sur 126 éligibles, ont participé à la phase quantitative (cf. Figure 1).

Figure 1 : Recrutement des participants à la phase quantitative



a : Est Guyanais (St Georges, Trois-Saut, Camopi)

b : Littoral Guyanais (Cayenne, Kourou, Matoury, RémireMontjoly, Sinnamary, Roura, Macouria)

c : Ouest Guyanais (Saint Laurent du Maroni, Maripasoula, Grand Santi, Papaïchton, Apatou, Mana)

d : 6 refus de médecins des CDPS (Centre de Départementaux de Prévention et de Santé) par absence de CNO dans leur dotation hebdomadaire, 5 refus par absence de personnes âgées dans la patientèle, 2 refus par absence de dénutrition de la personne âgée dans la commune, 6 refus par absence d'intérêt pour le sujet de la thèse, 12 refus par manque de temps à accorder à un thésard

Le sexe ratio de la population des MG de la 2^{ème} phase était : H/F= 2.07 (29/14), avec un âge majoritairement compris dans l'intervalle 55 à 64 ans pour les hommes, tandis que les femmes étaient plus jeunes et se répartissaient essentiellement pour 5 d'entre elles dans un 1^{er} groupe, des moins de 35 ans, et les autres dans un 2^{ème} groupe des 45 à 54 ans. Leur distribution globale au sein des différents lieux d'exercice est détaillée Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes, en fonction de leur lieu d'exercice

	Est Guyanais		Littoral Guyanais		Ouest Guyanais	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Sexe						
Homme	1	50	21	67.7	7	70
Femme	1	50	10	32.2	3	30
Age						
< 35 ans	1	50	5	16.1	3	30
35-44 ans	0	0	4	12.9	2	20
45-54 ans	0	0	6	19.3	2	20
55-64 ans	0	0	9	29	3	30
≥ 65 ans	1	50	7	22.6	0	0

Soixante-douze pourcents des médecins ayant accepté de participer à l'étude exerçaient sur le littoral guyanais, 23% dans l'ouest guyanais et environ 5% dans l'est guyanais.

V-2. Formation dans le domaine de la Nutrition :

Seulement 37.2% des médecins ont déjà eu recours à une formation dans le domaine de la Nutrition, il s'agissait préférentiellement pour 56.2% d'entre eux d'EPU (Enseignement Post-Universitaire), et en 2^{ème} lieu, pour 12.5% d'entre eux de participation à des Congrès de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) (cf. Tableau 2).

Sur les médecins interrogés qui n'ont pas fait de formation dans le domaine de la nutrition, 52 % d'entre eux ont justifié cela par l'absence d'attrait pour cette spécialité médicale, alors que pour 37% d'entre eux, le manque de temps était le facteur limitant pour leur permettre de participer à ce type de formation (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Formation des médecins généralistes dans le domaine de la Nutrition :

	(n)	%
<i>Avez-vous suivi une formation dans le domaine de la nutrition ? (Question fermée)</i>		
Oui	16	37.2
Non	27	62.8
<i>Si oui : pouvez-vous préciser le type de formation ? (Question ouverte)</i>		
EPU	9	56.2
Congres gériatrie	2	12,5
DPC diététique et nutrition	1	6.2
DU diabétologie nutrition	1	6.2
DU MMAA	1	6.2
DU nutrition obésité	1	6.2
SYMPOSIUM	1	6.2
<i>Si non : pour quelles raisons ? (Question ouverte)</i>		
Absence d'attrait pour la nutrition	14	52
Manque de temps	10	37
Absence d'occasion	1	3.7
Eloignement géographique	2	7.4

EPU: Enseignement Post-Universitaire

DPC: Développement Professionnel Continu

DU: Diplôme Universitaire

DU MMAA: Diplôme Universitaire de Médecine Morphologique et Anti-Age

En comparant les deux groupes de médecins formés et non formés : le recours à la formation est majoritairement retrouvé chez les plus de 45 ans (distribution identique sur 3 tranches d'âges à partir de 45 ans), mis à part un médecin, âgé de moins de 35 ans (cf. Tableau 3).

A contrario, parmi les MG non spécifiquement formés en Nutrition, ce sont les classes d'âge les plus jeunes qui sont les plus représentées (les moins de 45 ans).

Tableau 3 : Association entre formation en nutrition et âges des médecins

Age	Formation en nutrition		
	Non	Oui	Total général
< 45 ans	14	1	15
≥45 ans	13	15	28
Total général	27	16	43

Légende: $p=0.007$

Aucune autre association n'a été retrouvée, entre une formation en nutrition et les autres caractéristiques des MG (sexe, lieu d'exercice).

V-3. Dépistage de la dénutrition :

Plusieurs situations donnent lieu au dépistage de la dénutrition. L'ensemble des situations proposées à partir des réponses de la phase qualitative, a été sélectionné.

Tableau 4 : Situations incitant les médecins généralistes à dépister la dénutrition

	(n)	%
<i>Quelles situations vous poussent à dépister la dénutrition chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question fermée)</i>		
Néoplasie	38	88.3
AEG	38	88.3
Alitement / Grabatisation	37	86
Isolement social	33	76.7
Demande de la famille	27	62.7
Age	21	48.8
Demande du patient	20	46.5
Autre(s) : (Question ouverte)	5	11.6
pathologies chroniques	2	4.6
démence	2	4.6
pathologies neurologiques	1	2.3

AEG: Altération de l'Etat Général

Les 4 premières raisons poussant au dépistage de la DPE par les MG étaient les néoplasies, l'AEG (altération de l'état général), la situation d'alitement ou grabatisation de leur patient et son isolement (cf. Tableau 4). L'âge de leur patient était un critère cité par 48.8% d'entre eux, mais sans précision sur un seuil donné. Enfin, 11.6% des médecins dépistaient la dénutrition chez les personnes âgées souffrant de pathologies chroniques, de démence ou sortant d'hospitalisation.

Par ailleurs, 62.7% des médecins rapportaient spontanément dépister la dénutrition à la demande de la famille du patient et 46.5% à la demande du patient lui-même.

V-4. Définition de la dénutrition modérée à sévère :

Pour 69.7% des MG sondés, le critère le plus cité leur permettant de définir la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans, était une perte de poids ou amaigrissement, sans précision sur une cinétique de perte de poids particulière (cf. Tableau 5). Il s'agissait aussi d'un des critères les plus utilisés pour 48.7 % des MG, parmi ceux à leur disposition pour poser le diagnostic de dénutrition (cf. Tableau 6). Seulement 13.3% au total des MG ont précisé qu'il s'agissait d'une perte de 5% en 1 mois ou de 10% en 6 mois, conformément aux recommandations de l'HAS 2007 (cf. Tableau 5).

En 2^{ème} lieu, le critère diagnostique le plus cité (60.4% des MG) était l'hypo albuminémie (cf. Tableau 5). Les données renseignées du Tableau 6 nous ont appris que parmi les MG, 11.6% se basaient sur le seuil d'hypoalbuminémie donné par les laboratoires, alors que pour

30% d'entre eux, il s'agissait d'une hypoalbuminémie < 35 g/L ou < 30g/L pour affirmer une dénutrition, respectivement modérée ou sévère chez la personne âgée de plus de 70 ans.

Tableau 5 : Définition de la dénutrition modérée à sévère selon les médecins généralistes sondés de Guyane

	(n)	%
<i>Comment définissez-vous la dénutrition modérée à sévère chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question ouverte)</i>		
Perte de poids	30	69.7
(5 % en 1 mois et 10 % en 6 mois)	4	13.3
Hypoalbuminémie	26	60.4
IMC bas (15-21 kg/m ²)	13	30
AEG	7	16
Déshydratation	6	13.9
Fonte musculaire	5	11.6
Pré albumine basse	3	7
Escarres	2	4.6
Anorexie	2	4.6
Insuffisance d'apport	2	4.6
Isolement social	1	2.3
Troubles ORL (dentition)	1	2.3
Diminution de l'appétence	1	2.3
Apports alimentaires insuffisants	1	2.3

AEG: Altération de l'Etat Général
IMC: Indice de Masse Corporelle

Enfin, en 3^{ème} position pour définir une dénutrition chez la personne âgée, l'IMC (Indice de Masse Corporelle) < 21 kg/m² était cité par 30% des MG. Parmi les critères les plus utilisés pour poser le diagnostic de dénutrition au cours d'une consultation : plus de la moitié des praticiens interrogés (62.8 %, soit 27 médecins sur 43) ne considéraient pas l'IMC comme étant un critère à prendre en compte en priorité pour poser le diagnostic de dénutrition (cf. Tableau 6).

Tableau 6 : Critères les plus utilisés pour poser le diagnostic de dénutrition modérée à sévère

	(n)	%
<i>Parmi le ou les critère(s) suivant, le ou lesquels utilisez-vous le plus pour le diagnostic de dénutrition modérée à sévère chez une personne âgée de plus de 70 ans ? (Question fermée et ouverte)</i>		
Albumine < ...	22	51.1
Perte de poids importante : ...kg en ... jours / semaines / mois	21	48.7
IMC < ...	16	37.2
Plis cutanés	15	34.8
Escarres	11	25.5
Autre(s)	3	2.3

Au total, en comparaison avec le référentiel HAS(14), 27.90% (12 sur 43) des médecins ont donné au moins une des réponses possibles permettant de diagnostiquer une DPE modérée à sévère chez la personne âgée de plus de 70 ans.

Parmi ces 12 médecins, 5 (41.6%) avaient eu recours à une formation spécifique en nutrition, sans qu'une association significative soit retrouvée entre cette formation et le respect de la définition de cette DPE.

