



HAL
open science

Quelle stratégie face au risque de dénutrition chez l'insuffisant cardiaque âgé en médecine générale : une étude qualitative dans le territoire havrais

François Zinck

► To cite this version:

François Zinck. Quelle stratégie face au risque de dénutrition chez l'insuffisant cardiaque âgé en médecine générale : une étude qualitative dans le territoire havrais. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03355646

HAL Id: dumas-03355646

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03355646v1>

Submitted on 27 Sep 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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2021

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

ZINCK FRANCOIS

NE LE 30 JANVIER 1993 A MONTIVILLIERS (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 SEPTEMBRE 2021

**Quelle stratégie face au risque de dénutrition chez
l'insuffisant cardiaque âgé en médecine générale ? Une
étude qualitative dans le territoire havrais**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur JL. HERMIL

ASSESEURS : Monsieur le Professeur J. DOUCET

Monsieur le Docteur M. SCHUERS

Madame le Docteur C. CAUSSIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Y. POULINGUE

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>urnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN		Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN		Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC		Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN		Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN		Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN		Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN		Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN		Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN		Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN		Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN		Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN		Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN		Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN		Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN		Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR		Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN		Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR		Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN		Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN		Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN		Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN		Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR		Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN		Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN		Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN		Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN		Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN		Anatomie
Mr Julien WILS	HCN		Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique

Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Loup Hermil,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean Doucet,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur Le Docteur Matthieu Schuers,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils dans ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Camille Caussin,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yann Poulingue,

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour tes conseils précieux, ton soutien et ta disponibilité à tous moments. Merci pour les connaissances et la formation que tu m'as transmises au cours de mon internat. C'était un plaisir de travailler avec toi.

Merci à tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude et de m'avoir permis de recueillir leur avis et leur ressenti à ce sujet.

Je remercie tous les médecins hospitaliers qui m'ont transmis leur connaissance et leurs savoirs médical et humain.

Merci à tous les médecins qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet pendant l'internat, merci pour la transmission de votre savoir médical et de vos compétences humaines.
Merci à Agnès, Gwenaële, Gilles, Philippe, Jean-Paul, Xavier...

A tous mes co-internes pour tous ces moments de soutien.

A ma belle-famille, merci pour tous ces moments partagés et pour votre accueil.

A ma mère, merci pour ton soutien sans limite et ta volonté sans faille.

A tous ceux de ma famille qui m'ont soutenu.

A ma femme, que de moments forts vécus ensemble. Et à tous ceux à venir !

A tous mes amis, vous êtes les meilleurs, j'ai hâte de vivre la suite de nos aventures !

ABREVIATIONS

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNO : Complément Nutritionnel Oral
CST : Coefficient de Saturation de la Transferrine
DU : Diplôme Universitaire
EPO : Erythropoïétine
FE : Fraction d'Ejection
FMC : Formation Médicale Continue
GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
IC : Insuffisant Cardiaque
ICC : Insuffisant Cardiaque Chronique
IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
IGF-1 : Insulin-like Growth factor – 1
IL – 6 : Interleukine – 6
IMC : Indice de Masse Corporelle
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IV : Intraveineux
MG : Médecin Généraliste
MNA : Mini Nutritional Assessment
NYHA : New York Heart Association
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRADO : Programme de Retour à Domicile
SAOS : Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SRAA : Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone
TNF – α : Tumor Necrosis Factor - α

Table des matières

REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS.....	14
PREAMBULE	17
INTRODUCTION.....	18
I. L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée.....	18
A. La population insuffisante cardiaque âgée.....	18
B. Un enjeu de santé publique actuel	18
C. Des perspectives d'augmentation à l'avenir.....	19
II. Les comorbidités chez l'insuffisant cardiaque	20
A. Une population âgée dont la prise en charge est rendue complexe.....	20
B. Les principales comorbidités	21
III. La dénutrition chez le patient insuffisant cardiaque	22
A. Epidémiologie, prévalence	22
B. La sarcopénie et la cachexie cardiaque : possibilités de prise en charge limitées ..	23
C. Anémie, carence martiale.....	28
IV. La dénutrition en médecine générale.....	29
A. Epidémiologie : quelques chiffres clés.....	29
B. Le rôle du médecin généraliste dans la dénutrition chez le sujet âgé	30
C. Les difficultés du médecin généraliste en matière de dénutrition	33
V. Présentation de la question de recherche.	34
Matériel et méthode.....	35
I. Type d'étude.....	35
A. Enquête qualitative.....	35
B. Entretiens individuels semi-dirigés	35
II. Echantillonnage	36
A. Caractéristiques de l'échantillon	36
B. Mode de recrutement	36
III. Recueil des données.....	37
A. Déroulement du recueil	37
B. Guide d'entretien.....	37
IV. Méthode d'analyse	38
A. Retranscription	38
B. Analyse des entretiens	38
V. Procédure réglementaire	38
Résultats	39
I. Résultats descriptifs.....	39

II. Résultats qualitatifs.....	42
A. Objectifs des médecins généralistes	42
B. Moyens utilisés par les médecins	43
Les moyens propres au médecin.....	43
Les moyens externes	47
C. Difficultés et freins pour la prévention.....	49
Discussion.....	54
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	54
A. Forces.....	54
B. Faiblesses.....	55
II. Résultats principaux	56
A. Objectifs des médecins	56
B. Les moyens utilisés par les médecins généralistes	59
C. Difficultés et freins.....	65
III. Perspectives.....	71
Conclusion	74
Références bibliographiques	75
Annexes	82
I. Annexe n°1 : Guide d'entretien	82
II. Annexe n°2 : Présentation de l'étude	84
III. Annexe n°3 : Formulaire de consentement	86
IV. Annexe n°4 : Situations à risque de dénutrition.....	87
SERMENT D'HIPPOCRATE	88
RESUME.....	89

PREAMBULE

Dans le contexte actuel où les patients insuffisants cardiaques sont de plus en plus nombreux et âgés, grâce aux progrès thérapeutiques mais aussi de l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, il nous a paru intéressant de nous interroger sur les comorbidités interférant avec cette pathologie. Le médecin généraliste est un acteur central dans la prise en charge de ces patients âgés et multimorbides dont la gestion est complexe. Il coordonne, en effet, le recours aux spécialistes et aux professionnels paramédicaux afin d'assurer les bilans réguliers dont l'insuffisant cardiaque chronique doit bénéficier. Cette prise en charge a fait l'objet de recommandations récentes aux niveaux national et européen.

Ce sujet s'intéresse à la dénutrition qui est une des nombreuses comorbidités chez l'insuffisant cardiaque âgé. La dénutrition est au carrefour de plusieurs problématiques chez l'insuffisant cardiaque âgé : une pathologie chronique, cardio-vasculaire, poly viscérale et gériatrique. Cette prise en charge en ambulatoire est un véritable défi avec notamment la préservation de la qualité de vie du patient.

Près de la moitié de la population insuffisante cardiaque possède une fraction d'éjection (FE) préservée ou moyenne pour laquelle les thérapeutiques ont montré moins d'efficacité que pour la population à FE réduite. Ce constat met en lumière l'importance de la prise en charge des comorbidités dont certaines sont des facteurs indépendants de mortalité.

Enfin, le contexte géographique de notre étude s'inscrit dans un territoire où le manque de spécialiste, tout mode d'exercice confondu, est important (1) ; ce qui rend d'autant plus intéressantes la prise en charge et la démarche des médecins de premier recours.

INTRODUCTION

I. L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée

A. La population insuffisante cardiaque âgée

La prévalence de l'insuffisance cardiaque serait de 2,3% dans la population française (2), ce qui concernerait 1,5 millions de personnes en France en 2017. Cette pathologie concerne une population âgée puisque l'âge moyen est de 78 ans et l'âge médian de 81 ans. Parmi les patients IC, 75% ont 75 ans ou plus avec une proportion plus importante de femmes, passant de 51 % à 61% chez les plus de 75 ans.

Chaque année, 120 000 nouveaux patients atteints d'IC sont diagnostiqués (3).

B. Un enjeu de santé publique actuel

D'après la CNAM, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique représenterait 0,8% des dépenses de santé en 2017 ; ce qui correspond à 1 339 millions d'euros dont 84% pour les soins de ville, 12% pour les dépenses hospitalières et 4% pour les prestations en service.

L'évolution de l'insuffisance cardiaque est émaillée d'épisodes de décompensation aiguë. Ceux-ci sont à l'origine d'hospitalisations fréquentes chez les personnes âgées. Ainsi, 165 093 hospitalisations ayant pour cause principale l'insuffisance cardiaque ont été recensées en 2014 (1). Parmi ces hospitalisations pour insuffisance cardiaque, les patients de 85 ans et plus représentent une part importante avec 43,4% dont 2/3 de femmes. Pour une première hospitalisation, l'âge moyen en 2008 était de 79 ans (4).

En 2014, les taux standardisés régionaux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque montrent des disparités régionales avec les taux les plus élevés dans les Hauts-de-France, en Normandie et à La Réunion. Ces taux peuvent s'expliquer par une prévalence plus importante de facteurs de risque cardio-vasculaires et par des inégalités sociales dans ces territoires.

Le nombre de décès pour insuffisance cardiaque était en 2010 de 23 882 en cause initiale et de 72 809 en cause associée. Ce chiffre reste stable en 2013 avec 70 213 décès en cause associée. Les décès pour insuffisance cardiaque concernent une population très âgée avec un âge moyen de 86,4 ans et un âge médian de 88 ans. La mortalité de l'IC à court et moyen terme est élevée puisqu'elle est de 25% à 1 an et de 50% à 5 ans pour les stades III et IV de la NYHA. (5) (1)

La mortalité est plus importante au décours d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque avec une survie moyenne de 5 ans en 2008 (5). Ces notions incitent à mieux prendre en charge les patients IC en ambulatoire afin de diminuer le risque d'épisode aigu, d'hospitalisation et de réduire les coûts liés à cette pathologie.

Dans ce contexte, l'assurance maladie a étendu, depuis 2013, le service de retour à domicile des patients hospitalisés, le PRADO, aux patients insuffisants cardiaques. Ce service a pour objectif de faciliter le retour au domicile et d'éviter les nouvelles hospitalisations en anticipant les besoins du patient. Il permet également une anticipation des consultations et du suivi nécessaires après l'hospitalisation. Parmi les enjeux de ce service, nous pouvons souligner la préservation de la qualité de vie, de l'autonomie des patients et le rôle du médecin traitant pour les soins ambulatoires. Le patient, au cours de son hospitalisation, doit cependant être adhérent au projet pour en bénéficier. Dans les premières semaines après la sortie du patient, une consultation doit être prévue avec le médecin traitant, ainsi qu'une consultation longue dans les 2 mois. Une consultation avec le cardiologue est prévue au cours du 2^{ème} mois et des séances hebdomadaires de surveillance et d'éducation sont programmées avec une infirmière.

C. Des perspectives d'augmentation à l'avenir

L'augmentation du nombre de patient atteints d'insuffisance cardiaque s'explique par plusieurs points : l'augmentation de la population générale et plus particulièrement de la population âgée, une meilleure prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, des événements aigus cardio-vasculaires et de l'IC en elle-même. Le patient IC âgé est donc un patient polypathologique ce qui complexifie sa prise en charge optimale.

La prévalence des consultations en médecine générale pour insuffisance cardiaque est de 11,9% chez les patients âgés de 60 ans et plus et de 20% chez les plus de 80 ans. (5) (3) L'insuffisance cardiaque est ainsi un motif fréquent de consultation au cabinet du médecin généraliste, d'autant plus chez les personnes âgées.

Ces éléments soulignent que l'insuffisance cardiaque chronique, au travers de son histoire naturelle émaillée d'épisodes aigus et par l'augmentation du nombre de patients atteints, est une pathologie dont le coût sera de plus en plus conséquent. De plus, le MG sera amené à gérer un nombre plus important de consultations en rapport avec cette pathologie.

II. Les comorbidités chez l'insuffisant cardiaque

A. Une population âgée dont la prise en charge est rendue complexe

L'insuffisance cardiaque est en lien avec plusieurs comorbidités dont la connaissance et la prise en charge sont essentielles pour le praticien et le patient. Chez les patients de 85 ans et plus, un tiers des insuffisants cardiaques présente au moins six affections associées. (6) Etant donné que les patients IC sont de plus en plus âgés, leur prise en charge ne peut se concevoir sans celle de ces comorbidités. De plus, les patients IC à FE préservée et modérément réduite représentent plus de la moitié des IC âgés chez lesquels ces comorbidités ont une place primordiale dans la prise en charge.

Elles ont un impact sur plusieurs points : les possibilités thérapeutiques, la survenue d'épisodes de décompensation, leur traitement pouvant interférer avec celui de l'insuffisance cardiaque. Certaines constituent un facteur de mauvais pronostic chez l'IC.

D'un point de vue clinique, elles compliquent le diagnostic par les symptômes et signes communs à plusieurs pathologies. Pour le patient, elles sont source d'aggravation de la qualité de vie. Enfin, elles représentent un critère d'exclusion dans les études, ce

qui provoque un manque d'information chez ces patients âgés atteints de multimorbidité. (6)

B. Les principales comorbidités

Parmi les comorbidités, certaines sont des étiologies de l'insuffisance cardiaque comme les coronaropathies, l'HTA, les valvulopathies et l'arythmie cardiaque. D'autres peuvent être une conséquence de l'insuffisance cardiaque comme le syndrome cardio-rénal, la dépression ou la dysfonction érectile.

Tableau n°1 : Les principales comorbidités (7)

Anémie, carence martiale	Hypotension orthostatique
Cancer et chimiothérapie	Insuffisance rénale, syndrome cardio-rénal
Coronaropathie, HTA, dyslipidémie, arythmie cardiaque	Obésité
Dénutrition	Pathologies respiratoires : BPCO, SAOS
Diabète	Troubles neurocognitifs, syndrome dépressif
Dysfonction érectile	Valvulopathies
Goutte	

III. La dénutrition chez le patient insuffisant cardiaque

L'alimentation représente un élément essentiel dans la prise en charge de l'IC chronique. En effet, elle intervient sur l'aspect préventif des maladies cardio-vasculaires initialement, puis dans la prise en charge globale lorsqu'une insuffisance cardiaque est diagnostiquée et enfin au niveau du pronostic et de la qualité de vie des patients IC âgés. Ainsi en matière de prévention, il est recommandé selon le PNNS de 2006, une prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire via une alimentation limitée en sel et en lipides athérogènes, de favoriser un régime « méditerranéen » et la lutte contre la masse grasse qui augmente lors du vieillissement. (7) De plus, l'alimentation fait partie de la prise en charge non médicamenteuse via les conseils diététiques dispensés au patient.

