



HAL
open science

Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD

Mickaël da Silva Andrade

► **To cite this version:**

Mickaël da Silva Andrade. Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03275265

HAL Id: dumas-03275265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03275265>

Submitted on 30 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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°49

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par DA SILVA ANDRADE Mickaël

Né le 14/02/1992 à Bayonne

Le 10 Juin 2021

Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD.

Sous la direction du Dr Géraldine CARASSOU

Membres du jury :

Président : Pr Jean-Philippe Joseph

Membres : Dr Benjamin Soen, Dr Georges Pépin, Dr Géraldine Carassou

Rapporteur de Thèse : Pr William Durieux

Remerciements

A Mr le Professeur Jean Philippe Joseph Président du jury, merci de me faire l'honneur de présider ce jour si symbolique pour moi.

A Mr le Dr Benjamin Soen, membre du jury, merci pour avoir accepté d'être dans mon jury de thèse. Que ce jour ne soit que le premier d'une longue et fructueuse collaboration.

A Mr le Dr Georges Pépin, membre du jury, merci pour avoir accepté d'être dans mon jury de thèse. Encore merci pour toutes ces années et pour me faire l'honneur d'être votre successeur. J'espère pouvoir en être digne.

A Mme le Docteur Géraldine Carassou, directrice de thèse, merci de m'avoir fait l'honneur de m'accompagner dans cette aventure. Merci pour tous ces conseils durant ces deux dernières années et de faire de moi ce jour un Docteur en Médecine.

A mes parents : Merci d'avoir été toujours là pour moi. Merci pour tout ce que vous avez sacrifié pour que je puisse en arriver là. Je suis fier de vous avoir comme parents. Je vous aime.

A Philippe et Stéphanie, merci fréro et sœurette pour m'avoir aidé pendant toutes ces années, les collages de timbres et tous ces moments passés durant toutes ces années. Et un grand merci d'avoir été toujours là pour moi.

A Manue, ma 2^{ème} maman, merci pour tout ce que tu as fait pour moi pendant toutes ces années. Tu as toujours été là pour moi. Tu m'as donné goût à la santé et je t'en remercierai toute ma vie.

A Patrice : Merci pour les restaurants au Portugal ^^ et oui on ira un jour au Bateau :)

A Marie et Christian : Merci de m'avoir soutenu dans mes études pendant toutes ces années.

A Florence et Eric : Merci de m'avoir déjà trouvé une directrice de thèse. Merci de m'avoir accompagné pendant ces 3 ans. Merci pour m'avoir initié au ski Eric ^^ et merci Flo pour les raclettes et fonduesahaha.

Aux amis de l'enjaillement : Rodolphe, Damien, Simon, Florent, Axelle, Louise, Justine, Clothilde, merci pour toutes ces années d'amitiés, de soutien, de fous rires, de soirées, de vacances...

Aux colocs, Arthur et Maud, merci pour tous ces moments passés ensemble, ces repas, ces vacances 😊, le golf avec Jean Miche et tous ceux à venir.

A Fabien, mon co-interne orthésien, merci pour ces bons moments passés durant cet internat, ces rigolades, ces paninis au Leclerc d'Orthez ^^.

Une pensée à mes grands-parents : Je sais que de là-haut vous êtes fier de moi. Merci pour tout, je vous aime.

A Gaëlle, ma compagne et fiancée : Merci d'avoir été là pour moi dans les bons et les mauvais moments, de m'avoir soutenu et encouragé. Je t'aime de tout mon cœur. Tu es la femme de ma vie.

Abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COVID-19 : Corona Virus Disease 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DPC : Développement Personnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MNA : Mini Nutritional Assessment

NE : Nutrition Entérale

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

Table des matières

I. Introduction.....	9
II. Etat actuel des connaissances	12
A. Définition de la dénutrition	12
B. Diagnostic de la dénutrition	12
C. Sévérité de la dénutrition.....	13
D. Dépistage de la dénutrition.....	13
E. Stratégies de prise en charge de la dénutrition	14
III. Méthode.....	16
A. Objectifs de l'enquête et type d'étude	16
B. Population étudiée	16
C. Recueil des données	16
D. Méthode d'analyse.....	17
E. Structure du questionnaire.....	17
1. Partie 1	17
2. Partie 2	17
IV. Résultats.....	18
A) Caractéristiques de la population étudiée	18
1. Sexe	18
2. Age.....	18
3. Lieu d'exercice.....	18
4. Formations Complémentaires.....	19
B. Questionnements sur la dénutrition et les pratiques professionnelles	20
V. Discussion.....	36
A. Population de l'étude	36
B. Evaluation des pratiques professionnelles.....	36
1. Des recommandation pas assez connues	36
2. Une simplification des recommandations à effectuer	37
3. Un dépistage de la dénutrition à améliorer.....	38
4. Des critères de diagnostic de dénutrition mal connus	39
5. L'IMC souvent utilisé mais peu contributif	40
6. Un MNA non connu et donc non utilisé.....	40
7. Le bilan biologique, base du diagnostic chez les médecins	41

8. Une approche thérapeutique centrée sur les compléments alimentaires oraux	41
9. Une prise en charge à domicile et en EHPAD quelque peu différente.....	42
10. Limites de l'étude.....	43
VI. Conclusion	44
VII. Bibliographie	45
VIII. Annexes	48
IX. Résumé.....	60

I. Introduction

La population française est en constante évolution avec une tendance au vieillissement.

En effet, selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) (1), la France compterait 12,1 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2050, soit 16,4 % de la population, contre 9,0 % en 2013.

Quelle que soit la région, la hausse serait plus soutenue que pour les personnes de 65 ans ou plus. Elle pourrait dépasser 2 % par an en Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Bretagne, dans les Pays de la Loire et en Corse. Dans le Centre-Val de Loire et en Bourgogne-Franche-Comté, où la hausse serait la moins prononcée, elle atteindrait 1,7 % par an.

En 2050, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus serait supérieure à 18,0 % dans la moitié des régions métropolitaines, avec un maximum de 21,5 % en Corse.

Cette augmentation de la proportion des personnes âgées dans les populations va poser la question du bien vieillir.

L'alimentation va jouer un rôle prépondérant dans cette problématique.

Les données épidémiologiques disponibles en Europe et en France attestent que la dénutrition touche une partie importante de la population, notamment les personnes âgées dépendantes et celles souffrant de pathologies chroniques, y compris les enfants. Il convient d'ajouter les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Le programme national nutrition santé (2) a, dès 2001, fait de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition l'un de ses axes majeurs. Les professionnels de santé, médecins, paramédicaux, dont les diététiciens, sont en première ligne pour identifier le risque, prendre très en amont les mesures de prévention et assurer un suivi nutritionnel. Le maintien d'un bon état nutritionnel est un prérequis essentiel pour assurer un succès thérapeutique rapide, une minimisation des complications, notamment infectieuses, et des coûts de santé pour la société. En ville, les états de dénutrition ou de malnutrition doivent être identifiés notamment au sein des populations en situation de précarité et au cours des pathologies chroniques.

Les professionnels de santé sont ici en première ligne.

La dénutrition n'est pas uniquement le problème des pays en voie de développement de l'hémisphère Sud. Elle atteint la population des pays développés souffrant de maladies aiguës ou chroniques, soit les individus en situation économique précaire, les enfants aussi bien que les adultes. On estime, en Europe, la prévalence de la dénutrition entre 5 et 10 %.

La dénutrition est un facteur de vulnérabilité ayant des conséquences multiples sur la santé des individus.

D'une part la dénutrition serait associée à l'augmentation de la mortalité.

Chez les personnes âgées vivant à domicile, dans une étude prospective incluant 247 hommes âgés de plus de 65 ans, l'incidence annuelle d'une perte de poids > 4 % était de 13,1 %.

Alors que les personnes ayant perdu du poids étaient comparables à celles qui n'avaient pas perdu de poids (âge, de l'indice de masse corporelle (IMC), de l'état de santé, des dosages d'albumine et de cholestérol plasmatiques), en cas de perte de poids le risque de décès à 2 ans était significativement plus important (RR = 2,43 ; IC95 % [1,34 – 4,41]) (3).

Une autre problématique est que la dénutrition serait associée à l'augmentation de la durée de séjour à l'hôpital.

Chez 15 511 patients hospitalisés, le taux d'albuminémie était significativement associé à la durée de séjour à l'hôpital, indépendamment de l'âge et en tenant compte des pathologies (4).

Une étude observationnelle (5) réalisée au CHU de Grenoble entre 2007 et 2017 met en exergue une augmentation de la durée d'hospitalisation des patients dénutris multipliée par 1,4 jours par rapports à des patients ayant un état nutritionnel normal.

De plus, la dénutrition aurait une incidence sur l'augmentation des infections nosocomiales.

Chez 69 personnes âgées hospitalisées, les infections étaient significativement plus fréquentes en cas de dénutrition définie par l'IMC et la circonférence musculaire du bras (73 versus 39 % ; $p < 0,04$) (6).

Chez 185 patients âgés hospitalisés, des apports alimentaires faibles, ainsi que l'âge, la durée de séjour à l'hôpital et la présence d'une sonde urinaire étaient significativement associés au risque d'infection nosocomiale (7).

D'autre part, la dénutrition serait aussi associée à l'apparition des escarres.

Des apports alimentaires insuffisants en énergie et en protéines, l'IMC et l'hypoalbuminémie représentent des facteurs de risque de développer des escarres (8-10).

Une étude plus récente de fin 2017 réalisée au CHU de Montpellier (11) confirmait cette association dénutrition et escarres

De plus, une méta-analyse de quatre essais cliniques montre que la prise en charge nutritionnelle peut réduire le risque de développer des escarres chez les patients à risque (OR = 0,75 ; IC95% [0,62-0,89]) (12).

La dénutrition est associée aux chutes et aux fractures

Le statut nutritionnel de 75 femmes âgées admises à l'hôpital pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur a été comparé à celui d'un groupe de femmes âgées suivies en hôpital de jour.

Les patientes avec fracture présentaient un IMC, une circonférence brachiale, un pli cutané tricipital, des concentrations plasmatiques d'albumine et des apports alimentaires en énergie, protéines et calcium plus faibles que la population contrôle (13).

Dans le Study of Osteoporotic Fractures, 6 754 patientes ont été pesées à l'inclusion et après 5,7 ans. Les données étaient ajustées sur l'âge, le tabagisme, l'activité physique, l'utilisation d'œstrogènes, les pathologies, le poids, la densité minérale osseuse fémorale et la vitesse de diminution de la densité minérale osseuse calcanéenne ; les patientes qui avaient perdu du poids avaient un risque significativement plus grand de fracture de l'extrémité supérieure du fémur, du bassin et de l'extrémité supérieure de l'humérus que celles qui n'avaient pas perdu de poids (pour une perte de poids de 10 %, RR = 1,68 ; IC95 % [1,17-2,41]) (14).

La dénutrition est associée à la dépendance

Dans un échantillon de 3 061 personnes âgées de plus de 65 ans (NHANES), un IMC bas était associé à une diminution de l'autonomie (15).

La sarcopénie sévère était associée à la dépendance et au risque de devenir dépendant dans les 8 ans après l'évaluation chez 5 036 personnes âgées de plus de 65 ans du Cardiovascular Health Study (16) ; elle était associée également dans d'autres publications à une dégradation de la qualité de vie (17-20).

L'incidence de la dénutrition augmente et devient un enjeu de santé publique avec la mise en place par le gouvernement de plusieurs campagnes de sensibilisation à la dénutrition (21,22).

II. Etat actuel des connaissances

A. Définition de la dénutrition

La dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel (23).

Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

La dénutrition peut être liée à :

- un déficit d'apport isolé ;
- une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques ;
- l'association d'un déficit d'apport à une augmentation des dépenses ou des pertes énergétiques et/ou protéiques.

Le déséquilibre inhérent à la dénutrition conduit à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies.

B. Diagnostic de la dénutrition

Les recommandations de la HAS ont été réévaluées en 2019 pour la dénutrition de l'enfant et de l'adulte de moins de 70 ans. Pour les personnes âgées de plus de 70 ans, les recommandations restent celles de 2007.

Selon ces recommandations de 2007 (24) le diagnostic de la dénutrition de la personne âgée repose sur :

- Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois
- Indice de masse corporelle : $IMC < 21 \text{ kg/m}^2$
- Albuminémie $< 35 \text{ g/l}$
- MNA global < 17

Il semblerait que de nouvelles recommandations sur la dénutrition de la personne âgée puissent sortir courant 2021.

C. Sévérité de la dénutrition

Lorsque le diagnostic de dénutrition est posé, il faut évaluer sa sévérité (23).

Elle sera considérée comme sévère si :

- IMC < 18 kg/m²
- Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois
- Mesure de l'albuminémie ≤ 30 g/L

D. Dépistage de la dénutrition

Selon la HAS 2007 (24), le dépistage de la dénutrition est recommandé chez toutes les personnes âgées et doit être réalisé au minimum une fois par an en ville, à l'admission puis une fois par mois en institution, et lors de chaque hospitalisation.

Chez les personnes âgées à risque de dénutrition, le dépistage est plus fréquent, en fonction de l'état clinique de la personne et de l'importance du risque.

Le dépistage de la dénutrition repose sur :

- la recherche de situations à risque de dénutrition ;
- l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ;
- la mesure du poids ;
- l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur ;
- le calcul de l'indice de masse corporelle [IMC = Poids/Taille² ; Poids (kg), Taille (m)].

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire comportant au minimum la recherche de situations à risque de dénutrition et le poids, tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA).

En ce qui concerne le poids, il est particulièrement recommandé de peser les personnes âgées:

- en ville : à chaque consultation médicale ;
- en institution : à l'entrée, puis au moins une fois par mois ;
- à l'hôpital : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation, une fois par mois en soins de longue durée.

Il est recommandé d'effectuer cette mesure si possible en sous-vêtements et avec une méthode adaptée à la mobilité de la personne et en utilisant le même outil à chaque fois quel que soit le lieu de vie.

À domicile, en institution ou à l'hôpital, il est important de noter le poids dans le dossier afin d'établir une courbe de poids. Toute perte de poids est un signe d'alerte et doit faire évoquer la possibilité d'une dénutrition.

Pour le calcul de l'IMC, on essaye d'obtenir, si possible, une mesure de la taille en position debout, à l'aide d'une toise. Si la station debout est impossible ou si le malade présente des troubles de la statique (cyphose dorsale, etc.), il est recommandé d'utiliser les formules de Chumlea (Femme : taille (cm) = $84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{taille de la jambe (cm)}$), Homme : taille (cm) = $64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{taille de la jambe (cm)}$), qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de la hauteur talon-genou, ou bien d'utiliser la taille déclarée.

Des mètres rubans existent afin d'aider à faire cette estimation.

E. Stratégies de prise en charge de la dénutrition

Selon la HAS (24), un interrogatoire alimentaire simple de la personne âgée ou de son entourage doit faire partie du bilan nutritionnel. Il permet d'estimer si la personne âgée a une alimentation diversifiée, riche en fruits et légumes, si elle consomme des plats protidiques (viandes, poissons, œufs) au moins deux fois par jour et si elle prend trois produits laitiers par jour.

Il faudra aussi rechercher les apports hydriques journaliers des personnes âgées mais cela est difficile à mettre en œuvre chez les patients ayant des troubles cognitifs à moins d'une hétéro évaluation.

Si on suspecte une personne âgée d'être dénutrie ou d'être à risque de dénutrition, il est recommandé, de commencer par corriger les facteurs de risque identifiés, en proposant par exemple :

- une aide technique ou humaine pour l'alimentation ;
- des soins bucco-dentaires ;
- une réévaluation de la pertinence des médicaments et des régimes ;
- une prise en charge des pathologies sous-jacentes.

La prise en charge nutritionnelle est d'autant plus efficace qu'elle est mise en œuvre précocement.

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est fondée sur le statut nutritionnel du malade et le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés. Elle tient aussi compte de la nature et de la sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) et des handicaps associés, ainsi que de leur évolution prévisible (troubles de la déglutition par exemple). La prise en charge doit également intégrer l'avis du malade et/ou de son entourage, ainsi que des considérations éthiques. En dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par

des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie, si possible en collaboration avec une diététicienne.

La complémentation nutritionnelle orale (CNO) est envisagée en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère.

L'alimentation entérale est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale.