A la question « Faites-vous un dépistage systématique ou ciblé de la dénutrition chez la personne âgée », 50% des médecins ont répondu faire un dépistage ciblé : « je le fais assez facilement mais toujours en fonction de la clinique (...), tandis que les autres effectuaient un dépistage systématique : « je pèse tout le temps les patients donc je vois aussi qu'il y a une perte de poids ». Un autre précise : « Je dose l'albumine systématiquement chez toutes les personnes âgées et je pèse tout le monde, donc je vois la perte de poids ».

V-5. Conseils d'enrichissement alimentaire avant prescription de CNO

En préambule à une prescription de CNO, 46.1% des MG, disaient rechercher la cause de la dénutrition, via une enquête alimentaire: « il est indispensable de savoir pourquoi le patient ne mange pas et quels sont ses habitudes alimentaires au quotidien, pour pouvoir prendre une décision éclairée, sur la nécessité ou pas du CNO. »

Sur l'ensemble des médecins sondés, 60.4% déclaraient effectivement donner des conseils d'enrichissement alimentaire avant prescription d'un CNO, versus 39.5 % qui n'en donnait pas (cf. Tableau 7). Parmi eux, 77% conseillaient de manger plus de protéines, « J'insiste beaucoup sur les produits locaux, je leur dis de manger plus de protéines en fonction de la clinique du patient et de l'Açaï* (22) » ; 30.7% proposaient de varier l'alimentation, tandis que 27% proposaient de manger des aliments riches en graisse. Un autre disait : « Des conseils d'enrichissement oui, mais surtout des conseils de prise de repas : (...) s'il y a des difficultés avec des petites prises dire à la famille ou à la personne âgée d'augmenter la fréquence de ses prises horaires. (...) et s'il y a peu d'ingesta, ils doivent être de bonne qualité (...), éliminer les calories vides. »

Ainsi, parmi les MG, 15.4% d'entre eux conseillaient à leurs patients de fractionner leur prise alimentaire, tandis que la moitié des médecins donnant des conseils, insistaient sur la nécessité de : « ne pas manger seul (...) », d'avoir une aide extérieure pour pouvoir s'assurer que le repas ait bien été pris », « d'assurer une bonne hydratation au cours de la journée » ou « de ne pas sauter de repas (...), de faire au minimum 4 repas par jour. »

*Açaï ou *Euterpe oleracea* est une plante de palmier originaire d'Amérique du Sud qui produit des fruits à baies, riche en nutriments et antioxydants.

Tableau 7 :Conseils d'enrichissement alimentaire avant prescription de CNO

	(n)	%
<i>Une fois la dénutrition diagnostiquée, avant la prescription de CNO, donnez-vous des conseils d'enrichissement de l'alimentation ? (Question fermée)</i>		
Oui	26	60.4
Non	17	39.5
<i>Si oui : pouvez-vous précisez quel type de conseil ?</i>		
Consommer plus de protéines	20	77
Avoir une alimentation variée	8	30.7
Avoir une alimentation plus grasse	7	27
Consommer des aliments de bonne qualité	5	19.2
Manger en petite quantité de manière fractionnée	4	15.4
<i>Autre(s)</i>		
Enquête alimentaire	6	46.1
Ne pas sauter de repas : minimum 4 repas/jour	2	15.4
Conseils en fonction de l'âge et des capacités de compréhensions	2	15.4
Orientation vers nutritionniste et diététicienne	2	15.4
Mise en place d'une aide pour la cuisine	1	7.7
Augmenter les quantités	1	7.7
Assurer une bonne hydratation	1	7.7
Manger accompagné / Aide extérieur pour s'assurer de la prise du repas	1	7.7
Manger à heure fixe	1	7.7
<i>Si non : pour quelles raisons ?</i>		
Prescription de CNO en première intention	11	64.7
Je n'en connais pas	2	11.8
Je n'y pense pas	1	6
Cela dépend du revenu du patient	1	6
Peu de personnes âgées dans la patientèle	1	6
Manque de temps	1	6

Concernant, les médecins ne dispensant pas de conseils d'enrichissement alimentaire (39.5%), la principale raison avancée (64.7%) était le recours au CNO dès lors que le diagnostic de dénutrition était établi (cf. Tableau 7). Certains ont déclaré (11.8%) « je ne connais pas de conseils d'enrichissement alimentaires adaptés à la dénutrition de la personne âgée » et d'autres (6%) « je n'y pense pas » ou « je n'ai pas le temps de prodiguer ce genre de conseils, il y a trop de patients dans la salle d'attente » ou « cela dépend des revenus de mon patient, je n'en donne pas si je sais que face à moi j'ai des personnes qui n'auront pas la possibilité d'acheter ce que je préconise pour enrichir leurs repas ». Certains médecins ont déclaré : « A plus de 70 ans, ils ont des appareils dentaires, des dents en moins, c'est compliqué donc je passe directement au Fortimel® ou un autre ».

V-6. Conseils sur les modalités de la prise du CNO :

Cette question était ouverte : la majorité des médecins interrogés (53.5%), ont déclaré ne pas donner de conseils sur les modalités de la prise d'un CNO (cf. Tableau 8).

Pour les 46.5% ayant répondu par l'affirmative, les principaux conseils étaient de prendre les CNO en dehors des repas, aux horaires de collation 10h et 16h (60%), de ne pas substituer le repas par un CNO (35%), de le fractionner sur la journée (5%), pour une meilleure adaptation digestive (10%).

Seulement 5% des médecins préconisaient d'adapter la texture du CNO à la dentition du patient et de l'associer à une alimentation variée ou précisaient l'heure de prise en fonction de l'heure du repas. Aucun n'a parlé de prendre le CNO en même temps que la pratique d'une activité physique.

Tableau 8 : Conseils sur les modalités de prise du CNO

	(n)	%
<i>Lorsque vous faites une prescription de CNO, donnez-vous des conseils sur les modalités de prise ?</i>		
Oui	20	46.5
Non	23	53.5
<i>Si oui : pouvez-vous préciser quel type de conseil ?</i>		
A prendre en dehors des repas à 10h et 16h en collation	12	60
Ne pas substituer le repas par le CNO	7	35
Fractionnement pour une meilleure adaptation digestive	2	10
Fractionnement du CNO sur la journée / Mise au frais si besoin	1	5
Texture du CNO à adapter en fonction de la dentition / A compléter avec une nutrition varié	1	5
A prendre 2h avant un repas	1	5

V-7. Une pression de demandes inappropriées de CNO sur les médecins :

A la question, « Avez-vous reçu, ou recevez-vous encore actuellement, des demandes de prescriptions de CNO par des familles de patients ou par les patients eux même qui ne vous semblent pas justifiées par la seule dénutrition ? », 86% des médecins sondés ont déclaré avoir quasiment tous les jours des demandes abusives de prescription de CNO, contre 14% déclarant être sans demande aucune ou ne plus être sollicités pour cela.

C'était principalement (54%) des demandes de la part d'adultes en situation précaire (immigrés détenteurs d'AME (Aide Médicale d'État) pour la majorité) qui présentaient des difficultés financières pour s'alimenter.

Dans 18.9% des cas, il s'agissait aussi de demandes de la part d'adultes non dénutris, mais asthéniques, à la recherche de « produits stimulants » ou de vitamines ; et dans d'autres cas (18.9%), de demandes de parents pour leurs enfants mineurs, dès lors qu'ils constataient

une baisse de l'appétit ou du poids, ou qu'ils trouvaient leur enfant de morphologie « trop maigre par rapport aux enfants de son âge ».

Parmi les autres profils de demandeurs, il y avait aussi les sportifs (8.1%) avec l'idée d'augmenter leur masse musculaire, et des patients séropositifs VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) (8.1%) qui en avaient reçus par le passé, demandeurs d'un « stimulant », devant une asthénie ou amaigrissement non objectivée cliniquement par leur médecin traitant.

V-8. Posologie des CNO à l'initiation, devant une dénutrition modérée et sévère

Face à une dénutrition modérée, 60.5% des médecins prescrivent 1 CNO/jour en plus des repas habituels, contre 39.5% qui en prescrivent 2 d'emblée (cf. Tableau 9).

Aucun des médecins interrogés n'ont répondu 3 CNO/jour voir 4 ou plus par jour devant une dénutrition modérée.

En revanche, face à une dénutrition sévère, 74.4 % d'entre eux ont répondu par l'affirmative à la question « *Et devant une dénutrition sévère, modifierez-vous votre réponse ?* », et parmi ceux ayant répondu 1 CNO/jour (60.5%) face à une dénutrition modérée, 40.6% ont répondu qu'ils passeraient d'emblée, devant une dénutrition sévère, à 2 CNO/jour, 9.3% à 2-3 CNO/jour et 6.2% à 4-6 CNO.

A noter que 9.3% des médecins envisageraient le passage à une nutrition artificielle, en orientant le patient vers un spécialiste en cas de dénutrition sévère.