Dans ce contexte, il faut être vigilant à la notion de dénutrition, surtout chez les patients âgés IC chez lesquels elle représente un syndrome gériatrique. Cependant, la dénutrition reste largement sous diagnostiquée chez ces patients dans la population hospitalisée et ambulatoire. (8) Si le stade extrême de cachexie est atteint dans une pathologie chronique, son traitement est difficile en raison de l'impact négatif et de l'avancée de la pathologie. Sa prévention est donc un élément essentiel afin d'éviter la survenue d'un stade avancé et d'une cachexie cardiaque. (22)

La dénutrition apparaît comme une comorbidité claire de l'IC. La prévention, le repérage et la prise en charge adaptée doivent être les plus précoces possibles. (7) (9)

A. Epidémiologie, prévalence

En ce qui concerne la population IC, la prévalence de la dénutrition serait de 16 à 62% pour les patients stables et plus encore pour les patients en situation aiguë ou au stade IV de la NYHA puisqu'elle serait de 75 à 90%. (10)

La dénutrition chez le patient IC est un facteur prédictif de mortalité. (11) La présence d'une dénutrition après un épisode de décompensation cardiaque multiplie par 4 le risque de décès dans l'année suivante.

B. La sarcopénie et la cachexie cardiaque : possibilités de prise en charge limitées

La prise en charge nutritionnelle chez ces patients IC âgés concerne plusieurs pathologies : la sarcopénie, qui est majorée lors du vieillissement, la cachexie cardiaque liée à l'IC à un stade avancé et la dénutrition.

La sarcopénie

La sarcopénie a été définie comme une perte progressive de la masse musculaire et de la force avec un risque d'effets indésirables tels que l'invalidité, la mauvaise qualité de vie et le décès. (27) (12) (8) La masse musculaire diminue progressivement avec l'âge chez les personnes en bonne santé ; ce phénomène s'accélère vers 50 ans et après la ménopause chez les femmes. (13)

La sarcopénie est associée à la notion de vieillissement de l'organisme mais peut se rencontrer chez des patients moins âgés dans un contexte de dénutrition, de maladies inflammatoires ou de troubles endocriniens. (8) La sarcopénie se rencontre chez les personnes âgées même indemnes de pathologie chronique. (12) (14)

Elle représente un problème gériatrique, puisque se retrouvant plus fréquemment chez la personne âgée (8) (14) : elle est retrouvée chez 5 à 13% des patients âgés de 60 à 70 ans et ce chiffre augmente jusqu'à 50% chez les plus de 80 ans. (33)

La sarcopénie est une comorbidité de l'IC présente chez 30 à 50% des patients et est associée à un mauvais pronostic (33) (15) ainsi qu'à un stade avancé de la maladie. (16) Sa prévalence concerne aussi bien les patients à FE préservée qu'à FE réduite. La sarcopénie majore le risque infectieux d'un facteur de 2 à 8 et le risque de chute de 6 avec pour conséquence : fracture, perte d'autonomie, dépression, pouvant aller jusqu'au décès.

Sur le plan tissulaire, la sarcopénie se manifeste par une atrophie des fibres musculaires de type II dites rapides et celles de type I, d'une baisse du nombre d'unités motrices, d'une augmentation de la graisse et du tissu conjonctif musculaire, d'une

altération des protéines musculaires et d'une diminution du nombre d'unités motrices. (8) (12) Ces phénomènes sont provoqués par un déséquilibre de la balance entre anabolisme et catabolisme de la synthèse protéique musculaire. Plusieurs éléments interviennent en ce sens :

- Une réduction des hormones anabolisantes : testostérone, hormone de croissance, IGF-1. (8) La synthèse protéique est diminuée par une insulino-résistance et une baisse de la testostéronémie et de l'IGF-1, molécules activant les voies cellulaires de synthèse et inhibant les voies cellulaires de la dégradation protéique. Ces effets sont altérés avec le vieillissement : l'insulino-résistance est majorée et les taux de testostérone et d'IGF-1 diminuent (8) (12)
- Une diminution de la stimulation musculaire : immobilité, déconditionnement à l'effort, sédentarité. (13) (17) Situations qui peuvent être fréquentes chez les patients IC âgés
- Une inflammation chronique avec augmentation des cytokines pro-inflammatoires notamment TNF- α et IL-6. Celle-ci majore la protéolyse musculaire, rencontrée chez les personnes âgées poly-pathologiques (8) (12)
- Enfin, un apport protéino-énergétique insuffisant majore cette perte protéique (8) (13)

Ces phénomènes sont retrouvés dans le cadre d'une ICC. Ils majorent la survenue d'une sarcopénie et peuvent aboutir plus rapidement à un état de véritable cachexie cardiaque.

Le diagnostic de sarcopénie a été abordé par le groupe de travail européen sur la sarcopénie chez les personnes âgées en 2010. Elle comprend deux critères :

- Une masse musculaire supérieure ou égale à 2 écarts types sous la moyenne mesurée chez les jeunes adultes de même sexe et origine ethnique. L'évaluation de la composition corporelle peut s'effectuer par diverses techniques qui permettent d'obtenir directement la masse musculaire et adipeuse : l'absorptiométrie à rayons X à double énergie

(DEXA) qui permet également d'apprécier la masse osseuse, l'analyse d'impédancemétrie bioélectrique, la tomодensitométrie et l'IRM (18)

- Le deuxième critère est une faible vitesse de marche (inférieure à 0,8 m/s pour 4 mètres parcourus). Ce deuxième critère décrit peut être remplacé par un autre test fonctionnel rencontré dans l'évaluation gériatrique. (8) Le deuxième critère est réalisable en pratique clinique à l'inverse du premier critère qui sous-entend une évaluation de la composition corporelle et donc peu accessible en médecine générale

Au niveau de la prévention, d'après une revue de la littérature récente, la supplémentation ou l'apport en protéines a un effet sur la masse, la force musculaire et les performances physiques, contribuant à prévenir l'aggravation de la sarcopénie physiologique. (13)

La prise en charge de la sarcopénie se base essentiellement sur l'activité physique avec un entraînement progressif en résistance associé à un soutien nutritionnel, notamment une supplémentation protéique. (32) (17) L'entraînement progressif en résistance permet d'améliorer la force musculaire et les capacités fonctionnelles (vitesse de marche et lever d'une chaise) chez les personnes âgées. (12) (13) Cependant, en pratique sa mise en œuvre est difficile chez les personnes âgées, polypathologiques, ayant des troubles cognitifs, isolées ou avec des difficultés d'accès à des structures spécialisées. L'aspect nutritionnel rejoint celui de la prise en charge de la dénutrition avec un apport protéique adapté et la correction d'une carence en vitamine D. (12) Des études ont été réalisées sur la testostérone qui montrent une augmentation de la masse musculaire et une amélioration fonctionnelle. Elle est cependant liée à des effets secondaires cardio-vasculaires et un risque accru de tumeur de la prostate. (14)

La cachexie cardiaque

La cachexie se définit comme un syndrome multifactoriel associant une perte de poids sévère de la masse musculaire et de la masse grasse ; et une augmentation du catabolisme protéique due à une pathologie associée. (12) (8) La cachexie n'est pas liée au vieillissement comme la sarcopénie mais associée à une pathologie

chronique comme la BPCO, l'insuffisance cardiaque chronique, un cancer, l'insuffisance rénale chronique, une hépatopathie chronique, la polyarthrite rhumatoïde. (31)

Avant le stade de cachexie comme défini plus haut, il a été défini un état dit de « pré-cachexie » répondant aux critères suivants : (22)

- La présence d'une pathologie chronique
- Une perte de poids involontaire de moins de 5% au cours des 6 derniers mois (19)
- Un état inflammatoire chronique
- Une anorexie

La pré-cachexie correspond à un état où la perte de poids est présente mais moins importante que dans la cachexie et évoluant vers celle-ci sans prévention.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement efficace de la cachexie. (12) (17) C'est pourquoi l'aspect le plus important est sa prévention. (22) De plus, certains éléments chez les personnes âgées concourent à majorer la survenue de la cachexie comme les conditions environnementales défavorables, la polypathologie, la dépendance.

Dans le cas d'une insuffisance cardiaque, la cachexie cardiaque aboutit à une véritable fonte musculaire avec hypotrophie du muscle squelettique mais également myocardique, aggravant une fonction cardiaque qui peut être altérée chez ces patients. La cachexie cardiaque concerne 5 à 15% des patients ICC, majorée dans les stades tardifs. (6) (15) (20) Elle a été associée à un mauvais pronostic chez l'IC, indépendamment du stade de la maladie, de l'âge, de la capacité d'exercice et de la fonction cardiaque. (8) Le taux de mortalité peut aller jusqu'à 50% à 18 mois (20), cette mortalité étant plus importante chez le patient obèse. (14)

Sa survenue est multifactorielle et favorisée sur plusieurs plans. (19) Sur le plan digestif par une anorexie, une malabsorption et la stase veineuse splanchnique favorisant une entéropathie exsudative. Sur le plan métabolique, elle est favorisée par une altération entre catabolisme et anabolisme (21) avec un hypermétabolisme de repos et une production accrue des facteurs cataboliques tels que le cortisol, les catécholamines ou le TNF- α . L'augmentation des facteurs catabolisants est en partie

due à la perturbation neuroendocrinienne présente chez l'IC. Ainsi, plusieurs facteurs participent au catabolisme accru et à une diminution de l'anabolisme protéique dans la cachexie cardiaque (8) (19) (40) :

- Un apport alimentaire insuffisant par une anorexie ou des difficultés environnementales
- Un état inflammatoire chronique, favorisé par l'IC chronique qui instaure un état d'hypercatabolisme protéique : il existe un déséquilibre entre les facteurs pro et anti-inflammatoires (augmentation des cytokines pro-inflammatoires notamment TNF- α , IL-6 et IL-1 comme dans la sarcopénie) ; l'état inflammatoire chronique provoque un hypermétabolisme de repos majorant les besoins quotidiens
- Une réduction des hormones anabolisantes comme dans la sarcopénie (8) (19) (22) (12)
- Le déséquilibre des systèmes sympathique et parasympathiques aboutissant à une activation neuro-hormonale par la stimulation du système nerveux sympathique. Celui-ci active l'axe du SRAA et du peptide natriurétique. L'angiotensine II est un élément catabolique par plusieurs mécanismes (19)
- La sédentarité avec le déconditionnement à l'effort et les limitations de l'activité quotidienne

Il n'existe pas, à ce jour, de traitement ayant démontré la preuve de son efficacité dans le traitement de la cachexie cardiaque. (21) Les programmes d'entraînement physique et la supplémentation nutritionnelle peuvent permettre de limiter la perte musculaire. (22)

La lutte contre la sarcopénie et la cachexie cardiaque passe par leur prévention, une supplémentation nutritionnelle adaptée et une activité physique régulière.

C. Anémie, carence martiale

Dans ce contexte de difficulté nutritionnelle chez l'IC âgé, l'anémie et la carence martiale sont des comorbidités dont le repérage et la prise en charge doivent être prises en compte.

L'anémie est une comorbidité fréquente chez le patient IC âgé. Sa prévalence varie de 15 à 35% des patients ambulatoires et est plus fréquente chez les patients hospitalisés. Cependant, son étiologie n'est pas toujours recherchée : 10% dans une étude hospitalière et 3% en ambulatoire. (23) Pour orienter sur son étiologie chez l'IC, le bilan comprend un dosage de l'hémoglobine en dehors d'une situation aiguë favorisant les hémodilutions, le bilan martial comprenant le fer sérique, la ferritinémie et le CST, un bilan rénal, le dosage de la TSH, des réticulocytes et des vitamines B9 et B12. Ce bilan permet de s'orienter sur l'étiologie d'une anémie chez l'IC chronique, celle-ci pouvant être multifactorielle comme liée à l'insuffisance rénale ou à l'inflammation.

Parmi les causes d'anémie, la carence martiale est responsable de la moitié des anémies chez l'IC, par altération de l'érythropoïèse. Les autres causes d'anémie sont multiples telles qu'une carence en vitamine B12, en folates ou une diminution de la synthèse d'EPO dans le cas d'une insuffisance rénale associée. Une malnutrition accentue ces phénomènes en provoquant un dysfonctionnement de la moelle osseuse, cible de l'action de l'EPO pour la synthèse de l'hémoglobine.

Le fer est un élément essentiel pour le fonctionnement des cellules cardiaques par son rôle dans le transport et le stockage de l'oxygène mais également dans l'utilisation de l'oxygène par les cellules cardiaques. Parmi les causes de carence martiale, nous pouvons citer la carence d'apport par malnutrition, ainsi que, le syndrome inflammatoire dans l'insuffisance cardiaque avancée provoquant une augmentation de l'hepcidine, molécule diminuant l'absorption du fer au niveau entérocytaire.

Le diagnostic de la carence martiale chez l'IC se fait sur le dosage de la ferritinémie, reflet d'une carence martiale absolue, et du coefficient de saturation de la transferrine, reflet d'une carence martiale fonctionnelle.

Tableau n°2 : Carence martiale absolue et fonctionnelle

Carence martiale absolue	Carence martiale fonctionnelle
Ferritinémie < 100 µg/L CST < 20%	Ferritinémie entre 100 et 300 µg/L CST < 20%

La carence martiale est fréquente, puisqu'elle serait présente chez 37 à 50% des IC. La carence martiale est apparue comme un facteur pronostique indépendant de survie avec un risque multiplié par trois de décès. (17)

Plusieurs études ont montré une amélioration des symptômes et de la classe fonctionnelle NYHA après injection de fer carboxymaltose. Les critères secondaires ont montré une amélioration des scores de la qualité de vie et de la durée de marche (test de 6 minutes). Dans le cas de carence martiale fonctionnelle liée à une inflammation, fréquente chez les patients ICC à un stade avancé, l'action du fer oral est limitée par l'action de l'hépcidine qui bloque l'activité de la ferroportine des entérocytes. L'utilisation de fer IV est alors nécessaire pour pallier ce type de carence martiale. (17) Cette supplémentation en fer IV permet également une amélioration de la qualité de vie de l'IC et de l'état fonctionnel. (24)

IV. La dénutrition en médecine générale

A. Epidémiologie : quelques chiffres clés

La prévalence des personnes âgées de plus de 70 ans dénutries en France serait de 5 à 10% en ambulatoire, ce qui concernerait entre 350 000 et 500 000 personnes. Celle-ci augmente entre 15 à 40% pour les personnes âgées en institution et entre 30 et 70% pour les personnes âgées hospitalisées. (25) (26)

Le risque de dénutrition dans la population ambulatoire chez la personne âgée serait de 18% en France. (26) Ce risque se retrouve au niveau international : plusieurs études multicentriques de différents pays estiment entre 22% et 28% le risque nutritionnel chez les personnes âgées. (27)

La dénutrition chez la personne âgée provoque une diminution des capacités de réserve face à une situation aiguë. Elle est en lien avec la fragilité qui peut entraîner une perte d'autonomie. La fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. (28) (29)

En matière de perspective, c'est un problème de santé qui concernera probablement une personne sur cinq en 2050 selon le PNNS. Le PNNS de 2019-2023 met une nouvelle fois en lumière un objectif national de lutte contre la dénutrition chez la personne âgée.

