Académie d'Orléans - Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

MATHIEU Maud épouse FALINE
Née le 09/03/1981 en Avignon (Vaucluse, 84)

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2012

Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition.

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Charles COUET**
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Remerciements

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Professeur des Universités de Médecine Générale, faculté de médecine de Tours
Merci de me faire l'honneur d'être le président du jury de ma thèse.

Monsieur le Professeur Charles COUET
Professeur des Universités - Praticien hospitalier, faculté de médecine de Tours
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans le jury de ma thèse.

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Professeur des Universités - Praticien hospitalier, faculté de médecine de Tours
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans le jury de ma thèse.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Professeur des Universités de Médecine Générale, faculté de médecine de Tours
Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je vous remercie particulièrement pour l'attention que vous avez portée au sujet, pour votre patience, votre incomparable disponibilité et votre aide indispensable à la réalisation de ce travail.

Monsieur le Docteur Jean Sébastien CADWALLADER
Médecin généraliste, chef de clinique des Universités, faculté de médecine de Tours
Je vous remercie pour le temps et le soutien logistique que vous m'avez consacrés, en particulier les conseils précieux qui ont permis à cette thèse de voir le jour.

Aux Docteurs de Médecine Générale, mes Maîtres de stage Yves DE TAURIAC, Sophie EYRAUD, Thierry KELLER pour leur gentillesse, leur enseignement et leur soutien logistique qui ont permis la réalisation des entretiens à l'origine de ce travail.

Aux Docteurs de Médecine Générale, mes Maîtres de stage Thierry BALLAN, Marie-José BON-MENE, François REAU pour leur enseignement, leur gentillesse et leur générosité.

A Serge mon mari, merci pour ta présence, ton aide et ton amour.

A Alexie et Ellie mes filles, qui embellissent tous les jours ma vie de bonheur.

A tous mes proches, qui ont cru en moi et soutenu pendant toute la durée de mes études, merci à tous.

RESUME

Introduction : Le nombre des personnes âgées est en constante augmentation en France. Ce vieillissement est particulièrement marqué dans le département de l'Indre. Malgré la prévalence très élevée de la dénutrition dans cette population, ni son dépistage, ni sa prise en charge ne font partie des tâches fréquentes des médecins généralistes. Le MNA® a fait la preuve de son efficacité pour ce dépistage, mais reste très peu utilisé en MG. Ni les raisons de cette faible implémentation, ni les pratiques réelles des MG n'ont encore été explorées.
Objectif : Décrire les pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage de la dénutrition et du risque de dénutrition de la personne âgée et élaborer un questionnaire pertinent et exhaustif qui servira de support à une évaluation quantitative.
Méthode : Enquête qualitative par entretiens collectifs des médecins généralistes de l'Indre, recrutés selon un échantillonnage raisonné. L'analyse thématique des données à l'aide du logiciel de codage Nvivo 9.2 a permis de dégager des grands thèmes servant de base à l'élaboration d'un questionnaire fermé à choix multiples sans commentaire libre.
Résultats : 10 entretiens collectifs ont été effectués et 39 médecins interrogés. Aucun ne faisait de dépistage systématique ou n'utilisait d'outil de dépistage validé. Tous utilisaient des critères personnels non reproductibles. Pour la plupart des médecins interrogés, la dénutrition n'était pas une maladie à part entière mais la conséquence d'une maladie à diagnostiquer. La perte de poids était l'élément clinique principal motivant un bilan, dont l'albumine était l'examen biologique principal. Le retour d'hospitalisation était une circonstance privilégiée d'évaluation de l'état nutritionnel.
L'analyse thématique préliminaire a permis l'élaboration d'items précis, support d'un questionnaire fermé reproductible, pertinent et adapté à la cible des médecins généralistes.
Discussion : la non utilisation des outils de dépistage de la dénutrition n'est pas spécifique de ce domaine, mais participe de la problématique générale de la non utilisation par les médecins généralistes d'outils validés en milieu hospitalier. Ceci incite à réévaluer ces mêmes outils dans les conditions des soins primaires.
Conclusion : cette étude qualitative a permis l'élaboration d'un questionnaire fermé pertinent et exhaustif d'exploration des pratiques de dépistage et d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée en médecine générale.

Mots clés :

- dénutrition
- dépistage
- Médecine Générale
- personne âgée

GPs' practices in screening for malnutrition or risk of malnutrition in the elderly in the department of Indre in 2011.

ABSTRACT

Introduction: The proportion of the elderly is constantly rising in the French population, and particularly in rural areas such as Indre. Whilst the prevalence of malnutrition is high in this particular population, neither screening for or treatment of malnutrition appear as frequent tasks of the general practitioners (GP). The Mini Nutritional Assessment (MNA)® has proven effective for this screening, but remains unused by the GPs. Reasons for this lack of implementation, as well as the GPs' actual practice in this field have not been explored yet.
Objective: To describe the GPs practices in screening for malnutrition or risk of malnutrition in the elderly, and to design a questionnaire allowing a forthcoming quantitative assessment of these practices.
Methods: qualitative research based on focus groups GPs from the department of Indre, recruited by purposive sampling. The data analysis was performed using the Nvivo 9.2 software. A questionnaire was elaborated from the results of the thematic analysis, and tested for feasibility.
Results : 39 GPs were interviewed in 10 focus groups. None of them performed systematic screening, nor used any validated screening tool. Instead, they all used personal and non reproducible strategies in specific situations. Most of the GPs did not consider malnutrition as a stand-alone disease, but more as a consequence of a specific disease. Weight loss was the critical clinical factor leading to a nutritional assessment. Among the biological tests, blood albumin was the most commonly used. Hospital discharge was often seen as a critical situation.
The questionnaire proved to be feasible in a reasonable time.
Discussion: lack of implementation of guidelines and tools in general practice is not specific of this domain. It relates to the lack of external validity of tools and strategies developed in different settings, namely in the hospital. Tools should be evaluated, or created if needed, in primary care settings.
Conclusion: this qualitative study lead to the design of a relevant and exhaustive questionnaire for the assessment of malnutrition screening practices in the elderly in general practice.

Keywords :

- malnutrition
- screening
- general practice
- elderly

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

12 Septembre 2011

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques

	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie

M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Table des matières

Introduction **11**

Méthode **13**

Résultats **15**

Discussion **27**

Conclusion **29**

Références **30**

Tableau 1 . *Caractéristique des praticiens* **32**

Tableau 2 . *Questionnaire* **33**

Tableau 3 . *Remarque sur la première version du questionnaire* **42**

Annexes **44**

Recommandations HAS 44

Grille d'évaluation nutritionnelle : MNA® 48

Pronostic Nutritional Index : PNI 49

Pronostic Inflammatory and Nutritional Index : PINI 49

Trame d'entretien 50

Verbatim 51

Codebook 67

Index **80**

Introduction

Le nombre des personnes âgées est en constante augmentation en France. Les plus de 75 ans représentaient 8,9 % de la population en 2010 contre 3,8 % en 1950[1]. Les projections actuelles prévoient que cette proportion dépasse 15 % en 2050, soit 11 millions de personnes dans une France de 70 millions d'habitants. Cette évolution démographique a pour conséquence mécanique l'augmentation de la prévalence en soins primaires des pathologies spécifiques du grand âge.

Ce vieillissement de la population est particulièrement marqué dans le département de l'Indre, où la proportion de personnes de plus de 75 ans atteignait 13 % en 2009[2]. Il s'agit par ailleurs d'un département à forte population rurale. Aux problèmes généraux liés au vieillissement viennent donc s'ajouter ceux liés à l'isolement et à l'éloignement des structures de soins.

La prévalence de la dénutrition de la personne âgée est élevée. Elle varie de 15 à 38 % selon les études en institution[3]. Elle est moins élevée chez les personnes vivant à domicile, où elle est estimée à 4 %[3-5]. Cette prévalence générale recouvre néanmoins une réalité plus variable, notamment en fonction de l'âge retenu pour définir la personne âgée : 3 % des plus de 65 ans vivant à domicile sont dénutris, mais ce chiffre dépasse les 10 % pour les plus de 80 ans. Quel que soit le chiffre retenu, il correspond, pour les soins primaires, à une pathologie fréquente, qui concerne une tranche d'âge forte consommatrice de soins. Pourtant, ni la prévention, ni le dépistage, ni la prise en charge de la dénutrition n'apparaissent parmi les 22 plus fréquents résultats de consultation représentant 63 % des actes en médecine générale[6].

Ces très fortes prévalences et les conséquences morbides et économiques majeures qui en découlent ont amené à considérer la dénutrition de la personne âgée comme une préoccupation de santé publique. Dès l'année 2004, la loi de santé publique avait fixé l'objectif de réduire de 20 % en 4 ans le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries, à domicile comme en institution[7]. Le second programme national nutrition santé (PNNS 2), institué pour la période 2006-2010, compte au nombre de ses objectifs la prévention, le dépistage, la limitation et l'amélioration de la dénutrition des personnes âgée[8]. Parmi les actions prévues pour parvenir à ces objectifs, figure notamment le développement de formations sur la détection du risque et le dépistage de la dénutrition pour les médecins généralistes et les autres professionnels intervenant auprès des personnes âgés vivant à domicile. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » constituent le référentiel scientifique de ces actions[9].

L'impact majeur de la dénutrition protéino-énergétique sur la santé et ses coûts est largement démontré[10,11]. La dénutrition entraine un affaiblissement physique et

psychique et une déficience immunitaire. La multiplication des épisodes infectieux et l'aggravation des autres états morbides de la personne âgée qui en découlent sont des facteurs majeurs de dépendance[9,10]. La prise en charge de la dénutrition a montré son efficacité en termes de morbimortalité [12-13], mais aussi en termes de réduction des coûts médicaux [14]. Un dépistage efficace est le préalable indispensable à cette prise en charge. Il n'existe pas de publication qui décrive les moyens ou mesure les performances actuelles de ce dépistage en France.

Le Mini Nutritional Assesment® (MNA)[15], a fait la preuve de son efficacité pour le dépistage de la dénutrition et du risque de dénutrition de la personne âgée, au point d'en devenir l'outil de référence[16-18]. Malgré cela, et comme beaucoup d'outils de dépistage, il reste peu connu et très peu utilisé en médecine générale. Les raisons de cette faible implémentation n'ont pas encore été explorées.

Quant aux pratiques réelles des médecins généralistes vis-à-vis de ce dépistage et de l'utilisation éventuelle d'outils spécifiques, elles sont mal connues et elles aussi très peu explorées[19]. Une connaissance la plus exhaustive possible de ces pratiques est pourtant un préalable indispensable à l'implémentation d'outils ou de procédures à même d'améliorer les performances de dépistage du système de soins.

L'objectif de ce travail est de décrire les pratiques des médecins généralistes de l'Indre concernant le dépistage de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition. L'exploration détaillée de ces pratiques, des difficultés rencontrées et des attentes des praticiens permettra l'élaboration d'un questionnaire pertinent et exhaustif, qui servira de support à une évaluation quantitative.

Méthode

Une étude de type qualitative a été réalisée entre les mois de janvier 2011 et novembre 2011 en soins primaires. La saturation théorique des données n'était pas recherchée car l'objectif était d'identifier les items récurrents permettant d'élaborer un questionnaire fermé à propositions multiples. L'échantillonnage a donc été raisonné, ciblé sur des médecins généralistes (MG) ayant une pratique identifiée comme réflexive et impliqués dans des séminaires de type DPC (Développement professionnel continu). La diversité des MG interrogés a porté sur les critères d'âge, de sexe, de participation à l'enseignement universitaire, du lieu d'exercice professionnel. Les MG ont été recrutés lors de plusieurs soirées de DPC thématiques dans la région Centre, à chacune desquelles participaient une vingtaine de MG.

Les données ont été recueillies par des entretiens collectifs par groupes de 3 à 8 médecins réalisés successivement lors de ces soirées. Le canevas d'entretien utilisé avait été préalablement élaboré à partir des données de la littérature et des recommandations françaises de bonne pratique. Il comportait des questions ouvertes sur les connaissances théoriques des outils de dépistage de la dénutrition de la personne âgée, sur la faisabilité du dépistage et la pertinence des outils disponibles en médecine générale, sur les circonstances de dépistage et les raisons invoquées du dépistage et du non dépistage. Il était susceptible d'être modifié au fur et à mesure des entretiens, mais aucune modification majeure ne s'est avérée pertinente.

L'ensemble des données a été recueilli sur matériel audiophonique après accord oral des participants et retranscrits intégralement, en respectant les procédures d'anonymisation.

L'analyse des données a été de type thématique selon trois étapes de codage. La première étape a consisté en un codage ouvert des verbatim par deux investigateurs (MF et JPL) en aveugle. Son objectif était l'exhaustivité des données, en procédant par une labellisation des termes fréquents et intenses. La mise en commun des données recueillies a ensuite été menée selon une démarche de consensus pour aboutir à un livre de codes unique. Les désaccords éventuels ont fait l'objet d'un arbitrage par un troisième investigateur (JSC). La deuxième étape a consisté à catégoriser les données du livre de codes, avec la réorganisation et le regroupement des données les plus pertinentes en rapport avec la thématique. Une arborescence analytique menant à l'identification d'une vingtaine de catégories distinctes et signifiantes a été construite. La troisième étape a été la hiérarchisation des catégories et l'extraction de grands thèmes et des termes servant de base à l'écriture des propositions multiples du questionnaire fermé.

L'analyse, la mise en commun et l'extraction des données étaient supportées par le logiciel d'analyse qualitative Nvivo 9.2[20].

Un questionnaire a ensuite été établi pour permettre une analyse quantitative des pratiques. La construction du questionnaire respectait les règles de qualité d'un questionnaire fermé à choix multiple, sans commentaires libres[21]. Chaque question avait un objectif unique, sans double négation, au lexique précis, neutre, sans exemple, fidèle aux données disponibles et ne demandant pas de justification. Le nombre de questions était réduit au maximum pour diminuer l'effort de réponse et augmenter le taux de réponses. L'ordre des questions respectait des blocs logiques, du général au particulier avec des questions de transition. Des questions filtres étaient insérées tout au long du questionnaire pour limiter l'exploitation de variables multiples.