Tableau 9 : Initiation des CNO devant une dénutrition modérée et sévère

	(n)	%
<i>Quelle posologie prescrivez-vous en début de renutrition devant une dénutrition modérée ? (Question fermée)</i>		
Un CNO / jour	26	60.5
Deux CNO / jour	17	39.5
Trois CNO / jour	0	0
Quatre CNO / jour ou plus	0	0
<i>Et devant une dénutrition sévère, modifierez-vous votre réponse ? (Question fermée)</i>		
Oui	32	74.4
Non	11	25.5
<i>Si oui : quelle posologie ?</i>		
Deux CNO / jour	13	40.6
Trois CNO / jour	9	28.1
Deux-Trois CNO / jour	3	9.3
Orientation vers un spécialiste pour mise en place d'une nutrition artificielle	3	9.3
Quatre-Six CNO / jour	2	6.2

V-9. Fréquence de réévaluation de la première prescription de CNO :

Quatre-vingt-treize pourcents des médecins, contre 7%, ont déclaré réévaluer leurs patients après une prescription initiale de CNO. Un peu moins de la moitié des praticiens (46.5%) ont répondu programmer une consultation pour évaluer l'effet de la prescription de CNO à un mois ; 18.6% d'entre eux ont revu les patients à quinze jours, alors que 2.3% ont revu les patients : à leur prochaine consultation, ou à une semaine ou à deux mois et 16.3% à trois mois. Seuls 4.6% d'entre eux réévaluent le patient dix jours après la première prescription.

V-10. Obstacles rencontrés pour une prescription optimale de CNO :

L'un des principaux obstacles rencontrés par les praticiens ayant participé à l'étude, était une préoccupation au cours de leurs consultations, plus orientée vers le surpoids et l'obésité de leurs patients (55.8%), que vers une dénutrition. Certains en phase qualitative qualifiait la dénutrition de *“non visible, alors que l'obésité ça se voit, donc on pense à la traiter plus facilement”* (cf. Tableau 10).

Venaient ensuite par ordre de fréquence décroissante : l'absence de sécurité sociale de certains patients (37.2%), une patientèle majoritairement jeune (18.6%) et le fait ne pas pouvoir adapter les CNO en fonctions des comorbidités (diabète, insuffisance rénale chronique, cancer...) des patients (4.6%).

Le manque de formation et le manque d'information dans cette branche de la médecine, était un obstacle pour respectivement 16.2 % et 6.9% des médecins.

Néanmoins, certains médecins en phase qualitative et quantitative, ont précisé à 11.6% ne pas avoir d'obstacle à la prescription de CNO, tandis que pour 2.3% d'entre eux, « les CNO ne sont pas la bonne réponse face à la dénutrition » ou « je ne crois pas en l'efficacité des CNO » ou « la prescription n'est utile que dans les cas extrêmes ».

Un médecin a répondu ne pas avoir d'obstacle à la prescription de CNO, du fait de l'absence de dénutrition dans l'Ouest Guyanais, ne lui permettant donc pas de prescription de ce type.

Plus spécifiquement, pour 4.6% des médecins interrogés exerçant dans les CDPS, le principal obstacle rencontré était l'absence de pharmacie dans leurs CDPS ou bien l'absence de dotation en CNO dans les stock reçus.

Tableau 10 : Freins à une prescription optimale de CNO

	(n)	%
<i>Parmi les éléments suivants, quels sont les obstacles que vous rencontrez pour une prescription optimale de CNO ? (Question fermée et ouverte)</i>		
Préoccupation plus orientée vers surpoids / obésité	24	55.8
Absence de Sécurité Sociale pour certains patients	16	37.2
Patientèle jeune	8	18.6
Manque de formation (dépistage / produits sur le marché)	7	16.2
Manque d'information	3	6.9
Adaptation en fonction des comorbidités des patients	2	4.6
Autre(s)	17	39.5
Aucun obstacle	5	11.6
Le manque de compréhension des patients	4	9.3
Accès au CNO dans les CDPS (absence de dotation pour ce type de produits ou absence de pharmacie)	2	4.6
Effets secondaires (type troubles digestifs)	2	4.6
Absence de cas de dénutrition chez la pers âgée dans l'Ouest Guyanais	1	2.3
CNO ne sont pas la bonne réponse face à la dénutrition	1	2.3
"Je ne crois pas en l'efficacité des CNO"	1	2.3
Substitution du repas par le CNO de la part des patients	1	2.3
Prescription dans les cas extrêmes uniquement	1	2.3

V-11. Accord pour une aide à la prescription des CNO :

Vingt-sept médecins sur 43 interrogés (62.7%) ont répondu favorablement à la proposition de mise à leur disposition d'une fiche d'aide à la prescription des CNO : pour plusieurs d'entre eux il faudrait que ce soit « une fiche synthétique et pratico-pratique ou une fiche à intégrer dans notre logiciel de consultation » ou « une fiche avec la liste des produits à disposition sur le territoire guyanais » ou « une fiche d'aide oui mais plus axée sur le diagnostic de la dénutrition que sur la prescription ».

A contrario, 37.2% des médecins, n'étaient pas favorable à la mise en place de cette fiche d'aide, qu'ils justifiaient par le fait que « ce ne serait pas utile car il y a très peu de dénutrition dans l'Ouest Guyanais. Ce serait prêcher dans le vent » ou « Non, nous avons déjà assez de paperasse » ou « Non, il y a tout ce qu'il faut sur internet ».

DISCUSSION

Dans un contexte de plus grande problématique apparente d'obésité et de surpoids en Guyane au niveau de la patientèle des MG, comparativement à la dénutrition qui touche silencieusement 3 millions de victimes par an en France (14), notre étude, centrée sur les soins de premier niveau d'une dénutrition modérée à sévère en population de personnes âgées de plus de 70 ans a montré: 1) un faible taux de formation en nutrition des MG, avec encore un faible intérêt pour la discipline 2) une définition de la dénutrition modérée à sévère non acquise 3) des conseils d'enrichissement bien prodigués en 1^{ère} étape, à améliorer qualitativement 4) des inégalités de prises en charge, au niveau des CDPS 5) une prescription initiale des CNO en fonction de l'état de DPE du patient non maîtrisée 6) un suivi post 1^{ère} prescription de CNO des patients dénutris effectif 7) une pression inadéquate sur les MG à la prescription des CNO 8) un intérêt des MG à bénéficier d'une aide pratique sur la prescription des CNO.

Intérêt de l'étude

La méthode mixte adoptée pour ce travail présente trois intérêts majeurs. À la phase qualitative, elle permet une approche exploratoire de problèmes peu étudiés. À la phase quantitative, elle permet l'utilisation d'un jeu de questions ouvertes, ce qui maximise la spécificité des mesures(23).Au final, elle permet à la fois de quantifier les phénomènes explorés et de mieux les comprendre. Notre étude est également originale, sans publication existante en permettant la comparaison, que ce soit dans la littérature nationale, ou internationale.

Discussion critique de l'étude

Nous avons conscience que la petite taille de l'échantillon de notre étude, limite l'analyse statistique. Nos résultats sont par conséquent purement descriptifs et permettent de faire certains constats, dans le but d'une amélioration des pratiques.

Nous avons fixé à priori à dix praticiens, l'échantillon de médecins retenus pour notre phase qualitative, afin de ne pas amputer le nombre de MG restants à contacter, pour la phase quantitative. Ceci constitue à priori un biais, même si leur recrutement a été randomisé pour éviter un biais de sélection. Le recrutement en phase qualitative doit normalement en effet être poursuivi jusqu'à saturation des réponses aux principales questions abordées(23).Toutefois, malgré ce biais, le faible taux de nouvelles réponses proposées par les MG aux réponses fermées pré-proposées aux questions n° 6 et 7 de notre

phase quantitative, a permis de s'assurer d'un taux de saturation supérieur à 90% lors de notre phase initiale qualitative. La validité de nos résultats n'adonc pas été altérée, nous semble-t-il, par ce pré-choix méthodologique.

Un biais d'observation et lors du recueil des données, lié à l'enquêteur, peut également se retrouver comme dans toute enquête, du fait du style de conduite et du mode d'entretien de l'enquêteur, au risque d'influencer les réponses, lors de l'entretien(24). Ayant pleinement conscience de ce biais, nous avons toutefois cherché à le limiter en restant le plus neutre possible, lors de la passation du questionnaire.

Le taux de participation à notre étude est faible. Plusieurs hypothèses permettent de l'expliquer, englobant, pour certains médecins généralistes, à la fois un moindre temps à consacrer à répondre à une enquête, du fait d'un contexte d'exercice particulier, mais aussi le refus d'une enquête traitant d'un sujet qui leur semble éloigné de leur pratique, avec absence dans leur patientèle de la population de patients ciblée, couplée à une absence d'évidence de réalité de cette problématique de santé en Guyane.

Pour ce qui est du premier point, face à une demande de patients de plus en plus croissante, et face à un moindre nombre de médecins exerçant, les salles d'attentes guyanaises des cabinets médicaux débordent. Selon notre expérience, mais aussi identiquement constaté et rapporté par les MG guyanais de notre étude, ils voyaient en moyenne, au temps de notre étude, 30 à 50 patients par jour. Chaque minute est précieuse, et le temps à accorder aux thésards est donc très limité, nécessitant un intérêt certain pour la thématique de l'enquête : premier frein à notre enquête. Cette situation de basse démographie médicale, identiquement en partie due, comme dans les autres départements français, au non renouvellement des départs à la retraite des MG libéraux, est toutefois en Guyane exacerbée, dans son contexte de plus grande sous-médicalisation comparativement à la France métropolitaine (25) et à ses voisins antillais, dont elle reçoit conjointement un flux inconstant de remplaçants, qui repartent plus de Guyane, qu'ils ne s'y installent définitivement.