B. Le rôle du médecin généraliste dans la dénutrition chez le sujet âgé

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention et le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée. Il effectue un suivi du patient et des réévaluations régulières lui permettant de détecter des changements par rapport à l'état de base du patient. La connaissance de son patient dans toutes ses dimensions bio-psycho-sociales lui permet d'adapter son suivi et d'avoir un rôle de proximité. De plus, le médecin généraliste peut poursuivre ce suivi jusqu'au domicile du patient grâce aux consultations à domicile si nécessaire.

Dans un premier temps, la prévention et le dépistage de la dénutrition comportent la recherche de situations à risque de dénutrition. Ces différentes situations à risque ont été rappelées par la HAS en 2007. Elles sont rappelées dans l'annexe n°4. Parmi ces situations, l'aspect psycho-socio-environnemental comporte plusieurs éléments dont le MG est pleinement un des acteurs principaux. Lors de cette évaluation chez le patient IC âgé, la polymédication et plusieurs médicaments cardio-vasculaires sont anorexigènes et peuvent favoriser la perte de poids et la dénutrition : digoxine, amiodarone, quinidine, spironolactone. (27)

L'évaluation des ingestas a une place essentielle dans la situation de l'évaluation du risque nutritionnel. Cependant, cette évaluation comporte des freins comme le manque de temps en consultation en MG pour une évaluation poussée des apports

alimentaires et les difficultés liées au patient : troubles neurocognitifs, absence d'entourage fiable, isolement, difficultés d'élocution.

Le diagnostic de dénutrition se base sur la présence d'un élément parmi des marqueurs cliniques, biologiques et l'aide d'un questionnaire, le MNA.

Tableau n°3 : Dénutrition non sévère et dénutrition sévère

Dénutrition non sévère	Dénutrition sévère
- Perte de poids supérieure ou égale à 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois - IMC inférieur ou égal à 21 - MNA inférieur à 17 - Albuminémie inférieure à 35 g/L, en tenant compte d'un état inflammatoire avec le dosage de la CRP	- Perte de poids supérieure ou égale à 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois - IMC inférieur à 18 - Albuminémie inférieure à 30 g/L

Ces dernières informations comme le poids, de prime abord simple à obtenir, peuvent être compliquées à obtenir chez la personne âgée IC : difficultés de mobilisation, alitement, douleurs chroniques, troubles cognitifs, épisode de décompensation aiguë. Cette prise de poids devrait s'effectuer dans l'idéal lors de chaque consultation ou de chaque visite à domicile, avec le même pese-personne. (27) Le patient doit connaître l'importance de la surveillance de son poids, à la fois dans le cadre de son insuffisance cardiaque et à la fois pour l'aspect nutritionnel.

Parmi ces éléments diagnostiques, le clinicien peut s'aider d'un outil validé pour le dépistage mais également le diagnostic de dénutrition : le questionnaire MNA. Le MNA et sa version courte, le MNA SF, sont validés aussi bien pour le dépistage, le diagnostic mais aussi le suivi du patient dénutri âgé. (27) Celui-ci permet une distinction entre les patients non dénutris, à risque et dénutris.

La biologie permet de distinguer une dénutrition même si le poids du patient est stable. En effet, lors d'une pathologie intercurrente comme une infection ou une décompensation aiguë, le poids reste stable dans un premier temps alors que les

protéines sériques diminuent. Dans le cas d'une dénutrition protéino-énergétique chez un patient stable sans inflammation, les protéines restent normales plus longtemps et la perte de poids est plus précoce. Chez un patient âgé IC, une forme associant ces deux mécanismes est possible. Ainsi, la présence d'une élévation de la CRP permet de discriminer une dénutrition par carence d'apport, inflammatoire par hypercatabolisme ou mixte.

La préalbumine (ou transthyréline) est un autre marqueur sérique qui est plus adapté au suivi de l'évolution sur le court terme de la nutrition, sa demi-vie étant moins élevée que celle de l'albumine, environ 3 jours. (27)

La personne âgée en situation de dénutrition est également carencée en multiples vitamines, oligoéléments et minéraux. Sur le plan vitaminique, les déficits en vitamines C, B1, B6, B9, B12 et vitamine D sont fréquents. La carence en fer est également fréquente. La supplémentation d'une carence en vitamine D et en fer est recommandée. Pour les autres vitamines et minéraux il n'existe pas de recommandations de dosage systématique. (26)

La prise en charge d'une dénutrition se fait de façon globale. Ainsi, elle associe une évaluation des apports alimentaires, la présence ou la nécessité d'une aide au domicile, de l'isolement, la nécessité de soins bucco-dentaires, l'impact de la iatrogénie et des régimes mis en place, l'impact des pathologies du patient. (27) La première étape lors d'une dénutrition non sévère consiste en un enrichissement de l'alimentation du patient avec l'aide d'un.e diététicien.ne si possible. L'enrichissement permet d'augmenter le contenu protéino-énergétique des repas, en limitant le volume ingéré. La HAS, dans ses recommandations de 2007, fournit des modalités pratiques pour l'enrichissement. En cas d'échec et d'une prise orale possible, le recours aux CNO est préconisé. (27)

Le diagnostic d'une dénutrition sévère doit faire débiter une prise en charge rapide car elle est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. (27)

Pour la prise en charge orale de la dénutrition, peu d'études exploitables existent montrant la supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Dans le cas des maladies chroniques ou de pathologies aiguës, un apport d'au moins 1,2 à 1,5 g de protéines par kg de poids par jour est recommandé. (30) La première étape dans la prise en

charge d'un patient dénutri est le calcul de ses apports alimentaires afin d'estimer l'insuffisance protéino-énergétique. En fonction des besoins du patient, des conseils hygiéno-diététiques, un enrichissement de l'alimentation, une aide externe ou familiale pour la préparation ou la prise des repas ou bien le recours aux CNO pourront être instaurés. (27) Cependant, les conseils diététiques isolés ne permettent cet apport que chez 30% des patients. (30) Dans le cas d'une dénutrition sévère, la prise en charge doit se faire avec une équipe formée en lien avec le médecin traitant et le cardiologue.

Dans l'impossibilité d'une prise en charge orale ou d'échec des mesures précédentes, le recours à la nutrition entérale ou parentérale doit être évoqué avec le patient, son entourage et les professionnels de santé suivant le patient. La nutrition entérale débute lors d'une hospitalisation puis peut se poursuivre au domicile avec liaison avec le médecin traitant, le spécialiste, l'IDE spécialisée et les prestataires de service. (27)

C. Les difficultés du médecin généraliste en matière de dénutrition

La dénutrition est un problème de santé fréquent chez la personne âgée. Cependant, elle reste un problème sous diagnostiqué, dans la population hospitalisée comme ambulatoire. (26)

Sa prévention et son dépistage comportent des difficultés pour les médecins généralistes. Les difficultés ont été retrouvées tant au niveau international qu'au niveau national. Nous pouvons citer une méta-analyse portant sur les difficultés de prévention de la dénutrition en soins primaires ayant retrouvé comme frein le manque de temps et de formation des praticiens. (31)

En réponse à ce problème de santé, la HAS a émis en 2007 des recommandations pour le repérage et la prise en charge des personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. Ces recommandations ont pour objectif de donner un outil d'aide au repérage et à la prise en charge de la dénutrition, notamment en soins primaires.

A la suite de ces recommandations, plusieurs études ont été réalisées en France, afin d'évaluer les pratiques des MG au sujet de la dénutrition chez la personne âgée. Ces différentes études ont retrouvé plusieurs obstacles à la prévention et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée. Parmi ces obstacles, le manque de formation,

le manque de connaissance et le manque de temps sont très fréquemment retrouvés. La dénutrition n'apparaît pas comme une pathologie prioritaire pour les MG interrogés mais comme la conséquence d'une autre pathologie. Dans ce contexte, son dépistage n'est systématique que pour un nombre limité de MG interrogés. Ils ont évoqué différents freins à ce sujet comme la limitation de l'interrogatoire par les troubles neurocognitifs, le déni de certains patients d'une dénutrition et la difficulté d'accès aux spécialistes et aux consultations de diététique. (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38)

V. Présentation de la question de recherche.

La prise en charge globale de l'IC âgé comprend celle de ses nombreuses comorbidités. Elles sont maintenant bien définies et leur prise en charge conjointe représente un véritable défi. La survenue d'une dénutrition chez ces patients IC représente une situation complexe et pouvant altérer la qualité de vie. La prévention de la dénutrition est, ainsi, un élément important de la prise en charge.

Le MG est au cœur de cette prise en charge de premier recours et de coordination, en lien avec l'ensemble des professionnels de santé, dont l'IC doit bénéficier.

Nous nous sommes interrogés sur la perception de la prévention de la dénutrition par les MG chez ces patients IC âgés ; quelles sont leurs priorités et leurs difficultés dans ce contexte. Nous avons réalisé une étude qualitative afin de recueillir les pratiques des MG.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

A. Enquête qualitative

La méthode quantitative permet de mesurer, de quantifier des variables. La méthode qualitative permet d'approcher des facteurs subjectifs qui sont difficiles à mesurer.

La méthode qualitative étudie, pour cela, les émotions, le ressenti, les comportements et les expériences personnelles pour comprendre le fonctionnement des sujets et de leurs interactions. (39) Cette méthode permet aux médecins généralistes de s'exprimer sans jugement sur leur connaissance et leur pratique. (40)

Ces deux méthodes, quantitative et qualitative, sont complémentaires.

B. Entretiens individuels semi-dirigés

Le guide d'entretien est l'ensemble des questions ouvertes permettant de réaliser l'entretien semi-dirigé. Le guide d'entretien n'est pas fixe, il s'adapte en fonction des réponses aux précédents entretiens et des nouvelles données ainsi récoltées.

Les entretiens sont réalisés de façon individuelle, ce qui permet l'expression du participant. L'anonymat et la confidentialité de l'entretien étant respectés. Les questions ouvertes permettent au participant de s'exprimer selon ses propres priorités, son propre ressenti et son expérience.

Les questions ouvertes sont organisées au sein d'un guide d'entretien qui structure son déroulement, tout en restant adaptatif en fonction des réponses du participant. Les objectifs du guide d'entretien sont de mener l'entretien selon les différents sujets à aborder et d'obtenir des réponses variées.

II. Echantillonnage

A. Caractéristiques de l'échantillon

La population étudiée est composée de médecins généralistes exerçant sur le territoire Havrais et en périphérie, de façon à recueillir les pratiques sur une zone d'exercice restreinte. Les MG inclus étaient des MG exerçant en libéral, ayant des patients insuffisants cardiaques âgés dans leur patientèle et leur accord pour participer à l'étude.

La taille de l'échantillon dépend de la saturation des données. Le recueil est arrêté quand aucune nouvelle donnée ne ressort de l'analyse.

B. Mode de recrutement

Le recrutement s'est fait dans un premier avec les maîtres de stage et les médecins généralistes de mon réseau de connaissance. Dans un deuxième temps, les médecins ayant participé m'ont orienté vers leur propre réseau de connaissance, dont les caractéristiques leur étaient opposées. Ceci a permis d'avoir une variation de l'échantillon le plus large possible.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour leur présenter l'étude et avoir leur accord pour participer. Ensuite un rendez-vous en présentiel ou téléphonique a été fixé.

III. Recueil des données

A. Déroulement du recueil

Avant le début de chaque entretien, une présentation du sujet et de l'étude était rappelée à chaque médecin. Un formulaire de consentement était ensuite signé, en rappelant la protection des données personnelles et le respect de l'anonymat. Ces formulaires sont rappelés en annexe n°2 et n°3.

Au cours de l'entretien, un cadre neutre et encourageant l'expression du participant a été favorisé, facilitant la confiance.

Le recueil des données s'est effectué par enregistrement audio via un dictaphone permettant de recueillir les données verbales, les hésitations, les doutes. Les données ont été effacées une fois le recueil des données et l'analyse effectués.

B. Guide d'entretien

Avant le début des entretiens, l'avis de plusieurs médecins généralistes et un avis cardiologique a permis d'enrichir les questions et d'explorer les aspects pratiques.

Pour la partie qualitative, le déroulement s'est articulé autour de trois parties :

- Les connaissances des participants
- La pratique quotidienne sur la prévention
- L'aspect acteur de premier recours et le lien avec les autres acteurs

Le guide d'entretien a été évolutif au fur et à mesure des entretiens et des nouvelles idées des MG, le rendant le plus proche possible de la pratique des participants.

IV. Méthode d'analyse

A. Retranscription

La retranscription s'est déroulée après chaque entretien, afin de rester dans le contexte de chaque participation. La retranscription s'est faite de façon manuelle sur le logiciel Microsoft Word®. L'intégralité des entretiens a été retranscrit.

B. Analyse des entretiens

Pour l'analyse, le logiciel Nvivo® a été utilisé avec la création de verbatims, correspondant à une idée. Chaque verbatim a été classé dans des nœuds et des sous-nœuds. Plusieurs analyses ont été nécessaires pour classer l'ensemble des nœuds et des sous-nœuds.

V. Procédure réglementaire

L'hypothèse du travail a été soumise à l'accord du Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen (DUMG). Après l'accord du DUMG, celui de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été nécessaire pour garantir la sécurité des données. Le formulaire de consentement utilisé pour cette étude était en accord avec celui de la CNIL. Il a été signé par chaque participant avant chaque entretien.

Résultats

I. Résultats descriptifs

Déroulement des entretiens

Quinze entretiens ont été réalisés dont les deux derniers arrivaient à saturation des données. Ils se sont déroulés d'octobre à décembre 2020.

Les entretiens ont duré en moyenne 29 minutes, avec un minimum de 16 minutes et un maximum de 44 minutes.

Etant donné le contexte sanitaire lors de la réalisation des entretiens, certains entretiens se sont réalisés par téléphone afin de poursuivre le recueil des données. Quatre entretiens se sont déroulés par téléphone et les 11 entretiens en présentiel se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes. La date et l'horaire ont été définis par chaque participant.

Données de l'échantillon

Les données relatives aux caractéristiques de l'échantillon ont été recueillies en début d'entretien et sont présentées dans le tableau d'échantillonnage.