Le questionnaire a été testé auprès de quatre médecins généralistes enseignants. Le temps moyen pour le compléter a été mesuré, et les remarques des médecins testeurs sur son contenu et sa structure ont été prises en compte.

Résultats

Trente-neuf médecins appartenant au système de soins primaires de l'Indre (31 hommes et 8 femmes) ont participé à l'étude. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1. La taille de l'effectif a permis d'atteindre l'objectif de l'étude tout en garantissant un recrutement diversifié des participants.

Considérations générales sur la dénutrition

Fréquence de la dénutrition

Un grand nombre des médecins considèrent la dénutrition comme peu fréquente *"D16 : j'ai pas l'impression d'être confronté souvent à ce problème",* rare *"D17 : moi c'est rare, c'est le hasard"*, voire inexistante dans leur zone d'exercice *"D27 : ils ne sont pas dénutris chez nous !"*. Le milieu rural semble être un facteur protecteur en raison de nombreux rassemblements *"D27 : nous, on a des solides, nous, on est à la campagne… Les gros banquets quoi !"*, de l'entraide *"D28 : il y a une entraide chez nous qui est incroyable"*, et son autosuffisance *"D29 : ils ont des œufs, il y a le cochon" - "D28 : ils mangent des pêches quand ils ont des pêches, ils mangent des cerises quand ils ont des cerises" - "D6 : ils ont des poireaux, des carottes des endives, ils ont ! Salade, mâche".*

Conscience de la problématique

La conscience de la problématique est peu exprimée *"D2 : on y pense en consultation" - "D11 : c'est une question qui peut nous faire rougir"*, le manque de sensibilisation au sujet a été évoqué *"D11 (à D14) : Toi, tu es sensibilisé !"*.

Dissociation entre hôpital et soins primaires

Une dissociation a été relevé D19, biologiste, entre hôpital et soins primaires *"D19 : il existe une espèce de dissociation entre l'approche de la dénutrition de quelqu'un qui est hospitalisé et la dénutrition que vous pouvez rencontrer en cabinet".*

Les moyens thérapeutiques

Le manque de moyens thérapeutiques efficaces est aussi cité par plusieurs participants *"D19 : une fois qu'on a fait le diagnostic, que fait-on ? Augmenter l'apport, ils ne le prennent pas, augmenter les aides, ils n'en ont pas les moyens, augmenter les passages, même problème, on ne peut pas tous les institutionnaliser, c'est dégrader leur qualité de vie. Que faire du diagnostic quand on n'a pas les moyens de prévenir ou d'y remédier par rapport aux démences, altération de l'état général, au manque d'aidants...".*

La dénutrition en pratique

Dénutrition, pas un problème de premier plan

En pratique, la dénutrition n'est pas vécue comme une problématique de premier ordre, D11 évoquant le dosage de l'albumine dans un bilan sanguin réalisé après une perte de poids objectivée *"D11 : pas en première intention, même pas en seconde !"*.

Dénutrition, constatation

La dénutrition est plus constatée que dépistée *"D16 : je ne sais pas si on dépiste, on constate" - "D34 : un dénutri, dans l'EPAD c'est là qu'on les voit le plus, hein? Euh... Parce qu'il y a des escarres, des choses comme ça…"*. Le questionnement de l'état nutritionnel des patients est tardif, devant une dénutrition installée *"D14 : quand vous commencez à envisager des compléments alimentaires on est presque plus dans le sujet !" - "D16 : dans un cas de pathologie on va rechercher les causes de démence d'hypovitaminose des choses comme ça, mais on ne sera peut-être plus en préventif".*

Dénutrition, problème aigüe

Pour certains médecins la dénutrition est un problème ponctuel *"D26 : pour moi c'est une situation aiguë"*, avant l'hospitalisation *"D22 : la dénutrition peut se faire dans les jours qui précèdent l'hôpital" - "D26 : parce qu'il y a eu 8 jours ou 15 jours de galères"*.

Surpoids plus fréquent

L'excès pondéral est plus fréquent dans la pratique *"D13 : on a plutôt un problème de surnutrition, d'obésité dans notre société moderne"*.

Dénutrition et obésité

La dénutrition chez l'obèse n'est pas envisagée *"D13 : ça ne me vient pas du tout à l'esprit !"*. La dénutrition sans variation pondérale est citée par un participant *"D11 : il y a des notions récentes de dénutrition sans perte de poids"*.

Le dépistage en pratique

Dépistage

Deux médecins déclarent ne pas dépister car ils ne voient pas de personnes âgées *"D15 : je ne travaille pas en gériatrie, je ne dépiste pas" - "D35 : ceux qui sont dénutris ne viennent pas".*

Il n'y a pas de dépistage systématique *"D16 et D17 : pas de dépistage systématique"*.

Le problème ne se pose pas à la campagne *"D28 : je suis à la campagne et donc ils vivent tous dans la ferme, ils vivent tous ensemble donc il n'y a pas de problèmes".*

Hors cabinet il est difficile de faire un dépistage *"D2 : en visite et maison de retraite c'est plus difficile"*.

Dénutrition et motif de consultation

Pour la plupart, le dépistage n'est pas le motif de consultation *"D7 : ils viennent pour autre chose"*.
Parfois la consultation est motivée par l'entourage du patient *"D18 : quand ils viennent avec les enfants, les enfants disent : donnez-lui quelque chose pour qu'il mange !"*.

Alertes

Des situations alertent les praticiens. La solitude est considérée comme situation à hauts risques par plusieurs participants *"D39 : il y a un élément qui revient toujours dans ce qu'on dit c'est la solitude, c'est déjà un facteur prioritaire de la dénutrition" - "D38 : on le voit surtout chez les gens seuls"*.
La dépression a été citée par un participant *"D18 : les personnes âgées dépriment mais elles sont isolées"*.
Pour certains médecins, l'hospitalisation est un facteur de risques important *"D20 : ceux qui sortent de l'hôpital !" - "D22 : ils sont dénutris souvent après un passage à l'hôpital" - "D38 : les retours d'hôpital, il faut vraiment faire attention !"*. Cette situation serait due au manque de soins en hospitalisation *"D21 : ils s'en occupent pas, ils branlent rien !" - "D26 : il y a personne pour leur donner à manger"*. Un praticien décrit même la dénutrition comme la conséquence de l'hospitalisation *"D25 : c'est à cause de l'hôpital"*.
L'institutionnalisation représente un autre risque *"D30 : on la rencontre surtout à la maison de retraite" - "D31 : pour l'essentiel, ils sont en institution*".
L'existence de pathologies évolutives, la précarité de l'état de santé et l'existence d'événements intercurrents sont aussi ciblés par les médecins *"D13 : tout ce qui est chronique, là on y pense" - "D39 : s'ils ont des escarres, je ne sais pas si on parle des gens grabataires ou pas…" - "D26 : un changement de mode de vie"*.
Pour un médecin, la dénutrition est plus rencontrée hors cabinet *"D17 : peut-être plus en visite"*.
La variation pondérale est un signe d'alerte définie selon des critères individuels *"D2 : quand on est à cinq kilos on voit à deux mois près si perte de un ou deux kilos, on déclenche sonnette d'alarme" - "D5 : quand 'y a une perte de poids de 3 kilos !" - "D34 : ils maigrissent petit à petit, alors après on se lance dans des trucs qui confirment"*. L'amaigrissement est plus alertant chez le maigre *"D13 : chez quelqu'un qui est déjà maigre, par avance on est déjà un petit peu averti"*.
L'escarre représente un signe d'alerte pour certains praticiens *"D39 : s'ils ont des escarres je vais peut-être, être un petit peu plus attentif"*.

Prise en charge de la Dénutrition

La prise en charge est rendue difficile par le déni *"D37 : il y a un déni, c'est sûr !"*, et le manque de moyens efficaces en thérapeutique *"D39 : car jusqu'à maintenant à*

part le gavage !". Certains médecins renforcent l'alimentation du patient *"D33 : on leur donne à manger !" - "D39 : renforcer l'alimentation, donner des compléments éventuels, c'est vrai que sinon je n'ai pas d'autres moyens"*. Un praticien évoque les conseils comme prise en charge *"D18 : on passe notre temps à donner des conseils aux obèses, aux dénutris"*, un autre la nutritionniste *"D34 : si on a un doute on le fait faire par la nutritionniste"*.

Le médecin

Le manque de temps

Le problème du dépistage est lié au manque de temps *"D7 : il n'y a pas que ça, ils viennent pour autre chose" - "D9 : il faudrait passer 22 malades par heure !"*. Certains évoquent la nécessité de se spécialiser *"D11 : après il y a l'adhésion au réseau… Gériatrie" - "D37 : il faut se spécialiser quoi !"*.

Les recommandations et réglementations

Pour certains médecins les recommandations sont trop nombreuses en médecine générale *"D20 : c'est la grande mode ces questionnaires, il y en a partout, alors on va passer la journée à ça !"*, ce qui les rend difficiles à suivre *"D11 : les recommandations c'est bien, mais pour les suivre !" - "D13 : en fait, on s'en sert très peu de toutes ces grilles, de tous ces trucs !"*. Les médecins estiment être contraints par la règlementation *"D39 : et quand on regarde aujourd'hui tout est protocolisé" - "D37 : exactement, c'est le protocole*", et ne pas avoir d'alternative *"D39 : faire un outil ciblé, ce que je disais tout à l'heure, on a plus le choix !"*.

La clientèle

Certains médecins jugent le dépistage systématique sans intérêt au quotidien en raison de leur clientèle *"D16 : clientèle pour moitié pédiatrique peu de gériatrie" - "D17 : clientèle 25% gériatrique" - "D16 : j'ai pas une clientèle qui a de gros problèmes financiers" - "D27 : on a une clientèle qui nous ressemble en général !"* , de leur connaissance des patients *"D11 : ce sont nos patients, ce sont des gens que l'on voit relativement régulièrement !"* , et des relations avec leurs patients *"D18 : mes petits vieux bien sûr je me sens très proche d'eux et eux se sentent plus en confiance"*.

L'informatique

L'informatique permet le calcul de l'IMC *"D6 : non c'est l'ordinateur qui le calcule"*, de visualiser la courbe de poids *"D2 : j'ai un logiciel qui me permet de visualiser la courbe de poids"*. Certains envisagent l'implémentation d'un outil de dépistage *"D2 : ça fait partie des grilles que les éditeurs de logiciels puissent nous sortir"*.

L'intuition et la science

Certains participants privilégient l'intuition *"D39 : je fais ça plutôt (...) au ressenti"* - *"D23 : et le flair ! Ça compte vachement quand même, c'est plus la mode, mais enfin… C'est efficace !"* , d'autres font un distinguo entre la science et leur pratique *"D34 : on n'est pas des savants, on est bon pour soigner des gens"*. Un médecin rural se défend lors des discussions en laissant sa phrase en suspens *"D28 : on est quand même pas…"*.

Le patient

Facteurs sociaux

Les patients à risques sont ciblés sur des facteurs sociaux comme la solitude *"D39 : manger seul, on aime pas"*, le veuvage *"D37 : il y a le décès du conjoint"*, l'autonomie *"D5 : les personnes âgées que l'on voit tous les samedis au marché , t'as moins de craintes qu'elles soient dénutries, déjà parce qu'elles peuvent y aller, se déplacer"*, le logement *"D18 : pour moi, le vieillard malnutri c'est le veuf qui a une pension de réversion qui vit dans un petit logement"* , et l'institutionnalisation *"D34 : Un dénutri, dans l'EPAD c'est là qu'on les voit le plus"*. L'entourage semble être un facteur protecteur *"D38 : s'ils sont en couple ou s'ils sont entourés, on a quand même moins de phénomènes de dénutrition"*.

Pour une minorité l'institutionnalisation est un facteur protecteur *"D18 : quand il n'y a pas d'isolement, il y a la surveillance, l'assimilation"* - *"D37 : c'est vrai que, dans mon idée c'est bien, les maisons de retraite"*.

Le manque d'aidants a été évoqué par les participants *"D36 : 'y a personne qui a une heure à leur consacrer à chaque repas"* - *"D23 : quant à dire qu'on aura un SIAD, service de soins infirmiers à domicile, ça c'est pas vrai, ils sont tous débordés, ils sont pas disponibles"*.

Facteurs économiques

La situation économique est aussi ciblée par les praticiens *"D27 : les vieux, ils n'ont pas les moyens de s'acheter six fruits et légumes par jour"* - *"D18 : des difficultés d'avoir de l'assistance, d'avoir un logement adapté"*. Le coût des frais dentaires a été cité par un participant *"D13 : c'est au moins 1000 euros !"*.

Etat psychologique

Le déni *"D18 : bien sûr hier soir j'ai mangé un demi yaourt quand même !"*, l'ennui *"la dénutrition ça fait partie de l'environnement du psychisme, quand on s'ennuie on a pas d'appétit ou alors on mange des cochonneries"*, le manque de courage *"D37 : les personnes n'ont pas le courage de faire à manger"*, le stress *"D27 : voilà, on y arrive (en parlant du stress)"* reflètent l'état psychologique du patient ciblé par le praticien *"D18 : la dénutrition ça fait partie de l'environnement du psychisme"*.

Etat de santé

Les patients à risque sont aussi ciblés sur leur état de santé. La précarité est évoquée *"D13 : cliniquement, c'est vrai qu'on va y penser plus chez une mamie ostéoporotique de 45 kilos"*, de même que les difficultés que cela représente à domicile *"D23 : on essaie de temporiser et n'empêche qu'on maintient des gens un peu en galère à la maison"*.

La présence de troubles des fonctions supérieures *"D16 : quand ils viennent au cabinet c'est qu'ils ont encore l'idée de prendre le rendez-vous"*, la maladie *"D13 : pour les personnes âgées malades (...), j'y pense"*, les pathologies chroniques et évolutives sont aussi citées *"D37 : dans les cancers, le sida tout ça, on y pense beaucoup plus facilement" - "D13 : tout ce qui est chronique, là on y pense"*.