Par ailleurs, le taux de réponse global de notre phase quantitative est spécifiquement grevé par le très faible taux de réponse spécifique à notre étude des 7 CDPS avec présence médicale continue (29.4% = 5/17), illustrant la réalité médicale difficile d'un exercice médical « *pratico-pratique* » en Guyane. Selon le retour de ces 5 MG de 3 CDPS différents sur les 7 contactés, l'absence d'usage possible des CNO dans leurs CDPS, retire de façon pragmatique leur intérêt à participer à cette enquête. Leur faible taux spécifique de retour est également en partie expliqué par une vague de démissions médicales récente, rendant plus difficile encore l'activité médicale des MG restants et amenuisant encore leur disponibilité. Ils

témoignent toutefois du fait que l'ensemble de la prise en charge de la dénutrition de premier niveau, n'est pas déroulée au niveau de tous les CDPS, gênée par l'absence rapportée de pharmacie en leur sein, et rendant compte d'une hétérogénéité de prise en charge territoriale. Cette situation se doit d'être améliorée, car les CDPS constituent la réponse institutionnelle et sanitaire mise en place pour soigner une population excentrée des soins, particulièrement fragilisée, dans laquelle la probabilité de soigner des personnes âgées concernées par une DPE peut être forte. Par ailleurs, si nous comparons le seul nombre des MG installés en libéral répondants de notre échantillon, avec celui présenté dans la récente thèse de Madame Dranebois (26) ce dernier rend compte d'un chiffre similaire, avec 43 MG répondants à notre enquête, contre 47 MG (sur 144 interrogés) répondants à la sienne. Enfin la nutrition du sujet âgé n'est peut-être pas le thème pour lequel les médecins généralistes s'investissent le plus en Guyane. « *J'ai peu de personnes âgées dans mon cabinet* », « *je ne prescris pas de CNO* », « *la thématique de votre thèse ne m'intéresse pas* » : nombreux sont les médecins ayant refusé de participer à l'étude entre autres pour ces motifs. Le fait de ne pas avoir de personnes âgées dans sa patientèle, qui serait rarissime dans tout autre département français, est bien le reflet de l'exception guyanaise déjà mentionnée, du fait de la distribution différente de sa pyramide de classes d'âges des plus jeunes et des plus âgés. La Guyane a en effet globalement, à l'instar des Antilles très vieillissantes (8), à la fois une population plus jeune que les autres départements, et une moindre population âgée (27).

Par ailleurs, en Guyane comme partout en France, et dans un contexte de plus d'obésité en population générale que dans d'autres départements métropolitains (28)(29), la dénutrition y est encore plus qu'ailleurs peut-être « *non visible, alors que l'obésité ça se voit, donc on pense à la traiter plus facilement* ». La dénutrition est déjà sous-diagnostiquée dans tous les départements français (14), et l'est peut-être aussi en Guyane : « *il y a très peu de dénutrition dans l'Ouest Guyanais* ».

Cette non identification de la problématique de la dénutrition, comme une problématique de santé actuelle par certains médecins en Guyane nous fait regretter l'impossibilité de vérification de la cohérence de leur témoignage, avec la confirmation d'une évaluation correcte du diagnostic de dénutrition par les MG concernés, qui n'ont de fait pas participé à l'enquête. En effet, selon le rapport de l'HAS (4), la dénutrition est actuellement sous-diagnostiquée en France, chez les personnes âgées vivant à leur domicile. Ces dernières, à l'entrée en institution, sont retrouvées dénutries à plus de 50%(4), alors que seulement 3% vivant à leur domicile sont comptabilisées. Malgré l'absence de représentativité de notre enquête quant à la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées par les MG à

l'échelle de la Guyane, l'absence totale d'étude publiée sur le sujet, et les quelques études de Ferry et al, 2001 et 2002, qui décrivent l'alimentation des personnes âgées à leur domicile (30)(31), soulignent l'intérêt de ce premier état des lieux, visant à aider les médecins guyanais à la prise en charge de cette population fragile et à l'amélioration d'outils de formation à leur égard. Gageons que l'angle de l'évaluation du suivi des recommandations HAS 2007 émises à l'intention des médecins généralistes, sur les modalités de soins de premier niveau de la dénutrition modérée à sévère de leurs personnes âgées de plus de 70 ans, les intéresse à un problème de santé peut-être non encore identifié en tant que tel à ce jour.

Résultats principaux

L'échantillon de notre étude est composé de 43 MG dont 67.4 % d'hommes et 32.5 % de femmes. Selon l'Atlas de la Démographie Médicale (ADM) publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) faisant un état de la situation en janvier 2018(25) , la Guyane dispose de 315 médecins généralistes. Les données de janvier 2018 ne précisent pas la répartition des sexes, mais celles de janvier 2015 retrouvaient 34% de femmes, pour 307 médecins en activités(32), proche de notre distribution.

La répartition des âges des médecins de l'enquête retrouve une majorité de médecins qui avaient entre 55 et 64 ans. A l'échelle du département, l'âge moyen est de 49 ans(32). Notre population de répondants est donc plus âgée et la nutrition, discipline récente, n'a donc pas fait partie de leur formation initiale et nécessite d'être incrémentée par formation continue.

Un peu plus d'un tiers des médecins interrogés ont participé à un DU (Diplôme Universitaire), un Congrès ou à un EPU axés sur la nutrition. Mais la grande majorité n'a incrémenté aucune qualification ou formation supplémentaire à sa formation initiale. Il est par ailleurs très difficile de se former sur un sujet dont on pense ne pas avoir ni l'intérêt, ni la pratique, d'autant plus s'il n'est pas identifié comme existant en Guyane, comme rapporté par les verbatim de certains MG. Une étude réalisée en 2013 dans le Limousin, à l'initiative de la Société Française de Nutrition Clinique et Métabolique sous l'impulsion du Ministère de la Santé, avait démontré que les professionnels de santé étaient sensibles aux conférences organisées sur le sujet de la dénutrition des sujets âgés. Ce projet avait mis en évidence l'importance de la communication sur le sujet, non seulement auprès des professionnels de santé mais aussi auprès du grand public(33). Nos résultats ici, montrent clairement que les EPU et les congrès sont en Guyane un mode de formation privilégié pour les MG, comme retrouvé aussi dans la thèse de Madame Dranebois (26).

Nous avons cherché à démontrer l'existence d'association possible entre le fait d'avoir participé à une formation en nutrition et différentes classes d'âge (<45 ans et ≥45 ans), le

sexe et la commune d'exercice des MG. Aucune association significative n'a été retrouvée, à l'exception de celle retrouvée entre de la classe d'âge ≥ 45 ans et la présence d'une formation en nutrition ($p=0.007$), sans qu'une association significative soit toutefois retrouvée entre une meilleure définition de la dénutrition selon les recommandations HAS et un meilleur taux de formation. Ceci peut être expliqué par le manque de puissance de notre étude, au regard de la petite taille de l'échantillon de MG interrogés.

Dénutrition : définition, dépistage, diagnostic

Le premier signe visible de dénutrition est l'amaigrissement qui précède l'installation de la dénutrition proprement dite. La personne âgée doit donc être pesée, toisée et son IMC calculé régulièrement au cours de son suivi. Chez elle, à plus de 70 ans, lorsque son IMC est en dessous de 21kg/m^2 , nous devons nous orienter vers une dénutrition modérée et en dessous de 18 vers une dénutrition sévère. Dans notre étude, 27 médecins sur 43 (62.8%) déclarent ne pas se baser sur l'IMC pour poser le diagnostic de dénutrition, qui selon eux n'est pas un outil de référence, ce qui doit nous interpeller ainsi que les sociétés savantes de gériatrie et nutrition, qui réfléchissent actuellement ensemble sur l'évolution d'une nouvelle définition de la dénutrition chez la personne âgée.

Les nouvelles définitions de la dénutrition de l'adulte (hors personne âgée) et de l'enfant recommandées par la HAS, émises le 13 novembre 2019, dernier, redonnent toute sa place à l'évaluation de l'IMC des patients dans cette définition, et suppriment le dosage d'albuminémie des critères diagnostiques de dénutrition, tout en lui laissant sa place de valeur pronostique seule(34). Peser et déplacer jusqu'à un site de consultation une personne âgée restera toujours problématique en soi, et ce déplacement peut être également difficile jusqu'à un CDPS. On peut imaginer que l'utilisation de l'IMC par les médecins guyanais soit moindre du fait de l'absence de toise ou de contrôle du poids à chaque consultation de manière systématique. Mais seulement deux médecins sur 43 ont précisé ne pas se baser sur un pourcentage de perte de poids pour rechercher la dénutrition, car ils ne pesaient pas leurs patients à chaque consultation. Pour 69.7% des MG sondés, le critère majeur leur permettant de définir la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans était bien une perte de poids ou amaigrissement, mais sans précision sur une cinétique de perte de poids particulière.

L'hypoalbuminémie, a été citée en deuxième position et est utilisée chez 60.4 % des MG : cependant aucune distinction n'a été faite sur le critère non interprétable du taux d'albumine en fonction de l'état inflammatoire du patient : l'albuminémie diminue quand il augmente (vu en dosant de façon concomitante la Protéine C-Réactive). C'est aussi majoritairement sur ce

critère qu'est ainsi posé le diagnostic de dénutrition, avant la clinique (non usage de la cinétique de la perte de poids et utilisation moindre de l'IMC), or, lors de la mise à jour en novembre 2019 de la définition de la dénutrition par la HAS (34), les experts ont remis en question la légitimité de l'albumine comme indicateur absolu (inférieur à 30 g/l) pour le diagnostic de la dénutrition, du fait de la variabilité des techniques de mesure au sein de différents laboratoires. En effet, les seules techniques de dosage par immuno-turbidimétrie et néphélométrie sont retenues valides pour son dosage (34). Le dosage de l'albuminémie via l'électrophorèse des protéines n'est pas non plus valide (34). Le médecin doit donc utiliser ce dosage comme un élément d'appréciation et non comme indicateur absolu.