Ci-dessous, un tableau récapitulatif de la stratégie de prise en charge nutritionnelle de la personne âgée tiré de la HAS (24) :

Tableau 1 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée				
Apports alimentaires spontanés		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie 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	

La réévaluation comporte :

- Le poids et le statut nutritionnel
- L'évolution de la ou des pathologie(s) sous-jacente(s)
- L'estimation des apports alimentaires spontanés
- La tolérance et l'observance du traitement

III. Méthode

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

L'objectif principal de cette étude est d'enquêter sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes du bassin palois pour le diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 75 ans.

Les objectifs secondaires de cette enquête sont :

- Evaluer la prise en charge thérapeutique des patients âgés de plus de 75 ans et dénutris.
- Evaluer les difficultés et limites pour le diagnostic et la prise en charge.
- Comparer les prises en charges diagnostic et thérapeutiques de la dénutrition pour les patients vivant en EHPAD et à domicile.

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

B. Population étudiée

La population étudiée concerne les médecins généralistes affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Pau. Ont été exclus de l'étude les médecins ayant une activité spécifique exclusive telle que : allergologie, nutrition, homéopathie... donc n'ayant pas une patientèle classique de médecine générale.

Au total, 298 médecins généralistes ont été sollicités pour participer à cette étude.

C. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé entre le 28/02/2020 et le 01/10/2020.

Un courrier a été adressé aux médecins généralistes ciblés comprenant un mot explicatif de l'étude ainsi que le questionnaire et une lettre retour timbrée. Une relance a été réalisée au début du mois de septembre 2020 par contact téléphonique à tous les médecins n'ayant pas retourné leur questionnaire. Chaque questionnaire comportait un numéro afin d'identifier le médecin rattaché au questionnaire.

Une réunion de restitution a été proposée aux médecins le souhaitant avec demande de leurs adresses mails afin de les contacter par la suite.

D. Méthode d'analyse

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 7.

E. Structure du questionnaire

1. Partie 1

La 1^{ère} partie du questionnaire abordait des questions générales sur les médecins sondés ainsi que leur démarche diagnostic de la dénutrition afin de pouvoir répondre à l'objectif principal de l'étude et à certains objectifs secondaires

2. Partie 2

La 2^{ème} partie du questionnaire portait sur la dernière consultation au cabinet d'un patient âgé de 75 ans ou plus ainsi que la dernière visite en EHPAD d'un patient âgé du même âge afin de répondre à certains objectifs secondaires.

IV. Résultats

Au total, 122 médecins ont répondu au questionnaire sur un total de 298 médecins généralistes sollicités soit environ 41% de participation.

A) Caractéristiques de la population étudiée

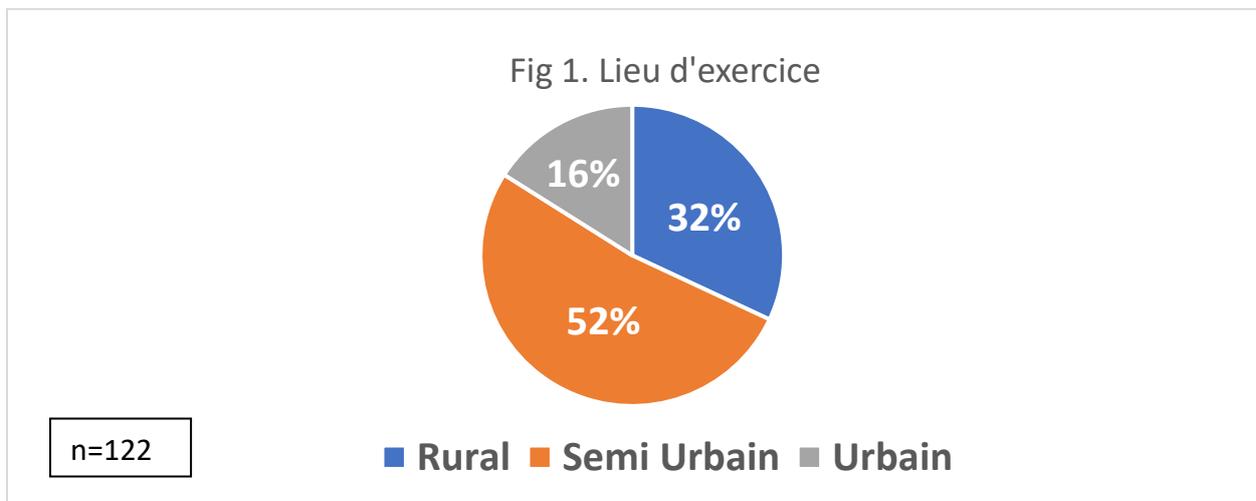
1. Sexe

Sur les 122 médecins généralistes sondés, on retrouve 46 femmes et 76 hommes

2. Age

L'âge moyen des 122 médecins est de 49 ans avec un âge médian de 51 ans, un âge minimum de 28 ans et un âge maximum de 75 ans.

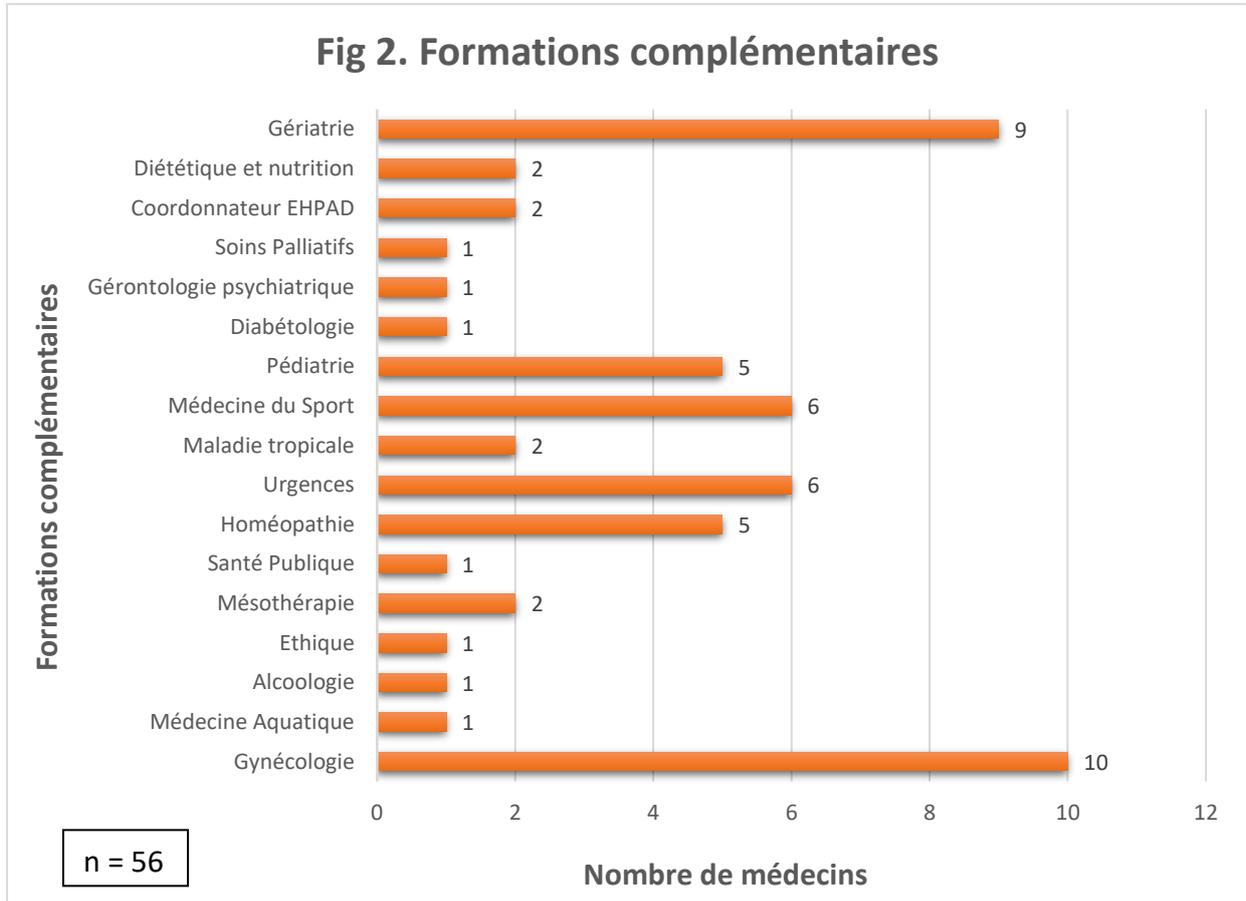
3. Lieu d'exercice



Sur les 122 médecins généralistes interrogés, 64 médecins exercent en milieu semi urbain, 20 en milieu urbain et 38 en milieu rural.

4. Formations Complémentaires

Sur les 122 médecins généralistes sondés, 66 médecins soit 54% ne disposent pas d'une formation complémentaire. La Fig 2. explicite la répartition dans les différentes formations complémentaires :



B. Questionnements sur la dénutrition et les pratiques professionnelles

Tableau 2. Pensez-vous que la dénutrition de la personne âgée est :		
	Fréquence	Pourcentage
Très Fréquente	34	27,87%
Fréquente	81	66,39%
Peu Fréquente	7	5,74%
Rare	0	0%
Non Rencontrée	0	0%
Total	122	100%

Sur 122 médecins interrogés, 115 médecins estiment que la dénutrition de la personne âgée est fréquente voire très fréquente.

Tableau 3. Estimez-vous que la dénutrition chez la personne âgée soit une pathologie à part entière		
	Fréquence	Pourcentage
Oui	76	62,30%
Non	36	29,50%
Ne sais pas	8	6,55%
Ne se prononce pas	2	1,65%
Total	122	100%

Sur les 122 médecins interrogés, seulement 62 % estiment que la dénutrition de la personne âgée est une pathologie à part entière.

Tableau 4. Dépistez-vous systématiquement la dénutrition chez la personne âgée ?		
	Fréquence	Pourcentage
Oui	69	56,56%
Non	53	43,44%
Total	122	100%

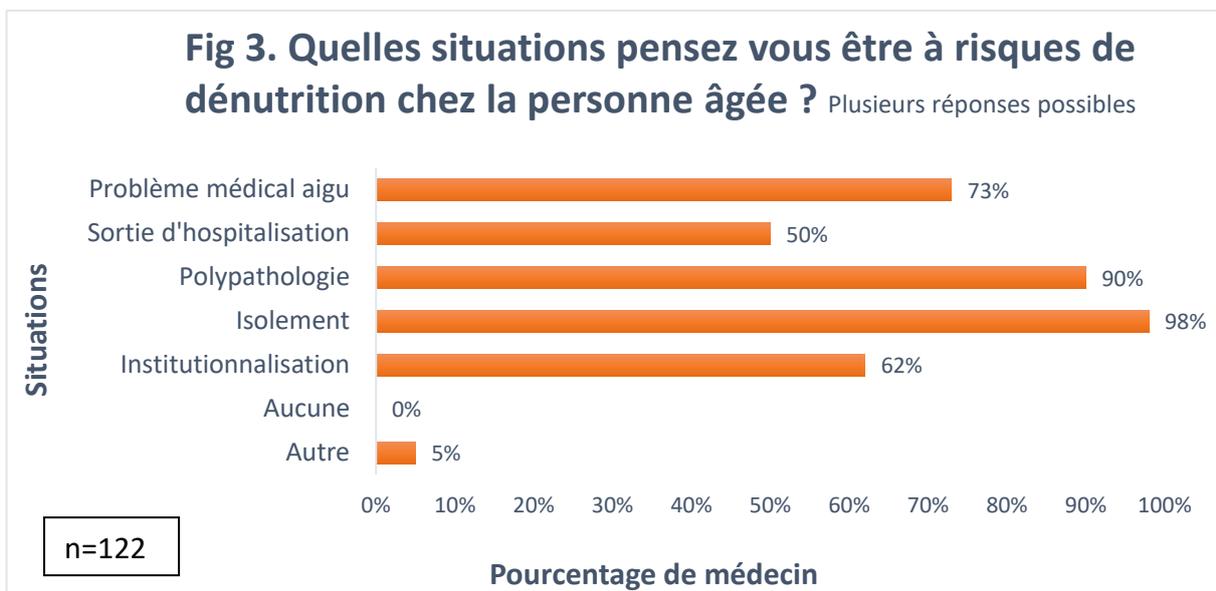
Sur les 122 médecins interrogés, environ 56% dépistent systématiquement la dénutrition de la personne âgée.

Tableau 5. Si vous ne dépistez pas systématiquement la dénutrition, pourquoi ?

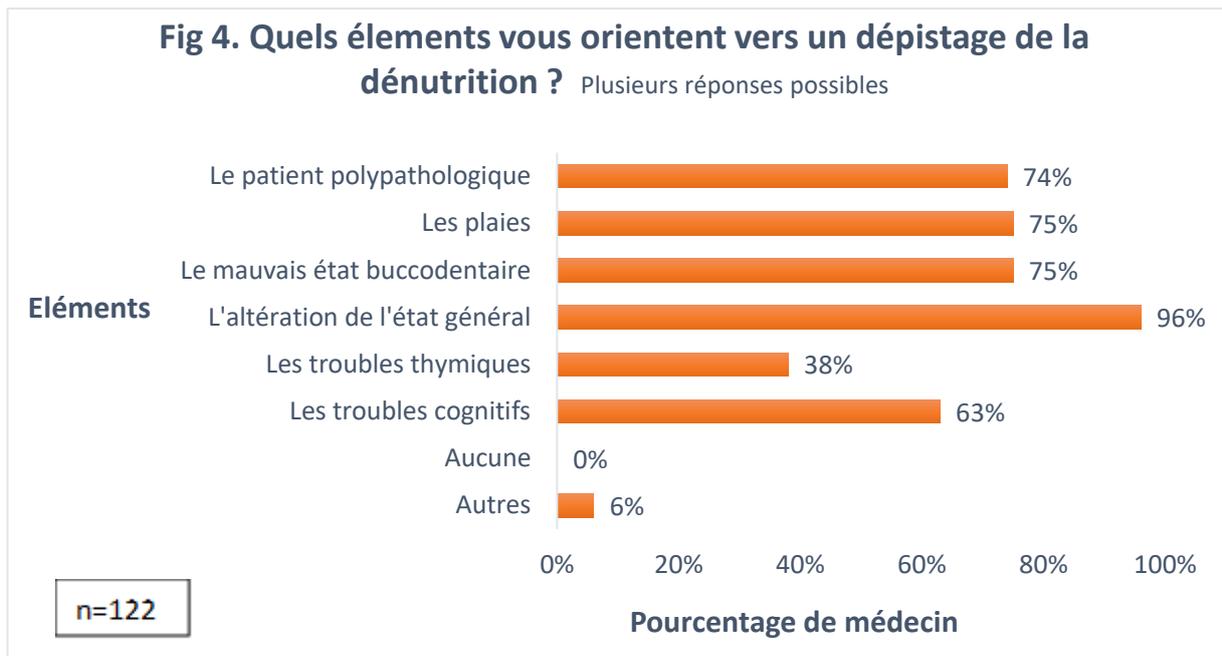
	Fréquence	Pourcentage
Si suspicion clinique	23	53,48%
N'y pense pas	14	32,56%
Pas le temps	3	6,98%
Pas intéressé	3	6,98%
Total	43	100%

10 personnes ayant répondu Non à la question précédente n'ont pas répondu à cette question.

La majorité des médecins ne dépistant pas systématiquement la dénutrition de la personne âgée ne le font que si suspicion clinique.