Sexe

Le sexe oriente le dépistage, les femmes semblant plus touchées par la dénutrition que les hommes *"D28 : une femme qui devient veuve, qui se laisse un petit peu aller ou bien… Plus les femmes que les hommes d'ailleurs !" - "D39 : moi je leur demande, les femmes seules" - "D28 : car l'homme, il sait pas faire sa bouffe donc il a toujours une ménagère ou une femme qui vient lui apporter à manger ou une voisine qui vient lui apporter à manger".*

L'évaluation de l'état nutritionnel

L'intuition

L'intuition oriente certains médecins *"D23 : ça tombe sous le sens quoi !"*.

Les visites à domicile

La visite à domicile permet une meilleure évaluation nutritionnelle *"D3 : et c'est plus facile en visite, je leur demande ce qu'ils ont mangé à midi"*. Elle permet de visualiser le contenu du réfrigérateur et des placards *"D3 : on peut regarder dans le réfrigérateur pour voir un peu ce qui traine" - "D1 : mais quand on peut... Frigo et placards, avec leur autorisation bien sûr !" - "D7 : ah oui ! Frigo congélateur c'est très important !"*. Pour d'autres participants cette pratique n'est pas envisageable *"D18 : non c'est très personnel !" - "D26 : non je ne vais pas dans les frigos"*, l'un d'entre eux dit regarder les pharmacies *"D16 : déjà moi, je fais les pharmacies"*. Ces visites sont peu nombreuses *"D16 : je fais très peu de visites"*, et ne permettent pas l'évaluation nutritionnelle du plus grand nombre *"D22 : on ne va pas chez tout le monde !" - "D25 : et de moins en moins…"*.

L'interrogatoire

L'échange dans l'interrogatoire *"D18 : je dialogue"* permet d'évaluer l'appétit *"D16 : je m'assure qu'ils aient éventuellement de l'appétit"* et la diversification alimentaire *"D38 : je les interroge sur ce qu'il mange" - "D1 : il y a l'interrogatoire quand même, s'il mange de la viande, s'il mange équilibré, on enrichit éventuellement, il y en a*

beaucoup qui ne mange pas de viande" - "D28 : les fruits et légumes, deux fois par jour, ça c'est pas évident chez certains".
La péremption rapide des aliments frais a été évoquée par un participant *"D18 : vous achetez une salade (...) le samedi, mais le mardi mercredi la salade a les oreilles qui baissent, vous achetez deux kilos de nectarines (...) il faut bien les choisir entre celles pas trop mures… pour que ça dure trois jours parce que le quatrième jour ce sera pourri"*.
Le temps consacré au repas est aussi évalué *"D25 : s'ils pique-niquent ou pas" - "D39 : je leur demande s'ils mangent en faisant la vaisselle (...) c'est un mauvais signe pour manger ça" - "D26 : s'ils mettent la table ou pas, s'ils font un vrai repas ou pas !"*.
Les apports alimentaires sont aussi quantifiés *"D28 : trois à quatre repas par jour"*.
Certains praticiens considèrent que l'insomnie de la personne âgée est l'occasion d'une prise alimentaire *"D6 : ils dorment pas la nuit, ils mangent la nuit"*, un autre décrit un risque variable selon la saison *"D28 : mais l'hiver ils mangent plus grand chose"*.
Les médicaments sont évoqués à la lecture du MNA® *"D39 : on a pas parlé des médicaments"*.

Les Outils de dépistage

Le MNA®

Aucun des médecins présents n'utilisaient d'outils pour formaliser le dépistage.
La majorité d'entre eux ne connaissait pas le MNA® *"D31 : alors ça c'est le MNA ! Non je ne connais pas" - "D27 : c'est pas arrivé jusqu'à chez nous cette affaire là !"*.
Les autres ne le pratiquaient pas *"D32 : honnêtement, jamais utilisé !"*. Un seul des médecins interrogés utilisait le MNA® uniquement dans le cadre de l'EPAD *"D25 : à la maison de retraite je le fais à l'entrée mais je le fais !"*.
La présentation du MNA® soulève des interrogations *"D37 : ça doit pas se faire souvent ça ?" - "D1 : donc c'est bien corrélé au risque de dénutrition ?" - "D28 : autonomie intérieure, ça je sais pas si ça a vraiment un rapport avec la dénutrition"*.
Les médecins constatent qu'il est difficile à faire en cabinet *"D2 : nous, en cabinet, on n'a pas un externe pour le faire !" - "D16 : ce n'est pas que le questionnaire en soi est mal fait, mais l'insérer dans une pratique de consultation, avec ses urgences..." - "D38 : ce n'est pas facile tous les jours, ou sinon tu vois deux consultes"*. La longueur et le manque de temps ne rendent pas cet outil envisageable au quotidien "*D3 : on ne s'amuserait pas à faire ça au quotidien la consultation peut durer..." - "D16 : le problème du questionnaire, c'est qu'il arrive au sein d'une consultation, ça va de A à R, t'as 20 items à reprendre sachant qu'ils viennent pour le renouvellement d'ordonnance"*.
Le questionnaire peut être envisageable en partie *"D1 : sur les repas, ça pourrait être pas mal car ça obligerait à poser les questions"*.
Un plus petit nombre évoque la possibilité de son usage au quotidien *"D1 : pourquoi pas... Ce n'est pas très long à faire !" - "D33 : il suffit de prendre le temps, on est*

plus à ça près !" - "D38 : c'est vrai que ça, ça peut être, pour nous, utile pour regarder".
Pour un médecin, l'intégration informatique rendrait son usage facile *"D30 : on peut le calculer facilement avec notre ordinateur"*, un autre souligne l'intérêt après une perte de poids objectivée *"D3 : on utiliserait éventuellement ça que si on a constaté une perte de poids"*.
Après examen du questionnaire, certains praticiens constatent qu'ils le font en partie en cabinet sans le formaliser *"D38 : alors finalement c'est ce qu'on fait ? Mais sans le coter" - "D23 : en réalité, si on prend tous les items on le fait quasiment (...) sans pour autant (...) le chiffrer" - "D7 : oui, globalement toutes ces questions, on les pose !"*, en dehors de la circonférence brachiale *"D39 : 'y a quand même des éléments auxquels on ne pensait pas, circonférence brachiale tout ça"*.

Outil adapté

Quelques médecins s'interrogent sur le but d'un outil *"D11 : ça va aboutir à quoi ?"*. La puissance de l'outil est le paramètre incontournable à son usage *"D2 : après c'est une question de temps !" - "D30 : donc quelque soit ton outil, il sera valable s'il est court !" - "D1 : il faudrait 5-6 items"*. Les médecins généralistes devraient eux-mêmes réaliser l'outil pour faciliter et étendre son utilisation *"D30 : déjà les scores FACE sur l'alcool on arrive à les caler parce que c'est rapide, parce que ça a été fait par les généralistes pour les généralistes !"*. Son implémentation, corrélée aux logiciels médicaux, simplifierait son application *"D2 : (...) que ça fait partie des grilles que les éditeurs de logiciels puissent nous sortir".*

Examen clinique

La clinique juge l'état général des patients *"D16 : aspect général cachectique chez les gens âgés"* et notifie un amaigrissement *"D14 : surtout s'il y a amaigrissement"*. L'amaigrissement, l'état de maigreur en général évoque plus la dénutrition que l'obésité *"D13 : c'est vrai qu'on va y penser plus chez une mamie ostéoporotique de 45 kilos"*.
L'état des phanères est cité par un praticien *"D1 : après on voit aussi l'état des cheveux, les ongles"*.
L'état d'hydratation et la présence d'escarres sont évocateurs de dénutrition *"D28 : chez la personne âgée, la déshydratation, tu peux te faire piéger (...) sur l'état cutané" - "D36 : ils ont des escarres !"*.
L'examen dentaire n'est pas fait à visée nutritionnelle *"D11 : mais de là à ce que je le fasse systématiquement et dans la vision d'un objectif nutritionnel non !"*. Un médecin évoque la difficulté d'envoyer les patients chez le dentiste *"D11 : pour les envoyer chez le dentiste alors là tu peux parler"*, les soins dentaires étant motivés par le soin d'autres pathologies *"D11 : si on doit les opérer d'une prothèse, alors là, ils vont y aller chez deux ou trois ! Exemple, actuellement tu les fais bouger, le chirurgien leur dit il faut des dents en bon état, sinon on n'opère pas, les v'là arrivés chez le dentiste"*. Ce médecin fait en revanche l'examen de la langue systématiquement *"D11 : les dents non mais la langue si, je la regarde assez systématiquement"*.

Les examens para-cliniques

Le poids

Le poids est la principale mesure para-clinique prise par les médecins interrogés.
En cabinet, la présence d'une balance *"D28 : j'ai une balance quand même"* permet une mesure systématique *"D30 : oui systématiquement, tous ceux qui viennent en consultation sont pesés" - "D2 : en cabinet prise de poids systématique"*.
Le logiciel informatique affiche la courbe de poids *"D2 : j'ai un logiciel qui me permet de visualiser la courbe de poids"* et la pesée, difficile hors cabinet *"D6 : c'est vrai que les gens à domicile, on les pèse pas !" - "D11 : mais à domicile, même en institution, ça vient pas tout de suite"*, est rapportée par un médecin en visite *"D5 : ils ont un pèse-personne !"* et un autre en institution *"D39 : en institutions (...), il y a des systèmes pour les peser". Cette mesure représente le critère principal de dépistage "D9 : on commence par ça même!" - "D27 : ça me suffit" - "D33 : ça coûte pas cher et ça rapporte gros !"* et entre dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des compléments alimentaires *"D9 : dans l'AMM des compléments nutritionnels, on tient compte de la perte de poids et de l'hypo albuminémie"*. Pour d'autres praticiens, la prise du poids est effectuée moins régulièrement *"D11 : autant, au cabinet on aura peut-être le réflexe de les faire monter sur la balance"*.
L'appréciation de la variation pondérale est propre à chaque médecin dans une situation donnée. Certaines variations sont jugées acceptables *"D1 : il peut avoir été malade, avoir perdu quelques kilos et les reprendre après !"* et d'autres définies comme alarmantes *"D2 : quand on est à cinq kilos, on voit à deux mois près si perte de un ou deux kilos, on déclenche sonnette d'alarme" - "D5 : quand 'y a une perte de poids de 3 kilos !"*. Dans tous les cas, la perte doit être objectivée *"D7 : les peser, comparer avec le poids qu'ils avaient avant"*.
Cette constatation évoque une pathologie, la conséquence nutritionnelle étant secondaire *"D30 : la perte de poids m'oriente plus vers une altération d'état général me faisant rechercher une pathologie" - "D11 : on se focalise plus sur la maladie étiologique que sur la conséquence nutrition"*.

L'IMC

L'indice de masse corporelle (IMC) est une autre mesure évoquée. Pour certains, elle est systématique *"D28 : l'IMC, on le fait systématiquement"* soit assistée par ordinateur *"D6 : non c'est l'ordinateur qui le calcule"*, soit manuelle *"D28 : non moi j'ai encore le petit truc tu sais, je le marque sur mon ordinateur après, c'est beaucoup plus rapide !"*. Un médecin déclare ne pas le faire *"D1 : moi je ne le fais jamais"*. Si l'indice de masse corporelle est une bonne mesure pour une partie des participants *"D7 : on a l'IMC c'est déjà un bon truc !"*, les autres trouvent son intérêt dans le suivi de l'obésité *"D13 : plutôt dans l'obésité ! Mais dans la maigreur..." - "D11 : dans l'autre sens jamais !"*.

Le pli cutané

Un médecin évoque la possibilité de mesurer le pli cutané *"D20 : et leur mesurer aussi… Comment on appelle ça, le pli machin là !"*, tandis qu'un autre l'écarte *"D30 : j'ai entendu parler mais je ne fais pas en pratique… Honnêtement"*.

Les examens biologiques

L'examen biologique est orienté *"D28 : moi je fais pas systématiquement, à faire un bilan complet à chaque personne"* à visée étiologique *"D38 : quand les personnes âgées que je vois commencent à dire qu'effectivement elles mangent moins bien, ou simplement des fois sur des critères de fatigue, il va m'arriver à ce moment-là, à l'occasion du bilan sanguin, de demander une albuminémie, une créatininémie et de voir si on a effectivement des critères biologiques".*

Les éléments cités qui orientent la demande d'une prise de sang sont le changement de mode de vie, un veuvage, l'amaigrissement *"D26 : qu'il y a un changement, un veuvage, qu'ils maigrissent"*.

Albuminémie

Plus précisément, l'albumine est faite devant une perte de poids *"D3 : lorsqu'il y a une perte de poids"* et une variation pondérale sans cause *"D3 : quand il y a une perte de poids qui se confirme sans cause évidente"*. L'albuminémie est l'examen biologique réalisé par la majorité des participants *"D20 : c'est tout simple je fais une albuminémie"*. Un médecin déclare ne plus faire de protidémie *"D28 : j'ai dû cocher quatre fois dans le bilan protide et puis maintenant j'en fais plus"*, d'autres ne jamais trouver d'hypo-albuminémie *"D5 : je n'ai jamais trouvé d'hypo albuminémie"*. Ceci soulève des interrogations quant aux critères biologiques de dépistage *"D9 : justement reste à savoir si l'hypo albuminémie est un critère de la dénutrition"*.

Créatininémie

Si certains médecins demandent la créatinine systématiquement *"D25 : elle est demandée systématiquement"*, d'autres peuvent être alertés par la clearance *"D11 : c'est sûr que quand la clearance varie on est plus attentif !"*, ou une créatinine anormalement basse *"D25 : une anormalement basse (...) chez les gens dénutris"*. Pour d'autres, cela est rare *"D24 : c'est quand même très rare d'avoir une créatinine anormalement basse et une clearance anormalement bonne"*. Un médecin fait le parallèle entre masse musculaire et créatinine *"D16 : il est clair que la créatinine (...) c'est le reflet de la masse musculaire (...) une dénutrition commence aussi par là"*. Ce n'est pas un critère pour d'autres médecins *"D24 : écoute, moi, j'en vois beaucoup des dénutris et ils n'ont pas des clearances qui sont bonnes (...) pour moi ce n'est pas un bon critère de dépistage"*.