Certes ces nouvelles recommandations concernent la dénutrition de l'adulte hors personne âgée, mais dans l'attente de ces nouvelles recommandations, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces données vont être également déclinées à la personne âgée, lors de leur mise à jour, intégrant aussi les notions de perte de fonctionnalité précoce, et de l'apparition d'une fragilité.

Au cours de l'analyse des résultats, nous avons fait le constat qu'aucun médecin généraliste n'avait fait mention du MNA (Mini Nutritional Assessment), à aucune phase de l'étude. Or le MNA est un outil de dépistage de la dénutrition, spécifique à la personne âgée, constitué de 18 items, spécifiquement conçu par le groupe NESTLE en 1994, avec la participation d'un groupe d'expertsgériatres (cf. Annexe 4). Il permet d'apprécier les risques de dénutrition d'un individu âgé sans réaliser de prélèvement biologique, afin d'éviter des diagnostics de dénutrition trop tardifs, parfois au décours d'évènements intercurrents comme cela est souvent le cas (hospitalisation, fracture, chute...). Il s'agit d'un véritable « tensiomètre de la dénutrition », présentant de nombreux avantages (simple et facile d'utilisation, coûts de mise en place faibles) ; cependant il est connu pour être long et complexe et dans le contexte de travail des MG, tout ce qui est consommateur de temps est écarté de la pratique quotidienne, surtout lorsqu'il existe une alternative de moyen pour arriver à cette même définition de dénutrition (4). Ce résultat ne nous surprend pas. Dans une étude réalisée par Madame Faline(35), la plupart des médecins ne connaissaient pas le MNA ; et pour ceux qui en connaissaient l'existence, ils déclaraient ne pas l'utiliser, comme nous l'a rapporté Madame Gachignard, pour 73% des médecins de son étude (36). Actuellement, le suivi des recommandations du quatrième PNNS, en médecine ambulatoire, recommande d'utiliser la forme courte du MNA pour poursuivre le dépistage systématique de la DPE des personnes âgées de plus de 70 ans. L'enquête nationale « AGENA » (37), réalisée entre septembre 2000 et janvier 2001, étudiait l'utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition par les MG : IMC, Mini Nutritional Assesment Short Form (MNA-SF) associé à la forme globale et l'Auto-

Questionnaire de Risque de Dénutrition (AQRD). Cette enquête a mis en évidence une utilisation insuffisante des indicateurs, en particulier l'IMC (35%) et le MNA-SF (15%).

Le dépistage systématique ou ciblé de la dénutrition chez la personne âgée est pratiqué de façon totalement équitable dans notre échantillon de MG interrogés. Les situations à risque de dénutrition détaillées par les MG et utilisées pour un dépistage ciblé, font bien parties de celles recommandées par l'HAS, à dépister (4). Face à un patient présentant une néoplasie, un alitement, une AEG ou un isolement social, comme rapporté par Ferry et al (30), la majorité des médecins généralistes interrogés ont affirmé avoir un œil plus attentif sur ces situations à risque pouvant masquer une dénutrition existante ou à venir. Toutefois, il est étonnant que dans notre étude, les situations de maladies chroniques, neurologiques ou avec troubles cognitifs (4.6%) aient été peu évoquées comme situation à risque de dénutrition, mais plutôt comme facteur limitant la qualité du dépistage. Les maladies avec troubles cognitifs sont en effet souvent accompagnées d'une forte dénutrition, si ce n'est au début, au moins dans leur évolution, dont elles précipitent à leur tour ensuite aussi une évolution défavorable, selon un véritable cercle vicieux (38). Dans le travail de Mme GACHIGNARD, ces troubles constituaient une situation induisant un dépistage pour 38,8% des médecins (36). Nos résultats peuvent résulter d'une fluctuation d'échantillon.

CNO : conseils, prescription

En très grande majorité, les médecins interrogés semblaient convaincus de l'utilité de prodiguer des conseils d'enrichissement de l'alimentation avant de se précipiter sur une prescription de CNO, respectant ainsi les recommandations de l'HAS 2007. Toutefois, à 46.1% seulement, ils déclarent prendre le temps de faire une enquête alimentaire avec évaluation des ingesta afin de trouver la cause de la perte d'appétit et adapter les conseils à prodiguer. L'HAS recommande cette évaluation, au minimum par un rappel des 24 heures, malgré l'inexactitude connue de cette évaluation souvent sous-estimée, tel que le Pr. Crenn le rappelle (39), et pour qui, l'évaluation nutritionnelle quantitative n'est pas réalisable en pratique ambulatoire sans avoir recours à un(e) diététicien(ne). Les enquêtes nutritionnelles n'étant fiables qu'à 20 % près (39), il propose de substituer les enquêtes alimentaires quantitatives diététiques en macronutriments effectuées sur la prise orale des 3 à 7 derniers jours, par l'évaluation des ingesta via une échelle analogique visuelle (40) ou verbale, analogue à celle de la douleur. Simple, réalisable en ambulatoire, cette méthode semblerait être meilleure pour évaluer rapidement les ingesta du patient et proposer ou non une prise en charge, par CNO notamment, dans l'objectif de combler un déficit d'apport. Lors du congrès des journées Francophones de Nutrition de décembre 2019, une première

communication affichée, a rapporté que cette réglette n'était pas valable, au moins en institution, pour ce dépistage de dénutrition chez les personnes âgées(41).

D'autres part, selon le référentiel HAS 2007 (4), réitéré au cours de la mise à jour du référentiel HAS de novembre 2019 (34), il est préconisé à plusieurs reprises de réaliser une évaluation des apports alimentaires en cas de risque de dénutrition ou en cas de dénutrition avérée. Cette attitude est suivie par la très grande majorité des médecins nutritionnistes à ce jour.

Concernant les conseils diététiques et d'enrichissement de l'alimentation préconisé par les MG, les recommandations de l'HAS au sujet des modalités de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée dénutrie, résumées dans l'annexe 5 et 6 sont bien retrouvées au sein des principaux conseils évoqués par les médecins sondés, qui étaient d'augmenter les apports en protéines, en graisses et de varier l'alimentation. La revue de littérature réalisée par Mills *et al.*, parue en janvier 2018, a mis en avant le fait que l'enrichissement combiné des repas principaux en énergie et en protéines, ainsi que la supplémentation par des collations, pourraient être utilisés comme une intervention efficace et réalisable pour améliorer l'apport alimentaire chez les patients (42). Le fractionnement alimentaire était toutefois peu cité par les MG.

Les CNO sont également retrouvés indiqués en première intention en cas d'ingesta bas avec dénutrition modérée selon les anciennes recommandations de la Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale (cf. Annexe 6). Cependant, dans notre étude, nous avons pu constater que 64.7% des médecins, prescrivent des CNO en première intention, des lors que la dénutrition est avérée, sans évaluation au préalable des ingesta, certains évoquant les difficultés de mastication de leurs patients.

Des médecins et des patients dénutris à protéger

A la question, « *Avez-vous reçu, ou recevez-vous encore actuellement, des demandes de prescriptions de CNO par des familles de patients ou par les patients eux même qui ne vous semblent pas justifiées par la seule dénutrition ?* », posée aux 10 médecins de la phase qualitative, l'ensemble des médecins ont répondu à l'affirmative.

Quatre-vingt-six pourcents des médecins sondés, à la phase quantitative, ont déclaré avoir quasiment tous les jours des demandes abusives de prescription de CNO, rendant compte d'un malaise et d'une pression faite sur la profession médicale.

S'il n'est pas étonnant que ces demandes émanent d'adultes en situation précaire, présentant des difficultés financières pour s'alimenter, il semble évident que la répétition des demandes s'accompagne d'une situation particulière, expliquée par les MG de notre étude, rattachée par eux aux croyances particulières de leurs populations, associées à ces produits, qui attribuent des vertus associées à leur prise, depuis le pays d'origine de la personne émigrée. Ceci pourrait faire l'objet d'un autre travail exploratoire, afin d'avoir une information adaptée à leur égard pour rétablir une juste communication à ce sujet et sortir de cette situation.

Par ailleurs, si pour 18.9% des cas, il s'agissait aussi de demandes non étonnantes, de la part d'adultes non dénutris, asthéniques, à la recherche de « produits stimulants » ou de vitamines ; cette étude met en évidence une demande étonnante dans une proportion identique de cas (18.9%), de demandes de parents pour leurs enfants mineurs, dès lors qu'ils constataient une baisse de l'appétit ou du poids de leur enfant, ou qu'ils trouvaient leur enfant de morphologie "trop maigre par rapport aux enfants de son âge". La prévalence de la dénutrition pédiatrique (intra-hospitalière) est de 10% (43). La dénutrition pédiatrique est totalement inconnue en population générale en France, mais nécessiterait d'être évaluée en population générale, au domicile, en particulier en Guyane, du fait de ces résultats imprévus et étonnants de notre étude.

Par ailleurs, nous avons été surpris d'apprendre que des CNO étaient retrouvés en vente libre dans des magasins locaux, alors qu'il s'agit de médicaments de délivrance pharmaceutique, nourrissant l'hypothèse d'un possible commerce autour de ces dispositifs médicaux.