Sexe des participants

Parmi les quinze médecins interrogés, huit étaient des femmes et sept étaient des hommes.

Tranche d'âge

Huit participants avaient une tranche d'âge de 30 à 39 ans, un participant de 40 à 49 ans et six participants de 50 à 59 ans.

Lieu d'exercice

Compte tenu du territoire concerné, Le Havre Seine Métropole, le lieu d'exercice était soit urbain, soit semi rural. Neuf participants étaient en zone urbaine et six participants en zone semi-rurale.

Mode d'exercice

Le mode d'exercice était partagé entre le mode d'exercice en groupe pour huit participants et en cabinet pluridisciplinaire pour sept participants.

La durée d'exercice

La durée d'exercice était fluctuante, d'un minimum de 1,5 an et d'un maximum de 33 ans. La moyenne de la durée d'exercice était de 11,4 ans.

Maître de stage universitaire

Parmi les médecins interrogés, huit accueillait des étudiants et sept n'en accueillait pas. Les étudiants accueillis étaient des externes pour cinq d'entre eux, des internes en médecine générale de premier niveau pour quatre d'entre eux et des internes en SASPAS pour cinq d'entre eux.

Tableau n°3 : Tableau d'échantillonnage

Entretien	Durée (min)	Civilité	Tranche d'âge (années)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée d'exercice (années)	Accueil d'étudiants
E1	19	H	30 - 39	Urbain	Pluridisciplinaire	7	SASPAS
E2	16	F	50 - 59	Semi-rural	Pluridisciplinaire	10	Externe, SASPAS
E3	42	H	50 - 59	Semi-rural	Groupe	20	Interne
E4	27	H	30 - 39	Urbain	Pluridisciplinaire	4	Non
E5	21	H	50 - 59	Urbain	Pluridisciplinaire	19	Externe, interne et SASPAS
E6	27	F	30 - 39	Semi-rural	Groupe	5	Externe, interne
E7	35	H	50 - 59	Urbain	Groupe	33	Interne
E8	30	F	40 - 49	Semi-rural	Groupe	15	Non
E9	36	H	30 - 39	Urbain	Pluridisciplinaire	5	Non
E10	26	F	50 - 59	Semi-rural	Groupe	19	Non
E11	24	F	30 - 39	Urbain	Groupe	2	Non
E12	44	F	50 - 59	Urbain	Groupe	21	Externe, SASPAS
E13	21	F	30 - 39	Urbain	Groupe	1,5	Non
E14	33	H	30 - 39	Semi-rural	Pluridisciplinaire	5	Non
E15	34	F	30 - 39	Urbain	Pluridisciplinaire	5	Externe, SASPAS

II. Résultats qualitatifs

A. Objectifs des médecins généralistes

Préserver la qualité de vie

La qualité de vie est une priorité pour les MG interrogés chez les patients IC âgés.

« Ce que je privilégie chez eux c'est le confort de vie en fait ... le quotidien. » E14

Favoriser le plaisir de manger

Le plaisir de manger est un élément que les MG essayent d'encourager. Il participe à l'objectif de qualité de vie.

« On m'a déjà clairement dit mais c'est le seul plaisir qu'il me reste manger salé et on n'a pas beaucoup d'arguments en face parce que c'est en effet vrai ! » E15

Favoriser l'autonomie du patient

Une des priorités est de rendre autonome le patient dans son alimentation.

« C'est du bon sens, on veut des patients qui ont compris comment ça doit se passer, les aliments à éviter, ceux à privilégier. » E1

L'éviction des épisodes de décompensation cardiaque

Un des objectifs chez ces patients est d'éviter la survenue d'une décompensation cardiaque.

« Si le patient a fait un écart ponctuel, on peut mettre plus de diurétique ce jour-là et une surveillance du poids pour contrôler une petite décompensation. » E3

Des patients considérés comme fragiles

Les MG considèrent ces patients comme particulièrement fragiles.

« Ce sont des situations où on sait très bien que la personne âgée est très fragile et on ne sait pas trop comment faire, comment gérer le truc. » E4

Prévenir le risque de dépendance

La perte d'autonomie représente une notion que le MG essaye d'anticiper. La difficulté est d'en faire prendre conscience au patient et à son entourage.

« Donc l'aspect familial et l'aspect de faire prendre en compte aux gens qu'ils vont vieillir, qu'ils peuvent perdre de l'autonomie et surtout qu'il va falloir qu'ils acceptent d'avoir de l'aide » E8

B. Moyens utilisés par les médecins

Les moyens propres au médecin

Les compétences nutritionnelles des MG

Acquises avec la formation universitaire

Les médecins ont acquis des connaissances, essentiellement lors des stages hospitaliers en gériatrie et en médecine. Parmi les médecins interrogés, l'un avait passé un DU de gériatrie, ce qui l'aidait au quotidien.

« Quand je suis passé en gériatrie au CHU, j'ai acquis pas mal de réflexes au niveau bilan et prise en charge de la personne âgée, et je me sers beaucoup de cette expérience de mon passage en gériatrie dans mon quotidien. » E11

« Par contre, lors du DU de gériatrie on nous a donné des notions nutritionnelles, de thérapeutiques, comment tester la dénutrition d'un sujet âgé, comment l'évaluer sans se tromper. » E3

Les compétences acquises par expérience

De nombreux MG interrogés s'appuient sur leur expérience pour évaluer une situation à risque de dénutrition.

« Et de toute façon en gériatrie on en vient à la dénutrition par expérience. » E1

L'éducation thérapeutique : un des éléments de la prise en charge pour les MG

L'éducation thérapeutique fait partie de la prise en charge pour les MG interrogés, dont l'application pratique est difficile.

« Je pense que l'éducation thérapeutique est quand même très intéressante mais qui ne fait pas beaucoup partie des prescriptions ... et qui devrait l'être. » E5

Les conseils donnés aux patients

L'objectif d'un régime méditerranéen

La majorité des MG interrogés recommande à leur patient un régime « équilibré », « méditerranéen ».

« Je leur rappelle les composants dans l'assiette le fameux « moitié de légumes 1/4 de protéines 1/4 de féculents. » E4

Le régime limité en sel

Pour l'ensemble des MG interrogés, le régime limité en sel, non restrictif, est un élément essentiel dans la prise en charge du patient.

« Les seules recommandations que je donne c'est par rapport à l'apport salé. Ça c'est évident parce que ça fait partie des thérapeutiques. » E5

Le risque de dénutrition avec un régime trop restrictif en sel

Un régime trop restrictif est perçu, par la plupart des médecins, comme plus à risque de dénutrition. Ils préconisent, ainsi, un régime limité en sel et non restrictif.

« Le sans sel, ça les écoëure en fait donc en général ça les dénutri plus. Donc je leur dis sans sel ajouté voilà. » E13

L'importance du fait maison

Afin de faire prendre conscience aux patients des quantités et de limiter l'apport en sel, les MG préconisent une cuisine maison dès que possible.

« Alors déjà ne pas saler, faire la cuisine eux-mêmes parce que souvent les plats industriels ne sont pas terribles par rapport au sel, et puis déjà le fait de faire la cuisine soi-même, on prend conscience de ce qu'on met à l'intérieur des repas. » E9

L'aide de support physique : calendrier alimentaire et fiche conseil

Les supports physiques sont utilisés par certains MG pour faciliter la compréhension des patients.

« Quand je gère tout seul j'ai le calendrier alimentaire facile, je leur dis une semaine avant de noter ce qu'ils ont mangé avec les quantités. » E4

« C'est vrai que d'avoir des messages visuels c'est toujours mieux pour le patient. Et puis une fiche à leur donner du coup c'est pas mal. » E9

Le centré patient

L'adaptation aux préférences du patient

Les conseils donnés au patient s'adaptent à leurs préférences et leurs possibilités.

« Quand je vois qu'il n'arrive pas à respecter le régime, je leur dis qu'ils peuvent faire un écart de temps en temps, que ce soit moins strict pour eux. » E6

La recherche d'un compromis alimentaire

Les conseils alimentaires et les régimes sont adaptés à chaque patient. Ils nécessitent des compromis entre les besoins du patient et les objectifs du médecin.

« Ça me permet de négocier avec eux. Mais ce n'est pas simple, parce qu'entre les choses que le cardiologue nous dit, les choses que toi tu veux et les choses que le patient veut bien accepter ... c'est toujours dans la négociation. » E12

La connaissance de l'état de stabilité du patient

La connaissance du patient et son suivi régulier permettent une évaluation nutritionnelle en cas de suspicion de dénutrition.

« Ce qui peut m'orienter sur l'aspect nutrition c'est le suivi dans le temps du patient qui permet de savoir le profil alimentaire du patient. » E3

L'évaluation clinico-biologique

L'état bucco-dentaire

L'état bucco-dentaire est peu pris en compte, pourtant son importance est soulignée par les MG.

« Pour moi ce n'est pas systématique, mais c'est un soin au-delà d'un certain âge que je trouve important car ça peut conditionner l'état général derrière. » E15

La variation du poids

La perte de poids et sa variation sont des données prises en compte par l'ensemble des MG interrogés.

« Bah du coup le poids, tous ces patients je les pèse tous les 3 mois. Donc le poids avec l'IMC et je les mesure aussi, tous les ans voire tous les 2 ans ils passent sous la toise. » E13

Le dosage de l'albuminémie

L'albuminémie est utilisée par l'ensemble des MG en tant que marqueur de la dénutrition.

« C'est vrai que l'albumine est un bon marqueur pour faire le point sur le plan nutritionnel. L'albuminémie je la contrôle sur une perte de poids. » E9

La place de l'anémie et de la carence martiale

Une carence martiale est recherchée par les MG en cas de découverte d'une anémie. La recherche d'une carence martiale, sans anémie, ne fait pas partie des pratiques des MG interrogés.

« Je rajoute aussi la ferritinémie, dans un contexte qui me ferait penser à une anémie. » E10

Lorsqu'une carence martiale ou une anémie ferriprive est diagnostiquée, la supplémentation martiale se fait essentiellement par voie orale.

« Après en termes de supplémentation, si j'ai une biologie qui m'évoque une carence en fer, là je supplémente per os. » E7

La dénutrition lors du post-hospitalier

Un retour d'hospitalisation est perçu comme une situation plus à risque de dénutrition pour les MG interrogés.

« Mais souvent après une hospitalisation ils sont dénutris, même si on sait qu'à l'hôpital ils font attention. » E9

Les moyens externes

L'aide de la famille et de l'entourage

La famille et l'entourage sont les premiers recours pour les MG en cas de dénutrition.

« Quand ce sont des personnes âgées, je m'aide également de la famille, de l'entourage pour pouvoir filer un coup de main. » E4

Le recours aux IDE

Les IDE constituent une aide fréquente pour les MG interrogés. Ils permettent de surveiller le patient dans son environnement, noter un changement par rapport à son état habituel et échanger avec le MG.

« Parfois les infirmières à domicile peuvent aider aussi, elles permettent d'avoir un œil sur la nourriture et voir si la personne peut manger correctement, voir si le patient peut prendre ses compléments alimentaires. » E4

L'aide du pharmacien

Un autre professionnel de santé sollicité est le pharmacien d'officine. Il permet d'apporter des conseils pour la forme des compléments nutritionnels et l'adaptation au patient.

« Et avec l'aide du pharmacien quand même. Parce que quand je prescris des compléments hyperprotéinés, il va être là en plus pour les conseils, pour les saveurs, donc il a un rôle pour se pencher plus avec le patient pour ce qui peut lui faire plaisir. » E10

Le recours au portage de repas

En cas d'aide familiale limitée, le portage de repas est un recours.

« Et puis il y a les aidants qui se barrent et dans ces cas-là quand on voit qu'il y a un problème sur les repas à cet âge-là, on va être sur du portage de repas après. » E15

La place des diététicien.nes

Les diététicien.nes représentent une alternative en cas de difficulté sur le plan nutritionnel et une possibilité de délégation de tâche.

« Une des difficultés est qu'on n'a pas le temps de les interroger sur comment ils mangent. La diététicienne est le premier relais que je pourrais utiliser ... ça leur permet de prendre conscience qu'ils mangent mal. » E3

Le recours préférentiel au réseau personnel du MG

Le MG se réfère à son réseau personnel en cas de situation de dénutrition, s'appuyant sur des confrères en ville ou à l'hôpital.

« J'ai quelques contacts qui peuvent m'aider. J'arrive à avoir des rendez-vous assez rapides et même des conseils téléphoniques avec le gériatre de mon réseau personnel. » E3

C. Difficultés et freins pour la prévention

Un mode de vie des patients ressenti comme délétère

Les MG doivent adapter leur prise en charge avec des habitudes alimentaires et un mode de vie qu'ils ressentent comme délétères. Les habitudes alimentaires de leurs patients leur paraissent difficilement modifiables.

« J'aurais beau leur dire cent fois qu'il faut arrêter de faire des écarts de régime, ils ont parfois une hygiène de vie plus délétère que la non prise des médicaments par exemple. » E3

La limitation financière et l'isolement du patient

L'aspect financier et l'isolement de certains patients sont perçus comme des freins pour la prévention de la dénutrition.

« Parce que chez les gens qui n'ont pas de sous, la dénutrition de la personne âgée elle est récurrente, c'est quelque chose d'assez fréquent. » E12

« Celui qui est seul à la maison, il ne va pas avoir envie de manger, il n'a pas envie de se faire à manger. » E15

Des recours secondaires limités

L'avis du spécialiste cardiologue

L'avis cardiologique est ressenti comme un avis thérapeutique, sans orientation sur le plan nutritionnel.

« Mais on échange rarement là-dessus. Je pense qu'il considère que c'est plus notre rôle à nous de faire ça. » E8

Le recours aux diététiciens

Leur recours est difficile pour la plupart des MG interrogés pour des raisons de coût et d'accessibilité.

« Je trouve qu'il y a beaucoup à la charge du patient financièrement, c'est toujours l'aspect difficile. Mais pour moi il faudrait obtenir plus de remboursement en termes de sécu et mutuelle. » E13

Une formation initiale ressentie comme peu suffisante

La formation universitaire est perçue comme limitée par la plupart des participants.

« Je n'ai aucune formation là-dessus, à part ce qu'on nous apprend la fac c'est-à-dire pas grand-chose. » E6

Un manque de temps en consultation

Le manque de temps en consultation pour le MG est une donnée retrouvée chez quasiment tous les participants.

« Une des difficultés est qu'on n'a pas le temps de les interroger sur comment ils mangent. Je ne leur fais pas des menus, ni de directive, car le temps manque dans les consultations pour faire ce genre de chose. » E3

Un sentiment d'isolement professionnel

Un ressenti d'isolement professionnel est retrouvé chez tous les participants.