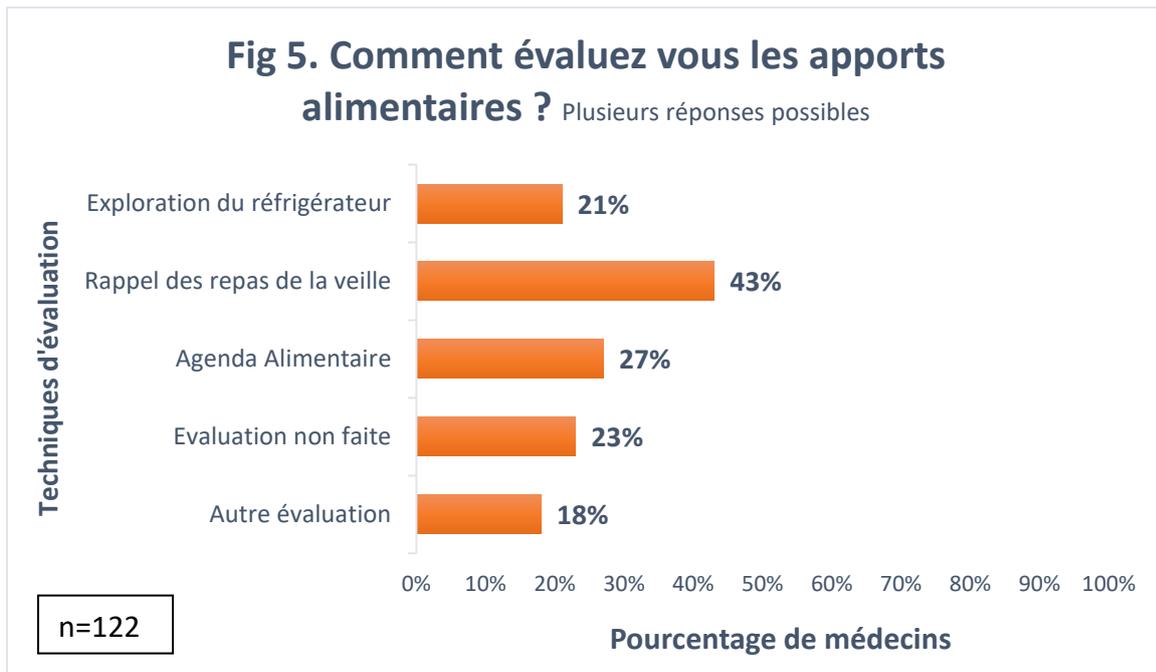


Les autres situations à risque de dénutrition chez la personne âgée qui ressortent de l'enquête sont le bas niveau social, le mauvais état buccodentaire, les problèmes d'ordre social, le veuvage, les troubles cognitifs et la perte d'autonomie.

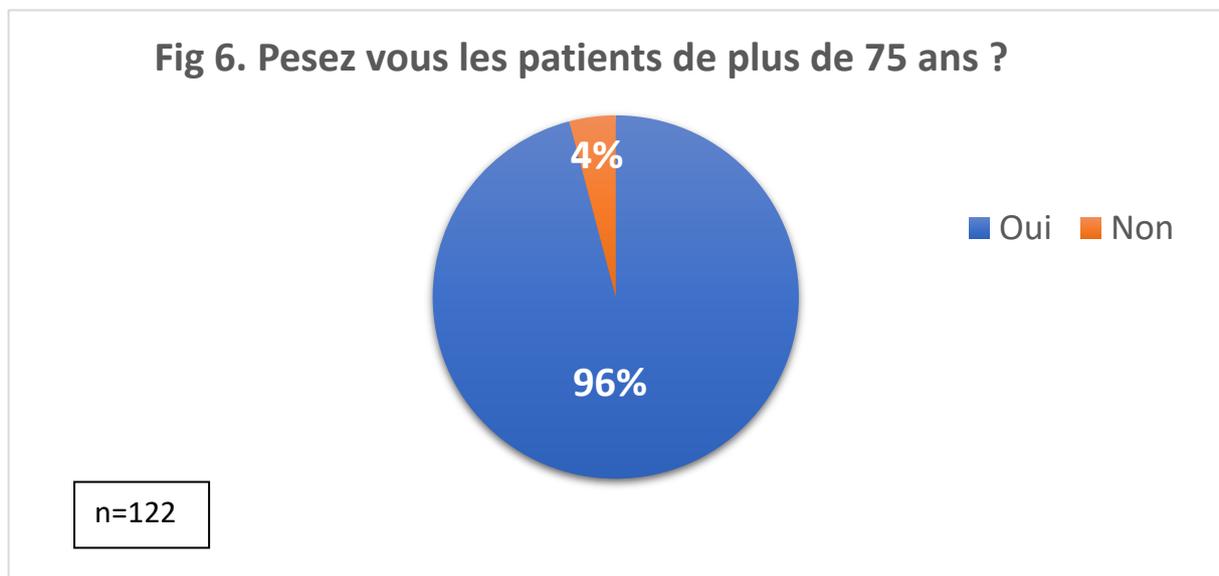


La figure 4 montre que l'altération de l'état général est l'élément qui oriente le plus vers un dépistage de la dénutrition tandis que les troubles thymiques orientent vers la dénutrition de la personne âgée que chez 38% des sondés soit 46 médecins.

Parmi les autres situations qui orientent vers un dépistage de la dénutrition, 1 personne évoque l'entrée en institution, 4 évoquent la perte de poids, 1 personne la réalise en systématique, 1 personne si l'IMC est abaissé, 1 personne en cas de pathologie aiguë intermittente.

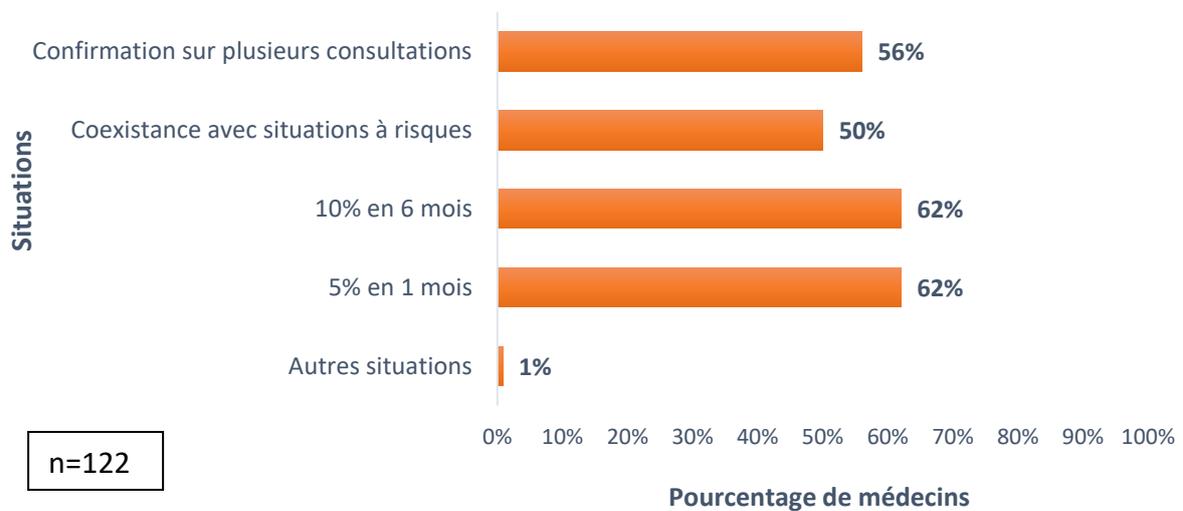


Parmi les 18% des médecins ayant répondu « autre évaluation » soit 22, on retrouve l'utilisation d'une infirmière ASALEE pour 2 personnes, le recours aux aidants pour 11 personnes, la biologie pour 3 personnes, l'interrogatoire du patient sur sa fréquence et la composition des courses pour 6 personnes.



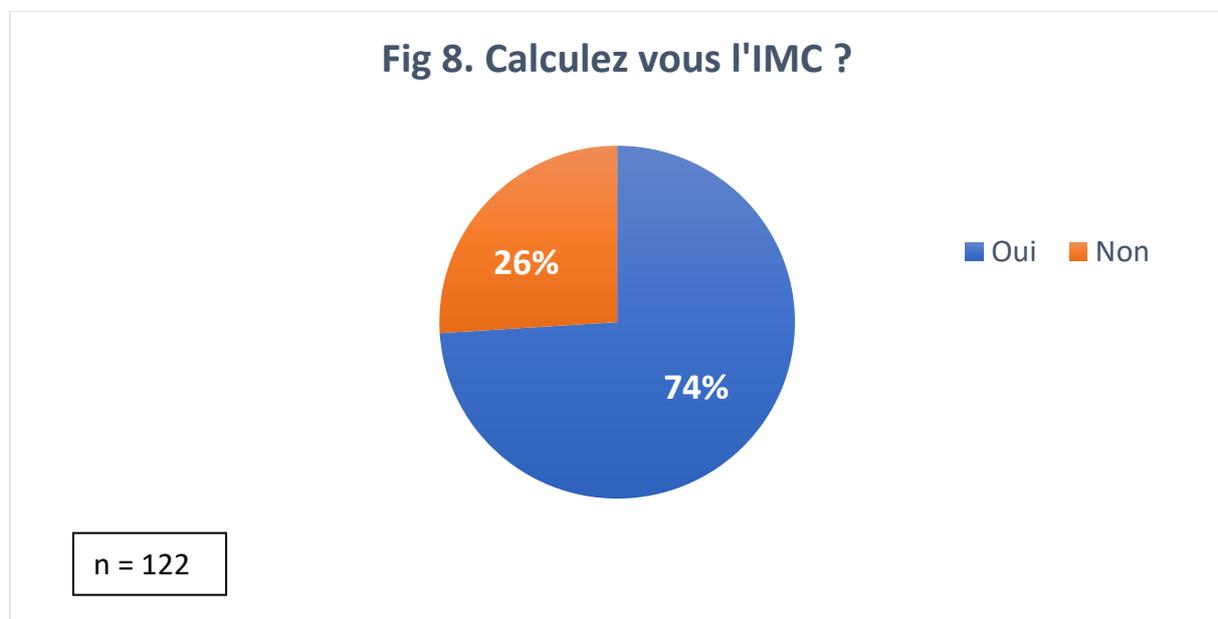
4% des médecins interrogés ne pèsent pas leur patient de 75 ans et plus soit 5 médecins. Parmi les causes, on retrouve : l'oubli pour 2 personnes, la complication de la pesée en visite à domicile pour 3 personnes. 66% des médecins pèsent leurs patients de plus de 75 ans tous les 3 mois, 20% tous les mois, 9% tous les 6 mois et 5% une fois par an.

Fig 7. Quand estimez vous une perte de poids préoccupante ? Plusieurs réponses possibles



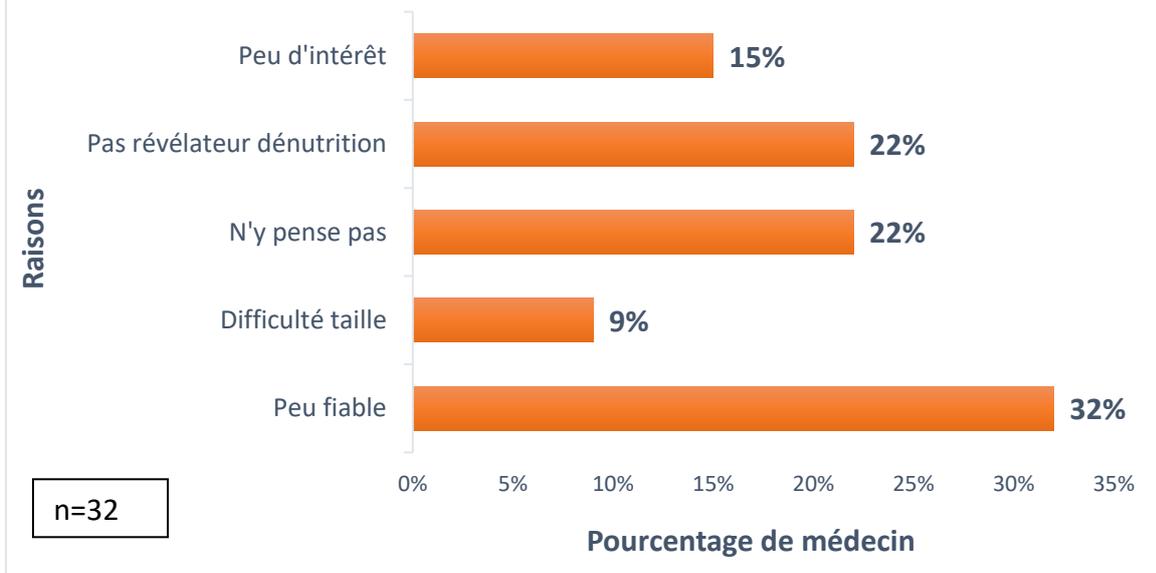
Sur les 122 médecins sondés, 76 estiment une perte de poids préoccupante à partir de 5% en 1 mois, le même nombre pour 10% en 6 mois. Seulement 61 médecins soit 50% estiment une perte de poids préoccupante quand elle coexiste avec des situations à risques et de même environ 50% aussi si la perte de poids se confirme sur plusieurs consultations.

Fig 8. Calculez vous l'IMC ?



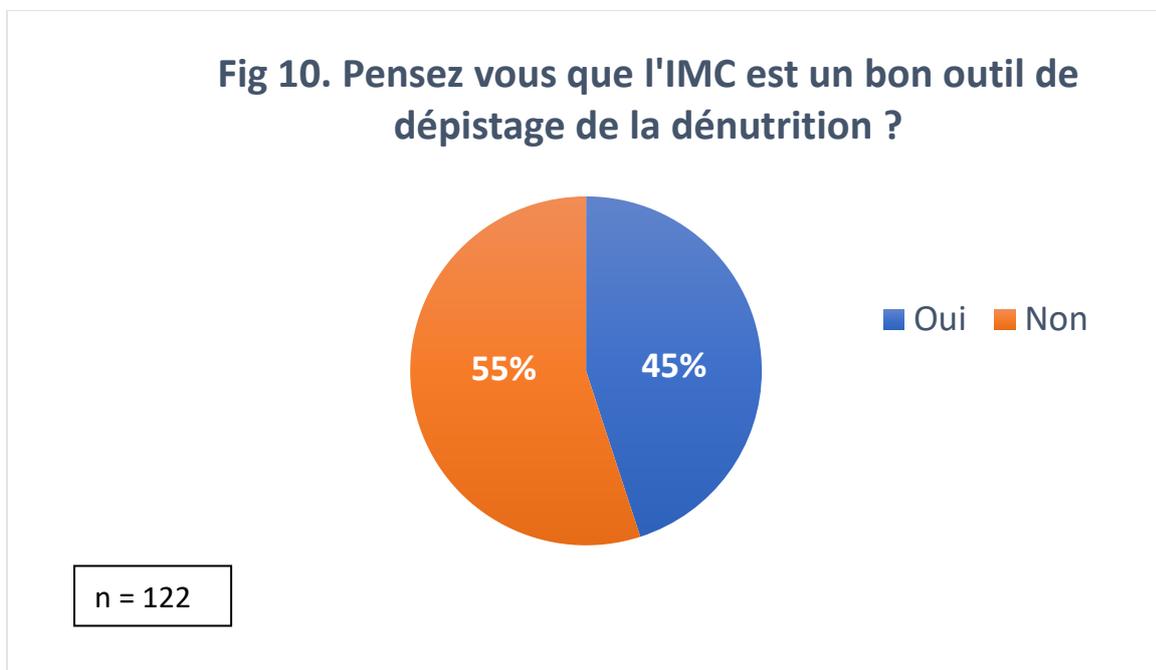
90 médecins sur les 122 calculent l'IMC et 32 médecins ne le font pas.

Fig 9. Si vous ne calculez pas l'IMC, pourquoi ?



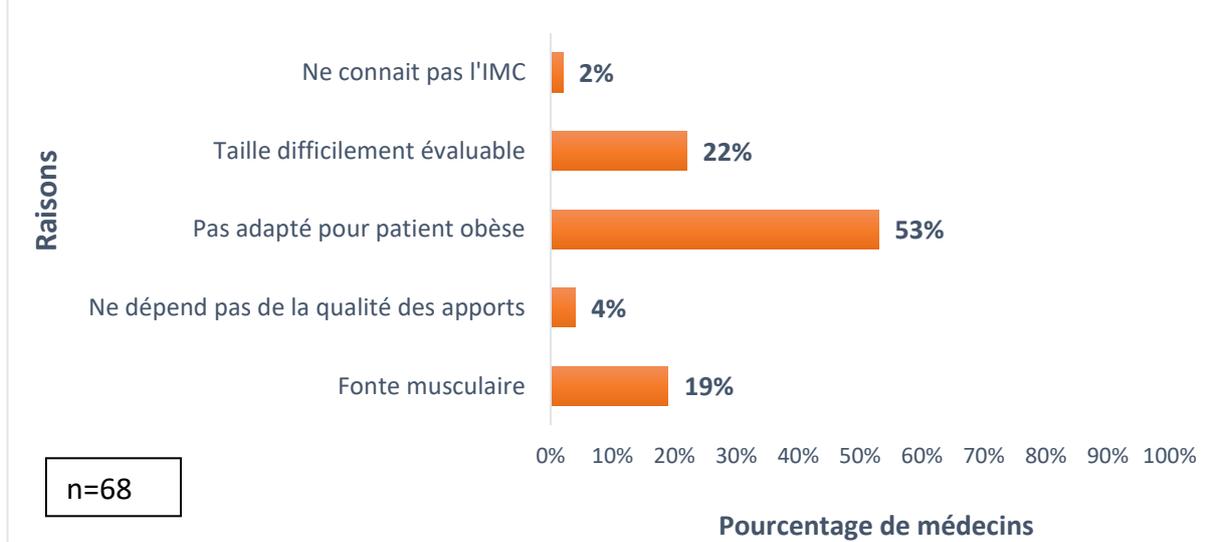
Sur les 32 médecins ne calculant pas l'IMC, 32% estiment qu'il est peu fiable soit 10 médecins, 22% soit 7 médecins estiment qu'il n'est pas révélateur d'une dénutrition et autant qui n'y pensent pas. 15% estiment qu'il n'a que peu d'intérêt soit 5 médecins et 9% trouvent qu'il est difficile à réaliser car nécessite la taille soit 3 médecins.