D'un point de vue réglementaire, les CNO appartiennent à une catégorie particulière de produits que sont les ADDFMS, définis par l'article L. 5137-1 du code de la santé publique comme étant « des aliments destinés à une alimentation particulière qui sont spécialement traités ou formulés pour répondre aux besoins nutritionnels des patients. Ils sont destinés à constituer l'alimentation exclusive ou partielle des patients dont les capacités d'absorption, de digestion, d'assimilation, de métabolisation ou d'excrétion des aliments ordinaires ou de certains de leurs ingrédients ou métabolites sont diminués, limitées ou perturbées, ou dont l'état de santé appelle d'autres besoins nutritionnels particuliers qui ne peuvent être satisfaits par une modification du régime alimentaire normal ou par un régime constitué d'aliments destinés à une alimentation particulière ou par une combinaison des deux. Ils ne peuvent être utilisés que sous contrôle médical » (44).

Il est indispensable de préciser que ces CNO ne doivent en aucun cas se substituer à une alimentation variée et équilibrée mais doivent au contraire la maintenir et la favoriser.

Il a d'ailleurs été démontré une plus grande efficacité de la prise des CNO sur la synthèse protéique chez la personne âgée, si prise au moment d'une activité physique (45)(46), conseil jamais cité par les MG de notre étude.

Ce constat de pression sur les MG guyanais est source d'une fatigue supplémentaire pour eux, qui s'opposent légitimement à cette pression de mésusage, au quotidien, pour ne délivrer prescription de ces produits qu'aux seuls patients dénutris modérés à sévères chez qui un bénéfice de ces produits est attendu. Afin de soulager les MG guyanais, dont le temps de consultation est précieux et compté, il serait souhaitable qu'une aide institutionnelle soit développée, auprès de tous ces demandeurs de qualité différente, via le rétablissement de la réalité du positionnement de ces CNO à large échelle, en langue et langage adapté, et qu'un contrôle du circuit éventuel, même si marginal, de délivrance des CNO hors pharmacie, le cas échéant, soit effectué.

En effet, un contexte passé de suspicion de mésusage des MG guyanais sur les prescriptions des CNO s'est déjà produit, dont les doubles victimes furent les médecins vertueux et les vrais patients dénutris modérés à sévères. Une meilleure communication globale devrait permettre la poursuite d'un bon usage de ces dispositifs médicaux.

Freins à la prescription des CNO

Même si l'absence de sécurité sociale de certains patients est rapportée être pour les MG un frein à la prescription des CNO, l'absence de discrimination diagnostique de la dénutrition reste le premier frein, bien rapporté par certains MG. Ce résultat a été confirmé par notre étude à 2 niveaux : celui de l'absence de discrimination au sein d'une préoccupation plus orientée vers le surpoids/obésité, régulièrement mentionnées par les MG interrogés, et celui établi grâce aux résultats de notre enquête, vis-à-vis de la définition non maîtrisée du diagnostic de dénutrition modérée à sévère de la personne âgée, inhérent essentiellement à un obstacle déterminant, peu cité au sein de notre enquête : le manque de formation (cité par 16.2% des MG). Le dépistage de la dénutrition faisait pourtant partie du plan d'action 2011-2015 du PNNS avec davantage de formations destinées aux professionnels de santé, tout comme la conception d'outils pratiques pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition (47).

Notons par ailleurs que la gériatrie fait partie depuis plusieurs années du programme de l'ECN (Épreuves Classantes Nationales), avec notamment un item sur les troubles

nutritionnels chez le sujet âgé. Le constat actuel rend nécessaire de développer un programme de formation vers les MG, sous l'un ou l'autre format qu'ils plébiscitent le plus : EPU et/ou congrès.

Piste pour améliorer les pratiques des médecins généralistes

Parmi les objectifs secondaires de cette étude, nous souhaitons identifier les besoins en formation des médecins généralistes, face à la multiplicité actuelle des CNO, pour secondairement développer une ou des fiches d'aides à la prescription des CNO.

Vingt-sept médecins sur quarante-trois ont émis un avis favorable à ce type de projet, insistant sur la nécessité d'un support « pratico-pratique, synthétique », à intégrer dans leur système informatique. Certains ont même précisé vouloir une fiche d'aide plus accès sur le diagnostic que sur la prise en charge de la dénutrition.

Notre étude rend parfaitement compte des différents points à améliorer, ciblant en priorité, la définition de la dénutrition modérée et sévère et la mise en route pratique des CNO dans ces 2 situations, points non encore parfaitement acquis. En effet, il n'y a pas lieu de dépasser dans la très grande majorité des cas, 2 CNO par jour, en complément d'une alimentation insuffisante, ni de majorer une prescription initiale de ces CNO dans le cas d'une dénutrition sévère, comparativement à une dénutrition modérée. Cela ne ferait en effet que précipiter un risque de déclencher un syndrome de renutrition, qui pourrait être in fine parfois fatal au patient (48). En cas de dénutrition sévère, il est effectivement urgent, d'aller très lentement, dans la renutrition. Certains MG ont d'ailleurs pour 9% d'entre eux, envisagé de demander une aide de spécialiste en nutrition, dans cette dernière situation.

CONCLUSION

La dénutrition est un problème de santé publique majeur et croissant avec le vieillissement de la population française. Il s'agit d'une pathologie qui a été reconnue comme lourde de conséquence en termes clinique et économique. L'HAS a émis des recommandations en 2007 pour la stratégie de prise en charge de la dénutrition des sujets âgés dans le but d'élaborer un outil pour les professionnels de santé. L'accent est mis aujourd'hui sur la prévention et le dépistage précoce de la dénutrition chez tous les sujets âgés, tout autant les patients « sains », dépourvus de pathologie chronique, que les sujets poly-pathologiques.

Notre étude a permis de mettre en évidence qu'en Guyane française, comme en France métropolitaine, la dénutrition reste très largement sous-diagnostiquée par manque de précision sur les critères de définition utilisés et que sa prise en charge pratique par nos confrères libéraux de médecine générale, en accord avec les recommandations des sociétés savantes, peut encore être améliorée, même si l'arbre décisionnel de la place des conseils nutritionnels avant la prescription de CNO est déjà bien intégrée et majoritairement bien appliquée. Les médecins sont demandeurs d'outils simplifiés pour améliorer les prises en charge de leur patient. Il convient d'entendre et de répondre à cette attente et d'amener ce plus à ces praticiens demandeurs. En effet, la conjoncture médicale actuelle de la Guyane, supporte la réalité d'une diminution de la démographie active médicale, face à plus de patients. La diminution du temps de consultation imparti à chaque patient est un autre contexte qui favorise avec de nombreux autres facteurs, l'absence à ce jour d'identification précise de la dénutrition par les médecins actifs en place, dans leur patientèle de personnes âgées. Ceci constitue d'abord un grand frein au dépistage, puis à la prise en charge de premier niveau, de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans par les médecins.

Travailler sur la question nutritionnelle doit être au cœur de la prise en charge des patients, la nutrition devant représenter un soin à part entière au vu de la prévalence élevée de la population âgée de plus de 65 ans en France, que rejoindra prochainement la Guyane. Une des pistes envisagées pour cette amélioration, serait de mettre en place une fiche d'aide simplifiée « pratico-pratique » utile au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition dans cette population, adaptée à la médecine de ville, tout en développant des formations privilégiées sous format d'enseignement post-universitaire ou de congrès, à l'attention des médecins guyanais au contact des personnes âgées.

Références bibliographiques

1. INSEE. Espérance de vie à divers âges en 2018 [Internet]. [Cité 27 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
2. Breton D, Condon S, Marie C-V, Temporal F. Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations. Population et Sociétés. Octobre 2009
3. L'Observatoire des Territoires. Le vieillissement de la population et ses enjeux- janvier 2018 [Internet]. [Cité 14 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux#En%20France,%20des%20territoires%20in%20C3%A9aux%20face%20au%20vieillissement>.
4. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS. nov 2007
5. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 15 avr 2009
6. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. [Cité 18 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
7. INSEE. Bilan démographique 2014 - Insee Première - 1532 [Internet]. [Cité 27 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1283853>
8. Crouzet M. Vieillissement et perte d'autonomie aux Antilles et à La Réunion : des situations en outremer contrastées. Espace populations sociétés. Juin 2018 [Internet]. [Cité 18 nov 2019] ; (2018/1-2). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/eps/7658>
9. INSEE Antilles-Guyane. Migrations, Famille et Vieillissement : Défis et enjeux pour la Guyane. Septembre 2012. [Internet]. [Cité 14 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14238/1/aechos21.pdf>
10. INSEE. La population guyanaise à l'horizon 2050 : vers un doublement de la population ? [Internet]. [Cité 18 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3902223#consulter>
11. Quilliot D, Thibault R. Traité de Nutrition Clinique, SFNEP ; 2016, 1506 p