Autres examens biologiques

Un certain nombre d'autres éléments biologiques ont été cités, la CRP *"D34 : la CRP, c'est important !"*, l'INR *"D39 : INR, aussi"*, la vitamine B12 et vitamine D *"D18 :*

vit B12, vit D". L'urée est citée comme mauvais critère *"D11 : j'avais déjà appris dans mes habitudes que l'urée c'était un très mauvais reflet"*.
Aucun médecin ne connaissait le pronostic nutritional index (PNI) *"D33 : Non, non, PNI je ne connais pas !" - "D23 : je l'ai jamais vu celui-là !"*. Certains ont exprimé leur manque d'intérêt *"D34 : on s'en fout complètement !"*. D'autres font le PINI *"D14 : nous, on utilise un indice qui s'appelle le PINI, qui utilise l'orosomucoïde ; quand le PINI est en dessous d'un certain pourcentage les personnes ont une espérance de vie de moins de trois mois"*. D'autres s'interrogent *"D33 : en fait c'est une notion relativement récente (...) on a vu ça dans la littérature ? Dans nos lectures ? Dans nos journaux ?"*. Un biologiste dit faire des examens ciblés à but nutritionnel *"D19 : moi, je participe à ma manière au dépistage de la dénutrition avec des examens assez ciblés (...) je travaille avec hôpitaux, cliniques "*, mais avoue qu'il n'y a pas de standardisation en soins primaires *"maintenant, la standardisation, je ne l'ai rencontrée que dans des centres de soins"*.

Les aides à la personne

Manque d'aidant

L'ensemble des participants s'accordent à dire que la présence est importante *"D37 : c'est l'accompagnement, la présence"*. Ainsi l'aide à la personne doit avoir un rôle à jouer dans la prise en charge de la dénutrition.

Aide ménagères

Les aide-ménagères sont les plus citées par les participants *"D28 : ce sont les aide-ménagères qui les font bouffer trois fois par jour" - "D38 : les aide-ménagères qui viennent aussi au cabinet et qui s'occupent de certains patients qui sont seuls, ce qui me permet de savoir aussi comment elles font leurs courses"*. Elles permettent ainsi aux personnes âgées d'assurer un apport alimentaire quotidien et aident au maintien de l'autonomie.

Sortie d'hospitalisation

De même que la sortie d'hospitalisation est un signe d'alerte dans la dénutrition, elle est également une difficulté dans l'organisation et la mise en place d'aides à la personne. Ceci contribue à pérenniser l'état fragile du patient sortant d'hospitalisation *"D25 : (la gestion du retour à domicile) n'est pas faite du tout à l'hôpital" - "D23 : on oublie de dire qu'il y a des listes d'attente de 30 personnes et qu'en ayant fait la demande ça va, peut-être, être opérationnel dans quatre mois, et qu'il peut pas rester quatre mois à l'hôpital en attendant (...) il faut pas oublier que la demande d'APA au conseil général c'est deux mois (...) quant à dire qu'on aura un SIAD, service de soins infirmiers à domicile, ça c'est pas vrai, ils sont tous débordés, ils sont pas disponibles"*.

HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une solution envisagée pour une meilleure prise en charge *"D23 : alors là on en a une qui marche dans le secteur, ceux qui sortent avec une HAD de Noth"*, mais qui ne peut pas être appliquée à tous *"D22 : oui, il faut quand même un minimum de soins"*.

Portage des repas

Pour les généralistes, le portage des repas n'est pas une aide contribuant à une bonne prise en charge *"D37 : le portage de repas à domicile c'est pas rassurant" - "D36 : en général cela ne marche pas très bien" - "D6 : c'est pas bon les repas à domicile".*

Le questionnaire

Le questionnaire (tableau 2) a été établi en reprenant item par item l'intégralité des résultats, regroupés selon les mêmes thèmes, sous forme de questions fermées.

Le temps moyen de remplissage par les 4 médecins testeurs a été de 20 minutes (tableau 3).

Discussion

Résultats principaux

Aucun des médecins interrogés ne fait de dépistage systématique de la dénutrition, ou du risque de dénutrition de la PA. Tous font un dépistage ciblé. Aucun praticien n'utilise pour cela d'outils valides notamment le MNA. Ils utilisent des critères personnels, façonnés par leur pratique, mais qui ne sont ni validés, ni reproductibles.

Pour eux, la dénutrition n'est une pathologie en soi, mais la conséquence d'une pathologie qu'un bilan étiologique devra diagnostiquer. L'évaluation nutritionnelle est mise œuvre quand il existe une perte de poids ou une situation considérée comme à risque : solitude et retour d'hospitalisation notamment. Les recommandations sont considérées comme trop nombreuses en médecine générale ce qui rend difficile leur implémentation.

La disparité des données recueillies sur les pratiques de dépistage confirme la nécessité d'une exploration quantitative de ces pratiques.

Limites et forces de l'étude

L'échantillonnage opportuniste ne garantissait pas *a priori* la saturation des données. Néanmoins, la saturation théorique définie par l'objectif d'élaborer un questionnaire adapté à la cible a été obtenue. De fait, l'analyse des derniers groupes n'a fait apparaitre que des subtilités dans les cadres déjà définis par les données précédemment recueillies.

L'échantillon comprenait 20 % de femmes, et avait une moyenne d'âge de 55 ans. Ceci correspond à la population des médecins généralistes de l'Indre (17% de femmes et âge moyen de 55 ans chez les médecins généralistes en activité inscrits au conseil départemental de l'ordre). Si l'échantillonnage opportuniste a sélectionné des médecins impliqués dans les séminaires type DPC, elle a permis d'éviter que ne participent à ces entretiens que des médecins impliqués dans la problématique.
Les entretiens collectifs ont été de courte durée. Il s'agissait là encore d'un choix guidé par l'objectif. L'exhaustivité et la diversité des items prévalant sur l'approfondissement des thèmes pour conduire à la réalisation du questionnaire.

Le questionnaire a été élaboré en respectant les règles de réalisation retrouvées dans la littérature. Il a été testé, ce qui a permis de corriger un certain nombre d'imprécision, de modifier l'ordre de certaines propositions de réponses, et de s'assurer de la faisabilité. Le temps moyen de 20 minutes pour le remplissage peut être considéré comme long. Les médecins qui accepteront de participer à une étude qui utilise ce questionnaire devront être clairement avertis de cette durée.

Recommandations et pratiques

L'écart entre recommandations et pratiques, l'absence de dépistage systématique et d'utilisation des outils préconisés ne relèvent apparemment pas d'une prévention des praticiens vis-à-vis de ces recommandations et ses outils. Il rend plutôt compte des difficultés auxquels ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne, difficultés auxquelles ne répondent ni les recommandations sur le plan théorique, ni les outils recommandés sur le plan pratique.

Les recommandations pour la pratique professionnelle destinées aux médecins généralistes sont très nombreuses et ne sont pas élaborées à partir d'études réalisées en soins primaires en France. Les limites des recommandations ont déjà été recensées. Quand elles émanent d'experts issus d'autres spécialités, elles sont souvent inadaptées à la pratique. Les médecins généralistes considèrent qu'en ne tenant compte que des aspects biomédicaux, elles suggèrent une médecine déshumanisée, sans rapport avec leur pratique[22]. Quand elles émanent d'une directive gouvernementale ou politique, elles sont vécues comme une intrusion, voire comme un abus de pouvoir[23].

La sous utilisation des outils de dépistage relèverait plutôt d'une inadaptabilité de l'outil élaboré dans un cadre hospitalier spécialisé à un cadre ambulatoire généraliste. La prévalence des pathologies rencontrées est plus faible, et notamment ici. L'accumulation des motifs de consultation concomitants et des pathologies plus importante. Enfin, la gestion du temps et des ressources humaines est très différente, ce qui est un aspect majeur de la pertinence d'un outil.

Les outils et recommandations qui font gagner du temps semblent plus appliqués que ceux nécessitant un investissement temporel plus important[24].

A ces divers égards, la bibliographie sur laquelle s'appuient les recommandations de la HAS « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » est particulièrement édifiante : il n'y figure aucune étude récente réalisée en médecine générale en France.

S'il existe une abondante littérature sur les outils de dépistage et la validation de leur efficacité ou de leur efficience, elle est en revanche inexistante sur l'état des pratiques des médecins généralistes. Quant aux outils validés, aucun n'a fait l'objet d'une étude de faisabilité en médecine générale en France.

L'élaboration d'un questionnaire fermé à partir de la méthode proposée ici permettrait de recueillir et quantifier des éléments émanant directement de la cible. A partir de ces résultats, il sera possible de concevoir un outil de dépistage simple, formalisé par la spécialité concernée dans son champ de pratique et de recherche.

Conclusion

Ce travail de recherche qualitative a permis de recueillir de façon exhaustive les éléments de la pratique des médecins généralistes qui ont trait au dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition de la personne âgée. Un questionnaire a été élaboré, qui reprend l'intégralité de ces éléments sous la forme de questions fermées. Une étude quantitative sur un échantillon de cette population à l'aide de ce questionnaire permettra de mettre en évidence les éléments les plus représentatifs des comportements réels. Sur cette base, il sera possible de développer des stratégies de formation, des incitations, et éventuellement des outils spécifiques adaptés à la médecine générale.

Références

1. Institut National de la statistique et des études économiques. Évolution de la structure de la population, France métropolitaine. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm (consulté le 11/01/2012).
2. Beaumel C, Pla A. Insee Résultats. La situation démographique en 2009 - Mouvement de la population. Insee ;2009,182-3. http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2009/dd/pdf/sd2009_brochure.pdf (consulté le 11/01/2012).
3. Ferry M, Alix E, Brocker P, Constans T, Lesourd B, Mischlich D, Pfitzenmeyer P, Vellas B. Epidémiologie de la dénutrition. In: Nutrition de la personne âgée 3ème édition. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007,93-102.
4. Euronut - SENECA. Nutrition and the elderly in Europe. 1st European Congress on Nutrition and Health in the Elderly. The Netherlands, december 1991. Eur J Clin Nutr 1991;45:S1-196.
5. De Groot CPGM, van Staveren WA. Undernutrition in the European - SENECA studies. Clin Geriatr Med 2002;18:699-708.
6. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Pratiques et organisation des soins 2008;1,43-51.
7. République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=
8. Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010 Actions et mesures. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf
9. Haute autorité de santé, service des recommandations professionnelles : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS Paris ;2007.
10. Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients : incidence and clinical significance. J Am Geriatr Soc 1995;43:329-37.
11. Herrmann FR, Safran C, Levkoff SE, Minaker KL. Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission. Arch Intern Med 1992;152:125-30.
12. Potter JM. Oral supplements in the elderly. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2001;4:21-8.

13. Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;1.
14. Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufrère B, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community : a pharmacoeconomic study. Clin Nutr 2004;23:1096-103.
15. Guigoz Y, Vellas B. Test d'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée : le Mini Nutritional Assessment (MNA). Méd Hyg 1995;53:1965-9.
16. Vellas B, Guigoz Y, Baumgartner M, Garry PJ, Lauque S, Albarede JL. Relationships between nutritional markers and the Mini-Nutritional Assessment in 155 older persons. J Am Geriatr Soc 2000;48:1300-9.
17. Guigoz Y. The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature - what does it tell us? J Nutr Health Aging 2006;10:466-85.
18. Duguet A, Bachmann P, Lallemand Y, Blanc-Vincent MP. Bonnes pratiques diététiques en cancérologie : dénutrition et évaluation nutritionnelle. Bulletin du Cancer 1999;12:997-1016.
19. Cudennec T, Lagrandeur J, Moulias S, Moussous W, Colombier B, Teillet L. Faut-il s'intéresser au statut nutritionnel des personnes âgées ? Soins Gérontologie 2011;89:24-6.
20. Bazeley P. Qualitative analysis with Nvivo. London:Sage Publications;2008.232p.
21. Streiner D, Norman G. Health Measurement Scales : A Practical guide to their development and use. New York:Oxford university press;2008.431p.
22. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence : qualitative study. BMJ 2001;323:1100-2.
23. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical Guidelines, potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527-30.
24. Van den Berg MJ, de Bakker DH, Spreeuwenberg P, Westert GP, Braspenning JCC, Van der Zee J, Groenewegen. Labour intensity of guidelines may have a greater effect on adherence than GP's workload. BMC Family practice 2009;10:74.