« Donc je dirais qu'on se retrouve souvent isolé, parce que le cardio ne peut plus faire grand-chose. Et oui, j'ai souvent l'impression qu'on nous abandonne avec nos petits vieux. » E12

L'aide d'une évaluation systématique, de globalité

Une évaluation régulière de la dénutrition n'est pas systématique pour tous les participants.

« Clairement non, je n'ai pas de dépistage en systématique. » E5

Des situations à risque peu prises en compte en pratique

L'insuffisant cardiaque en situation d'obésité

Parmi les MG interrogés, le risque de dénutrition chez ces patients en situation d'obésité ne fait pas l'unanimité.

« Non, je fais comme avec les autres. Je ne les considère pas comme plus à risque et d'ailleurs j'ai tendance à oublier. » E6

En cas de pathologie aiguë

L'objectif principal pour les MG est la résolution de la pathologie aiguë. Le risque de dénutrition n'est pas pris en compte dans ce cas.

« En aigu sincèrement je n'y pense pas car je pense plutôt à résoudre la pathologie aiguë. Le nutritionnel je mets ça de côté. » E5

La place de l'activité physique.

L'activité physique est peu évoquée lors des entretiens alors qu'elle a une place importante au sein de la dénutrition et de la cachexie cardiaque. Ce constat peut

s'expliquer par la population IC concernée qui peut présenter des difficultés de mobilisation.

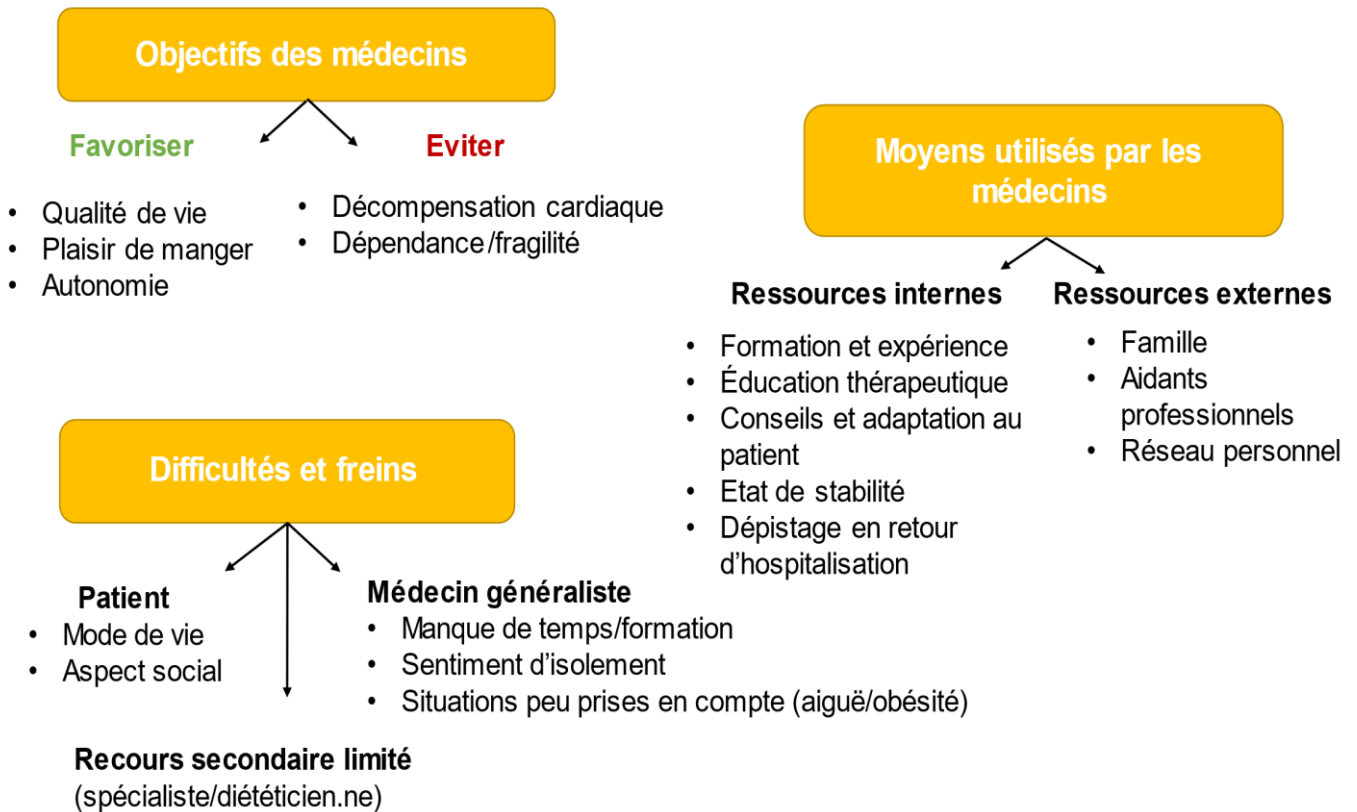
« En fonction de l'âge bien évidemment une activité physique, j'ai également tendance à faire parfois un peu de kiné dessus pour du maintien de l'autonomie. » E4

Un intérêt marqué pour le sujet.

Malgré ces difficultés et freins, les participants ont manifesté un intérêt pour le sujet.

« Je trouve que c'est intéressant, on s'occupe des grandes lignes type régime sans sel mais la dénutrition chez l'insuffisant cardiaque n'est pas quelque chose à laquelle on pense. » E6

Schéma n°1 : Synthèse des principaux résultats



Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces

La dénutrition fait partie des nombreuses comorbidités chez l'IC âgé. Sa prévention est primordiale devant le retentissement délétère qu'elle peut entraîner. Dans ce contexte de multimorbidité, nous avons souhaité recueillir le ressenti et les pratiques professionnelles des MG.

La méthode qualitative permet de recueillir des données subjectives, afin de comprendre les éléments non quantifiables. Cette méthode qualitative permet l'expression des participants, à travers des questions ouvertes. La méthode du focus group aurait permis une dynamique entre les participants et le recueil de nouveaux éléments. Etant donné le contexte sanitaire particulier au cours du déroulement de l'étude, la méthode par entretien semi-dirigé a été privilégiée. Les entretiens semi-dirigés ont permis un cadre plus confidentiel et des propos moins limités par rapport à un entretien en groupe. Le lieu et l'horaire des entretiens étaient choisis par chaque participant, ce qui a pu favoriser un cadre propice à l'expression des médecins généralistes.

Le recrutement le plus varié possible a permis d'avoir un échantillon diversifié.

La validité externe de l'étude est assurée par la saturation des données.

B. Faiblesses

La méthode de recrutement, basée sur le volontariat, représente un biais de sélection. Nous pouvons penser que les médecins généralistes ayant voulu participer à notre étude sont possiblement mieux sensibilisés et plus intéressés que ceux n'ayant pas voulu participer.

Le nombre de participants et le territoire concernés sont respectivement limité et restreint, ce qui ne permet pas une extrapolation des résultats à l'ensemble des MG. De plus, le territoire concerné ne comportait pas de MG exerçant en zone rurale. Ces éléments sont sources de perte de données.

La méthode du focus group aurait permis une dynamique entre les participants et notamment sur les pratiques de chaque médecin, au sein de son cabinet où des pratiques internes et des réseaux d'action locale peuvent différer.

Un seul MG a réalisé un DU de gériatrie. L'avis d'autres MG avec une telle formation aurait permis d'avoir d'autres retours d'expérience et de pratique sur le sujet.

L'investigateur était novice dans ce domaine de recherche qualitative. Bien que l'entretien se déroule selon un guide prédéfini, l'investigateur a pu influencer le déroulement de l'entretien par les questions posées, même si elles sont le plus possible ouvertes. Le non verbal et l'attitude de l'investigateur ont également pu influencer les participants.

Un biais d'interprétation est présent. Il est propre à la subjectivité de l'interprétation des propos recueillis lors des entretiens. Un double encodage par deux investigateurs différents aurait permis d'atténuer ce biais.

Le recueil par dictaphone ne permet pas de retranscrire le non-verbal, ce qui peut constituer une perte de données lors des entretiens.

II. Résultats principaux

A. Objectifs des médecins

Préserver la qualité de vie et le plaisir de manger

Le maintien de la qualité de vie est une des principales priorités pour les MG interrogés. Elle passe, entre autres, par la recherche du plaisir de manger. Pour tendre vers cet objectif, les médecins adaptent leurs conseils et font des compromis alimentaires. Ils portent, notamment, sur le régime limité en sel qui est ressenti comme plus à risque de dénutrition en étant trop strict. Une étude réalisée en France a mis en relation l'impact des régimes restrictifs chez les personnes âgées, de 75 ans et plus, sur le risque de dénutrition et la dénutrition. Ce risque était 3,6 fois plus élevé pour les patients suivant un régime restrictif (limité en sodium, en acide gras ou diabétique). (41) Le régime limité en sel, ressenti comme plus à risque de dénutrition par les MG de notre étude, rejoint le constat que les régimes restrictifs sont un facteur de risque de dénutrition. (41)

Ces compromis alimentaires sont adaptés à chaque patient, tout en essayant de garder un contrôle sur les facteurs de risque cardio-vasculaire. Un autre objectif est d'éviter les décompensations cardiaques aiguës.

Les moyens utilisés pour favoriser le plaisir de manger évoqués dans notre étude consistent à rechercher une aide de proximité : la famille ou la présence des auxiliaires de vie lors des repas. En effet, le plaisir de manger est également dépendant du contexte du repas, avec la recherche d'un moment de convivialité, favorisant la prise alimentaire. L'isolement des patients joue, évidemment, un rôle délétère dans cette situation et est perçu comme un facteur limitant. Nous pouvons citer que l'isolement est associé chez les patients ambulatoires à une prévalence de la dénutrition de 21% alors que celle-ci était de 3 à 7% chez les patients entourés. (42)

Dans cet objectif de maintien de qualité de vie, l'activité physique joue un rôle important chez ces patients IC âgés. Elle joue un rôle dans la prévention de la dénutrition. Une étude réalisée en 2017, portant sur l'impact d'une activité physique sur la qualité de vie de patient présentant une pathologie chronique, retrouve une amélioration sur la

qualité de vie et une place de choix du MG dans cette démarche. Elle a cependant nécessité la présence d'un réseau sport-santé dédié et l'information des MG de l'étude. (43)

L'activité physique n'a été évoquée que lors de deux entretiens. Elle apporte des bénéfices sur le maintien de l'autonomie, permet de limiter la dépression, de réduire la mortalité et les hospitalisations. (47) De plus, nous avons rappelé que la sarcopénie et la cachexie cardiaque sont favorisées par une diminution de la stimulation musculaire via l'immobilité, le déconditionnement à l'effort et la sédentarité. (13) (17) La recherche d'une activité physique chez ces patients est donc un élément essentiel. Cependant, elle se heurte à sa difficulté de mise en place chez ces personnes âgées polypathologiques, dont l'observance est limitée pour obtenir une activité physique régulière. (32) Parmi les MG interrogés, la notion de kinésithérapie au domicile semblait être la seule possibilité pour pallier ce problème. Des possibilités de réadaptations cardiaques existent et ont montré leur efficacité chez les patients IC en matière de réduction de la mortalité, de ré-hospitalisations, d'amélioration des capacités d'effort et de la qualité de vie (46). Cependant, elles sont réalisées en post-hospitalisation et donc limitées dans le temps ; bien que le programme d'éducation thérapeutique associé a pour objectif le maintien de l'activité physique sur le long cours.

Un autre frein est celui de la non-adhésion du patient, notion retrouvée dans une étude de 2017, portant sur les freins de la prescription de l'activité physique chez les patients coronariens en médecine générale. Le manque de motivation des patients est le principal frein retrouvé dans cette étude. (44)

Une revue de la littérature a montré des bénéfices identiques entre une réadaptation cardiaque réalisée à domicile et en centre hospitalier. (45) Les bénéfices sur le long terme n'ont pas été pris en compte dans cette revue de la littérature.

Des solutions plus pérennes dans le temps, accessibles et adaptées aux patients présentant des difficultés de mobilisation, permettraient d'améliorer la prévention de la dénutrition, de la sarcopénie et de la cachexie cardiaque.

Le maintien de l'indépendance et la notion de fragilité

Les patients, concernés par notre étude, sont des patients ressentis comme atteints de multimorbidités par les médecins interrogés. Ceci est concordant avec le type de population de l'étude.

Le terme de personne âgée fragile est évoqué lorsque les MG évoque cette population. La fragilité est un concept récent dont la définition n'est pas encore consensuelle et définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie comme suit : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. » La fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. C'est un processus qui serait potentiellement réversible. Le risque est l'entrée dans la dépendance, qui n'est pas réversible. La dépendance est un élément souligné par les médecins de notre étude et dont ils cherchent à limiter la survenue. (25) Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'outils ayant montré une supériorité pour le dépistage de la fragilité en médecine générale. Cependant, plusieurs outils existent comme le souligne une revue systématique de 2020. (47) En France, le GFST (Gérontopôle Frailty Screening Tool) est l'outil de repérage de la fragilité qui a été validé par la HAS et la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie pour les soins ambulatoires. (48) Il s'agit de repérer les personnes âgées, indemnes de pathologies, qui risquent d'aboutir à une perte d'autonomie, parmi lesquelles l'insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque, chez la personne âgée, est une situation à fort risque de dépendance, comme l'ont souligné les MG dans notre étude. Ils sont d'ailleurs plus vigilants à cette perte d'autonomie que chez une personne âgée indemne de pathologie sévère.

Ces patients, ressentis comme plus fragiles, sont considérés comme plus à risque de dénutrition. Cette situation est perçue comme délicate à gérer, avec un manque d'avis sur le plan nutritionnel. La fragilité est ressentie comme une porte d'entrée vers la dépendance, ce qui rejoint les définitions actuelles. Ainsi, un des objectifs des MG est de limiter l'entrée dans la dépendance et de maintenir la qualité de vie du patient. Les adaptations du régime avec la recherche d'une alimentation plaisir sont quasi constantes parmi les médecins interrogés.

La fragilité est évoquée par les MG de notre étude, sans que sa définition ni sa signification ne soit abordée. La fragilité est donc un concept dont les MG ont conscience dans leur prise en charge et leur suivi. Ce constat rejoint celui d'une étude, réalisée dans le Béarn, dans laquelle les MG ont montré un intérêt pour le sujet, bien que son dépistage soit limité. (49) Cette étude a montré le souhait d'une meilleure formation sur la fragilité en médecine générale et la mise en place d'un réseau dédié. Il serait intéressant d'évaluer quel repérage et quelles actions réalisent les MG pour lutter contre la fragilité.