Fig 10. Pensez vous que l'IMC est un bon outil de dépistage de la dénutrition ?



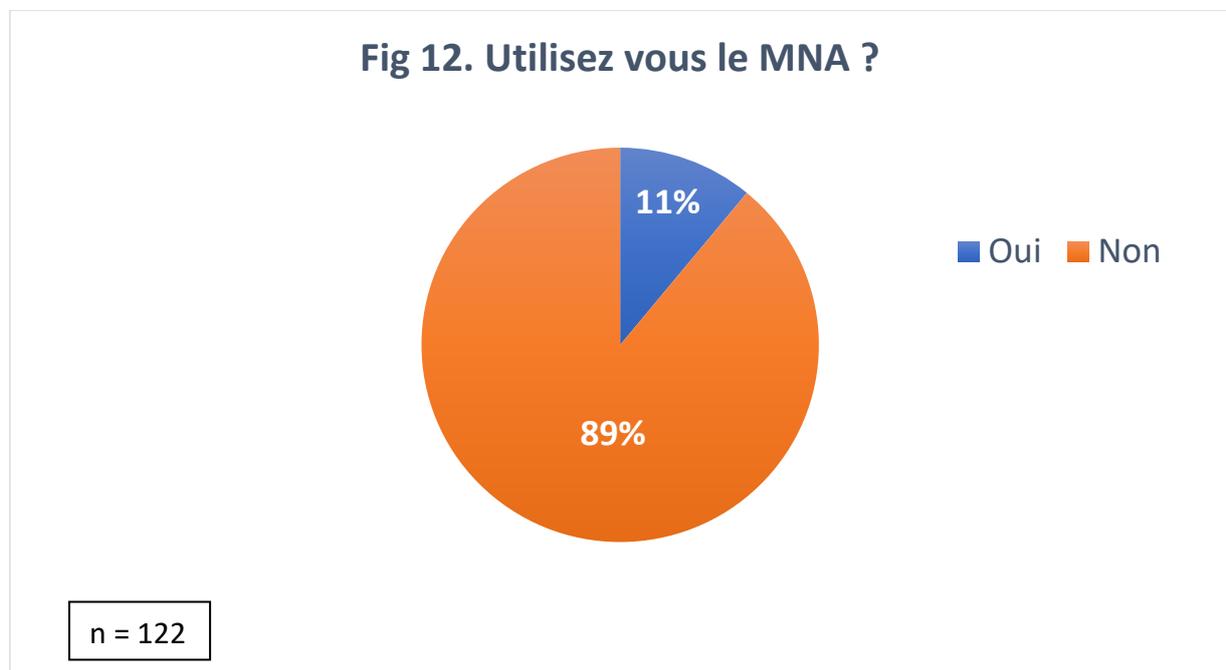
Sur les 122 médecins sondés, 68 pensent que l'IMC n'est pas un bon outil de dépistage de la dénutrition, soit 55% des médecins.

Fig 11. Si vous ne trouvez pas que l'IMC est un bon outil, pourquoi ? Question ouverte



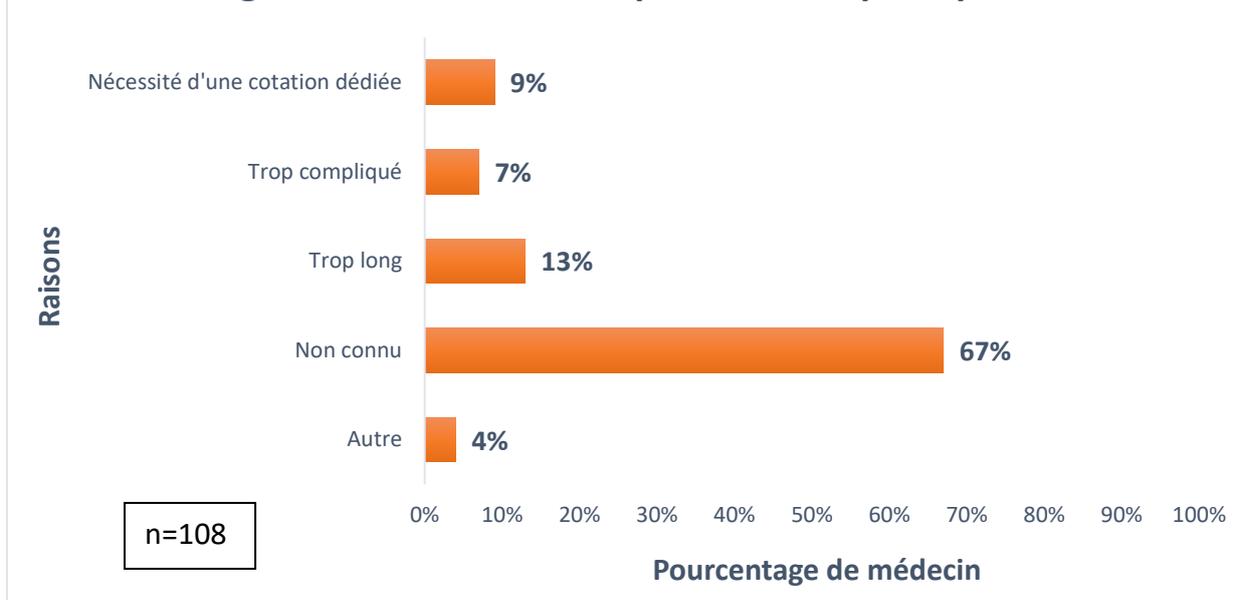
Sur les 68 médecins estimant que l'IMC n'est pas un bon outil de dépistage de la dénutrition, 36 soit environ 53% des répondants disent qu'il n'est pas adapté aux personnes obèses, 22% estiment qu'il ne l'est pas car nécessité de la taille qui est difficilement évaluable. 19% estiment que la fonte musculaire n'est pas représentée dans l'IMC et donc pas un bon outil.

Fig 12. Utilisez vous le MNA ?



Sur les 122 médecins sondés, seulement 14 utilisent le MNA soit environ 11% des médecins

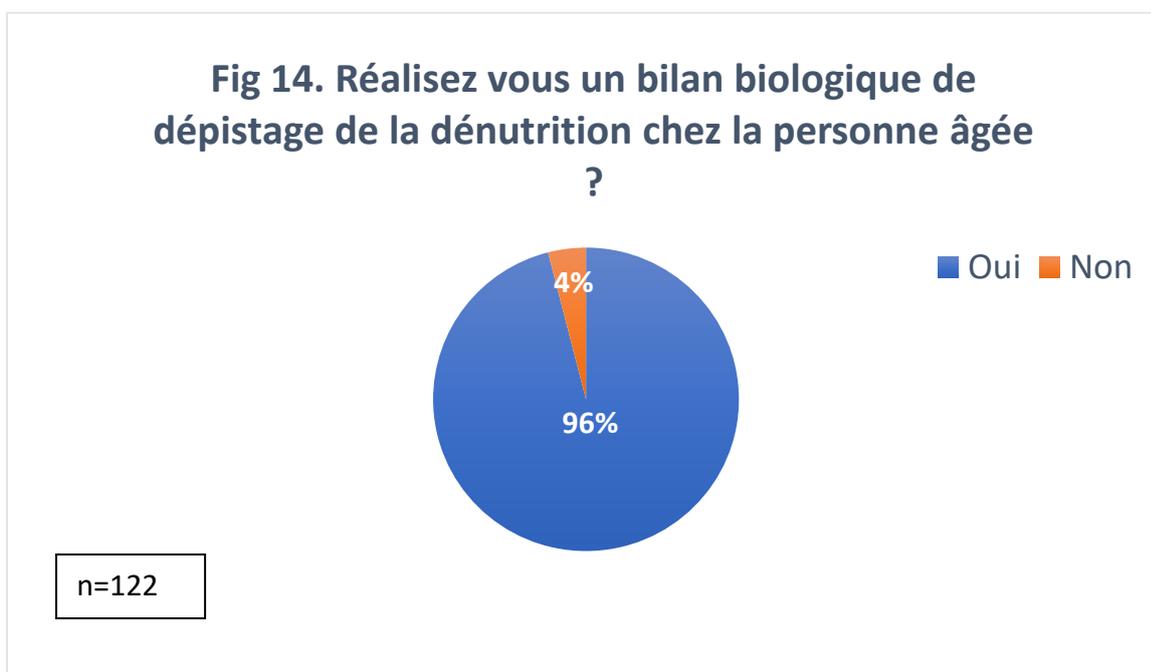
Fig 13. Si vous n'utilisez pas le MNA, pourquoi ?



Dans les 4 autres raisons, on retrouve :

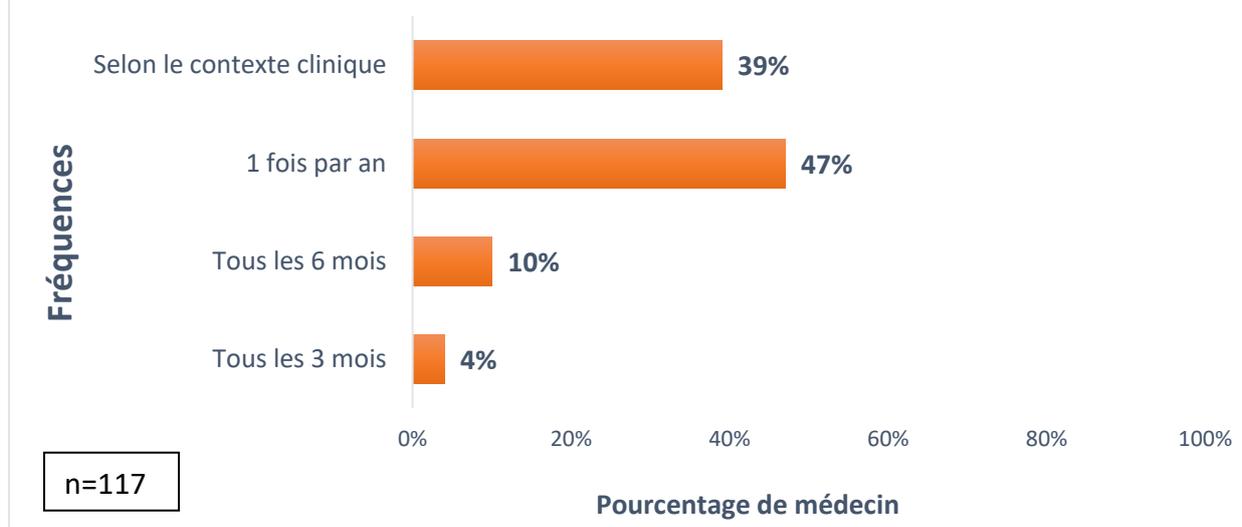
« N'y pense pas », « n'aime pas les scores », « pas l'habitude », « seulement courbe de poids »

Fig 14. Réalisez vous un bilan biologique de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée ?



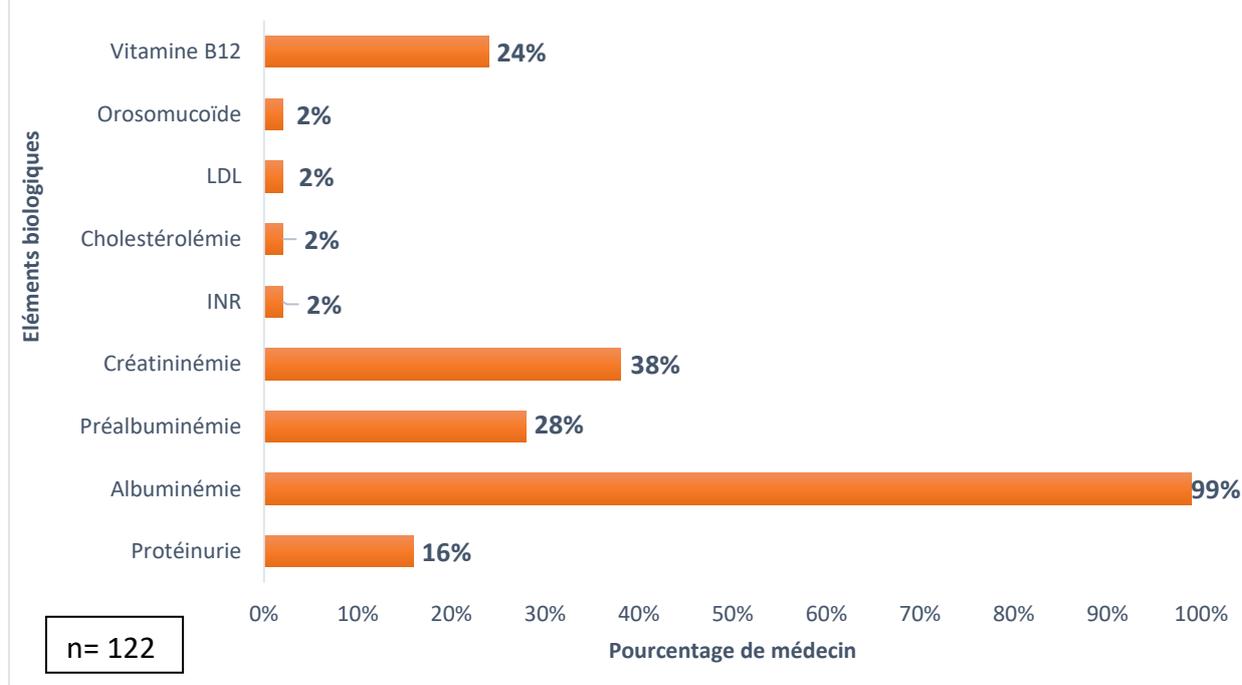
Sur les 122 médecins sondés, seulement 5 soit 4% ne réalisent pas de bilan biologique de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée.

Fig 15. Si vous réalisez un bilan biologique de dépistage, à quelle fréquence ?



Les 5 médecins qui ne réalisent pas de bilan biologique de dépistage de la dénutrition disent ne pas y penser.

Fig 16. Quels éléments biologiques estimez vous utiles pour évaluer l'état nutritionnel ? Plusieurs réponses possibles



Sur les 122 médecins sondés, 99% dosent l'albuminémie pour évaluer l'état nutritionnel.

Fig 17. Pensez vous que les recommandations sur la dénutrition sont facilement applicables en médecine générale ?