Tableau 1 . *Caractéristiques des praticiens*

Sujets	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Secteur	Cabinet	Mode d'Exercice Particulier	Cabinet informatisé	Secrétariat
D1	F	37	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D2	M	43	Zone semi-rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Non
D3	M	60	Zone urbaine	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D4	M	56	Zone urbaine	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D5	M	53	Zone urbaine	I	Seul	Aucun	Oui	Non
D6	F	58	Zone urbaine	I	Seule	Aucun	Oui	Non
D7	M	67	Zone urbaine	I	Retraité	Aucun	Oui	Non
D8	M	55	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D9	M	53	Zone urbaine	II	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D10	F	N.R	N.R	N.R	N.R	N.R	N.R	N.R
D11	M	65	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Non
D12	M	N.R	Zone urbaine	I	Médecin pompier	Aucun	Oui	N.R
D13	M	49	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D14	M	N.R	Zone urbaine	N.R	Soins palliatifs	N.R	N.R	N.R
D15	F	N.R	N.R	N.R	Réseau pédiatrie	N.R	N.R	N.R
D16	M	45	Zone urbaine	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D17	M	57	Zone urbaine	II	Seul	Aucun	Oui	Oui
D18	M	81	Zone urbaine	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D19	M	N.R	N.R	N.R	Biologiste	N.R	N.R	N.R
D20	M	60	Zone semi-rurale	I	Seul	Mésothérapie	Oui	Oui
D21	M	62	Zone rurale	I	En groupe	Acupuncture	Oui	Oui
D22	M	58	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D23	M	61	Zone semi-rurale	I	Seul	Aucun	Non	Oui
D24	M	60	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D25	M	57	Zone rurale	I	En groupe	Coordinateur en EPAD	Oui	Oui
D26	F	57	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D27	M	64	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D28	M	61	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D29	M	51	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D30	M	53	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D31	M	60	Zone semi-rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D32	M	57	Zone semi-rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Non
D33	M	62	Zone urbaine	I	Seul	Acupuncture, homéopathie	Oui	Oui
D34	M	64	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D35	F	59	Zone semi-rurale	I	En groupe	Acupuncture, homéopathie	Oui	Oui
D36	F	34	Zone rurale	I	En groupe	Aucun	Oui	Oui
D37	F	54	Zone rurale	I	Seule	Aucun	Oui	Non
D38	M	47	Zone rurale	I	Seul	Aucun	Oui	Oui
D39	M	55	Zone urbaine	I	Seul	Aucun	Oui	Non

N.R : non renseigné

Tableau 2 . *Questionnaire*

CONSIDERATIONS GENERALES

Q1 Au quotidien, trouvez-vous la dénutrition de la personne âgée (PA) :

- Peu fréquente ? . . . . . ☐
- Non rencontrée ? . . . . . ☐
- Fréquente ? . . . . . ☐

Q2 Pensez-vous que cette fréquence dépende de la zone d'exercice ? (rurale ou urbaine)

- Oui → *cochez puis passez en* **Q3** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q5** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q5** ☐

Q3 Estimez-vous que la dénutrition de la PA est moins fréquente :

- En ville ? . . . . . ☐
- A la campagne ? . . . . . ☐

Q4 Pour quelle raison ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- L'entraide . . . . . ☐
- L'absence d'isolement . . . . . ☐
- L'autosuffisance alimentaire . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q5 Concernant la dénutrition de la PA, trouvez-vous l'approche hospitalière différente de la Médecine Générale ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q6 Pensez-vous que la prise en charge de la dénutrition de la PA pose des problèmes spécifiques?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q7** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q8** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q8** ☐

Q7 Selon vous, quelle en serait la raison ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Manque d'aidants . . . . . ☐
- Manque de moyens thérapeutiques efficaces . . . ☐
- Déni de la personne âgée . . . . . ☐
- Médecins non sensibilisés . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . ☐

EN PRATIQUE

Q8 Estimez-vous que la dénutrition de la PA est une pathologie à part entière ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q9 Pensez-vous que la dénutrition de la PA est toujours la conséquence d'une pathologie associée ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q10 Pensez-vous que l'altération de l'état général de la PA évoque :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Une dénutrition comme cause ? . . ☐
- Une dénutrition associée ? . . ☐
- Secondairement une dénutrition ? ☐
- Une autre pathologie comme cause ? . . . . . ☐

Q11 Dans l'ensemble de votre patientèle, estimez-vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Etre plus confronté(e) à l'obésité qu'à la dénutrition ? . . . . ☐
- Que la dénutrition sans perte de poids existe ? . . . . . ☐
- Qu'une personne obèse peut être dénutrie ? . . . . . ☐
- Que la dénutrition débute par une perte de poids ? . . . . . ☐
- Etre face à la dénutrition dans des situations aigües ? . . . . . ☐

Q12 Chez la PA, pensez-vous que la dénutrition :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Est un motif de consultation ? . . . . ☐
- N'est pas un motif de

consultation ? ..... ☐

- Est un motif de consultation motivé par l'entourage ?..... ☐

Q13 Dans le cadre de la dénutrition de la PA, estimez-vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Faire un dépistage systématique ? ☐
- Ne pas dépister ?..... ☐
- Y penser en cabinet ? ..... ☐
- Faire un dépistage orienté par le contexte donné ? .... ☐
- Y penser hors cabinet ? ..... ☐
- Faire un dépistage orienté par la clinique ? ..... ☐

Q14 Quelle situation pensez-vous être à risque de dénutrition chez la PA ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Institutionnalisation ..... ☐
- Solitude ..... ☐
- Présence de pathologie(s) évolutive(s) ..... ☐
- Retour d'hospitalisation .... ☐
- Précarité de l'état de santé ..... ☐
- Patient(e) vu(e) uniquement en visite à domicile ..... ☐
- Présence d'événements intercurrents ..... ☐

Q15 Quelle situation estimez-vous être la plus à risque ?

- Institutionnalisation ..... ☐
- Solitude..... ☐
- Présence de pathologie(s) évolutive(s) .. ☐
- Retour d'hospitalisation ..... ☐
- Précarité de l'état de santé . ☐
- Patient(e) vu(e) uniquement en visite à domicile ..... ☐
- Présence d'événements intercurrents ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ... ☐

Q16 Quelle situation estimez-vous être la deuxième plus à risque ?

- Institutionnalisation ..... ☐
- Solitude..... ☐
- Présence de pathologie(s) évolutive(s) .. ☐
- Retour d'hospitalisation ..... ☐
- Précarité de l'état de santé . ☐
- Patient(e) vu(e) uniquement en visite à domicile ..... ☐
- Présence d'événements intercurrents ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ... ☐

Q17 Quel signe vous évoque la dénutrition chez la PA ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- L'amaigrissement ..... ☐
- La perte de poids ..... ☐
- L'escarre ..... ☐
- La fatigue ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus .. ☐

Q18 De quel moyen thérapeutique efficace pensez-vous disposer en Médecine Générale ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Négocier une augmentation de l'apport alimentaire ..... ☐
- Prescrire des compléments.. ☐
- Les intervenants à domicile ..... ☐
- Donner des conseils ..... ☐
- Portage des repas à domicile ..... ☐
- Aucun moyen efficace ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus .. ☐

MEDECIN

Q19 Trouvez-vous les recommandations en Médecine Générale :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Difficiles intégrer dans la pratique . ☐
- Trop nombreuses . . . . . ☐
- Gérables au quotidien. . . . . ☐
- Ne sais pas . . . . . ☐

Q20 Pensez- vous pouvoir intégrer ces recommandations en consultation ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q21 Pensez- vous perdre votre libre arbitre aux dépens des recommandations ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q22 Utilisez-vous des outils informatiques dans le suivi de vos patients ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q23** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q24** . ☐

Q23 Si oui, lequel ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Calcul de l'IMC . . . . . ☐
- Courbe de poids . . . . . ☐
- Scores d'évaluation . . . . . ☐
- Scores de dépistage. . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . ☐

Q24 Pensez-vous que l'intégration au logiciel médical de scores de dépistage ou d'évaluation faciliterait leur application ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q25 Pensez-vous qu'il existe un manque de considération ou de reconnaissance dans votre exercice ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q26 Estimez-vous être un scientifique ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q28** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q27** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q27** ☐

Q27 Pensez-vous que l'omniprésence des recommandations en Médecine Générale se fait aux dépens de la pratique ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q28 Pensez-vous que l'intuition oriente en partie votre exercice ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q29 Votre clientèle est selon vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- à votre image ?. . . . . ☐
- Homogène ? . . . . . ☐
- Majoritairement gériatrique ? . . . . ☐
- Principalement pédiatrique ? ☐
- Sans avis . . . . . ☐

Q30 Votre clientèle est selon vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Financièrement aisée ? . . . . . ☐
- A revenus mo yens ? . . . . . ☐
- A revenus faibles ? . . . . . ☐
- Sans avis . . . . . ☐

Q31 Pensez-vous que bien connaître les patients facilite le dépistage de la dénutrition de la PA ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q32 Pensez-vous que la confiance des patients contribue à une meilleure prise en charge de la dénutrition de la PA ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

PATIENT

Q33 Selon vous, quel critère social oriente le dépistage ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Perte d'autonomie . . . . . ☐
- Précarité du logement . . . . . ☐
- Solitude . . . . . ☐
- Veuvage . . . . . ☐
- Manque d'aidants ☐

- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q34 Estimez-vous que la PA institutionnalisée est :

- Plus à risque de dénutrition ? . . . . ☐
- Moins à risque de dénutrition ? . . . . . ☐

Q35 Pensez-vous que le niveau de vie de la PA est un facteur à considérer au sein la prise en charge de la dénutrition ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q36** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q37** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q37** ☐

Q36 Quelle raison estimez-vous être en cause ?

- Manque d'accès aux soins primaires . . . . . ☐
- Coût du traitement . . . . . ☐.
- Manque d'accès aux soins secondaires . . . . . ☐
- Faible budget alimentaire. . . ☐
- Coût des intervenants à domicile . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q37 Estimez-vous important l'état psychologique de la PA dans la dénutrition ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q38** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q39** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q39** ☐

Q38 Si oui, quelle raison estimez-vous être en cause ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- L'ennui . . . . . ☐
- Le stress . . . . . ☐
- La démotivation . . . . . ☐
- Le déni . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q39 Pensez-vous que l'état de santé de la PA oriente le dépistage ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q40** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q41** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q41** ☐

Q40 Si oui, précisez :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- L'existence de pathologie(s) chronique(s) . . . . . ☐
- L'existence de pathologie(s) évolutive(s) . . . . . ☐
- La précarité de l'état de santé . . . . ☐
- Les troubles des fonctions supérieures . . . . . ☐
- La dépression . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q41 Selon vous, y a t'il une différence entre la PA de sexe masculin ou féminin dans le dépistage de la dénutrition ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q42** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q43** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q43** ☐

Q42 Si oui, pensez-vous que :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- La dénutrition est plus fréquente chez l'homme ? . . . . . ☐
- La dénutrition est plus fréquente chez la femme ? . . ☐
- L'homme ne sait pas se faire à manger ?. . . . . ☐
- La solitude est plus fréquente chez la femme ? . . ☐
- D'autres éléments influencent cette différence ? . . . . ☐

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

Q43 Pensez-vous que les visites à domicile permettent une meilleure évaluation de la dénutrition de la PA ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q44** ..... ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q45** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q45** ☐

Q44 Si oui pour quelle raison ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Exploration du contenu du réfrigérateur et des placards ..... ☐
- Exploration de la pharmacie . ☐
- Evaluation de l'environnement social ..... ☐
- Evaluation du niveau de vie. . ☐
- Evaluation des habitudes alimentaires ..... ☐

Q45 Combien de visites estimez-vous faire en moyenne par jour ?

- Aucune ..... ☐
- Moins d' 1 ..... ☐
- 1 à 4 ..... ☐
- 5 à 9 ..... ☐
- 10 ou plus ..... ☐

Q46 Estimez-vous vos visites à domicile de moins en moins fréquentes ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q47 Selon vous, quel est l'intérêt de l'interrogatoire dans la dénutrition de la PA ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Une évaluation qualitative de l'alimentation ..... ☐
- Une évaluation quantitative de l'alimentation ..... ☐
- Le dialogue ..... ☐
- L'évaluation de la prise médicamenteuse ..... ☐
- La recherche de pathologie(s) due(s) à des carences ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ..... ☐

Q48 Cliniquement, quel élément oriente vers le dépistage de la dénutrition ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- L'aspect général ..... ☐
- L'amaigrissement ..... ☐
- La maigreur ..... ☐
- L'état dentaire ..... ☐
- L'état buccal ..... ☐
- L'état des phanères ..... ☐
- Présence de mycoses buccales .. ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ..... ☐

Q49 Utilisez-vous un outil formalisé de dépistage ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q50** ..... ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q52** . ☐

Q50 Quel outil utilisez-vous ?

- *Mini Nutritional Assessment* (MNA®) ..... ☐
- Autre outil ..... ☐

Q51 Cet outil est utilisé :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Systématiquement ? ..... ☐
- Dans les situations ciblées vues en **Q14** ? ..... ☐
- Devant les signes vus en **Q17** ? ... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ..... ☐

Q52 Connaissez-vous le *Mini Nutritionnal Assessment*, MNA® ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q53** ..... ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q56** . ☐

Q53 Si oui, l'utilisez-vous ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q54** ..... ☐

- Non → *cochez puis passez en* **Q55** . ☐

Q54 L'utilisez-vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- En cabinet ? . . . . . ☐
- En institution ? . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q55 Si non, pour quelle raison ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Trop long . . . . . ☐
- Manque de temps . . . . . ☐
- Nécessité d'une consultation dédiée . . . . . ☐
- Nécessité d'une cotation spécifique . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q56 Trouvez-vous un intérêt à l'usage d'un outil formalisé en Médecine Générale ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q57 Quelle caractéristique doit posséder un outil pour faciliter votre exercice ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Etre simple d'utilisation . . . . . ☐
- Etre court . . . . . ☐
- Avoir moins de 6 items . . . . . ☐
- Prendre peu de temps . . . . . ☐
- Etre fait par et pour les généralistes . . . . . ☐
- Etre intégré au logiciel médical . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q58 Avez-vous une balance en cabinet ?

Oui ☐ Non ☐

Q59 Pensez-vous qu'une balance soit indispensable en cabinet ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q60 Estimez-vous que le poids est le critère principal de dépistage de la dénutrition de la PA ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Q61 Pensez-vous que le poids est une mesure :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Dont le suivi est facile sur informatique ? . . . . . ☐
- Envisageable en cabinet ? . . ☐
- Réalisable en institution ? . . . . . ☐
- Réalisable en visite ? . . . . . ☐
- Difficile à faire en visite ? . . . . . ☐
- Difficile à faire en institution ? . . . . . ☐
- Systématique en cabinet ? . . . . . ☐

Q62 Dans quelle situation estimez-vous la perte de poids acceptable ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Si elle est inférieure à 3 kg . . . . . ☐
- Chez la PA en surcharge pondérale . . . . . ☐
- Si elle est concomitante à une pathologie aigüe . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q63 Quand estimez-vous cette perte de poids alarmante ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- A partir d'une perte de 3 kg . . . . . ☐
- A partir d'une perte de 5 kg . ☐
- Quand elle coexiste avec les situations à risque vues en **Q14** . . . ☐
- Si elle se confirme lors de plusieurs consultations . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q64 Que vous évoque la perte de poids de la PA ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Une pathologie à rechercher ..... ☐
- Une dénutrition ..... ☐
- Une dénutrition comme conséquence d'une pathologie ... ☐

Q65 Calculez-vous l'IMC :
Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Systématiquement pour chaque patient quelque soit l'âge ? ☐
- Systématiquement pour chaque PA ? ..... ☐
- Dans le suivi de la dénutrition ? ... ☐
- Dans le suivi de la surcharge pondérale ?..... ☐
- Non fait ..... ☐

Q66 Pensez-vous que l'IMC :
Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Est un bon indice pour le dépistage de la dénutrition de la PA ? ..... ☐
- N'est pas une bon indice chez le patient maigre ?.... ☐
- Est un bon indice chez le patient en surcharge pondérale ? . ☐
- N'est pas à utiliser dans le suivi de la personne dénutrie ? .. ☐

Q67 Mesurez- vous le pli cutané ?