Une évaluation gériatrique standardisée est indiquée chez ces patients afin d'évaluer l'aspect multi-dimensionnel du patient. Cependant, celle-ci n'a pas été évoquée lors des entretiens et n'était pas réalisée chez ces patients.

Il est intéressant de souligner le rôle du syndrome inflammatoire biologique, qui se retrouve également chez l'IC âgé et concourt à l'avancée vers la fragilité et la dénutrition. Comme pour la prévention de la cachexie cardiaque, la notion de l'activité physique et d'une prise en charge nutritionnelle sont des actions dans le cadre de la prévention de la fragilité. (47)

B. Les moyens utilisés par les médecins généralistes

L'expérience du MG

Les médecins ont souligné l'importance de l'expérience pour détecter les situations à risque de dénutrition. Leur expérience complète et prend une place importante dans le repérage des situations à risque de dénutrition, en complément de leurs connaissances universitaires. L'expérience fait partie des aides propres à chaque médecin pour décider un dépistage ciblé. Pour compléter les connaissances universitaires et leur expérience, les MG s'appuient sur une formation continue. Elle se base essentiellement sur des groupes de pairs, pour les MG en faisant partis, et sur des revues professionnelles. La thématique nutritionnelle et de la dénutrition, dans cette formation continue, apparaît de façon occasionnelle. L'acquisition de connaissance ou de pratique par expérience est ressentie comme un aspect positif par les MG, permettant d'améliorer leurs pratiques.

Le rôle de proximité du MG – le lien avec les aidants

La plupart des médecins ont accordé de l'importance à leur rôle dans la prévention, faisant partie intégrante de leur compétence. Etant donné que le médecin généraliste réalise 80% des actes concernant l'IC, il est un acteur indispensable dans leur prise en charge et leur suivi. (10) De plus, comme nous l'avons évoqué en introduction, la prévalence de l'insuffisance cardiaque, comme motif de consultation, chez les plus de 80 ans, atteint 20%. Ce qui représente un nombre important de consultations effectuées par le MG et qui seront plus nombreuses à l'avenir.

Les médecins interrogés se servent de la connaissance et du suivi de leur patient comme d'une aide devant une situation à risque nutritionnel. Elle sous-entend des réévaluations régulières des patients en situation « stable ». Parmi les MG interrogés, certains sont attentifs aux changements dans la morphologie du patient et se servent de leur observation du faciès comme d'un facteur d'alerte. Cet aspect a été souligné, par certains MG de notre étude, qui estimaient gênant le port du masque chirurgical durant la pandémie de la COVID 19.

En complément du suivi et de la connaissance de leur patient, l'ensemble des MG interrogés ont recours à des aides extérieures professionnelles et non professionnelles. L'entourage familial constitue un élément important dans le cadre d'une suspicion de dénutrition, mais également en cas de dénutrition pour faciliter sa prise en charge et sa surveillance. Elle se heurte, cependant, à l'isolement de certains patients. En cas d'isolement, les aides professionnelles sont sollicitées comme les aides à domicile et le portage de repas. L'isolement est ressenti comme favorisant la dénutrition par une diminution du plaisir de manger et une diminution de l'apport alimentaire.

Concernant les aides professionnelles, plusieurs professionnels sont cités par les MG de notre étude. Certains MG ont des relations professionnelles facilitées avec les IDE, au travers de protocoles de surveillance en rapport avec l'IC. Les IDE permettent une surveillance de ces patients IC chroniques et favorisent l'observance, lorsque des CNO sont instaurés.

En cas d'utilisation de CNO pour une situation de dénutrition, plusieurs MG interrogés ont évoqué l'aide du pharmacien. Le pharmacien est cité comme le professionnel connaissant la galénique et les produits disponibles dans son officine. Le pharmacien permet également d'adapter les CNO à chaque patient. L'aide du pharmacien est retrouvée dans une étude qualitative réalisée en Normandie en 2014 sur l'utilisation des CNO par les MG. (36)

L'entourage, familial et professionnel, est également retrouvé dans une étude qualitative sur la prescription des CNO par les MG comme une aide pour le repérage des situations à risque. (36)

Les pratiques en matière de prévention de la dénutrition

Différents facteurs sont apparus comme favorisant la dénutrition pour les MG interrogés.

Tout d'abord, les aspects environnementaux, familiaux et sociaux liés au patient. Ce sont des données que le médecin généraliste intègre en permanence à sa pratique. Ainsi, bien que ce soient des facteurs de risque de dénutrition, nous ne les avons pas intégrés au sein de la grille d'entretien. Les médecins généralistes les ont spontanément évoqués, montrant leur importance et leur prise en compte de façon systématique. D'autres facteurs favorisant ont également été évoqués comme la dépression, l'isolement et l'aspect financier qui limitent la qualité de la prise alimentaire. Ces facteurs sont retrouvés dans les situations à risque de dénutrition des recommandations de 2007 de l'HAS, rappelées dans l'annexe n°4.

Pour compléter leur évaluation, les MG interrogés prennent en compte l'aspect clinique de leur patient avec le poids pour l'ensemble des MG interrogés, le calcul de l'IMC et sa variation. Cette évaluation clinique et, notamment la prise du poids, peut se compliquer chez les personnes âgées présentant des difficultés de mobilisation et celles suivies au domicile. Les médecins se basent, alors, sur d'autres critères comme l'aspect global de leur patient et leur état habituel afin de s'orienter vers un risque nutritionnel. Cet aspect montre, une fois de plus, le rôle essentiel de la connaissance des patients et de leur suivi régulier.

Certains MG s'aident d'un calendrier alimentaire pour quantifier les apports alimentaires des patients. Ces méthodes peuvent être complexes à mettre en pratique chez des patients ayant des troubles cognitifs. Les médecins interrogés n'ont pas cité les troubles cognitifs comme limitant leur pratique. Dans une étude sur la pratique des MG en matière de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée, 58% des médecins considéraient les troubles cognitifs limitant l'évaluation des apports alimentaires. (33) Ces difficultés peuvent expliquer l'absence de l'utilisation du questionnaire MNA ou de sa version courte, le MNA-SF. Celui-ci fait partie des recommandations de 2007 de l'HAS afin de dépister les situations de dénutrition. Une étude sur l'applicabilité de ces recommandations en médecine générale souligne qu'il n'est pas utilisé en raison de son temps de réalisation trop long et inadapté à la médecine générale. (50)

Après l'évaluation clinique du patient, les MG s'aident d'une évaluation biologique, en cas de facteurs favorisant ou de critères cliniques de dénutrition. L'utilisation de l'albuminémie est citée par l'ensemble des participants. Ils l'utilisent comme marqueur de la dénutrition, ce qui rejoint le constat d'autres travaux sur la prévention de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. (51) Pour une partie des médecins, le dosage de l'albuminémie s'interprète avec la présence d'un état inflammatoire, dosant la CRP. En effet, l'inflammation chronique provoque une augmentation des cytokines pro-inflammatoires : TNF- α et IL-6. Celles-ci majorent la protéolyse musculaire, rencontrée chez les personnes âgées polypathologiques et aboutit à une majoration de la sarcopénie et de la cachexie cardiaque. (8) (12) Ces données sont en accord avec les recommandations de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée. (52) La prise en compte du syndrome inflammatoire n'est cependant pas systématique pour l'ensemble des MG de notre étude.

La consultation de globalité est plus ou moins systématique et montre des disparités entre les MG interrogés. Un tiers déclare faire un contrôle systématique de l'albuminémie au moins de façon annuelle, avec une vérification du poids. Pour les autres médecins, le contrôle se base sur la présence d'arguments en faveur d'un état de dénutrition, situations dans lesquelles ils sont plus attentifs. Il s'agit donc plus d'un dépistage ciblé qui est réalisé.

La consultation de globalité ou gériatrique n'apparaît donc pas comme étant utilisée de façon récurrente. Les MG interrogés se basent sur leur intuition, leur expérience, la connaissance de leurs patients et des signaux externes comme la famille et les aidants professionnels pour réaliser des dépistages ciblés en matière de dénutrition. Le dépistage ciblé se retrouve dans une étude qualitative de 2011, dans laquelle aucun MG ne réalisait de dépistage systématique. Ils utilisaient des critères propres à chaque médecin. (34) Ce choix est à mettre en relation avec le manque de temps, retrouvé dans de nombreuses études en matière de prévention et de dénutrition en médecine générale. Nous pouvons y voir une adaptation des MG à leurs conditions de travail. Ce constat est à mettre en opposition avec les recommandations européennes et nationales. Elles préconisent une évaluation de l'état nutritionnel tous les 6 mois pour les patients NYHA stade I, tous les 3 mois pour les stades II et davantage pour les stades III et IV.

Lors des entretiens, les médecins ont évoqué certaines conséquences de la dénutrition qu'ils prenaient en compte dans leur pratique et dont la survenue peut les alerter sur une situation de dénutrition chez ces patients :

- L'aspect bucco-dentaire, qui peut être une conséquence de la dénutrition mais aussi une cause de dénutrition. L'aspect bucco-dentaire est une donnée peu prise en compte pour sept médecins sur quinze. Les autres médecins le font sur point d'appel et non de façon systématique. Son évaluation, dans le cadre d'une consultation annuelle, permettrait de mettre en évidence des problèmes bucco-dentaires, sources potentielles de dénutrition. Le lien avec le chirurgien-dentiste pourrait être optimisé dans ce cas. Cette question de relance a été une réflexion lors d'entretiens préliminaires avec trois médecins généralistes afin de recueillir leur avis sur le sujet. Ils soulignent que les MG sont conscients de l'importance de l'état bucco-dentaire dans ce contexte de dénutrition, mais dont la prise en compte est moins fréquente en pratique.
- Les troubles de la cicatrisation liés à la dénutrition sont une notion connue, évoqués par les MG indirectement au travers des escarres.
- Le risque infectieux est également évoqué et notamment les infections respiratoires. En effet, d'après le PNNS de 2006, la sarcopénie majore le risque infectieux d'un facteur de 2 à 8.

Parmi les MG de notre étude, aucun n'a évoqué les recommandations émises par la HAS datant de 2007. Ces recommandations ont été critiquées par certains MG dans plusieurs études dans lesquelles ils les estiment non adaptées à leur pratique quotidienne. (37)

Ces éléments soulignent l'intérêt d'un dépistage systématique comprenant la prise en compte d'un état inflammatoire. Celui-ci permettrait une meilleure prévention de la dénutrition chez ces patients.

Le retour d'hospitalisation chez le patient IC âgé

La majorité des médecins ont ressenti un risque de dénutrition élevé lors d'un retour d'hospitalisation. Ce risque est ressenti comme moins élevé lorsque les patients étaient passés en gériatrie, en médecine polyvalente ou en SSR. Ils sont attentifs à cette situation lors de la consultation ou de la visite à domicile post-hospitalisation. Celle-ci est primordiale, puisque la mortalité est plus importante après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque. (5)

Ce ressenti montre l'importance du suivi du patient par le médecin généraliste, jusqu'à son domicile. La visite à domicile reste un acte essentiellement réalisé par le médecin généraliste, notamment chez les patients dépendants et permettant d'intégrer le patient dans son environnement de façon fiable.

Une étude qualitative de 2011 sur les pratiques en matière de dénutrition chez les personnes âgées retrouve également le retour d'hospitalisation comme une situation privilégiée par les MG d'évaluation de la dénutrition. (34) Cependant, les visites à domicile ont comme frein l'aspect chronophage et leur manque de valorisation en matière de rémunération. (53) (54) Un autre frein peut être le manque de matériel à disposition du MG au domicile des patients pour faire une évaluation de base, telle qu'une balance. Cet aspect est retrouvé chez près d'un tiers des répondants d'une étude de 2013 et dans une étude qualitative de 2014. (33) (36)

Pendant les entretiens, le PRADO insuffisance cardiaque en post-hospitalisation est évoqué lors d'un entretien, sans que son intérêt ne soit souligné. Il s'agit donc d'un programme de suivi peu connu des MG de notre étude, soulignant le manque d'information à son sujet. Nous pouvons remarquer que les MG sont attentifs au risque

nutritionnel en post-hospitalisation, alors que le PRADO insuffisance cardiaque ne souligne pas ce risque et insiste sur le régime limité en sel. Les PRADO pour les personnes âgées et ceux pour la BPCO comprennent le risque nutritionnel dans leurs conseils et leur surveillance. (55) Des conseils sur le plan nutritionnel permettraient de faire prendre conscience du risque de dénutrition à ces patients.

C. Difficultés et freins

Le manque de temps, de formation et d'information

La formation initiale en matière de nutrition est apparue comme peu suffisante par l'ensemble des MG interrogés, bien qu'ils soient préoccupés par le défi que représente la dénutrition chez l'IC âgé. Cette sensibilisation des MG pour la dénutrition chez les sujets âgés rejoint le constat d'une étude qualitative portant sur le dépistage de la dénutrition. (37) Cependant dans d'autres études, la dénutrition n'apparaît pas comme une priorité chez les personnes âgées. Cette notion se retrouve dans une étude de 2013, portant sur les pratiques de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées. (33) Sa perception est ainsi différente selon les études et les généralistes.

Cette différence de priorité peut s'expliquer par le manque de temps et le manque de formation sur le plan nutritionnel retrouvés dans notre étude, comme dans plusieurs études sur la dénutrition chez les personnes âgées en France, comme nous l'avons vu en introduction.

Malgré ce ressenti de manque de formation initial, la plupart des MG interrogés continue d'acquérir des connaissances sur l'aspect nutritionnel, essentiellement au travers de revues médicales et de groupes de pairs. Ils se servent également de leur formation lors des stages universitaires, notamment dans les services de gériatrie.

Un élément apparu comme primordial, selon la plupart des médecins de notre étude, est la notion d'expérience acquise au cours de leur carrière. L'expérience est ressentie comme facilitant la prévention et le repérage de situations à risque de dénutrition. La dénutrition est ainsi perçue davantage comme une notion acquise avec l'expérience et la connaissance des patients par une partie des MG interrogés.

Ceux-ci ont manifesté leur besoin d'améliorer leur pratique sur la prévention de la dénutrition chez ces patients. Plusieurs MG ont évoqué la possibilité d'une information courte et claire, notamment dans des groupes de pairs, dont six MG faisaient partis. Pour les MG ne faisant pas partis de groupes de pairs, des rappels lors de soirées de formation médicale continue pourraient permettre d'améliorer la prévention de la dénutrition chez l'IC âgé. Un support physique est également évoqué aussi bien pour le patient, afin d'avoir des repères nutritionnels en rapport avec l'insuffisance cardiaque et la dénutrition, que pour le médecin.