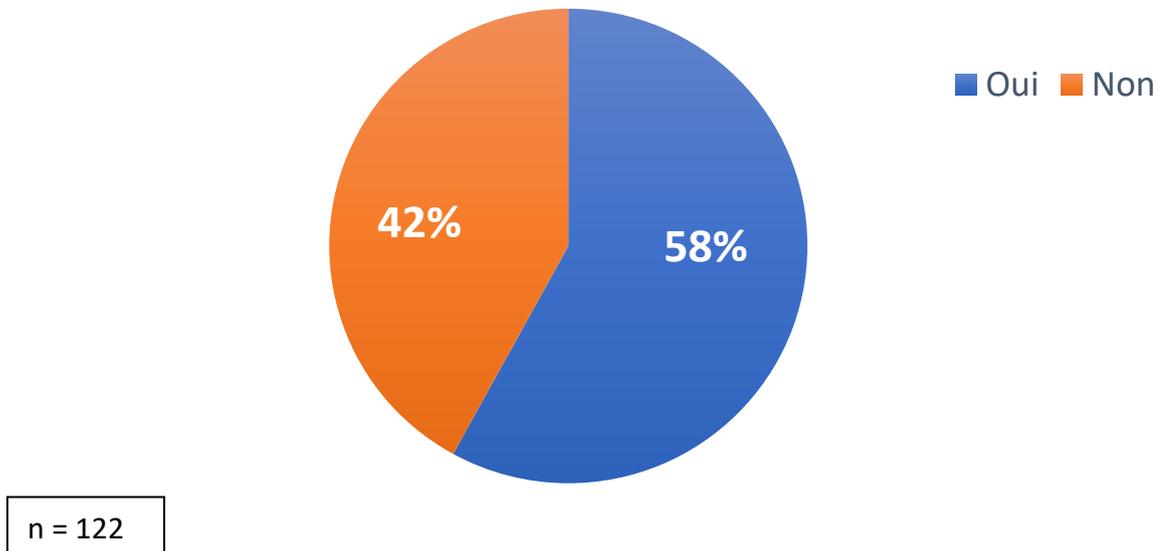
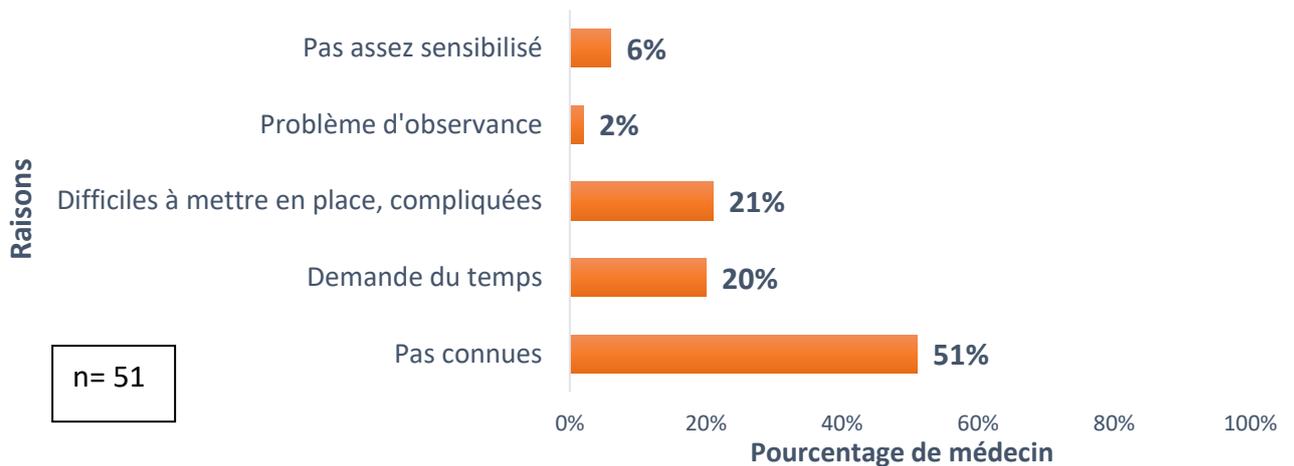
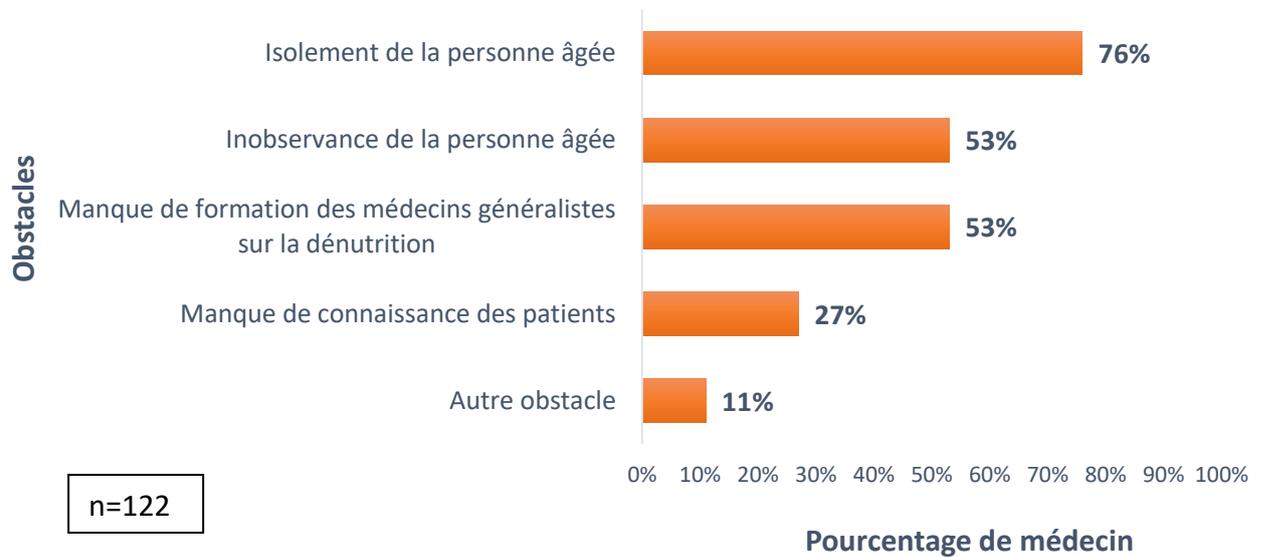


Fig 18. Pourquoi les recommandations ne sont pas facilement applicables ?



Sur les 51 médecins trouvant que les recommandations sur la dénutrition ne sont pas facilement applicables en médecine générale, 51% soit 26 médecins déclarent ne pas les connaître.

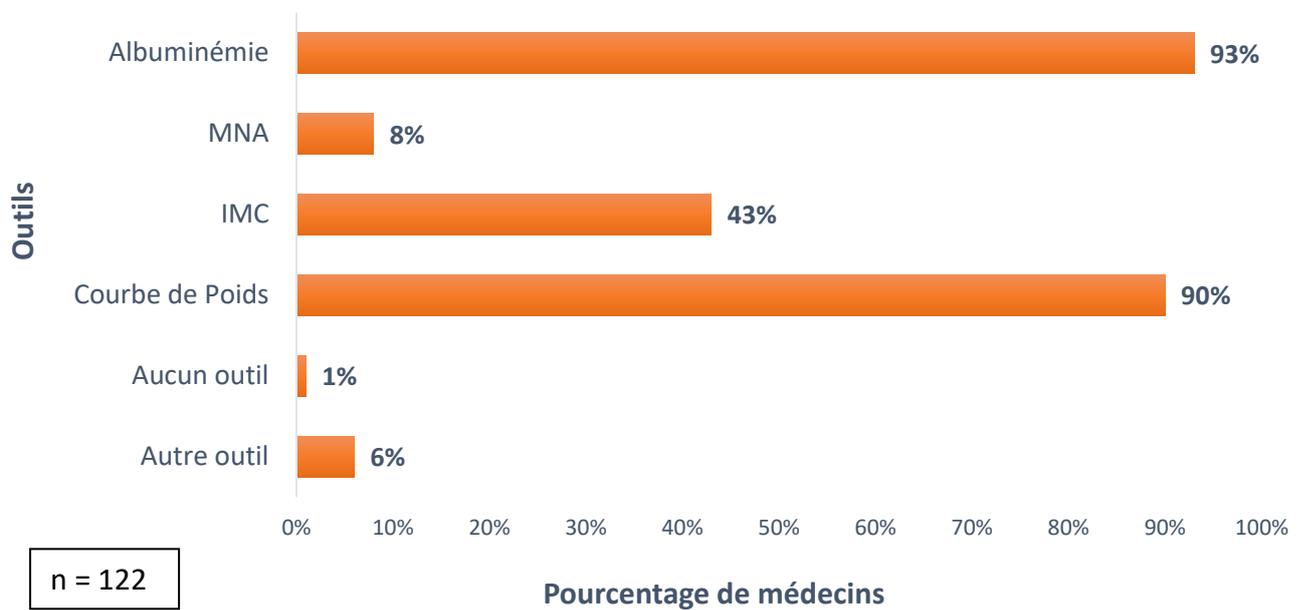
Fig 19. Quels sont selon vous les obstacles à la prise en charge ? Plusieurs réponses possibles



Parmi les autres obstacles cités, on retrouve :

- Le budget
- Les compléments écœurants, non pris suffisamment
- La difficulté de changer d'alimentation
- Le manque de temps en consultation
- La nécessité d'une cotation dédiée

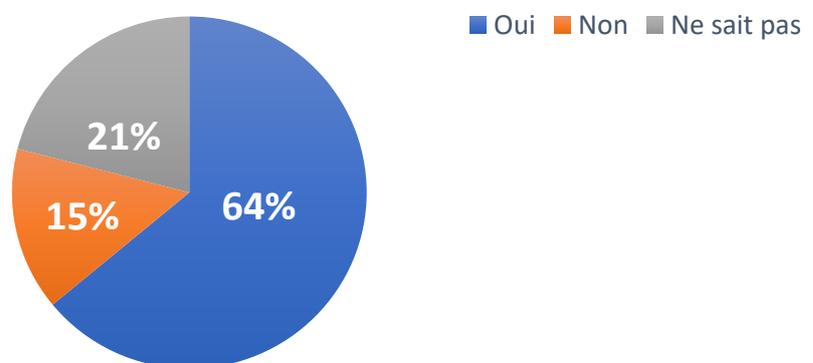
Fig 20. Au total, quels outils utilisez vous pour le dépistage de la dénutrition ? Plusieurs réponses possibles



Parmi les autres outils cités, on retrouve :

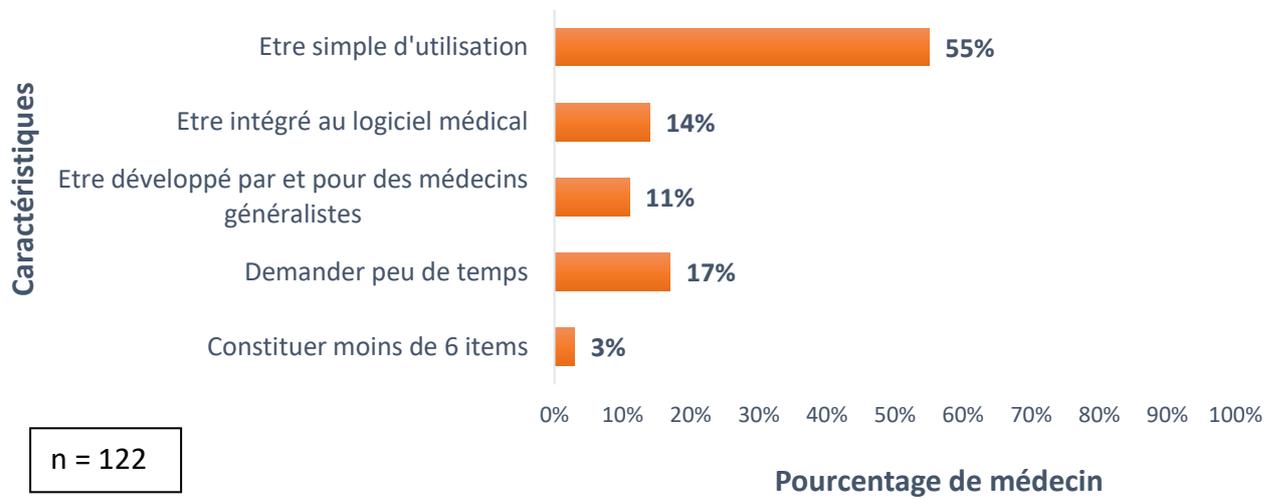
- La créatininémie pour 1 médecin
- La recherche d'un syndrome inflammatoire pour 1 médecin
- L'état cutané pour 1 médecin
- L'interrogatoire pour 4 médecins

Fig 21. L'intégration d'un outil simple informatique de dépistage de la dénutrition faciliterait-elle votre prise en charge ?



n = 122

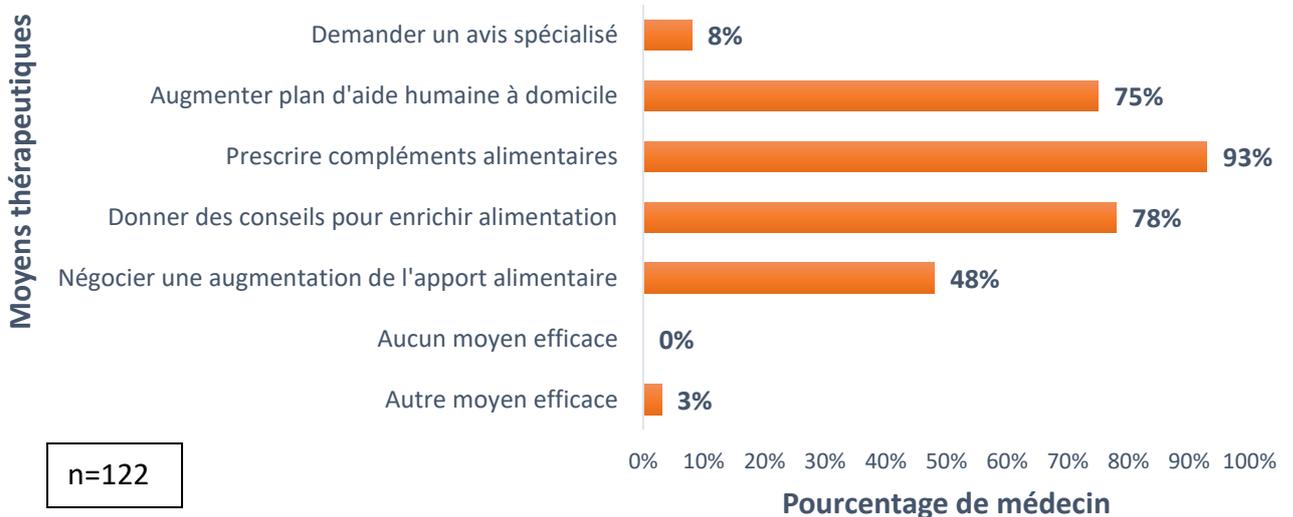
Fig 22. Caractéristique de l'outil informatique la plus importante



Pour 55% des médecins sondés, la caractéristique de l'outil informatique la plus importante pour aider au diagnostic de dénutrition de la personne âgée est qu'elle soit simple d'utilisation.

Fig 23. De quels moyens thérapeutiques efficaces pensez vous disposer en médecine généraliste pour traiter la dénutrition ?

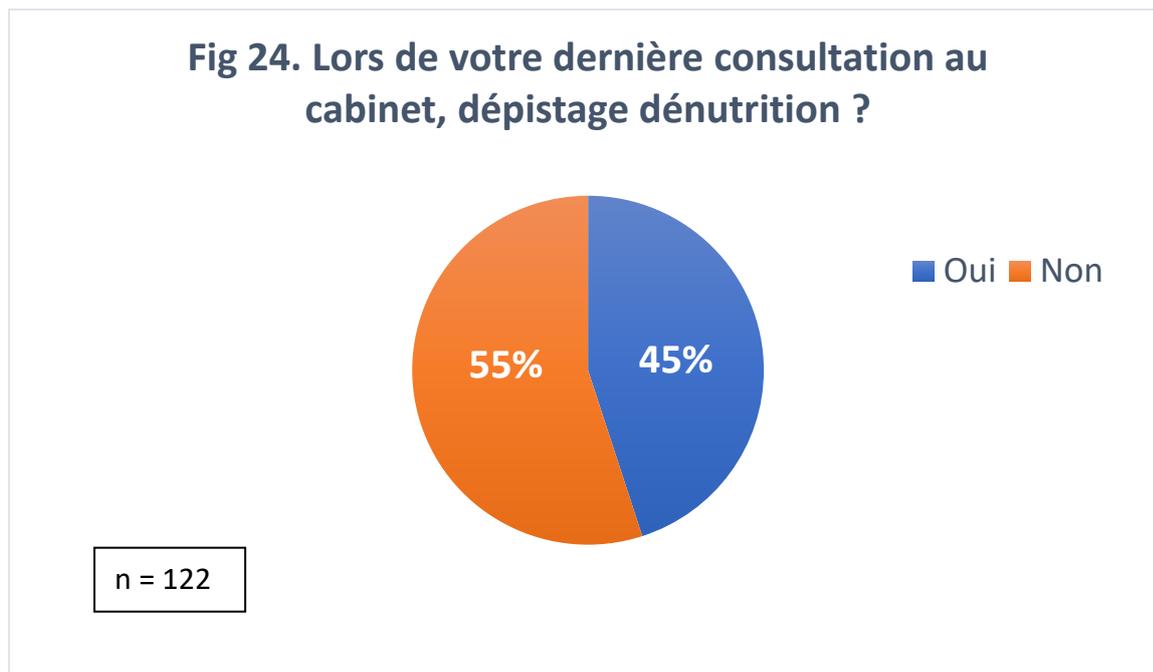
Plusieurs réponses possibles



Parmi les autres moyens efficaces cités, on retrouve :