Oui ☐ Non ☐

Q68 Quel élément biologique estimez-vous utile dans l'évaluation de l'état nutritionnel ?
Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Protéinurie ..... ☐
- INR ..... ☐
- Vit B12 ..... ☐
- Vit D ..... ☐
- CRP ..... ☐
- Cholestérol ..... ☐
- Créatinine ..... ☐
- Clairance de la créatinine ..... ☐
- Albumine ..... ☐
- Pré-albumine ..... ☐
- Orosomucoïde ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ... ☐

Q69 Quels sont les deux éléments biologiques que vous estimez les plus utiles pour évaluer l'état nutritionnel ?

- Protéinurie ..... ☐
- INR ..... ☐
- Vit B12 ..... ☐
- Vit D ..... ☐
- CRP ..... ☐
- Cholestérol ..... ☐
- Créatinine ..... ☐
- Clairance de la créatinine ..... ☐
- Albumine ..... ☐
- Pré-albumine ..... ☐
- Orosomucoïde ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ... ☐

Q70 Réalisez-vous un bilan biologique systématique aux PA ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q72** ..... ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q71** . ☐

Q71 Si non, qu'est-ce qui oriente la prescription du bilan ?
Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- La recherche d'une pathologie ... ☐
- La perte de poids ..... ☐
- Une perte de poids lié aux situations vues en **Q14** ..... ☐
- La recherche d'une dénutrition ..... ☐
- L'évaluation de l'impact nutritionnel d'une pathologie .... ☐
- L'évaluation d'une pathologie

chronique . . . . . ☐

- Le suivi d'une pathologie évolutive ☐

Q72 Estimez-vous qu'il existe un âge au delà duquel un bilan biologique n'est plus utile ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q73** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q74** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q74** ☐

Q73 Si oui, à partir de quel âge ?

- 80 ans . . . . . ☐
- 85 ans . . . . . ☐
- 90 ans . . . . . ☐
- 95 ans . . . . . ☐
- 100 ans ou plus . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q74 Pensez-vous qu'une standardisation du bilan nutritionnel de la PA :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Est nécessaire en Médecine Générale ? . . . . . ☐
- Est inutile en Médecine Générale ? . . . . . ☐
- N'est pas disponible en Médecine Générale ? . . . . . ☐
- Faciliterait la prise en charge de la dénutrition ? . . ☐

AIDES A LA PERSONNE

Q75 Estimez-vous que les aides à la personne jouent un rôle dans la prise en charge de la dénutrition de la PA ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q76** . . . . . ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q77** . ☐
- Ne sais pas → *cochez puis passez en* **Q77** ☐

Q76 Si oui, lequel ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- HAD . . . . . ☐
- Aide-ménagère . . . . . ☐
- Portage de repas à domicile . . . . . ☐
- Soins infirmiers à domicile . . ☐
- Autres aidants . . . . . ☐

Q77 Dans la dénutrition de la PA, pensez-vous que l'aide-ménagère :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- N'a pas de rôle ? . . . . . ☐
- Permet le maintien de l'autonomie ? . . . . . ☐
- Permet de maintenir une prise alimentaire régulière ? . . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . . . ☐

Q78 Trouvez-vous que le retour à domicile de la PA après hospitalisation est compliquée par :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Le manque d'aidants ? . . . . . ☐
- Une mauvaise gestion hospitalière ? . . . . . ☐
- Les difficultés liées à la mise en place des aides ? . . . . . ☐
- N'est pas compliquée ? . . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q79 Estimez-vous que l'HAD :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Peut être généralisée à toutes les PA en sortie d'hospitalisation ? ☐
- Faciliterait la prise en charge de la dénutrition de la PA ?. . ☐
- Devrait être développée ? . . . . . ☐
- N'est justifiée que si des soins sont nécessaires ? . . . ☐
- Aucune des réponses ci-dessus . . . ☐

Q80 Pensez-vous que le portage des repas :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Est une bonne solution ? ..... ☐
- N'est pas une bonne solution ? ..... ☐
- Est un service de qualité ? ..... ☐
- N'est pas un service de qualité ? ..... ☐
- N'est pas adapté à la PA ?..... ☐
- Manque de choix des menus ? ..... ☐
- Sans avis ..... ☐

IDENTIFICATION

Q81 Sexe

Masculin ☐ Féminin ☐

Q82 Age

- ≤ 35 ans ..... ☐
- 36 - 40 ans ..... ☐
- 41 - 45 ans ..... ☐
- 46 - 50 ans ..... ☐
- 51 - 55 ans ..... ☐
- 56 - 60 ans ..... ☐
- 61 - 65 ans ..... ☐
- 66 - 70 ans ..... ☐
- ≥ 71 ans ..... ☐

Q83 Quel est votre lieu d'exercice ?

- Zone rurale ..... ☐
- Zone semi-rurale ..... ☐
- Zone urbaine ..... ☐

Q84 Quel est votre secteur d'exercice ?

- Conventionné ***secteur I*** ..... ☐
- Conventionné, honoraires libres ***secteur II*** ..... ☐
- Hors convention ***secteur III*** ..... ☐

Q85 Exercez-vous en cabinet :

- Seul(e) ? ..... ☐
- De groupe ? ..... ☐

Q86 Avez-vous un *Mode d'Exercice Particulier* (MEP) ?

- Oui → *cochez puis passez en* **Q87** ..... ☐
- Non → *cochez puis passez en* **Q88** . ☐

Q87 Si oui, lequel ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Algologie ..... ☐
- Acupuncture ..... ☐
- Gériatrie ..... ☐
- Homéopathie ..... ☐
- Médecine du sport ..... ☐
- Mésothérapie ..... ☐
- Nutritionniste ..... ☐
- Ostéopathie ..... ☐
- Sexologie ..... ☐
- Médecine d'Urgence ..... ☐
- Aucune des réponses ci-dessus ... ☐

Q88 Travaillez-vous sur dossiers informatiques ?

Oui ☐ Non ☐

Q89 Avez-vous un secrétariat ou télé secrétariat ?

Oui ☐ Non ☐

Q90 Participez-vous à des formations médicales continues :

- De manière régulière ? ..... ☐
- De manière ponctuelle ? .... ☐
- Jamais ? ..... ☐

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Tableau 3 . *Remarques sur la première version du questionnaire*

QUESTIONS	TESTEUR 1	TESTEUR 2	TESTEUR 3	TESTEUR 4
Q3			Négation gênante, plus fréquente.	
Q4			A modifier en fonction de Q3.	« Aucune de ces raisons » (pour tous les « autres »)
Q5				Ajouter « NSP ».
Q6	Non, donc Q7 inutile prévoir le cas.	Préciser: problèmes "spécifiques".	Précision sur "problèmes".	
Q8		Case "ne sais pas".	A intervertir avec Q9.	
Q10		Dénutrition étiologique ?	Dénutrition étiologique ?	Remplacer « étiologique » par « la dénutrition comme cause ».
Q11		Case "ne sais pas" Préciser dénutrition en général.	Préciser dénutrition en général.	Préciser qu'il s'agit de l'ensemble de la patientèle.
Q13		Séparer en plusieurs questions O/N	Plutôt : dépistage utile ? O/N	
Q14				« Quelle(s) *situation(s)*… » « Patient(e) vu(e) uniquement en visite à domicile » « *Survenue* d'événements intercurrents ».
Q15	Visite à domicile ?			Mêmes remarques que Q14.
Q16	Visite à domicile ?			Idem.
Q17	Visite à domicile ?		Amaigrissement ?	« *chez* la PA ».
Q18			↗ apport alim, par prescription ?	« Négocier (ou obtenir) une augmentation… » Préciser : « Aucun moyen efficace ».
Q19		Case "ne sais pas"		NSP
Q20		Case "ne sais pas"		NSP
Q21		Case "ne sais pas"		NSP
Q23				Remplacer « grilles de reco » par deux lignes : « scores de dépistage » et « scores d'évaluation » .
Q24				Remplacer par « scores de dépistage ou d'évaluation ».
Q25			Pratique ?	A reformuler.
Q26			"Scientifique", terme vague	
Q27				Supprimer « et de leurs applications ».
Q28	Trouver mot autre que "intuition".		O / N / en partie.	« Pensez-vous ».
Q29	Faute orthographe : "voter" en "votre"		Revenus modestes?	Séparer en deux questions : une sur l'âge, l'autre sur les moyens financiers.
Q30				« que bien connaitre les patients ».
Q31				Pourquoi « estimer » plutôt que « penser » ? Si c'est le même sens, utiliser le même mot.
Q32				Enlever « sociaux » dans la question : la perte d'autonomie n'est pas un critère social.
Q33			Inverser réponses commencer par le +	« Estimez-vous que la PA institutionnalisée est : ».

Q35				Soit « médecin généralistes » et « autres spécialistes », soit « soins primaires » et « soins secondaires ».
Q37				Remplacer « courage » par « motivation ».
Q43				Remplacer « vérification » et « contrôle » par « exploration ».
Q44		Moins d'une visite.		Ajouter « moins de 1 ».
Q45			"vos" / "les".	
Q46				Mettre à la suite les réponses 1 et 3.
Q55				« ne pas prendre de temps » n'a guère de sens : ça en prend forcément un peu…
Q56			Ressemble à Q38-39, à supprimer.	N'a pas sa place logique (plutôt après Q46).
Q60			Modifier ordre des réponses 2745361.	Remettre les réponses dans un ordre logique.
Q61	En %, plus qu'en kilos			
Q62			Perte de 5 kg après perte de 3kg.	Remettre les réponses dans un ordre logique.
Q64				Préciser si on parle de tous les patients, ou uniquement des PA.
Q65				« le maigre » ???
Q66				Remplacer par « utile(s) » Enlever l'article devant « Albumine »
Q67			Quels sont les 2 exams bio...	Idem.
Q68			Placer avant 66, 67.	
Q71				Et si le MG pense que c'est à partir de 75 ans ?
Q74				Préciser « autres aidants ».
Q76				Un peu confus : quelle différence entre les réponses 1,3 et 4 ?
Q77	Conflit d'intérêts donc pas de réponse.		Nécessite des soins.	« ne peut être mise en place pour tous les retours d'hospitalisation » ?
Q78			Réponses 2→3, 3→2, 5→4.	« n'est pas adapté à la PA » « manque de choix de menus ».
Q87				« ou un télé secrétariat »
Q88				Remplacer « nulle » par « jamais », en reformulant.
QUESTIONNAIRE TOTAL	**15 min : trop long Libellé en "Q" pas joli.**	**25 min : trop long.**	**27 min : trop long.**	**12 min : le répondant doit être prévenu de la durée du remplissage.**

Annexes

RECOMMANDATIONS HAS

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge :** cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

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

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires • Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : IMC = poids/taille^2 (poids en kg et taille en m)
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le *Mini Nutritional Assessment*® (MNA)		

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
• **Perte de poids :** ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois • **Indice de masse corporelle :** IMC < 21 • **Albuminémie** [1] < 35 g/l • **MNA global** < 17	• **Perte de poids :** ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois • **IMC** < 18 • **Albuminémie** < 30 g/l

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

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

♦ Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j • Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j	• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO) • Entérale • Parentérale

Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

Indications de la prise en charge

- L'alimentation par **voie orale** est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition **entérale** (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition **parentérale** est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
  - → les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
  - → les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
  - → l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

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

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

SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
Albumine	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels

- Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable

L'enrichissement de l'alimentation

- Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).
- Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Les compléments nutritionnels oraux

- Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.
- Les produits hyperénergétiques (≥ 1,5 kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines ≥ 7,0 g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés.
- Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).
- L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).
- Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.
- Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).

La nutrition entérale (NE)

- **Indications de la NE** : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles
- **Mise en route de la NE** : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage)
- **Poursuite de la NE à domicile** : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE
- **Prescription de la NE** : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable
- **Surveillance de la NE :** par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Prise en charge nutritionnelle en fin de vie	L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort. • Maintien d'un bon état buccal • Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale) L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.
Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer	• Recommandée en cas de perte de poids • À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition • En cas de forme **légère ou modérée :** débuter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée • En cas de forme **sévère** : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications
Prise en charge nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres constituées	• Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie • À débuter par voie orale • En cas d'échec, nutrition entérale, en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et de considérations éthiques
Prise en charge nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition	• Préserver une alimentation orale, même minime, si le risque d'inhalation est jugé faible • NE indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels • Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 2 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde naso-gastrique
Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)	• En cas de perte de poids, après un épisode médico-chirurgical aigu • Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux
Prise en charge nutritionnelle en cas de dépression	• En cas de dénutrition ou de diminution des ingesta • Surveillance nutritionnelle régulière des patients

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

À domicile

- Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants
- Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information :
  - Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques
  - Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
  - Les centre locaux d'information et de coordination (CLIC)
  - Les services sociaux
- Pour la prise en charge financière de ces aides :
  - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
  - L'aide sociale départementale
  - L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles

En institution,

- Prise en charge multidisciplinaire sous la responsabilité du médecin coordinateur

À l'hôpital,

Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et veiller à la qualité de la prestation alimentation-nutrition :

- Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)
- La création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition (UTN)

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » Validées en avril 2007

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

GRILLE D'EVALUATION NUTRITIONNELLE : MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nom: Prénom:

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

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

Dépistage

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

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

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

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

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression severe
1 = démence modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

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

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

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

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

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

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

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

K Consomme-t-il?
- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
- Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
- Chaque jour de la viande Du poisson ou de volaille . oui ☐ non ☐

0.0 = si 0 ou 1 oui
0.5 = si 2 oui
1.0 = si 3 oui ☐.☐

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

M Combien de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait...)
0.0 = moins de 3 verres
0.5 = de 3 à 5 verres
1.0 = plus de 5 verres ☐.☐

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

O Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)
0 = malnutrition sévère
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
2 = pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santéque la plupart des personnes de son âge?
0.0 = moins bonne
0.5 = ne sait pas
1.0 = aussi bonne
2.0 = meilleure ☐.☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐.☐

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

Evaluation globale (max. 16 points) ☐☐.☐
Score de dépistage ☐☐.☐
Score total (max. 30 points) ☐☐.☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points ☐ état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points ☐ risque de malnutrition
moins de 17 points ☐ mauvais état nutritionnel

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

INDICE DE MULLEN
Pronostic Nutritional Index : PNI[18]

L'indice de Mullen est un score clinico-biologique de réalisation plus complexe pour la pratique quotidienne. Il semble un indicateur pronostique fiable et a été récemment recommandé comme le seul index capable de prédire l'évolution de manière prospective. L'indice de Mullen, *Pronostic Nutritional Index* (PNI), est obtenu par la formule suivante :

PNI % = 158 1,66 (alb) 0,78 (TSF) 0,02 (TFN) 5,8 (DH)

- alb : albumine en g/l
- TSF : pli cutané tricipital en mm
- TFN : transferrinémie en mg/l
- DH : tests cutanés d'hypersensibilité (0 en l'absence de réaction, 1 si l'induration est < 5 mm pour un test, 2 si l'induration est > 5 mm pour un test).