12. Raynaud Simon A, Lesourd B. Dénutrition du sujet âgé. Conséquences cliniques. *Presse Med* 2000 ; 29:2183-90
13. Lach K, Peterson SJ. Nutrition Support for Critically Ill Patients With Cancer. *Nutrition in Clinical Practice*. 2017 ; 32(5) : 578-86.
14. Delarue J, Joly F, Desport J-C, Fontaine E. Les nouveaux critères de diagnostic de la dénutrition de l'adulte. *JNDES*. 2018 ; 5.
15. Brocker P. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. *La revue de Gériatrie*. 2008 : 8.
16. Freijer K, Nuijten MJC, Schols JMGA. The Budget Impact of Oral Nutritional Supplements for Disease Related Malnutrition in Elderly in the Community Setting. *Frontiers in Pharmacology*. may 2012
17. Elia M, Stratton R, Russell C, Green C, Pang F. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. *BAPEN*. Elia, M (ed.) 2006. [Internet]. [Cité 14 déc 2019]. Disponible sur : https://www.bapen.org.uk/pdfs/health_econ_exec_sum.pdf
18. République française. Arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. *Journal officiel*, n°0108 du 10 mai 2019, texte n°26.
19. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse des recommandations professionnels. Paris: HAS. nov 2007
20. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications. 2011.
21. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications. 2011.
22. Pala D, Oliveira Barbosa P, Teixeira Silva C, Olivera de Souza M, Rodrigues Freitas F, PinheiroVolp AC et al. Açai (*Euterpe oleracea* Mart.) dietary intake affects plasma lipids, apolipoproteins, cholesteryl ester transfer to high-density lipoprotein and redox metabolism: A prospective study in women - *Clinical Nutrition*. 2017.
23. DUMG Antilles - Département Universitaire de Médecine Générale Antilles. DESMG - Séminaire Recherche qualitative. [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://ecursus.univ-antilles.fr>

24. Savès M. MOOC Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives. Université de Bordeaux. ISPED. [Internet]. [Cité 3 janv 2020]. Disponible sur : https://www.fun-mooc.fr/c4x/ubordeaux/28004/asset/S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Janvier 2018. [Internet]. [Cité 22 déc 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
26. Dranebois, S. Prescription de l'activité physique chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en guyane: etude descriptive observationnelle. Guyane [Thèse pour le doctorat en médecine] Université des Antilles. 2019.
27. Ministère de la cohésion des territoires. Le vieillissement de la population et ses enjeux - L'Observatoire des Territoires. 2018. [Internet]. [Cité 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux#En%20France,%20des%20territoires%20in%20C3%A9gaux%20face%20au%20vieillissement>
28. Daigre J-L, Atallah A, Boissin J-L, Jean-Baptiste G, Kangambega P, Chevalier H, et al. The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference, in adults and children in the French Overseas Territories: The PODIUM survey. 2012.
29. Eschwège E, Charles MA, Basdevant A, Moisan C, Bonnélye G, Hovart J et al. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Obépi Roche. 2009;
30. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barbeger-Gateau P. The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. J NutrHealthAging. 2005
31. Ferry M, Mischis C, Sidobre B. Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile. L'étude SOLINUT - s. l : s. n., 2001 : 24p
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale dans les DOM-COM - Situation en 2015. [Internet]. [Cité 22 déc 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/m5d6xw/atlas_dom_com_2015.pdf

33. Desport J-C, Villemonteix C, Massoulard A, Gourcerol E, Maguda C, Javerliat V, et al. Bilan d'un projet pilote d'actions de sensibilisation du public aux risques de dénutrition et de fragilité de la personne âgée en région Limousin (2013–2014). *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 déc 2015 ; 29(4) : 246-52.
34. Haute Autorité de Santé. Diagnostique de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS. nov 2019
35. Faline, M. État 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 de médecine. Université Tours ; 2011.
36. Gachignard, L. Étude des pratiques de dépistage de la dénutrition des sujets de plus de 70 ans en médecine générale dans la région Pays de la Loire. Loire [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Nantes ; 2013.
37. Brocker P, Giret D'Orsay G, Meunier J-P. Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés : l'enquête AGENA. 2003.
38. Bianchi VE, Herrera PF, Laura R. Effect of nutrition on neurodegenerative diseases. A systematicreview. *Nutritional Neuroscience*. 4 nov 2019;0(0):1-25
39. Crenn P. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire. Post'U FMC-HGE. 2011
40. Thibault R, Goujon N, Le Gallic E, Clairand R, Sébille V, Vibert J, Schneider SM, Darmaun D. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutrition- ally at-risk. *Clin Nutr*. 2009 ;
41. *Bedbeder M, Lahaye C, Boukhris S, Gross A, Raynaud-Simon A, Sanchez M.J.* L'échelle analogique d'évaluation des prises alimentaires ne permet pas d'évaluer les ingesta ni de dépister la dénutrition chez les patients hospitalisés en gériatrie aiguë. *JFN*. 27 novembre 2019. Rennes.
42. Mills SR, Wilcox CR, Ibrahim K, Roberts HC. Can fortified foods and snacks increase the energy and protein intake of hospitalised older patients? A systematicreview. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2018;31(3):379-89.
43. Hankard R, Colomb V, Piloquet H, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, et al. Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante. *Archives de Pédiatrie*. oct 2012;19(10):1110-7.
44. République française. Code de la santé publique - Article L5137. *Journal officiel* 27 avril 2007.
45. Rondanelli M, Klersy C, Terracol G, Talluri J, Maugeri R, Guido D et al. Whey protein, amino acids, and vitamin D supplementation with physical activity

increases fat-free mass and strength, functionality, and quality of life and decreases inflammation in sarcopenic elderly. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Oxford Academic. 2016

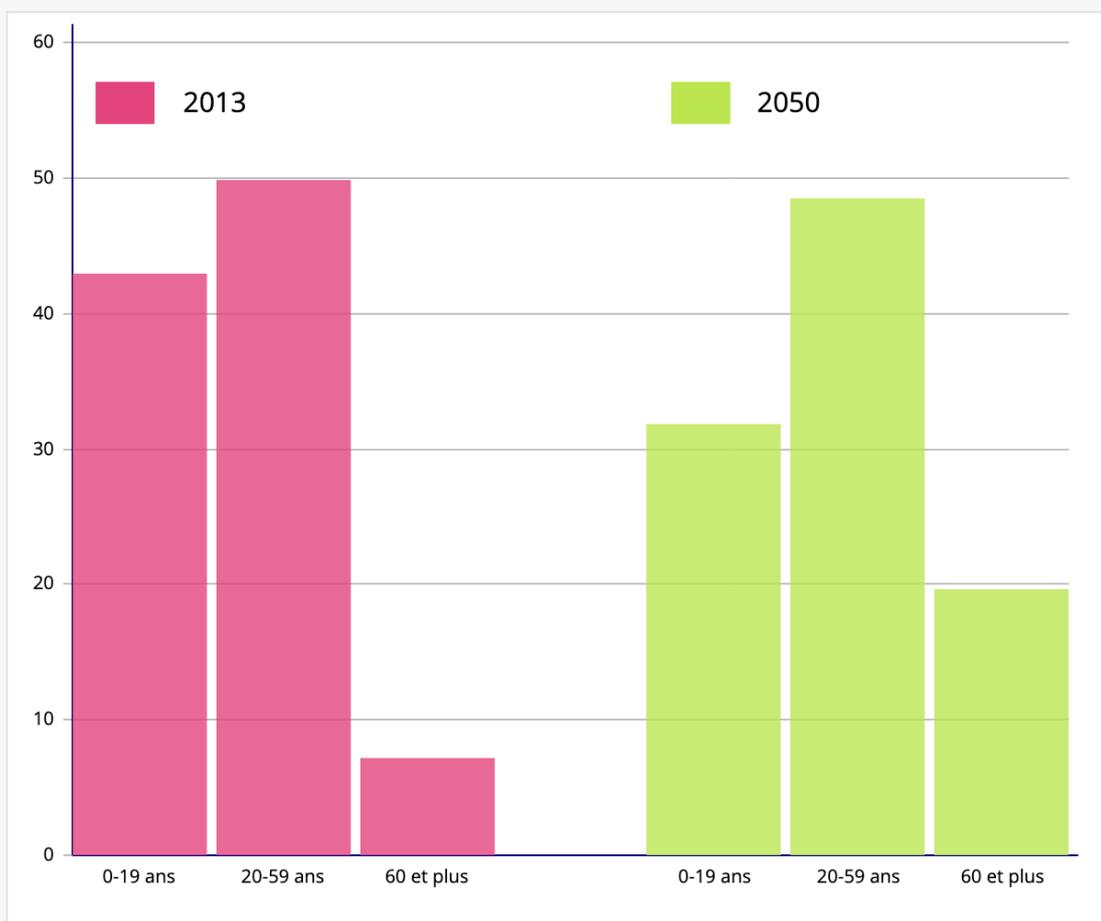
46. Van de Bool C, Rutten EPA, van Helvoort A, Franssen FME, Wouters EFM, Schols AMWJ. A randomized clinical trial investigating the efficacy of targeted nutrition as adjunct to exercise training in COPD. *J CachexiaSarcopenia Muscle*. oct 2017;8(5):748-58.
47. Ministère de la Santé. Programme National Nutrition Santé - Manger Bouger Pro [Internet]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns>
48. Friedli N, Baumann J, Hummel R, Kloter M, Odermatt J, Fehr R, et al. Refeeding syndrome is associated with increased mortality in malnourished medical inpatients: Secondary analysis of a randomized trial. *Medicine*. janv 2020;99(1):e18506.

ANNEXES :

ANNEXE 1

Figure 3 – La population resterait très jeune, mais la part de séniors augmenterait rapidement

Comparaison de la répartition de la population par grandes tranches d'âge entre 2013 et 2050 (en %)



Lecture : en 2013, 43 % de la population guyanaise est âgée de moins de 20 ans, contre 32 % en 2050.

Sources : Insee, Recensements de la population & projections de population Omphale 2017 – scénario de référence.