Le problème de l'information des MG est illustré, dans notre étude, par le cas de la carence martiale. La carence martiale est fréquente chez l'IC, présente jusqu'à 50% des patients. La carence martiale est apparue comme un facteur pronostique indépendant de survie avec un risque multiplié par trois de décès. (17) Plusieurs études ont montré une amélioration des symptômes et de la classe fonctionnelle NYHA après injection IV de fer carboxymaltose. Les critères secondaires ont montré une amélioration des scores de la qualité de vie et de la durée de marche (test de 6 minutes). (17) Cette supplémentation en fer IV permet également une amélioration de la qualité de vie de l'IC et de l'état fonctionnel. (24) Dans le cas d'une carence martiale fonctionnelle liée à une inflammation, fréquente chez les patients IC chroniques à un stade avancé, l'action du fer oral sera limitée par l'action de l'hepcidine qui bloque l'activité de la ferroportine des entérocytes. L'utilisation de fer IV est, alors, nécessaire pour pallier ce type de carence martiale. (17) Sa prise en charge optimale pourrait passer par un avis spécialisé et une prise en charge conjointe avec un service hospitalier adapté. Dans notre étude, les MG réalisent un traitement ambulatoire per os de celle-ci et aucun échange n'est réalisé avec les autres intervenants spécialisés. Ainsi, une information des MG sur les possibilités locales d'un traitement martial IV permettrait d'orienter le patient et d'améliorer sa qualité de vie.

Certaines situations ne sont pas des priorités pour les MG en matière de prévention de la dénutrition. Le patient obèse IC âgé n'est pas une situation à risque de dénutrition pour l'ensemble des médecins interrogés. Un risque de dénutrition est connu, mais en pratique peu dépisté et les conseils portent essentiellement sur la réduction pondérale. Ainsi, environ la moitié des MG interrogés considèrent un patient obèse IC comme plus à risque de dénutrition et une autre moitié ne les considèrent pas plus à risque. Il est à noter qu'un état de cachexie cardiaque présente un taux de mortalité plus élevé

chez les patients IC chroniques en situation d'obésité, qui peut aller jusqu'à 50% à 18 mois. (20) Dans cette situation, l'information des professionnels de santé et sa prévention est un facteur essentiel pour freiner son apparition.

Une autre situation est celle de la pathologie aiguë, notamment un épisode de décompensation cardiaque. Dans cette situation, l'objectif principal est la résolution de la situation aiguë. Le maintien de l'état de stabilité du patient et de sa qualité de vie prédominent dans ce cas. Une réévaluation du risque de dénutrition à la suite d'épisodes aigus permettrait de limiter sa survenue, compte tenu de la majoration de la dépense énergétique dans ces situations.

Un accès limité aux autres professionnels et des échanges limités sur la nutrition

L'accès au spécialiste sur les sujets nutritionnels apparaît comme restreint, ce qui est à mettre en relation avec une démographie médicale faible.

L'avis du spécialiste cardiologue, chez ces patients, est ressenti comme un avis thérapeutique pur et laissant au médecin généraliste l'aspect nutritionnel de façon général, sans que la notion nutritionnelle n'intervienne lors des échanges professionnels.

L'avis des diététicien.nes apparaît également difficile à obtenir en pratique. Les MG interrogés ont évoqué le peu de praticiens disponibles, un frein financier ressenti comme constant et des difficultés de déplacement pour certains patients.

Cette difficulté d'accès aux spécialistes et aux diététicien.nes a été retrouvée dans une étude qualitative de 2018. Dans cette étude, la difficulté financière pour des consultations avec une diététicienne a également été évoquée. (38) Parmi les améliorations évoquées par les MG de notre étude, une prise en charge financière encadrée pour des consultations de diététicienne en ambulatoire serait une possible solution chez l'IC âgé. Ces consultations permettraient de déléguer certains points de l'éducation nutritionnelle du patient, essentiels chez l'IC âgé. Cette délégation de tâche permettrait de soulager le MG dont le manque de temps est régulièrement cité, dans la littérature comme dans notre étude.

Une autre étude de 2019 retrouve également une difficulté d'accès au spécialiste par les MG en matière de prise en charge thérapeutique des patients IC chroniques. (56) Ce constat rejoint celui de notre étude dont les avis spécialisés sur la nutrition sont ressentis comme très limités.

Ces difficultés à avoir un avis complémentaire ont contraint les MG à s'adapter et à recourir à leur réseau personnel pour faciliter la continuité des soins. Pour certains, il s'agit de contacts conservés après leurs études et du passage dans certains services, pour d'autres de connaissances personnelles. Pour l'ensemble des MG faisant appel à leur réseau personnel, l'objectif est d'avoir un avis rapide pour éviter une décompensation cardiaque et l'hospitalisation du patient.

Les difficultés du mode de vie des patients

L'éducation thérapeutique chez ces patients atteints de pathologie chronique est ressortie comme faisant partie intégrante de la thérapeutique. Plusieurs éléments rendent le MG acteur central en matière d'éducation thérapeutique, comme l'ont cité les intervenants : la connaissance et le suivi de leur patient, l'approche globale, l'adaptation au patient et à ses possibilités. Nous pouvons citer d'autres caractéristiques des MG les plaçant en tant qu'acteur de l'éducation thérapeutique : leur accessibilité et la prise en charge des consultations, l'aspect financier ayant été évoqué par certains MG comme limitant les possibilités de prise en charge ; et la relation de confiance entre le patient et le MG. (57)

Cependant, les MG ont exprimé le regret qu'elle ne soit pas plus réalisable en consultation. La plupart des médecins ont fait part de leurs difficultés chez ces patients en matière d'éducation thérapeutique. Le mode de vie délétère de certains patients apparaît difficilement modifiable. Ce sont surtout des habitudes alimentaires ressenties par les médecins comme bien ancrées. Les connaissances et pratique en matière de nutrition de leurs patients sont ressenties comme potentiellement délétères par les MG interrogés, comme des régimes réalisés par les patients en visant un objectif de réduction pondérale, de façon inadaptée.

Pour faire face à cette situation et favoriser l'alliance thérapeutique, les MG interrogés utilisent différentes solutions : la recherche d'un compromis en matière de régime

favorisant la qualité de vie du patient ; la recherche des erreurs nutritionnelles avec le patient ; l'aide d'un proche du patient, conjoint(e), famille ou aidant principal ; la recherche de la motivation du patient ; des rappels réguliers lors des consultations de réévaluation ; l'utilisation de support physique comme des calendriers alimentaires et des fiches alimentaires pour le patient.

Les supports physiques, comme des fiches conseils, sont des supports que les MG considèrent comme un complément utile à leurs conseils oraux. Ils les utilisent comme une deuxième source d'information pour le patient. Les informations sont nombreuses à retenir lors d'une consultation pour le patient. C'est un support que le patient peut relire à distance de la consultation et qui est une porte d'entrée pour des questions ultérieures. Les MG interrogés ont spontanément évoqué le besoin d'une fiche conseil en complément de leur consultation. Une étude qualitative de 2015, réalisée en Normandie, portant sur la mise à disposition d'un auto-questionnaire sur la consommation de sel pour les patients IC en médecine générale, a montré une utilité pratique et un recours sur le long terme par les MG. (58) L'impact de l'aide d'un support physique, en consultation, serait un élément à évaluer dans le domaine de la prévention de la dénutrition chez ces patients.

Certains médecins interrogés estiment que les habitudes alimentaires sont parfois non adaptées chez certains de leurs patients. Ce constat de connaissance délétère des patients rejoint une étude, réalisée par téléphone chez les personnes âgées à domicile, qui retrouve 63% des répondants pensant que les personnes âgées avaient besoin de moins manger. (33) Une autre étude qualitative réalisée en 2017, au sujet de la prévention de la dénutrition, retrouve une discussion sur les habitudes alimentaires entre le MG et ses patients, mais uniquement par quelques médecins de l'étude. (37)

Le médecin généraliste reste, avec le spécialiste cardiologue, un recours fiable selon le point de vue des patients IC au sujet de leur pathologie, d'après une étude sur leur perception et leur vécu de la maladie. (59) Le MG est donc un acteur de proximité pour la prise en charge de l'IC et un point de repère en matière nutritionnel pour les patients.

Une étude a été réalisée dans l'Orne, en 2019 au sujet des difficultés de l'éducation thérapeutique par les MG, chez les patients IC chroniques. Celle-ci retrouve un manque de formation au sujet de l'éducation thérapeutique et des difficultés de

communication avec le réseau hospitalier et les spécialistes. Les médecins de cette étude ont souligné leur besoin d'amélioration en matière d'éducation thérapeutique. (56)

Une étude de 2016, sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en médecine générale chez les patients IC âgés, n'a pas montré d'amélioration de la qualité de vie lors de la réalisation d'une formation brève à l'éducation thérapeutique des médecins traitants, comparé à une éducation thérapeutique réalisée par un réseau spécialisé d'ETP. (60)

Le MG a donc sa place dans l'éducation thérapeutique mais reste un professionnel non formé aux protocoles spécifiques de l'ETP.

Le sentiment d'isolement professionnel

Au cours des entretiens, un sentiment d'isolement professionnel est régulièrement évoqué. Celui-ci peut être expliqué par la présence de plusieurs situations que les participants ont évoquées : la difficulté de l'éducation thérapeutique chez ces patients avec une inobservance et la récurrence des comportements alimentaires délétères, des avis spécialisés limités sur le plan nutritionnel, l'entourage de certains patients peu aidant, le manque de temps récurrent en consultation.

Tous ces éléments semblent conférer un sentiment d'isolement professionnel et une certaine lassitude chez les MG interrogés.

III. Perspectives

La prise en compte de l'aspect nutritionnel de l'insuffisant cardiaque âgé est une situation complexe faisant intervenir de multiples aspects. Il s'agit d'une prise en charge globale dont la problématique est un enjeu d'avenir. Cette prise en charge globale, chez ces patients, passe par la prise en compte des nombreuses comorbidités associées chez l'IC.

La dénutrition est une comorbidité impliquée sur plusieurs points chez l'IC âgé. Nous pouvons évoquer le problème de la cachexie cardiaque avec le retentissement sur la fonction myocardique chez des patients déjà fragilisés sur le plan musculaire. Un autre enjeu est celui de la qualité de vie et de la dépendance dont la dénutrition limite les possibilités de déplacement et d'activité physique.

Les médecins généralistes de notre étude ont présenté un intérêt pour le sujet et sont conscients de cet enjeu nutritionnel. Nous avons vu qu'ils présentaient des ressources internes et externes pour prévenir et dépister la dénutrition. Cette évaluation du risque nutritionnel passe par l'ensemble des ressources disponibles en soins primaires comme l'aide de la famille, l'entourage, les IDE ou encore les pharmaciens. Les MG s'intègrent dans un contexte de proximité avec le patient et les acteurs intervenant dans le quotidien du patient. Ils ont un rôle de connaissance du patient par le suivi et les réévaluations régulières dont le patient IC âgé doit bénéficier.

Grâce à ce suivi privilégié, le MG se place en acteur central dans la prise en charge globale de ces patients. Il permet d'aider le spécialiste cardiologue pour le suivi chronique et la prise en charge globale dans un contexte où le manque de temps et le manque de praticiens concerne l'ensemble des professionnels de santé.

Les MG interrogés ont fait part d'un manque de temps pour optimiser leur prise en charge nutritionnelle. Ils s'appuient alors sur un réseau personnel de professionnels afin de déléguer certaines tâches, comme les conseils diététiques. Cette délégation tient au problème de temps mais également au problème de formation en matière de nutrition.

La délégation de tâche souligne le rôle de coordination du MG dans la prise en charge nutritionnelle de l'IC âgé et celle d'une prise en charge graduée en fonction des

différents acteurs nécessaires au suivi de ces patients. Les MG de notre étude ont souligné les difficultés d'accès en matière d'avis spécialisé et de délégation de tâche, notamment avec les consultations des diététicien.nes et en matière d'éducation thérapeutique.

Ce besoin de délégation est à mettre en parallèle avec le sentiment d'isolement retrouvé chez les MG de notre étude. Ce sentiment d'isolement est lié à plusieurs éléments comme nous l'avons vu, à la fois sur les difficultés de l'éducation thérapeutique du patient, difficilement modifiable pour certains et aux difficultés de recours à un avis spécialisé.

Ce constat s'intègre dans un contexte de manque d'information sur les réseaux existants localement et permettant une délégation de tâches.

De ces différents freins ressentis par les MG de notre étude, il serait intéressant d'évaluer l'impact sur la prévention de la dénutrition de plusieurs mesures :

- Une information des MG sur la dénutrition et la carence martiale chez ces patients et chez le patient en situation d'obésité. Plusieurs MG ont évoqué la possibilité d'une information courte et claire lors de groupe de pairs, lors de FMC et sur un support physique d'information
- Parmi les consultations de réévaluations, une consultation plus régulière de dépistage de la dénutrition chez ces patients permettrait d'améliorer la prévention
- L'information sur les possibilités locales de prise en charge avec des correspondants hospitaliers, notamment pour la prise en charge de la carence martiale
- Le recours à un réseau d'ETP afin de permettre une délégation de tâche. La formation et le recours à l'ETP étant ressentie comme limitée par les MG de notre étude, alors qu'ils l'estiment essentielle dans la prise en charge de ces patients. La délégation de tâche, avec comme coordinateur le MG, est perçue comme une solution nécessaire, mais acceptable, pour les MG

Nous pouvons souligner le fait que des programmes comme le PRADO pour les insuffisants cardiaques n'ont pas été évoqués alors qu'une préoccupation fréquente

des MG de notre étude était la dénutrition en retour d'hospitalisation. Les PRADO concernant les patients atteints de BPCO et les personnes âgées comportent une partie au sujet de la dénutrition, contrairement au PRADO insuffisant cardiaque. L'intégration de la notion de dénutrition permettrait de sensibiliser les patients IC à ce problème.

L'activité physique n'a pas semblé être une priorité dans un contexte de difficulté de mobilisation de ces patients. Alors qu'elle permettrait de préserver la qualité de vie de ces patients. Les autres freins à sa réalisation seraient à rechercher.

Conclusion

La prise en charge nutritionnelle, notamment de la dénutrition, impacte en de nombreux points celle de l'IC âgé. La dénutrition, l'insuffisance cardiaque, la carence martiale et la qualité de vie étant intriquées chez ces patients.

Les MG sont conscients de leur rôle dans ce domaine et ont montré un intérêt marqué pour améliorer leur pratique de prévention. Ils ont évoqué comme difficulté le manque de temps, de formation et les difficultés liées au mode de vie des patients. Ils estiment que leurs habitudes alimentaires sont délétères et difficilement modifiables en pratique.