Sont considérés comme sévèrement dénutris les sujets dont le PNI est supérieur ou égal à 50 %, et comme moyennement dénutris ceux dont le PNI est supérieur ou égal à 40 %.

INDEX DE INGENBLEEK & CARPENTIER
Pronostic Inflammatory and Nutritional Index : PINI[18]

L'index d'Ingenbleek et Carpentier combine l'analyse de deux protéines de l'inflammation (*C reactive protein* et orosomucoïde ou *alpha*-1 glycoprotéine acide (1-GPA)) et de deux protéines sensibles aux variations de l'état nutritionnel (albumine et transthyrétine). Cet index PINI (*Pronostic Inflammatory and Nutritional Index*) a été proposé comme index pronostique en cas de dénutrition chronique et validé en pédiatrie et chez le sujet âgé :

PINI = oro (mg/l) x CRP (mg/l) / alb (g/l) x préalb (mg/l)

- oro : orosomucoïde
- CRP : *C reactive protein*
- alb : albumine
- préalb : préalbumine.

Les patients sont classés par l'index en termes de gravité de l'affection en 5 classes :

1. patients non infectés non dénutris (PINI ¾ 1)
2. patients à faible risque (PINI entre 1 et 10)
3. patients à risque modéré (PINI entre 11 et 20)
4. patients à haut risque de complications (PINI entre 21 et 30)
5. patients à risque vital (PINI > 30).

TRAME D'ENTRETIEN

Que représente pour vous la dénutrition de la personne âgée ?

Que faites-vous en pratique pour le dépistage de la dénutrition de la personne âgée ou à risque de dénutrition ?

Faites-vous un dépistage de façon systématique ?

Si oui, comment ?

Utilisez-vous un outil de dépistage ?

Sinon, qu'est-ce qui oriente votre dépistage ?

Ciblez-vous une population particulière ?

Quelles sont vos méthodes de dépistage ?

Présentation du MNA® et interrogations autour du PNI :

Connaissez-vous le MNA® ?

Utilisez-vous le MNA® ?

Que pensez-vous du MNA® ?

Connaissez-vous le PNI ?

Que pensez-vous du PNI ?

Y a-t-il d'autres problématiques autour de la dénutrition de la PA qui vous viennent à l'esprit ?

VERBATIM

Groupe 1

[Présentation générale de mon sujet au groupe : constatation que le diagnostic de dénutrition se fait à l'entrée en hospitalisation, qu'il existe des recommandations des HAS sur la prévention du traitement de la dénutrition mais pas de chose réellement fixée en pratique quant au dépistage, d'où l'intérêt de faire un état des pratiques en médecine générale des méthodes de dépistage de la dénutrition de la personne âgée ou à risque de dénutrition.]

[Explications : réalisation de focus groups et interviews pour établir un questionnaire à proposer au médecin, pour quantifier les pratiques]

MF : dites-moi ce que vous faites pour le dépistage de la dénutrition de la PA ?

D2 : on y pense en consultation, en visite et maison de retraite c'est plus difficile, en cabinet prise de poids systématique. *(D1 et D3 confirment)*

D2 : je mets un petit + ou – devant le poids pour visualiser l'évolution et j'ai un logiciel qui me permet de visualiser la courbe de poids et si l'impression se confirme il y a un test simple c'est qu'on ouvre la fenêtre et que si la patiente s'envole c'est qu'elle est franchement dénutrie, autrement je fais assez facilement un dosage albuminémie à l'occasion d'un bilan plus complet.

MF : vous le faites systématiquement ?

D3 : lorsqu'il y a une perte de poids. *(D1 et D2 confirment)*

D3 : *(ajoute)* quand il y a une perte de poids qui se confirme sans cause évidente.

MF : vous vous fixez une perte de poids vous la quantifiez ?

D2 : ça dépend du poids initial. *(confirmé par D3)*

D1 : ça dépend si c'est ponctuel, si ça se confirme...

D2 : quand on a la courbe de poids, si la variation se situe à deux trois kilos près ça va *(confirmé par D1)*, quand on est à cinq kilos on voit à deux mois près si perte de un ou deux kilos, on déclenche sonnette d'alarme. *(confirmé par D1)*

D1 : *(ajoute)* il peut avoir été malade, avoir perdu quelques kilos et les reprendre après !

(Silence total : pas d'évolution)

MF : sinon à part l'albuminémie, vous faites autre chose ?

D1 : il y a l'interrogatoire quand même, s'il mange de la viande, s'il mange équilibré, on enrichit éventuellement, il y en a beaucoup qui ne mange pas de viande. *(confirmé par D2 et D3)*

MF : situation sociale ?...

D1 : oui, l'appareil dentaire aussi... Voir l'état des dents et puis oui, socialement oui, s'ils ont les moyens de se payer à manger !

D3 : c'est vrai que de temps en temps, et c'est plus facile en visite, je leur demande ce qu'ils ont mangé à midi et est-ce qu'on peut regarder dans le réfrigérateur pour voir un peu ce qui traine...

D1 : *(confirmant)* c'est pas mal d'ouvrir le frigo !

MF : je n'avais jamais pensé à ça !

D1 : *(en même temps)* **D2 :** ce n'est pas évident, mais quand on peut... Frigo et placards, avec leur autorisation bien sûr !

D1 : *(ajoute)* après on voit aussi l'état des cheveux, les ongles aussi.

(Plus d'évolution)

MF : avez-vous déjà entendu parler du MNA ?

D1 : *(en même temps)* **D2 :** *(en même temps)* **D3 :** non.

MF : je vais vous présenter le MNA, *Mini Nutritional Assessment®*, qui entre dans les recommandations *[présentation du questionnaire sur papier].* Il est fait notamment en milieu hospitalier, et on devrait le faire dans le dépistage de la dénutrition. C'est un questionnaire avec plusieurs items fait systématiquement chez les plus de 75 ans à leur entrée en hospitalisation.

D2 : *(intervient)* nous, en cabinet, on n'a pas un externe pour le faire !

MF : détail des items, perte de poids, motricité la maladie, environnement, problèmes neurologiques, psychologiques, IMC, dépendance, prise de médicament, escarre, les repas pris, ce qu'il consomme...

D1 : *(sur le ton de la plaisanterie)* Bonjour cher patient, êtes-vous dément ?

MF : il y a aussi des mesures du mollet etc. Et si je vous dis que maintenant, c'est la référence pour le dépistage de la dénutrition qu'est ce que vous en feriez ?

D3 : on utiliserait éventuellement ça que si on a constaté une perte de poids, on ne s'amuserait pas à faire ça au quotidien la consultation peut durer...

D2 : absolument ! ça fait partie de ces grilles conçues par des technocrates qui n'ont absolument pas l'esprit pratique.

(D1, D2, D3 regardent la grille et constatent qu'il sont déjà informés sur certains items : commentaires sur antécédents, pli cutané , traitement)

D1 : sur les repas, ça pourrait être pas mal car ça obligerait à poser les questions.

D2 : *(à tour de rôle)* **D3 :** ce n'est pas très pratique... C'est réellement fait à l'hôpital ?

MF : normalement ça devrait être fait, ce sont des recommandations.

D1 : donc c'est bien corrélé au risque de dénutrition ?

MF : oui.

D1 : pourquoi pas... Ce n'est pas très long à faire !

D3 : il faudrait faire des consultations dédiées…

D2 : c'est quand même des questions qu'on pose fréquemment "comment vous buvez".

(Silence)

MF : que pensez-vous de l'intérêt d'un outil de dépistage ?

D2 : *(en montrant la grille du MNA)* comme ça ?

MF : comme ça voire plus adaptée à la pratique en médecine générale...

D2 : après c'est une question de temps !

D1 : *(se repenche sur la grille du MNA)*

D2 : que ça fait partie des grilles que les éditeurs de logiciels puissent nous sortir pour que si l'on veut en faire une…

D1 : *(en montrant les mesures de circonférences)* ça pourrait être simplifié à une des deux mesures… Un test comme ça on n'a pas envie de le faire, il faudrait 5-6 items, le poids on le sait, l'IMC je ne sais pas si ça sert à quelque chose, moi je ne le fais jamais... Il y en a qui disent que ce n'est pas forcément relié au facteur de risques cardiovasculaires…
(Brouhaha et commentaires difficilement audibles qui dérivent sur l'IMC en général et le surpoids chez l'enfant)

Groupe 2

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
(Certification de l'anonymat après questionnement à ce sujet)
(Commentaires inaud.)
MF : je vais vous laisser parler entre vous de la pratique du dépistage de la dénutrition de la PA.
D5 : je les pèse !
D6 : *(se tourne vers D5)* à domicile ?
D5 : oui, pourquoi pas ?
D6 : t'emmènes ta balance ?
D5 : non, ils ont un pèse-personne !
D7 : les peser, comparer avec le poids qu'ils avaient avant...
D5 : moi je demande régulièrement l'albumine !
D7 : protéinurie, ...
D5 : *(le coupe)* et en ce qui me concerne honnêtement, je n'ai jamais trouvé d'hypo albuminémie.
D9 : justement reste à savoir si l'hypo albuminémie est un critère de la dénutrition !
D6 : voilà peut-être que ce n'est pas le bon critère...
D5 : *(à l'attention de D9)* ça y est, tu pars dans le scientifique, on te demande des choses…
D7 : ça ce n'est pas l'examen clinique, c'est après!
D9 : c'est ce qu'il fait, c'est ce que je fais aussi, je ne dis pas le contraire.
D6 : moi, je vais ouvrir le frigo et je vois ce qu'il y a dedans.
D7 : et on regarde ce qu'il y a dedans.
MF : vous le faites ?
D7 : ah oui ! Frigo congélateur c'est très important !...
D9 : *(le coupe)* et là oh surprise, il y des packs de bières mais plus rien à bouffer dans le frigo !
D7 : tout est périmé dans congélateur, le frigo est plein donc il ne mange rien ou il est vide.
D5 : les personnes âgées que l'on voit tous les samedis au marché , t'as moins de craintes qu'elles soient dénutries, déjà parce qu'elles peuvent y aller, se déplacer...
D7 : on interroge aussi s'ils ont un animal, de la famille etc.
D6 : des enfants…
(Silence)
MF : est-ce que vous ciblez plus une population en particulier ou vous faites ça chez tout le monde ?
D7 : chez ceux qui sont seuls. *(tous les autres confirment)*
(Silence)
[Présentation du MNA]
(Brouhaha, tous sont d'accord pour dire qu'on ne peut pas bloquer une consultation pour ça)
D9 : *(de manière ironique et vive)* il faudrait passer 22 malades par heure !! Il faut c = cs !
D6 : *(sur le ton de la plaisanterie)* c = 2cs !
D7 : il n'y a pas que ça, ils viennent pour autre chose ; si on pense à les peser, mesurer, on a l'IMC c'est déjà un bon truc !
(Silence)
MF : vous pensez que l'IMC reflète bien l'état nutritionnel de la PA ?
D7 : *(en montrant la grille)* oui, globalement toutes ces questions, on les pose !
(Silence à nouveau)
MF : au total à cette table, la pesée, IMC, environnement familial, interrogatoire de la famille et solitude du patient ?...
D9 : *(intervient)* l'albumine quand même !
MF : est-ce que vous le faites de façon systématique ou attendez-vous une perte de poids ?
D6 : moi, je la demande régulièrement mais c'est vrai que les gens à domicile, on les pèse pas !
D9 : objectivement, je vais attendre une perte de poids, je ne vais pas le faire de façon systématique.
D5 : quand 'y a une perte de poids de 3 kilos !
(Brouhaha)
D6 : *(se tournant vers D5)* en combien de temps ?
D9 : dans l'AMM des compléments nutritionnels, on tient compte de la perte de poids et de l'hypo albuminémie.
(Brouhaha : données inexploitables)

Groupe 3

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
D11 : *(intervient)* c'est une question qui peut nous faire rougir, mais de là à ce que ce soit systématique, ce sont nos patients, ce sont des gens que l'on voit relativement régulièrement !
MF : qu'est ce que c'est pour vous le dépistage ? Vous me dites que vous ne faites rien de systématique et que vous les voyez régulièrement ?
D11 : au moins un taux d'albumine !
(Silence)
MF : et vous le faites dans quels cas ?
D11 : *(sur le ton de la plaisanterie)* quand ils arrivent à l'hôpital de Buzançais, car je pratique à l'hôpital de Buzançais, chez les personnes qu'on hospitalise pour altération de l'état général.
D13 : moi je corrobore ce que dit D11, d'une façon globale on a plutôt un problème de surnutrition, d'obésité dans notre société moderne et la dénutrition ça vient vraiment très tardivement, pour les PA malades, institutionnalisées, là j'y pense ; tant qu'elle est chez elle dans son jardin, si elle a son hyper tension et son diabète, ça ne me vient pas du tout à l'esprit qu'elle pourrait être dénutrie.
(Silence)
MF : et le sujet en surpoids vous ne pensez pas qu'il peut être dénutri ?
D13 : *(de manière détachée)* il parait que ça existe oui...
D11 : il parait, mais bon voilà s'il fait 100 kilos, qu'il passe à 80, je cherche d'abord la pathologie avant de penser qu'il va être dénutri ; on se focalise plus sur la maladie étiologique que sur la conséquence nutrition !
(Interruption par le serveur qui présente le plat)