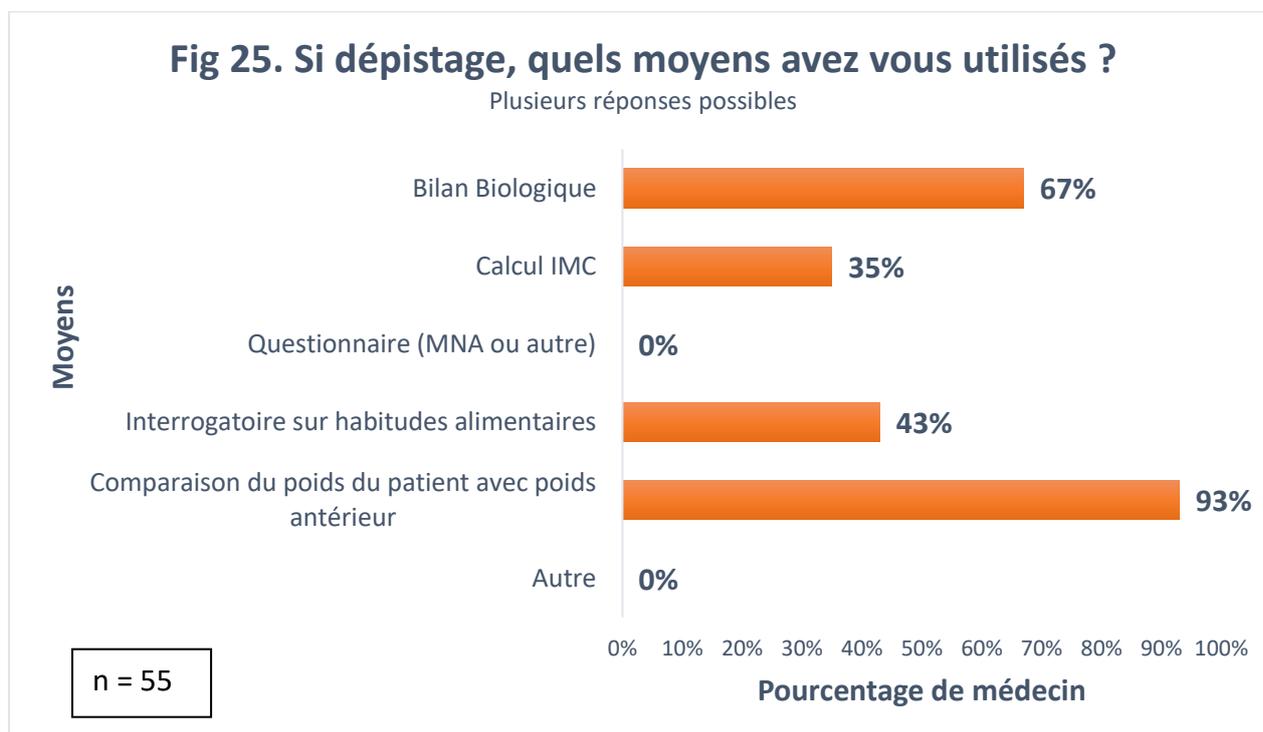
- La diététicienne
- L'éducation thérapeutique
- Le Réseau Asalée

Fig 24. Lors de votre dernière consultation au cabinet, dépistage dénutrition ?

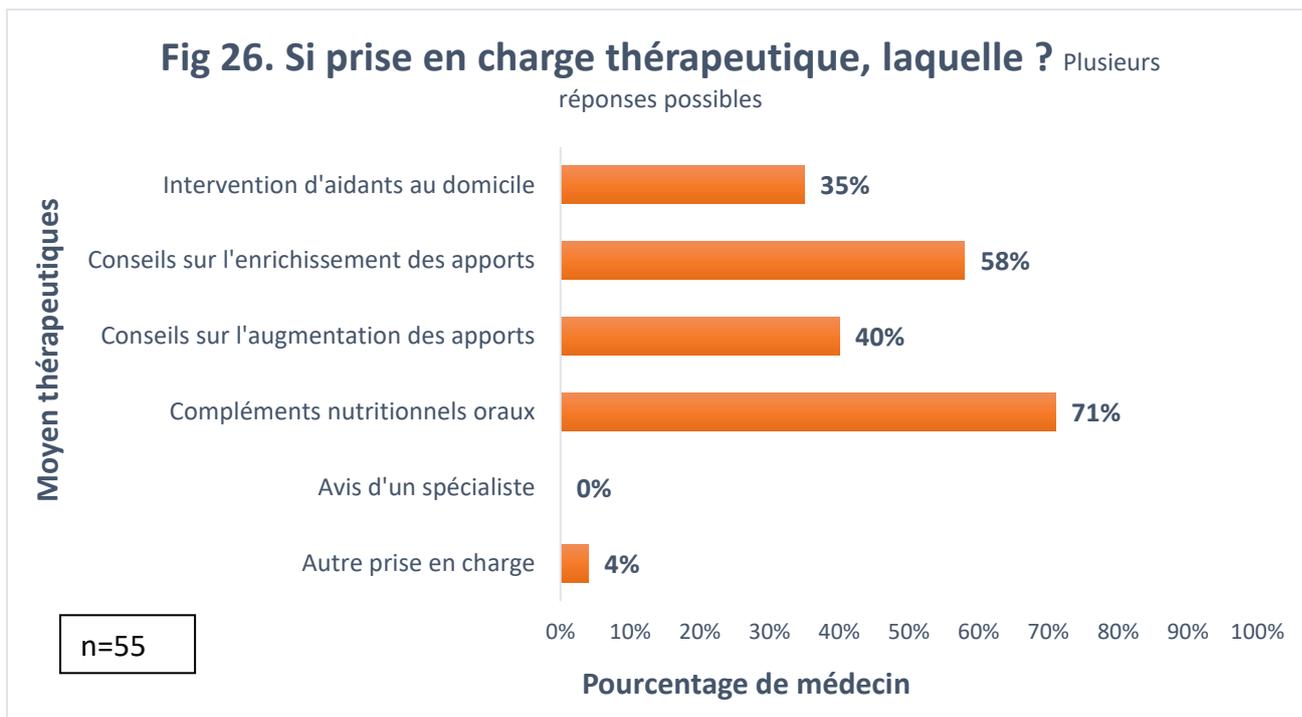


Sur les 122 médecins sondés, seulement 55 soit 45% ont fait un dépistage de la dénutrition lors de leur dernière consultation au cabinet d'une personne âgée de plus de 75 ans.

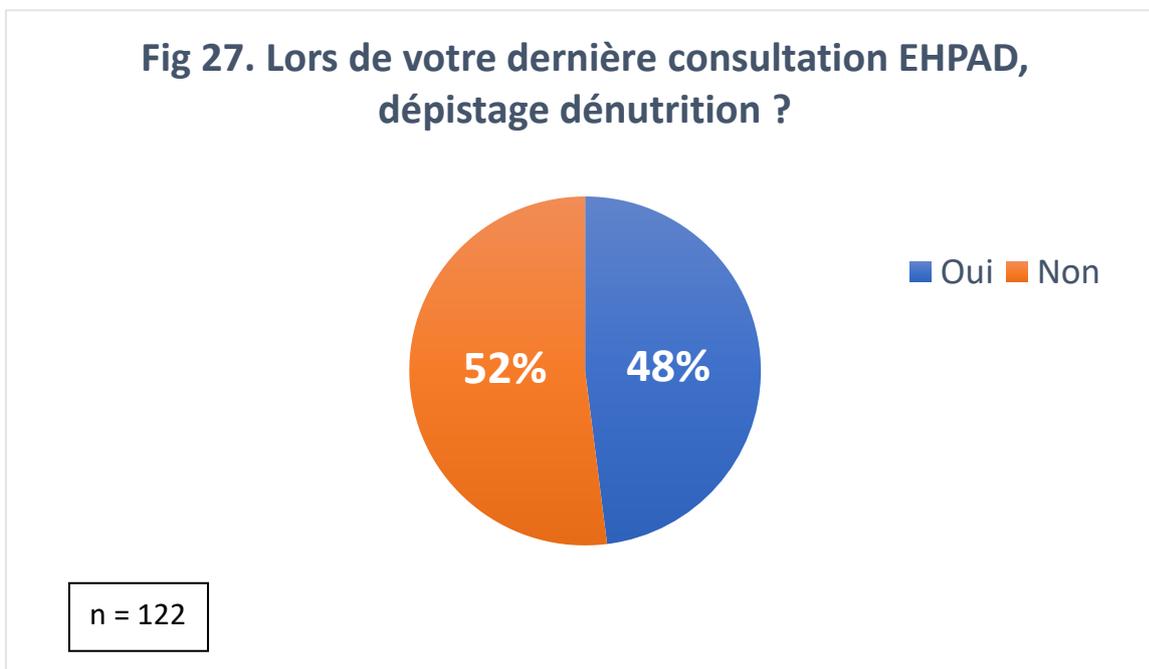
Fig 25. Si dépistage, quels moyens avez vous utilisés ?



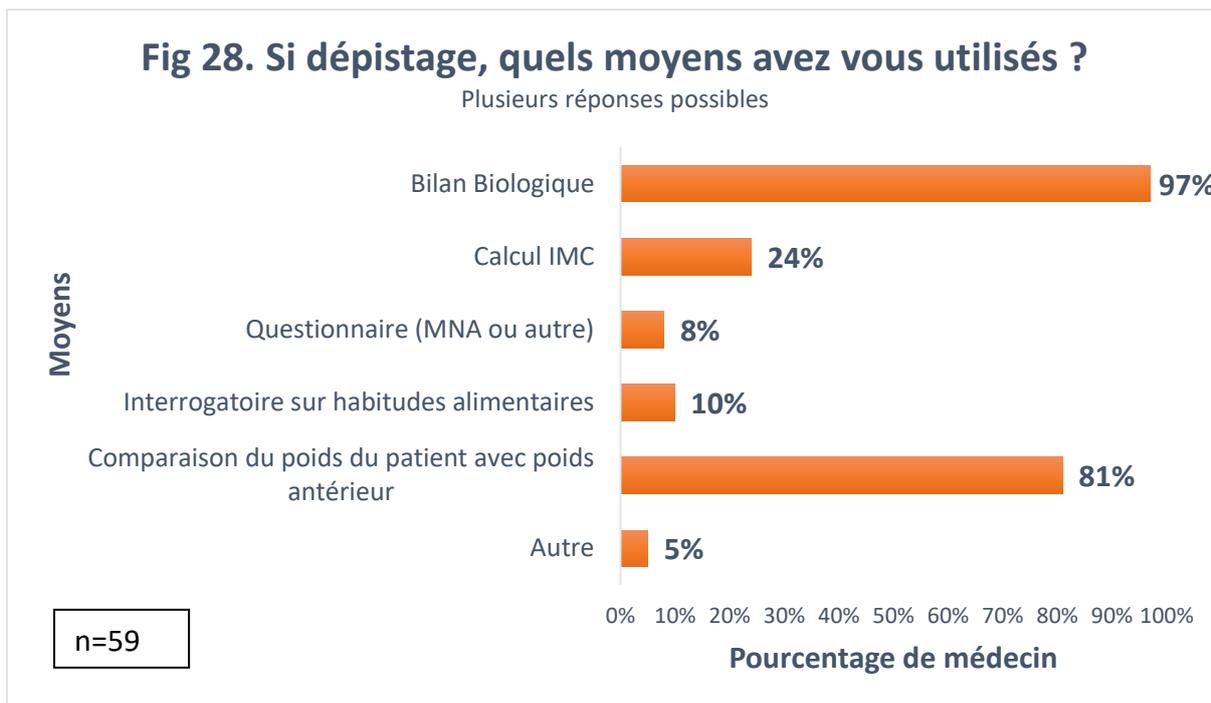
Sur les 55 médecins ayant réalisé un dépistage de la dénutrition de la personne âgée lors de leur dernière consultation au cabinet, 51 soit environ 93% ont réalisé ce dépistage en comparant le poids du patient lors de cette consultation avec le dernier poids enregistré dans le dossier. 37 médecins soit 67% ont réalisé un bilan biologique. Seulement 43% ont réalisé une enquête sur les habitudes alimentaires soit 24 médecins.



Sur les 55 médecins ayant fait une prise en charge thérapeutique lors de leur dernière consultation au cabinet d'une personne âgée, 39 soit 71% ont prescrit des compléments nutritionnels oraux. Les 2 ayant répondu autre prise en charge ne l'ont pas explicitées.



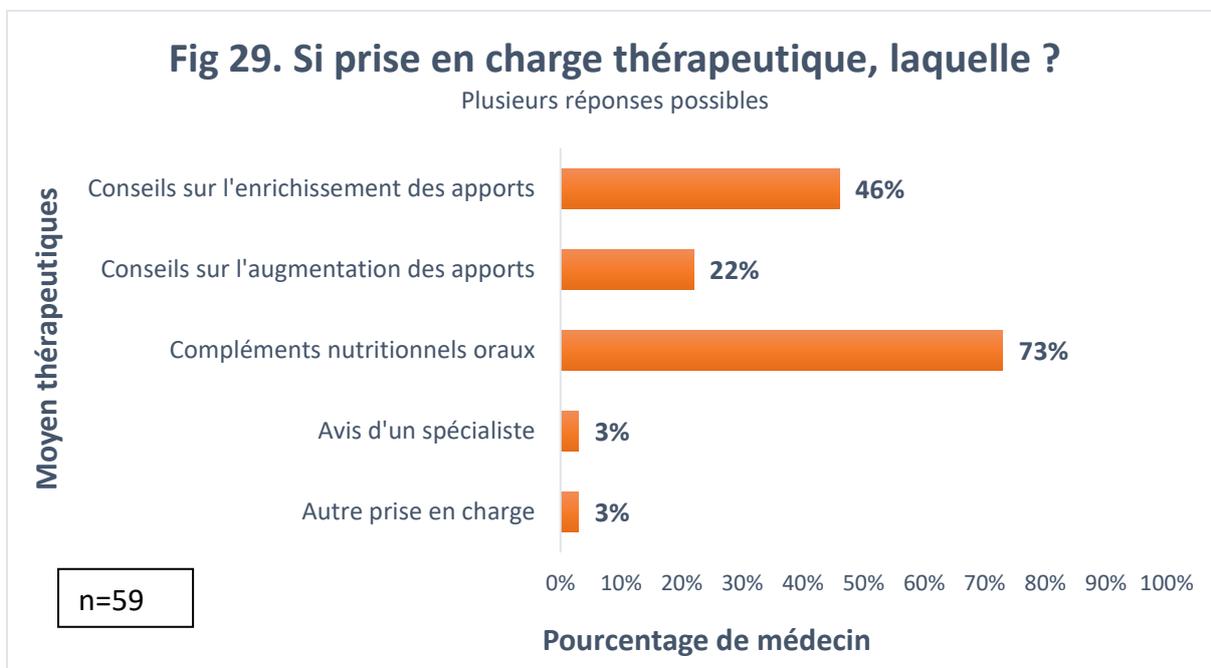
Seulement 59 médecins soit 48% ont réalisé un dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en EHPAD.



Sur les 59 médecins ayant réalisé un dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en EHPAD, 57 soit environ 97% ont réalisé un bilan biologique.

Seulement 6 soit environ 10% ont interrogé sur les habitudes alimentaires.

Seulement 5 soit environ 8% ont réalisé un questionnaire de dépistage de la dénutrition.



Sur les 59 médecins ayant réalisé une prise en charge thérapeutique de la dénutrition en EHPAD, 43 soit environ 73% ont prescrit des compléments nutritionnels oraux.

V. Discussion

A. Population de l'étude

Cette étude a permis de recueillir les réponses de 122 médecins généralistes affiliés à la CPAM de Pau sur 298 médecins sondés soit 41% de participation.

Sur ces 122 médecins, on observe 62% d'hommes contre 38% de femmes.

Selon le rapport de 2019 du CNOM (25), les Pyrénées Atlantiques disposaient de 1832 médecins généralistes inscrits à l'Ordre dont 46,9% de femmes.

Cette différence pourrait s'expliquer par la grande variabilité de répartition de la population médicale dans notre région.

Sur les 122 médecins généralistes sondés, 75 ont plus de 45 ans avec un âge moyen de 49 ans, et un écart type d'âge compris entre 28 ans et 75 ans.

On observe que la majorité des médecins exercent en milieu semi-urbain (51%) et un délaissement du milieu urbain (17%).

44% des médecins sondés disposent d'une formation complémentaire mais seulement 11 soit 9% ont une formation sur les pathologies de la personne âgée (gériatrie, nutrition).

B. Evaluation des pratiques professionnelles

1. Des recommandations pas assez connues

La moitié des médecins sondés déclarent ne pas connaître les recommandations de dépistage et de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Pourtant, on observe sur les résultats qu'ils connaissent assez bien les situations à risque de dénutrition.