Leur principal objectif est la préservation de la qualité de vie de leur patient, objectif qu'ils essaient d'atteindre au travers de leur compétence de médecin de proximité et de la connaissance de leur patient. Le plaisir de manger est une autre priorité pour les MG.

Notre étude a souligné le manque d'information sur les possibilités locales en matière de nutrition, de prise en charge de la carence martiale et d'éducation thérapeutique de l'IC chronique âgé. Les difficultés à obtenir un avis spécialisé sur le plan nutritionnel ont contraint les MG à s'adapter et à avoir recours à un réseau personnel de professionnels. De ces difficultés et de ce manque d'information, un sentiment d'isolement professionnel est évoqué.

La possibilité d'une délégation de tâche et des consultations plus régulières d'évaluation de la dénutrition chez l'IC âgé permettrait, peut-être, d'améliorer les pratiques de prévention.

Références bibliographiques

1. DRESS - Affichage de tableau - TABLEAU 7. DENSITÉ DE MÉDECINS par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription [Internet]. 2018 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
2. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Msadek S, De Lauzun I, Diarova J, Sauvion D, Gandolfini M p., Beloued J, et al. Optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque chronique par les médecins généralistes en sortie d'hospitalisation : les recommandations sont-elles appliquées ? Optim Systolic Heart Fail Treat Gen Pract Hosp Disch Are Guidel Appl Engl. 1 oct 2019;68(4):195-200.
4. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°21-22 [Internet]. 2014 [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-8-juillet-2014-n-21-22>
5. Prise en charge des comorbidités de l'insuffisance cardiaque | A.M.U.B. [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/prise-en-charge-des-comorbidites-de-linsuffisance--906>
6. insucardiaque.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/recommandations/societe-francaise/insucardiaque.pdf>
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special

contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 14 juill 2016;37(27):2129-200.

8. Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, Aversa Z, Bauer JM, Biolo G, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: Joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) “cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clin Nutr.* 1 avr 2010;29(2):154-9.

9. [guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf) [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

10. Drevet S, Gavazzi G. Dénutrition du sujet âgé. [Wwwem-Premiumcomdatarevues02488663v40i10S0248866319304904](https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1319006/resultatrecherche/45) [Internet]. 17 sept 2019 [cité 17 févr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1319006/resultatrecherche/45>

11. Habaybeh D, de Moraes MB, Slee A, Avgerinou C. Nutritional interventions for heart failure patients who are malnourished or at risk of malnutrition or cachexia: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* [Internet]. 2 mars 2020 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10741-020-09937-9>

12. Ali S, Garcia JM. Sarcopenia, Cachexia and Aging: Diagnosis, Mechanisms and Therapeutic Options. *Gerontology.* 2014;60(4):294-305.

13. Naseeb MA, Volpe SL. Protein and exercise in the prevention of sarcopenia and aging. *Nutr Res.* 1 avr 2017;40:1-20.

14. Suzuki T, Palus S, Springer J. Skeletal muscle wasting in chronic heart failure. *ESC Heart Fail.* 2018;5(6):1099-107.

15. Boureau AS, Decker L de. Heart failure and sarcopenia. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2019;17(2):121-2.

16. Fülster S, Tacke M, Sandek A, Ebner N, Tschöpe C, Doehner W, et al. (53) Muscle wasting in patients with chronic heart failure: results from the studies investigating co-morbidities aggravating heart failure (SICA-HF). *Eur Heart J.* 14 févr 2013;34(7):512-9.

17. Anker SD, Morley JE. Cachexia: a nutritional syndrome? *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2015;6(4):269-71.
18. Miller J, Wells L, Nwulu U, Currow D, Johnson MJ, Skipworth RJE. Validated screening tools for the assessment of cachexia, sarcopenia, and malnutrition: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 1 déc 2018;108(6):1196-208.
19. Loncar G, Springer J, Anker M, Doehner W, Lainscak M. Cardiac cachexia: hic et nunc. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 1 juin 2016;7(3):246-60.
20. Rozentryt P, Haehling S von, Lainscak M, Nowak JU, Kalantar-Zadeh K, Polonski L, et al. The effects of a high-caloric protein-rich oral nutritional supplement in patients with chronic heart failure and cachexia on quality of life, body composition, and inflammation markers: a randomized, double-blind pilot study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2010;1(1):35-42.
21. Lena A, Ebner N, Anker MS. Cardiac cachexia. *Eur Heart J Suppl J Eur Soc Cardiol*. déc 2019;21(Suppl L):L24-7.
22. Coats AJS. Heart failure management of the elderly patient: focus on frailty, sarcopaenia, cachexia, and dementia: conclusions. *Eur Heart J Suppl J Eur Soc Cardiol*. déc 2019;21(Suppl L):L36-8.
23. Netgen. Carence en fer : une nouvelle cible thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-535/Carence-en-fer-une-nouvelle-cible-therapeutique-dans-l-insuffisance-cardiaque>
24. Vest AR, Chan M, Deswal A, Givertz MM, Lekavich C, Lennie T, et al. Nutrition, Obesity, and Cachexia in Patients With Heart Failure: A Consensus Statement from the Heart Failure Society of America Scientific Statements Committee. *J Card Fail*. 1 mai 2019;25(5):380-400.
25. Crenn P. Reconnaître et traiter la dénutrition dans la pratique ambulatoire. *Wwwem-Premiumcomdatarevues09850562v25i3S0985056211000628* [Internet]. 6 sept 2011 [cité 17 févr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/589928/resultatrecherche/18>

26. Belmin, Chassagne, Friocourt. *Gériatrie pour le praticien*. 3ème édition. Elsevier Masson; 2019.
27. Agarwal E. Malnutrition in the elderly: A narrative review. 2013;7.
28. Dahlström U. Frequent non-cardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(3):309-16.
29. Lilamand M, Hennequin V, Raynaud-Simon A. La nutrition dans le parcours de soins des personnes âgées. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2016;30(4):340-6.
30. Thibault R, Meyer P, Cano N. Activité physique, nutrition, et insuffisance cardiaque chronique. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28(4):327-35.
31. Harris PS, Payne L, Morrison L, Green SM, Ghio D, Hallett C, et al. Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis. *BMC Fam Pract [Internet]*. 15 juill 2019 [cité 19 avr 2021];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6631945/>
32. Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet J-P, Marchand O, Couturier P, Gavazzi G. What are key factors influencing malnutrition screening in community-dwelling elderly populations by general practitioners? A large cross-sectional survey in two areas of France. *Eur J Clin Nutr*. nov 2013;67(11):1193-9.
33. Gachignard L, Verquin Ferreol S. *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*. France; 2013.
34. Mathieu M, Lebeau J-P. *Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition*. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2012.
35. Mallejac M, Basse I. *Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards: place du MNA*. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
36. Ferre J, Durand M. *Utilisation des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée dénutrie en médecine générale*. France; 2014.

37. Lotoi Dumas S. Dénutrition du sujet âgé: dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
38. Montoro Llopis B. Prise en charge thérapeutique de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville: étude qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.
39. Lebeau J-P. Introduction à la recherche qualitative en santé. GM Santé. 2021.
40. Frappé P. Initiation à la recherche. GM Santé. 2018.
41. Zeanandin G, Molato O, Le Duff F, Guérin O, Hébuterne X, Schneider SM. Impact of restrictive diets on the risk of undernutrition in a free-living elderly population. Clin Nutr. 1 févr 2012;31(1):69-73.
42. Sicurani J. Les modalités de prescription des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée en médecine générale [Thèse d'exercice]. Nice Sophia-Antipolis; 2014.
43. Cotel M, Krim F. Évaluation de l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques après inscription au réseau sport-santé « Picardie en forme » et du rôle du médecin généraliste dans l'adhésion à ce projet thérapeutique. France; 2019.
44. Chapuis E, Gremeaux V. Barrières à la prescription de l'activité physique chez les patients coronariens par les médecins généralistes et influence sur les patients. France; 2017.
45. La réadaptation cardiaque réalisée à domicile versus en centre spécialisé avec supervision [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: /fr/CD007130/VASC_la-readaptation-cardiaque-realisee-domicile-versus-en-centre-specialise-avec-supervision
46. Iliou MC. Réadaptation cardiaque : les preuves scientifiques récentes de ses bénéfices. Arch Mal Coeur Vaiss - Prat. juin 2020;2020(289):2-6.

47. El Mamouni S. Faisabilité et implémentation des outils de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans en médecine générale: revue systématique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2020.
48. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
49. Buchwalter L. La fragilité du sujet âgé en médecine générale : enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes. 23 mai 2018;98.
50. LOTOI DUMAS S. Dénutrition du sujet âgé : dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2017.
51. Soldini M. Evaluation des pratiques des médecins généralistes de l'Aude sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2018.
52. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
53. HEIRECHE M. Visite à domicile par les médecins généralistes de Poitiers et ses alentours. :41.
54. La visite à domicile chez les médecins franciliens Section Généralistes UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. 2005; Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
55. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
56. Sauvé L. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes normands concernant la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2019.

57. DECCACHE A. Education pour la santé : reconnaître les nouveaux rôles des médecins et pharmaciens. La Santé de l'Homme. 2005;
58. Para M, Boulet P, Lefebvre H, Eltchaninoff H, Lévesque H. Évaluation de la prise en charge de la consommation de sel chez les patients hypertendus en médecine générale- apport du bénéfice d'une fiche d'auto-évaluation: étude qualitative [Internet]. France; 2015 [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01246123/document>
59. Taconet A. L'information des patients dans l'insuffisance cardiaque: étude quantitative sur le vécu et les attentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017.
60. Vaillant-Roussel H. Education thérapeutique et insuffisance cardiaque en médecine générale [Internet] [Theses]. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I; 2016 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01845609>

Annexes

I. Annexe n°1 : Guide d'entretien

Caractéristiques des médecins :

- Civilité, tranche d'âge (dizaine d'année)
- Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
- Mode d'exercice : en groupe, MSP, individuel
- Durée d'installation :
- Accueil externe/interne/SASPAS :

Connaissances, régimes

Avez-vous une formation sur le plan nutritionnel ?

Universitaire ? Formation médicale continue ? Intérêt personnel ?

D'une manière générale, comment conseillez-vous votre patient sur son alimentation?

A propos des régimes que le patient peut avoir ?

Quel type d'adaptation vous arrive-t-il de faire ?

Quelles difficultés ressentez-vous au sujet de l'alimentation et des régimes ?

Que pensez-vous de la dénutrition chez vos patients insuffisants cardiaques âgés en situation d'obésité ?

Quelles difficultés avez-vous chez ces patients ?

Pratiques, prévention

A quel moment réalisez-vous une consultation dédiée accès sur la prévention de la dénutrition ?

Avez-vous une évaluation systématique de la dénutrition ?

Comment évaluez-vous l'aspect nutritionnel chez ces patients ?

Quels critères cliniques utilisez-vous ? Biologique ? Autres critères ?

Questions de relance : que pensez-vous de la carence martiale / de l'état bucco-dentaire chez ces patients ?

Lors d'une pathologie aiguë survenant chez ces patients comment conseillez-vous votre patient sur le plan nutritionnel/alimentaire ?

Utilisez-vous des compléments nutritionnels oraux ?

Organisation locale, pluridisciplinarité

Quelles sont vos ressources devant des patients plus à risque de dénutrition ou dénutris ?

Au cabinet ? Avec quels moyens ? Recours à un autre professionnel ?

Avec le cardiologue habituel du patient, comment abordez-vous l'aspect nutritionnel ou le régime ?

Une adaptation a-t-elle été possible ?

En situation de retour d'hospitalisation quel type de mesures ont été prises sur le plan nutritionnel ?

Qu'en avez-vous pensé ? Comment appréhendez-vous ces situations de post-hospitalisation sur le plan nutritionnel ?

II. Annexe n°2 : Présentation de l'étude

INFORMATIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Madame, Monsieur,

Etudiant(e) en 3^{ème} année d'internat de médecine générale, à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur l'aspect préventif de la dénutrition chez vos patients insuffisants cardiaques âgés. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à recueillir votre démarche médicale à ce sujet.

Votre identité et vos coordonnées sont uniquement nécessaires pour l'organisation de l'entretien. Leur utilisation se fait sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est mon directeur de thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement

- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :

- par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr
- par courrier à l'adresse Délégué à la protection des données, Direction des affaires juridiques et statutaires, Université de Rouen Normandie, 1 rue Thomas Becket, 76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

III. Annexe n°3 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) _____ consens au traitement de mes données à caractère personnel par ZINCK François, pour la réalisation d'une étude portant sur la prévention de la dénutrition chez l'insuffisant cardiaque âgé et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise ZINCK François à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature

IV. Annexe n°4 : Situations à risque de dénutrition

D'après : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS, avril 2007. (29)

Situations	Causes possibles
Psycho-socio-environnementales	Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution
Troubles bucco-dentaires	Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie
Troubles de la déglutition	Pathologie ORL Pathologie neurodégénérative ou vasculaire
Troubles psychiatriques	Syndromes dépressifs Troubles du comportement
Syndromes démentiels	Maladie d'Alzheimer Autres démences
Autres troubles neurologiques	Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome parkinsonien
Traitements médicamenteux au long cours	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence... Corticoïdes au long cours
Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres
Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité
Régimes restrictifs	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : La dénutrition du patient insuffisant cardiaque âgé impacte la qualité de vie. Son repérage et sa prévention sont donc essentiels chez ces patients.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative utilisant une grille d'entretien pour réaliser des entretiens semi-dirigés. Quinze médecins généralistes du territoire havrais ont été sollicités. Les verbatims ont été codés et analysés avec le logiciel Nvivo®. Les entretiens se sont arrêtés après saturation des données.

Résultats : Les médecins interrogés confirment leur intérêt pour le sujet. Ils ont souligné le manque de formation sur le plan nutritionnel, le manque de temps, les difficultés d'accès à un avis spécialisé et un sentiment d'isolement. La priorité pour les MG interrogés reste la qualité de vie dont le plaisir à l'alimentation. Pour pallier ces difficultés, sont utiliser : leur rôle de proximité, la connaissance du patient, l'aide de l'entourage familial et des aidants paramédicaux. La carence martiale, souvent associée, est peu connue des MG interrogés.

Conclusion : La dénutrition chez l'insuffisant cardiaque âgé constitue un enjeu pour la qualité de vie. La formation, l'information des professionnels de santé, leur mise en réseau et de nouvelles perspectives de délégation de tâche resteraient à évaluer.

MOTS CLES

Dénutrition – Insuffisant cardiaque - Personne âgée – Médecine générale – Carence martiale – Etude qualitative