CNIL3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

2215531

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : LALANNE-MISTRIH Marie-Laure **Sigle (facultatif) :**

Service : **N° SIRET :**

Adresse : CHU DE LA GUADELOUPE ; SERVICE UTDN-CSO ROUTE DE CHAUVEL **Code APE :**

Code postal : 97159 **Ville :** POINTE-À-PITRE **Téléphone :** 0690732033

Adresse électronique : MARIE-LAURE.MISTRIH@CHU-GUADELOUPE.FR **Fax :** +33690732033

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : LALANNE-MISTRIH Marie-Laure

Service :

Adresse : CHU DE LA GUADELOUPE ; SERVICE UTDN-CSO ROUTE DE CHAUVEL

Code postal : 97159 - **Ville :** POINTE-À-PITRE **Téléphone :** 0690732033

Adresse électronique : MARIE-LAURE.MISTRIH@CHU-GUADELOUPE.FR **Fax :** +33690732033

Raison sociale : **N° SIRET :**

Sigle (facultatif) : **Code NAF :**

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Téléphone :**

Adresse électronique : **Fax :**

ANNEXE 3

INSTITUT NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ

menu

inds

SEARCH

TITRE

ÉVALUATION DES MODALITÉS DE PRESCRIPTION DES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE DE PLUS DE 70 ANS, PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, EN GUYANE.

MR concernée

MR004

Responsable de traitement et de mise en œuvre

Type

Autre

Date prévisionnelle de la fin de l'étude **Février 2020**

Source(s) de donnée(s) mobilisée(s)

Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS

in

twitter

f

Mini Nutritional Assessment

MNA®



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

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

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence légère
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC <19
 1 =
 2 =
 3 =

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

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

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

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

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?
 Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
 Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
 Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non
 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 =
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 =

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

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

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

ANNEXE 5 :

Nouveaux repères nutritionnels pour les adultes

1 poignée de fruits à coque sans sel ajouté

Au moins 5 fruits et légumes
(1 portion de fruit = 80-100g)
Pas plus d'1 verre de jus de fruit/jour

Au moins 2 fois par semaine des légumineuses
Ex : lentilles, pois chiches, haricots...
Les légumineuses peuvent être considérées comme des substituts aux volailles

Produits céréaliers complets ou peu raffinés tous les jours

2 produits laitiers par jour
1 portion = 150mL de lait, 125g de yaourt, 30g de fromage

Eau à volonté !

2 fois par semaine du poisson/fruits de mer

Limiter la consommation de viande rouge et privilégier la volaille
Se limiter à 500g de viande rouge/semaine

Limiter la consommation de charcuteries, de produits sucrés, de sodas et de sel
Se limiter à 150g de charcuterie/semaine
Privilégier le jambon blanc

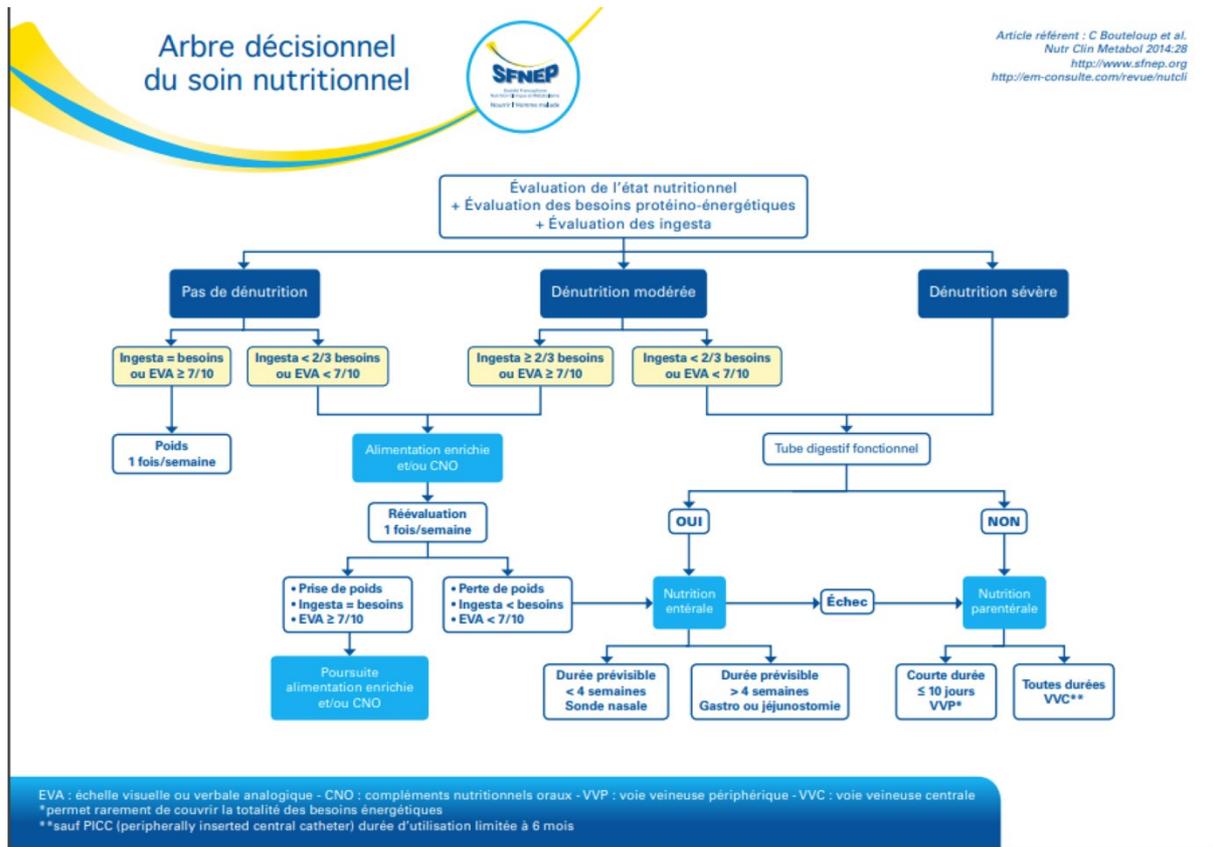
Eviter les consommations excessives de matières grasses ajoutées

En quelques mots :
- diversifier son alimentation, ses modes d'approvisionnement, les origines des produits
- limiter ne veut pas dire interdire !
- éviter les grignotages
- tendre vers une alimentation durable avec des produits de saison, des circuits courts, des modes de productions respectueux de l'environnement
- le BIO peut aider à limiter l'exposition aux pesticides

Source : Haut Conseil de la Santé Publique Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes du futur PNNS 2017-2021 - 16 Février 2017 <http://www.hcsp.fr/explorer.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>

Infographie by Food, Health and Sciences Website : <http://quoidansmonassiette.fr/>

ANNEXE 6



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de 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 influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 leur famille dans l'adversité.

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

DEMANDE D'IMPRIMATUR

RESUME

NOM ET PRENOM : OKAMBA BELLE Diana Béatrice

SUJET DE LA THESE : Évaluation des modalités de prise en charge initiale de la dénutrition modérée à sévère des personnes âgées de plus de 70 ans par les médecins généralistes en Guyane. Étude descriptive observationnelle

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2020

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2020ANTI0497

MOTS CLEFS : dénutrition, médecine générale, complément nutritionnel oral, Guyane française, évaluation des pratiques, personne âgée

Contexte : la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) par les médecins généralistes est assujettie à des recommandations (HAS 2007), après diagnostic d'une dénutrition protéino-énergétique (DPE) modérée à sévère chez leurs patients. La prévalence de cette DPE est plus élevée chez les personnes âgées. La population guyanaise, pourtant plus jeune que celle des Antilles, vieillit aussi, de façon inéluctable. Cette DPE augmente l'incidence et les surcoûts des maladies chroniques, dont la prévalence est déjà plus forte en Guyane qu'en métropole. Elle nécessite d'être prise en charge pour en diminuer les coûts.

Objectifs : évaluer selon quelles modalités et sur quels critères cliniques et biologiques, les médecins généralistes (MG) guyanais se basent, pour prescrire des CNO à la personne âgée dénutrie modérée à sévère de plus de 70 ans en Guyane, comparativement au référentiel HAS 2007.

Méthode : étude observationnelle prospective, menée en Guyane de novembre 2019 à janvier 2020, faisant appel aux méthodes mixtes : phase qualitative avec MG vus en entretiens semi-structurés, puis phase quantitative, avec questionnaire à réponses fermées et ouvertes.

Résultats : taux de réponse : 58.1% (n=43/74 MG contactés sur N=126 MG éligibles). Pour poser le diagnostic de DPE (n=43), l'hypo albuminémie était le critère le plus utilisé (51.1%), puis la perte de poids (48.7%), puis l'IMC (37.2%), avec diagnostic conforme au référentiel chez 28% des MG (n=12/43), dont 5 seulement étaient formés en nutrition. Les MG ≥ 45 ans étaient les plus formés (p=0.007). Chez 60.4% des MG les conseils nutritionnels étaient délivrés avant la prescription initiale, débutant à 1 CNO /J (60.5%), posologie réévaluée chez 46.5% des MG à 1 mois. L'ajustement de cette posologie lors de DPE sévère n'était pas adéquat. Le principal obstacle à une meilleure prise en charge semblait être une invisibilité de la dénutrition, face à un contexte de prévalence plus élevée de surpoids et d'obésité.

Conclusion : les recommandations HAS 2007 de prescription des CNO sont encore insuffisamment suivies en médecine générale en Guyane, requérant une nouvelle sensibilisation au dépistage de la dénutrition et une proposition d'offre de formation pratique en nutrition, acceptée par les MG, pour les aider auprès de leurs patients les plus âgés.

JURY : Président : Pr Mathieu NACHER

Jury : Pr Jeannie HELENE-PELAGE

Pr Mathurin TABUE TEGUO

Dr SABBAN Nadia

Directrice : Dr LALANNE-MISTRIH