Près de 95% des médecins estiment la dénutrition de la personne âgée comme fréquente à très fréquente.

Mais seulement 62% des médecins estiment qu'il s'agit d'une pathologie à part entière.

Enfin 56% des médecins seulement la dépistent systématiquement.

Pour essayer de comprendre cette déclaration du manque de connaissance des recommandations, près de la moitié des médecins disent avoir un défaut de formation sur cette problématique.

Ce manque de formation des médecins généralistes a déjà été évoqué dans d'autres thèses sur le sujet notamment par Lotoi Dumas S. en 2017 (26)

Se pose alors la question de pourquoi les recommandations sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée sont-elles si méconnues ?

Une des réponses à cette problématique pourrait être l'ancienneté des recommandations. En effet, ces dernières datent de 2007 et ont été réévaluées en 2019 seulement pour l'enfant et l'adulte de moins de 75 ans.

Il semblerait que courant 2021, de nouvelles recommandations pour les personnes âgées soient diffusées.

Une autre réponse à cette problématique pourrait être aussi le manque d'intérêt pour la question.

En effet, 3 médecins dans notre étude déclarent ne pas être intéressés par le dépistage de la dénutrition et 3 autres n'ont pas le temps. Ce ne sont que des données déclaratives, peut être que beaucoup plus de médecins pensent la même chose.

Sachant que ce manque de temps a déjà été évoqué dans d'autres thèses notamment par Cousin Ricour C. (27) et Faline M. (28) pour qui 31% des médecins inclus évoqués cette problématique.

Comment pourrait-on sensibiliser alors, améliorer, la pratique des médecins généralistes sur cette problématique ?

Une des réponses pourrait être la diffusion massive d'une campagne nationale sur les enjeux de la dénutrition de la personne âgée.

On a bien vu les multiples complications à plus ou moins long terme de cette problématique.

C'est pour cela qu'en 2001 a été créé le premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) (29). Ce programme a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. Il a depuis été régulièrement mis à jour avec développement d'un site internet (mangerbouger.fr), mise à disposition de plusieurs fiches d'aides pour les patients et les professionnels de la santé.

Une autre réponse pourrait être l'organisation de réunions de formations par les gériatres, médecins nutritionnistes, diététiciens pour les médecins généralistes sur le sujet.

2. Une simplification des recommandations à effectuer

41% des médecins sondés estiment que les recommandations sur la dénutrition de la personne âgée ne sont pas facilement applicables en Médecine Générale.

Certains évoquent comme frein à leur application leur complexité, les difficultés de leur mise en place avec l'isolement de la personne âgée pour 76% d'entre eux, l'inobservance pour 53%.

27% des sondés estiment qu'il est difficile de les appliquer du fait des mauvaises connaissances de patients.

Difficultés au diagnostic et à la prise en charge de la dénutrition qui pourraient aussi venir du manque de formation des médecins généralistes soulevés par 53% d'entre eux.

3. Un dépistage de la dénutrition à améliorer

Comme dit précédemment, seulement 56% des médecins dépistent systématiquement la dénutrition de la personne âgée. Pourtant, les situations à risque de dénutrition sont bien connues de l'échantillon questionné avec l'isolement, la polypathologie, les problèmes médicaux aigus, la perte d'autonomie...

Cependant, pour les éléments orientant vers un dépistage de la dénutrition de la personne âgée, on remarque que les troubles cognitifs ne sont évoqués que pour 63% de l'échantillon.

De même, seulement 37% des médecins sondés estiment que les troubles thymiques peuvent orienter vers un dépistage de la dénutrition.

Alors que l'altération de l'état général est évoquée pour 96% des médecins, le mauvais état bucco-dentaire, les plaies chroniques, et le patient polypathologique ne sont évoqués que pour 75% seulement d'entre eux.

L'évaluation des apports est insuffisamment réalisée. Près d'un quart des médecins sondés ne la font pas. De plus, celle-ci permettrait aussi de tester les capacités de mémoire épisodique du patient. Donc de dépister aussi des troubles cognitifs.

Selon la HAS (24) le dépistage doit être proposé au moins une fois par an et plus fréquemment chez les personnes âgées à risque de dénutrition.

Ces résultats nous montrent que le dépistage n'est pas assez réalisé, et que les situations dans lesquelles il doit être proposé sont plus dans le cadre de la prévention secondaire que primaire. Certaines situations à risque de dénutritions sont aussi mal connues.

Pour tenter d'améliorer la pratique du dépistage, plusieurs pistes pourraient être privilégiées.

Par exemple, l'utilisation d'un questionnaire que le patient pourrait réaliser en salle d'attente sur ses habitudes alimentaires, l'achat ou non de nouveaux vêtements car devenu trop grands.... Sont autant de moyens d'aider au dépistage.

Par ailleurs, les médecins généralistes pourraient s'appuyer sur des infirmières de pratiques avancées ou des infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).

Ces infirmières ont dans leur fonction une prise en charge globale sur les patients atteints de pathologies chroniques avec une grosse partie de leur activité sur l'éducation thérapeutique et la prévention.

Elles pourraient donc dispenser de certaines tâches chronophages et fastidieuses du médecin généraliste.

Ce dispositif d'infirmière ASALEE est assez peu connu de notre population sondée puisque seulement deux médecins y font appel.

On pourrait aussi questionner les aidants au domicile tels que les auxiliaires de vie, les aides ménagères sur qui les médecins pourraient s'appuyer pour faire le dépistage notamment chez les personnes âgées ayant quelques troubles cognitifs.

D'ailleurs, faire l'enquête alimentaire avec les rappels des repas de la veille réalisés par 43% des sondés seulement permet aussi d'évaluer en même temps l'aspect cognitif des patients.

Ressort aussi de l'enquête la difficulté de dépister la dénutrition au domicile avec souvent l'absence de balance pour peser le patient.

On pourrait alors contourner le problème par demander si le patient a dû resserrer la ceinture du pantalon par exemple. On peut aussi voir qui fait à manger et faire une exploration du réfrigérateur.

4. Des critères de diagnostic de dénutrition mal connus

96% des médecins sondés pèsent leur patient de plus de 75 ans.

Seulement 62% des médecins estiment une perte de poids préoccupante quand elle est de 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois.

De même, seulement 50% des médecins estiment qu'elle est inquiétante quand elle se maintient sur plusieurs consultations et quand elle coexiste avec des situations à risque.

Comme vu précédemment, selon la HAS de 2019 (23), le diagnostic de dénutrition modérée est posé lorsque la perte de poids est d'au moins 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois.

On en revient sur les critères de diagnostic pas assez bien connus.

Il faut pour cela améliorer la formation sur le sujet auprès des médecins.

5. L'IMC souvent utilisé mais peu contributif

74% des médecins sondés calculent l'IMC chez leur patient. On rappelle que l'IMC est calculé en divisant le poids par la surface corporelle qui est reflétée par la taille au carré.

Cependant, 55% des médecins sondés estiment que ce n'est pas un bon outil de dépistage de la dénutrition.

En effet, il en ressort que c'est un outil qui n'est pas adapté pour évaluer l'état nutritionnel de la personne âgée.

Une immense majorité des médecins concluent sur sa non utilité chez la personne obèse notamment.

Certains déclarent la complication à disposer d'une taille précise chez la personne âgée et encore plus quand elle est vue au domicile.

Enfin, il ne serait pas le reflet de la fonte musculaire sachant que l'on sait qu'avec l'âge, la composition du corps se modifie. En effet, on observe une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse. Or, l'IMC ne fait pas le distinguo entre masse grasse et masse maigre qui est le reflet de la réserve protéino-énergétique. On peut donc comprendre les réticences à l'utilisation de l'IMC pour le diagnostic de dénutrition de la personne âgée.

6. Un MNA non connu et donc non utilisé

Selon la HAS (23), le diagnostic de dénutrition de la personne âgée peut nécessiter l'utilisation du MNA. Or, dans notre étude, 90 % des médecins sondés n'utilisent pas le MNA.

Seulement 40% des médecins sondés le connaissent.

Parmi ces derniers, on retrouve comme frein à son usage sa complexité et sa longueur. Certains aimeraient qu'il y ait une cotation dédiée afin d'encourager son utilisation.

On retrouve plusieurs fois la notion de complexité et de longueur dans les différents outils utilisables par les médecins généralistes.

Déjà en 2017, une thèse réalisée par Bellocq T. (30) concernant la dénutrition des personnes âgées en Charente Maritime montrait que seulement 16% des médecins généralistes Charentais utilisaient le MNA. Ceux qui ne l'utilisaient pas explicitaient aussi la longueur et la complexité de ce questionnaire.

Une autre étude (31) réalisée auprès de 1540 médecins généralistes s'intéressait au risque de malnutrition chez la personne âgée. 7851 personnes âgées amaigries ont ainsi été incluses, âgées de 65 à 109 ans. Dans cette enquête, les médecins généralistes évoquaient un risque de dénutrition dans 67% des cas, pourtant l'IMC n'était précisé que dans 35% des cas et le MNA n'a lui été utilisé que pour 15% des patients.

On pourrait alors comme dit précédemment s'appuyer sur les infirmières de pratiques avancées et les infirmières ASALEE pour réaliser le MNA et le suivi des patients.

7. Le bilan biologique, base du diagnostic chez les médecins

Près de 96% des médecins sondés réalisent un bilan biologique de dépistage de la dénutrition.

Bilan surtout réalisé si la clinique est évocatrice de dénutrition pour 55% des sondés ou alors une fois par an en systématique pour 49% des sondés.

Le bilan biologique réalisé par les médecins repose principalement sur le dosage de l'albumine plasmatique pour près de 99% des sondés. 28% des sondés recherchent le taux de pré albumine qui est un marqueur précoce de dénutrition.

Par contre, près d'un quart des sondés dosent la vitamine B12.

Elle peut être effectivement abaissée lors d'une dénutrition mais aussi lors d'autres situations telles que l'anémie.

Au total, pour le diagnostic de dénutrition chez la personne âgée, les médecins sondés s'appuient sur :

- Un bilan biologique avec la recherche du taux d'albumine pour 94% des sondés
- La courbe de poids pour 90% des sondés
- Et l'IMC pour seulement 43% d'entre eux.

Le MNA est quant à lui, très peu utilisé.

On retrouve des résultats similaires à une autre étude de thèse réalisée en 2015 par Mallejac M. (32) questionnant 103 médecins généralistes picards avec 89% des médecins dépistant la dénutrition des personnes âgées en dosant l'albuminémie.

8. Une approche thérapeutique centrée sur les compléments alimentaires oraux

Les compléments alimentaires oraux sont plébiscités par les médecins pour traiter la dénutrition de la personne âgée. En effet, ils sont cités par 93% d'entre eux.

Comme autres moyens thérapeutiques, on retrouve les conseils d'enrichissement alimentaires cités par 78% des médecins, ainsi que l'augmentation du plan d'aide humaine à domicile pour 75% des médecins.

Par contre, seulement 47% négocient une augmentation des apports alimentaires.

Et seulement 8% demanderont un avis à un spécialiste.

On peut donc conclure que les médecins généralistes s'appuient principalement sur la prescription de compléments alimentaires.

Or, l'enrichissement alimentaire est la base de la prise en charge de la dénutrition quel que soit sa gravité selon la HAS (24).

9. Une prise en charge à domicile et en EHPAD quelque peu différente

A travers cette étude, on a souhaité aussi évaluer les prises en charges diagnostiques et thérapeutiques de la dénutrition de la personne âgée vivant à domicile et en EHPAD.

Lors de leur dernière consultation d'une personne âgée au cabinet, seulement 45% des médecins sondés ont réalisé un dépistage de la dénutrition.

Il a reposé principalement sur la prise du poids et sa comparaison avec une mesure antérieure pour 42% des médecins. Un bilan biologique a été réalisé par 30% des médecins. Le calcul de l'IMC par 15% d'entre eux.

Aucun n'a réalisé un MNA.

Concernant la prise en charge thérapeutique, celle-ci, si nécessaire, a reposé principalement sur la prescription de compléments nutritionnels oraux à 32%, l'enrichissement des apports alimentaires pour 26%, l'augmentation des apports pour 18% et l'intervention d'aidants pour 15% des médecins.

Aucun n'a fait appel à un médecin spécialiste.

Lors de la dernière consultation d'une personne âgée en EHPAD, 48% des médecins ont réalisé un dépistage de la dénutrition.

Il a reposé principalement sur la prise du poids avec mesure antérieure pour 39% des médecins. Un bilan biologique a été réalisé par 46% des médecins.

On retrouve donc une majoration des bilans sanguins de dépistage prescrits en EHPAD par rapport aux patients vivants à domicile.

L'IMC est lui aussi peu utilisé, seulement 11%.

Le MNA par contre a été utilisé par 4% des médecins sondés.

Concernant la prise en charge thérapeutique, quand elle était nécessaire, celle-ci s'est appuyée sur la prescription de compléments nutritionnels oraux pour 35% des médecins.

L'enrichissement des apports alimentaires pour 22% des médecins sondés.

Une majorité de médecins explique compter sur l'avis du personnel soignant pour leur démarche thérapeutique.

Pour toute cette problématique qu'est la dénutrition de la personne âgée, l'hôpital de Pau développe depuis l'année 2021, un service d'hôpital de jour du Bien Vieillir. Ce dernier consiste en des consultations sur la dénutrition et sur tous les aspects de la fragilité de la personne âgée avec les troubles cognitifs, thymiques, sociaux, de la perte d'autonomie...

Interviennent lors de ces consultations des Gériatres, des infirmières de pratiques avancées, des diététiciens, des assistantes sociales... et dans le but de cibler les patients de ville afin de faire de la prévention et d'éviter les hospitalisations.

Il existe aussi des ateliers nutrition avec de l'éducation thérapeutique sur les troubles de la déglutition ouverts aux médecins généralistes de ville.

Tout un ensemble de dispositifs pour les médecins généralistes afin de leur apporter une aide sur tous les aspects médicaux complexes de la personne âgée et du bien vieillir.

10. Limites de l'étude

La participation à l'étude n'est que de 41% ce qui peut entraîner une baisse de la puissance de l'étude.

De plus, les données sont déclaratives, on peut donc retrouver un biais de déclaration pouvant fausser les résultats de l'étude.

Un autre biais ayant pu fausser les résultats de l'étude est le biais de mémorisation. En effet, le recueil des données a débuté dans un contexte médical compliqué par la pandémie à la COVID-19 et le confinement généralisé ayant entraîné une diminution des consultations au cabinet médical. Les médecins généralistes ont donc potentiellement dû se rappeler de la consultation des patients éligibles à l'étude vus plusieurs semaines ou mois avant de déclarer leurs résultats.

VI. Conclusion

Cette thèse réalisée en 2020 a donc permis d'enquêter sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus de 75 ans.

Les recommandations de la dénutrition de la personne âgée dataient de 2007.

Plusieurs points importants à signaler ressortent de cette étude.

Tout d'abord, le dépistage de la dénutrition de la personne âgée n'est pas assez réalisé avec une difficulté relatée par les médecins à l'application de ces mêmes recommandations. Les médecins généralistes connaissent quand même assez bien les situations à risque de dénutrition.

Un sujet qui reste quand même assez peu porteur d'intérêt auprès des médecins généralistes sondés malgré les problématiques qui en découlent.

Ensuite, un manque de formation médicale sur ce sujet. De nombreux médecins questionnés explicitent leur manque de connaissance sur la dénutrition par le fait qu'ils soient peu formés sur le sujet.

Des formations faites par des médecins gériatres pour les médecins généralistes au niveau local dans le cadre du développement personnel continu (DPC) pourraient être une solution à cette problématique.

On observe malgré ces quelques problèmes un dépistage qui repose avant tout sur le dosage de l'albuminémie

Le traitement de la dénutrition est assez bien connu avec les conseils sur l'enrichissement alimentaire et les compléments nutritionnels oraux si besoin.

Concernant les différences sur le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant de dénutrition vivant à domicile et en EHPAD, elles concernent principalement le diagnostic avec une majoration de la prescription de bilan sanguin chez les patients résidants en EHPAD.

Cette prise en charge qu'est du bien vieillir est complexe.

Il faudra donc ne pas hésiter à s'appuyer sur des réseaux de proximité.

VII. Bibliographie

- (1) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole [internet]. [Consulté le 19/08/2020]. Available from : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
- (2) PNNS. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Dénutrition une pathologie méconnue en situation d'abondance [internet]. [Consulté le 19/08/2020]. Available from : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiI8be4_juAhWV3YUKHTB7AQkQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Fbrochure_denutrition.pdf&usg=AOvVaw1UdpXudNzYUhnwOtlrbqrM
- (3) Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients : incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(4):329-37.
- (4) Herrmann FR, Safran C, Levkoff SE, Minaker KL. Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission. *Arch Intern Med* 1992;152(1):125-30.
- (5) Chevalier T. Dénutrition et son impact sur la durée du séjour et le coût de l'hospitalisation, une étude observationnelle de 10 ans sur 46350 patients du CHU de Grenoble. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2018.
- (6) Potter J, Klipstein K, Reilly JJ, Roberts M. The nutritional status and clinical course of acute admissions to a geriatric unit. *Age Ageing* 1995;24(2):131-6.
- (7) Paillaud E, Herbaud S, Caillet P, Lejonec JL, Campillo B, Bories PN. Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients. *Age Ageing* 2005;34(6):619-25.
- (8) Berlowitz DR, van B. Wilking S. Risk factors for pressure sores. A comparison of cross-sectional and cohort-derived data. *J Am Geriatr Soc* 1989;37(11):1043-50.
- (9) Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(8):747-58.
- (10) Reed RL, Hepburn K, Adelson R, Center B, McKnight P. Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence : are these risk factors for pressure ulcers in mobility impaired hospitalized adults ? *Gerontology* 2003;49(4):255-9.
- (11) C. Gourc, L. Teot, S. Pujol. Prévalence de la dénutrition en consultation plaies et cicatrisation au CHU de Montpellier. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2019;33(1):44-45.
- (12) Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers : a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2005;4(3):422-50.

- (13) Lumbers M, New SA, Gibson S, Murphy MC. Nutritional status in elderly female hip fracture patients : comparison with an age-matched home living group attending day centres. *Br J Nutr* 2001;85(6):733-40
- (14) Ensrud KE, Cauley J, Lipschutz R, Cummings SR. Weight change and fractures in older women. *Arch Intern Med* 1997;157(8):857-63.
- (15) Galanos AN, Pieper CF, Cornoni- Huntley JC, Bales CW, Fillenbaum GG. Nutrition and function : is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly ? *J Am Geriatr Soc* 1994;42(4):368-73.
- (16) Janssen I. Influence of sarcopenia on the development of physical disability : the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(1):56-62.
- (17) Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clin Nutr* 1999;18(5):259-67.
- (18) Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and quality of life in older adults. *J Gerontol* 2001;56A(Spec No 2):54-64.
- (19) Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol* 2003;58A(2):159-64.
- (20) Brantervik ÅM, Jacobsson IE, Grimby A, Wallén TCE, Bosaeus IG. Older hospitalized patients at risk of malnutrition : correlation with quality of life, aid from the social welfare system and length of stay ? *Age Ageing* 2005;34(5):444-9.
- (21) Ministère des Solidarités et de la Santé. La nutrition un facteur-clé de protection de la santé [internet]. [Consulté le 19/08/2020]. Available from : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/nutrition>
- (22) Rédaction Sud Ouest. Campagne choc contre la dénutrition qui touche 2 millions de français [internet]. [Consulté le 01/08/2020]. Available from : <https://www.sudouest.fr/2018/11/26/video-campagne-choc-contre-la-denuitration-qui-touche-2-millions-de-francais-5600051-4696.php>
- (23) Haute Autorité de la Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte [internet]. [Consulté le 30/12/2020]. Available from : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjiI6nH0_juAhUR6OAKHSuqDckQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.ha-s-sante.fr%2Ficms%2Fp_3120236%2Ffr%2Fdiagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte-recommandations&usq=AOvVaw0nMVhEw-5iCobtfXeIW2gg
- (24) Haute Autorité de la Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [internet]. [Consulté le 30/12/2020]. Available from : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiP9KGHgvbtAhURExQKHRgYA8gQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ha>

as-sante.fr%2Ficms%2Fp_3118872%2Ffr%2Fdiagnostic-de-la-denutrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte&usg=AOvVaw0Dp4He2xzb-W8AzH2EzXIK

(25) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [internet]. [Consulté le 15/12/2020]. Available from : https://demographie.medecin.fr/#l=fr;i=demo_med.prop_femmes;v=map2;s=2019;s2=2019;i2=demo_gen_tot.gen

(26) Lotois Dumas S. Dénutrition du sujet âgé : dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Thèse de médecine, Lille : Université de Lille; 2017.

(27) Cousin Ricour, C. La dénutrition des personnes âgées au domicile : Etude des pratiques professionnelles auprès de 157 médecins généralistes de la région Nord Pas de Calais. Thèse de médecine, Lille : Université Lille; 2015.

(28) Faline, M. Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. Thèse de médecine, Tours : Université Tours; 2011.

(29) Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Programme National Nutrition Santé [internet]. [Consulté le 01/02/2021]. Available from : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvqo_h0o7vAhWmylUKHdVRA0YQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fsolidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2F1n1.pdf&usg=AOvVaw0uW16cCY3EmWbJQ3O_uodf

(30) Bellocq T. Evaluation des pratiques du dépistage de la dénutrition des patients de plus de 70 ans : étude réalisée auprès de 102 médecins généralistes en Charente-Maritime. Thèse de médecine, Poitiers : Université de Poitiers; 2017.

(31) 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. L'Année Gériatrique. 2003;17(1):73-86.

(32) Mallejac M. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards : place du MNA. Thèse de médecine, Amiens : Université d'Amiens; 2015.

VIII. Annexes

Enquête de pratique des médecins généralistes du bassin palois sur le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD.

Je m'appelle Mickaël Da Silva Andrade et je suis interne en médecine générale. Je vous fais parvenir ce questionnaire pour ma thèse que je réalise sur la dénutrition de la personne âgée. La dénutrition de la personne âgée est un problème de santé publique actuellement. C'est un facteur de vulnérabilité ayant montré de nombreuses complications avec une augmentation de la mortalité, du risque d'infections...

La dénutrition est sans doute sous-évaluée en médecine générale et cette thèse permettrait de rappeler l'importance et les moyens du diagnostic et de la prise en charge pour les médecins généralistes qui sont en 1ère ligne du dépistage et de la prévention.

Une réunion de restitution des résultats sera organisée à la fin de l'étude
Merci de votre participation

Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

Quel est votre âge ?

Votre réponse

Quel est votre lieu d'exercice ?

- Urbain
- Semi urbain
- Rural

Avez-vous une formation complémentaire ? (DU, capacité, DESC, DIU...)

- Oui
- Non

Si vous avez une formation complémentaire, laquelle ?

- Diététique et nutrition
- Gériatrie
- Autre, précisez :

Pensez-vous que la dénutrition chez la personne âgée est :

- Très fréquente
- Fréquente
- Peu fréquente
- Rare
- Non rencontrée

Estimez-vous que la dénutrition chez la personne âgée est une pathologie à part entière ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Dépistez-vous systématiquement la dénutrition chez la personne âgée ?

- Oui
- Non

Si vous ne dépistez pas systématiquement la dénutrition chez la personne âgée, pourquoi ?

Votre réponse

Quelle(s) situation(s) pensez-vous être à risque de dénutrition chez la personne âgée ?

- Institutionnalisation
- Isolement
- Polypathologie
- Sortie d'hospitalisation
- Problème médical aigu somatique ou psychologique
- Aucune
- Autre, précisez :

Cliniquement, quel(s) élément(s) vous oriente(nt) pour faire un dépistage de la dénutrition ?

- Les troubles cognitifs
- Les troubles thymiques
- L'altération de l'état général
- Mauvais état buccodentaire
- Les plaies
- Le patient polypathologique
- Aucune
- Autre, précisez :

Comment évaluez-vous les apports alimentaires ?

- Exploration du réfrigérateur
- Rappel des repas de la veille
- Agenda alimentaire
- Evaluation non faite
- Autre, précisez :

Pesez-vous les patients de 75 ans et plus ?

- Oui
- Non

Si vous pesez les patients de 75 ans et plus, à quel rythme ?

- Tous les mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- 1 fois par an

Si vous ne pesez pas les patients de 75 ans et plus, pourquoi ?

Votre réponse

Quand estimez-vous une perte de poids préoccupante ? plusieurs réponses possibles

- 5 % en 1 mois
- 10% en 6 mois
- Quand elle coexiste avec des situations à risque
- Si elle se confirme sur plusieurs consultations peu importe la perte de poids
- Autre, précisez :

Calculez-vous l'IMC (indice de masse corporelle) ?

- Oui
- Non

Si vous ne calculez pas l'IMC, pourquoi ?

Votre réponse

Pensez-vous que l'IMC est un bon outil dans le dépistage de la dénutrition ?

- Oui
- Non

Si vous ne pensez pas que l'IMC est un bon outil de dépistage de la dénutrition, pourquoi ?

Votre réponse

Utilisez-vous le MNA (mini nutritional assessment) ?

- Oui
- Non

Si vous n'utilisez pas le MNA, pourquoi ?

- Trop long ?
- Trop compliqué ?
- Pas la connaissance ?
- Nécessité d'une cotation ou consultation dédiée ?
- Autre, précisez :

Réalisez-vous un bilan biologique de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée ?

- Oui
- Non

Si vous réalisez un bilan biologique de dépistage de la dénutrition, à quelle fréquence ?

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- 1 fois par an
- Selon le contexte clinique

Si vous ne réalisez pas de dépistage de la dénutrition, pourquoi ?

Votre réponse

Quels sont les éléments biologiques que vous estimez utiles pour évaluer l'état nutritionnel chez la personne âgée ? Plusieurs réponses possibles

- Protéinurie
- Albuminémie
- Pré albuminémie
- Créatininémie
- INR
- Cholestérol
- LDL
- Orosomucoïde
- Vitamine B12
- Aucune

Pensez-vous que les recommandations sur la dénutrition de la PA sont facilement applicables en médecine générale ?

- Oui
- Non

Si vous ne pensez pas que les recommandations sur la dénutrition de la PA son facilement applicables en médecine générale, pourquoi ?

Votre réponse

Quels sont selon vous les obstacles à la prise en charge ? plusieurs réponses possibles

- Manque de connaissance des patients sur le sujet
- Manque de formation des médecins généralistes sur la dénutrition et ses enjeux sur la PA
- Inobservance de la personne âgée par déni
- Isolement de la PA
- Autres, précisez :

Au total, quels outils utilisez-vous ? plusieurs réponses possibles

- Courbe de poids
- IMC
- MNA
- Albumine
- Aucun
- Autre, précisez :

Pensez-vous que l'intégration au logiciel informatique médical d'un outil simple de dépistage ou de suivi de dénutrition chez la personne âgée faciliterait votre prise en charge ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Parmi ces caractéristiques concernant l'outil informatique d'aide au diagnostic, pourriez-vous dire celle qui vous semble la plus importante ?
(1 seule réponse possible)

- Être simple d'utilisation
- Demander peu de temps
- Constituer moins de 6 items
- Être développé par et pour des médecins généralistes
- Être intégré au logiciel médical

De quel(s) moyen(s) thérapeutique(s) efficace(s) pensez-vous disposer en Médecine Générale pour traiter la dénutrition ? Plusieurs réponses possibles

- Négocier une augmentation de l'apport alimentaire
- Donner des conseils pour enrichir l'alimentation
- Prescrire des compléments alimentaires
- Augmenter le plan d'aide humaine à domicile
- Demander un avis spécialisé
- Aucun moyen efficace
- Autre, précisez :

Lors de votre dernière consultation d'un patient âgé de 75 ans ou plus au cabinet, avez-vous réalisé un dépistage de la dénutrition ?

- Oui
- Non

Si Oui, quels moyens avez-vous utilisés ?

- Poids du patient avec comparaison avec un poids antérieur
- Interrogatoire sur ses habitudes alimentaires
- Questionnaire (MNA test ou autre)
- Calcul IMC
- Bilan Biologique
- Autre, précisez :

Si vous avez effectué une prise en charge thérapeutique de la dénutrition chez cette personne vivant à domicile, quelle a été celle-ci ?

- Compléments nutritionnels oraux
- Conseils sur l'augmentation des apports alimentaires
- Conseils sur l'enrichissement des apports alimentaires
- L'intervention d'aidants au domicile (portage des repas...)
- Un avis spécialisé
- Autre, précisez :

Lors de votre dernière consultation d'un patient âgé de 75 ans ou plus vivant en EHPAD, avez-vous réalisé un dépistage de la dénutrition ?

- Oui
- Non

Si Oui, quels moyens avez-vous utilisés ?

- Poids du patient avec comparaison avec un poids antérieur
- Interrogatoire sur ses habitudes alimentaires
- Questionnaire (MNA test ou autre)
- Calcul IMC
- Bilan Biologique
- Autre, précisez :

Si vous avez effectué une prise en charge thérapeutique de la dénutrition de cette personne vivant en EHPAD, quelle a été celle-ci ?

- Compléments nutritionnels oraux
- Conseils sur l'augmentation des apports alimentaires

- L'intervention d'aidants au domicile (portage des repas...)
- Un avis spécialisé
- Autre, précisez :

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

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

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Titre : Enquête sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD.

Résumé : La population française est en constante évolution. On estime qu'en 2050, la part des personnes âgées de 75 ans et plus représentera 16% contre 9% en 2013. Cette augmentation de la proportion des personnes âgées dans les populations va poser la question du bien vieillir et la problématique de la dénutrition. Nous avons réalisé une enquête entre le 28/02/2020 et le 01/10/2020 sur les pratiques des médecins généralistes du bassin palois dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus de 75 ans vivant à domicile et en EHPAD. L'objectif principal était d'évaluer le diagnostic de la dénutrition de la personne âgée de plus de 75 ans. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la prise en charge thérapeutique des patients âgés de plus de 75 ans et dénutris. Evaluer les difficultés et limites pour le diagnostic et la prise en charge et comparer les prises en charges diagnostiques et thérapeutiques pour les patients vivant en EHPAD et à domicile. Au total, 122 médecins généralistes ont répondu sur 298 médecins sondés. Seulement 56% des médecins dépistent systématiquement la dénutrition de la personne âgée. 96% des médecins réalisent un bilan biologique pour la dépister avec une majoration des bilans pour les patients institutionnalisés de 16% comparé aux patients vivant à domicile. 90% des sondés s'appuient sur une courbe de poids et seulement 43% pour l'IMC. Une prise en charge thérapeutique qui repose avant tout sur l'utilisation des compléments alimentaires oraux pour 93% des sondés. La moitié des médecins reconnaissent ne pas connaître les recommandations sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées. Ils s'estiment mal formés et peu sensibilisés. Pourtant, cette question de la dénutrition et plus généralement du bien vieillir est au cœur de notre société actuelle et des aides existent (Hôpital de jour, réseaux d'infirmières de pratiques avancées, infirmières ASALEE) et il faut s'appuyer dessus.

Mots clés : Personnes âgées ; dénutrition ; alimentation ; poids

Title: Survey on the practices of general practitioners in the Pau basin in diagnosing and taking charge of undernutrition in people over 75 years old living at home and in nursing homes.

Abstract: The French population is constantly changing. It is estimated that in 2050, the proportion of people aged 75 and over will represent 16% against 9% in 2013. This increase in the proportion of elderly people in the populations will raise the question of aging well and the problem of undernutrition. We carried out a survey between 02/28/2020 and 10/01/2020 on the practices of general practitioners in the Pau basin in the diagnosis and treatment of undernutrition in people over 75 years old living in home and in EHPAD. The main objective was to assess the diagnosis of undernutrition in people over 75 years of age. The secondary objectives were to evaluate the therapeutic management of patients over 75 years of age and undernourished. Evaluate the difficulties and limitations for diagnosis and treatment and compare diagnostic and therapeutic care for patients living in nursing homes and at home. In total, 122 general practitioners responded out of 298 physicians surveyed. Only 56% of doctors systematically screen the elderly for undernutrition. 96% of doctors carry out a biological assessment to detect it with an increase in assessments for institutionalized patients of 16% compared to patients living at home. 90% of respondents rely on a weight chart and only 43% for BMI. Therapeutic care based primarily on the use of oral food supplements for 93% of respondents. Half of the doctors admit not knowing the recommendations on the screening and management of malnutrition in the elderly. They feel they are poorly trained and poorly aware. However, this issue of undernutrition and more generally of aging well is at the heart of our current society and aids exist (day hospital, networks of advanced practice nurses, ASALEE nurses) and we must build on it.

Keywords: Elderly; undernutrition; food; weight

Discipline: Médecine Générale

UFR des Sciences Médicales Bordeaux