D13 : donc l'albumine sur un plan para clinique, après, cliniquement, c'est vrai qu'on va y penser plus chez une mamie ostéoporotique de 45 kilos.
D11 : autant, au cabinet on aura peut-être le reflexe de les faire monter sur la balance, parce que c'est facile, mais à domicile, même en institution, ça vient pas tout de suite, et il y a des notions récentes de dénutrition sans perte de poids.
D10 : *(se tournant vers D12)* tu n'avais pas une balance ?
D12 : oui, on m'avait offert un appareil de dépistage de la masse maigre et la masse grâce.
D11 : dans l'hypothèse obésité !
D12 : ça ne m'a jamais motivé...
D14 : vous faites pas l'indice de masse corporel, des choses comme ça ?
D11 : si, quand on a un doute !... Pour un gamin...
D13 : plutôt dans l'obésité !... Mais dans la maigreur…
D11 : dans l'autre sens jamais !
(Silence)
MF : et donc quand vous pensez à faire un dépistage, qu'est ce que vous faites ?
D13 : moi, à part l'albumine, c'est tout ce que je fais !
(Silence)
MF : avez-vous entendu parler du PNI et du MNA ?
D11 : *(en même temps)* **D12 :** *(en même temps)* **D13 :** non.
D13 : qu'est-ce que c'est ?
MF : *Pronostic Nutritional Index* qui donne un chiffre qui évalue l'état nutritionnel en intégrant l'albuminémie et la CRP. Je ne pourrai pas vous donner le calcul exact mais ce calcul tient compte du syndrome inflammatoire, ça se fait de manière assez systématique à l'hôpital de Châteauroux, et un peu partout en France notamment dans les services d'orthopédie car il rentre dans le pronostic de la durée du séjour.
D14 : *(intervient)* nous, on utilise un indice qui s'appelle le PINI, qui utilise l'orosomucoïde ; quand le PINI est en dessous d'un certain pourcentage les personnes ont une espérance de vie de moins de trois mois.
D11 : *(se tournant vers MF)* et l'autre ?
MF : le MNA, je vais vous le faire passer et vous allez me dire ce que vous en pensez, c'est la référence pour faire un bilan de l'état nutritionnel de la PA. *[présentation du questionnaire sur papier]*
D14 : moi, ce que j'ai pas dit, c'est qu'en soin palliatif, on voit souvent des gens âgés déments qui se mettent à présenter des troubles de l'acquisition, on se pose effectivement la question de l'alimentation, pour les patients qui s'alimentent correctement avant, qui commencent à ne plus bien s'alimenter, ou sans faire de bilan nutrition se pose simplement la question si on va continuer à les alimenter et de quelle façon, et effectivement, on est étonné de voir qu'en réalité on attend toujours le dernier moment où les malades ne peuvent plus avaler pour commencer à se poser la question de savoir comment les alimenter plutôt que de savoir si avant, ils n'étaient pas déjà sous alimentés.
D11 : *(à l'attention de D14)* est-ce qu'ils se sont bien alimentés ?
D14 : très souvent, on se rend compte que les gens avaient déjà à ce stade, une dénutrition.
D11 : *(se tournant vers D14)* toi, tu es sensibilisé !
(Silence)
MF : est-ce que lors de votre examen clinique, vous allez par exemple regarder l'état du dentier ? De la cavité buccale ?...
D11 : *(coupe)* si, si, mais de là à ce que je le fasse systématiquement et dans la vision d'un objectif nutritionnel non !
MF : je parle de ça car au cours de mes stages et d'ailleurs mes chefs se moquaient de moi je fais tirer la langue à toutes les personnes âgées et presque une fois sur deux il y avait une mycose de langue et une fois le traitement initié, les gens reprenaient l'alimentation.
D13 : oui ça c'est vrai !
D11 : oui c'est vrai, les dents non mais la langue si, je la regarde assez systématiquement… Mais les dents ! Nos vieux ont souvent des tacos dans tous les sens, pour les envoyer chez le dentiste alors là tu peux parler...
D13 : c'est au moins 1000 euros !
D11 : si on doit les opérer d'une prothèse alors là ils vont y aller chez deux ou trois ! Exemple, actuellement tu les fais bouger, le chir leur dit il faut des dents en bon état sinon on n'opère pas, les v'là arrivés chez le dentiste, avant tiens !... Voir arriver une PA chez un dentiste c'est déjà du boulot !
D14 : c'est vrai que moi, dans ma pratique, la dénutrition, on va l'évaluer quand on a des maladies évolutives, néoplasique.
D13 : tout ce qui est chronique, là on y pense.
D14 : surtout s'il y a amaigrissement, on avait alors l'évaluation de ce qu'ils mangeaient, ou sinon avec les compléments alimentaires, mais quand vous commencez à envisager des compléments alimentaires on est presque plus dans le sujet !
D10 : *(s'adressant à tous)* à part l'albumine vous faites d'autres examens complémentaires ?
(Silence)
MF : est-ce que la créatinine ça vous oriente aussi ?
D13 : la créatinine ?
D11 : maintenant il parait que oui, mais j'aimerais qu'on m'explique.
D14 : comme l'IMC...
(Silence)
MF : la masse musculaire va disparaitre progressivement...
D11 : *(coupe)* oui je sais !
MF : une clairance super bonne chez la PA c'est…
D10 : *(coupe)* rare !!
MF : voilà !
D11 : elle est sèche de toute façon systématiquement, j'avais déjà appris dans mes habitudes que l'urée c'était un très mauvais reflet et qu'ils faisaient tous la créatinine et que l'évolution des laboratoires fait qu'ils proposent la clairance assez régulièrement, c'est sûr que quand la clairance varie on est plus attentif !
D13 : c'est plus compliqué chez les anciens obèses, on se dit qu'il est gros, qu'il peut résister, chez quelqu'un qui est déjà maigre, par avance on est déjà un petit peu averti.
(Silence)
MF : c'est vrai qu'il y a des gens en surpoids qui sont hospitalisés pour AEG et en fait on fait le diagnostic de dénutrition.
D13 : ça ne me vient pas du tout à l'esprit !

D11 : c'est toujours le problème des questionnaires… Là c'est sur la dénutrition, à côté c'est sur autre chose, je crois que la médecine générale, actuellement…
MF : *(relayant D11)* c'est que des questionnaires je suis d'accord…
D11 : *(ajoute)* et des recommandations !
D13 : en fait, on s'en sert très peu de toutes ces grilles, de tout ces trucs !
D11 : *(d'un air las)* les recommandations c'est bien, mais pour les suivre !…
(Silence)
MF : l'idée, c'est de faire un outil pratique et reproductible en fait.
D11 : après il y a l'adhésion au réseau… Gériatrie, il faut avoir le temps.
(Silence)
MF : si demain il y a une recommandation sur la dénutrition de la PA qui dit qu'il faut cibler les personnes qui vivent seules, qui n'ont pas d'environnement familial et qu'il faut leur faire une prise de sang une fois par ans, le feriez-vous ?
D11 : ok d'accord, peut-être… ça va aboutir à quoi ?!
D13 : *(se tournant vers MF)* en pratique ?
MF : en pratique, le but c'est de diminuer les hospitalisations pour AEG.
D11 : on est tout à fait d'accord *(inaud.).*
MF : donc, si je refais le point autour de la table, vous ne dépistez pas spécialement, à part si vous notez une perte de poids, et si vous y pensez, vous faites l'albumine.
D11 : *(en même temps)* D13 : en gros c'est ça !
D13 : *(rajoute)* albumine plus bilan étiologique point barre !
(Brouhaha)
D11 : *(confirme vivement)* pas en première intention, même pas en seconde !

Groupe 4

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
MF : que faites-vous en pratique pour le dépistage de la dénutrition de la PA ?
D15 : je ne travaille pas en gériatrie, je ne dépiste pas.
D16 : clientèle pour moitié pédiatrique peu de gériatrie, pas de dépistage systématique.
D17 : clientèle 25% gériatrique, pas de dépistage systématique.
D18 : moi je suis le vétéran qui va avoir quatre-vingts ans dans un mois, donc il m'est difficile de dire si je dépiste mais je dialogue. Nous partageons avec nos malades, il ne faut pas croire que parce que j'ai quatre-vingts ans que je n'ai qu'une clientèle de vieux pisseux, parce que j'ai des clientèles de bébés , d'adolescents, d'adultes, d'après la sécurité sociale j'ai une clientèle standard équilibrée, mais mes petits vieux bien sûr je me sens très proche d'eux et eux se sentent plus en confiance pour me parler d'abandon des familles, des difficultés de voisinage, de toutes ses petites choses , des difficultés d'avoir de l'assistance, d'avoir un logement adapté... C'est de la prévention de la dépression que de les réconforter de dire que ce ne sont malheureusement pas les seuls, c'est peut-être ça je fais du dépistage sans le savoir, je suis des deux côtés de la barrière. *(inaud.)* La vision que l'on a de la PA n'est pas tellement valorisante, on s'étonne que les mémés, car ce sont surtout les mémés, leurs hommes picolent donc ils partent plus tôt ; on s'étonne que les PA dépriment mais elles sont isolées, elles vous disent, les enfants quand ils descendent, si on est une étape pour partir en vacances on les voit passer deux jours, ils passent bien entre noël et le jour de l'an car il savent bien qu'avec nos petites économies on va leur faire un chèque mais le reste du temps on les voit point, et le social on fait beaucoup de choses, la municipalité leur envoie un coli avec quelquefois une heure de plus d'aide ménagère, les maisons de troisième âge… Qu'est-ce que c'est… Vous croyez qu'ils s'épanouissent , ils me disent si c'est pour jouer à la belote ça sert à rien ! C'est l'isolement, même vous *(à l'attention de MF)* à dix-huit vingt ans *(MF sourit)* si vous vous trouvez avec des ressources modestes et sans famille, à ce moment là tout le monde déprime! Qu'est-ce que c'est la dépression du vieillard, c'est la conscience de quelqu'un qui sait qu'il est au bout du rouleau qui aimerait mieux que ce soient des lendemains qui chantent mais malheureusement c'est trop tard… et moi-même qui suis quand même en forme si on peut dire, et bien de me dire dans un mois tu vas avoir quatre-vingts ans, même si tu crois péter le feu tes jours sont comptés et tu arrives au bout du chemin, c'est pas réjouissant non plus ! Donc tous les vieux dépriment !
(Silence)
MF : oui mais est-ce que c'est un critère de dénutrition ?
D18 : souvent , d'abord leur modeste revenu, ensuite mange tout seul au coin d'une table comme un étudiant c'est pas réjouissant , c'est pas appétissant non plus, aller au supermarché pour tous les jours avoir des produit frais, non vous achetez une salade car la femme de ménage vous y emmène le samedi, mais le mardi mercredi la salade a les oreilles qui baissent, vous achetez deux kilos de nectarines car vos revenus le permettent il faut bien les choisir entre celles pas trop mures … pour que ça dure trois jours parce que le quatrième jours ce sera pourrit, la dénutrition ça fait partie de l'environnement du psychisme, quand on s'ennuie on a pas d'appétit ou alors on mange des cochonneries, ça c'est pas pour votre thèse ce sont les confidences d'un vieillard.
D16 : *(intervient)* c'est une leçon de médecine !
D19 : moi, je participe à ma manière au dépistage de la dénutrition avec des examens assez ciblés dont on peut parler tout à l'heure si vous voulez, je travaille avec hôpitaux/cliniques pour diminuer la T2A, la PMSI.
MF : *(à l'ensemble de la table)* pour vous, en quoi consiste le dépistage de la dénutrition ? Que faites-vous en pratique ?
D16 : moi je fais pas, je m'assure qu'ils aient éventuellement de l'appétit mais ça restera très, très global, à moins qu'il y ait des pathologies associées qui justifient qu'on regarde qu'ils aient un minimum d'apport, mais de façon systématique je fais pas !
MF : vous n'êtes pas le seul à me dire ça !
D16 : moi je vous le dis très bien, je vais dire des bêtises, le poids, aspect général cachectique chez les gens âgés, je ne sais pas si on dépiste, on constate.
(Silence)

MF : et quand vous constatez est-ce que vous faites quelque chose du coup ou vous en restez là ?
D16 : j'ai pas l'impression d'être confronté souvent à ce problème, est-ce que c'est le type de clientèle ou si on est en ville, qui socialement n'est peut-être pas si mal que ça, tu parlais *(à l'attention de D18)* des petits revenus je ne sais pas si on a une représentation de ça, j'ai vu ça plus quand j'étais étudiant à Paris, que j'ai fait des remplacements.
D18 : *(à D16)* c'est dû au type de clientèle !
D16 : oui peut-être, j'ai pas une clientèle qui a de gros problèmes financiers...
D15 : il ne faut pas oublier que nous sommes dans un département vieillissant, que la pyramide des âges est en train de s'inverser, c'est bizarre de vous voir dire que vous ne voyez pas beaucoup de PA !
D16 : quand ils viennent au cabinet c'est qu'ils ont encore l'idée de prendre le rendez-vous, c'est pas forcément des personnes…
D15 : *(le coupant)* qui sont démunies ! *(D16 confirme)*
D17 : moi c'est rare, c'est le hasard, peut-être plus en visite...
(Silence)
MF : est-ce que vous ouvrez leur frigo ?
D18 : non c'est très personnel !
D16 : déjà moi, je fais les pharmacies, et je fais très peu de visites.
D18 : en complément le Renutril® et Fortimel®...
MF : *(à toute la table)* ça c'est dans la thérapeutique, mais dans le dépistage en lui-même ?
D18 : je dialogue.
(Silence)
MF : *(à toute la table)* et quand vous pensez avoir une dénutrition que faites-vous ?
D18 : on passe notre temps à donner des conseils aux obèses, aux dénutris…
MF : *(à toute la table)* et les obèses, pensez-vous qu'ils peuvent être dénutris ?
[D18 : (inaud.) raconte une anecdote sur un obèse qui ne sortait pas et du jour au lendemain, il a perdu du poids ses enfants lui ont offert un chien et qu'il a bien fallu le sortir et a mangé sa part à table!]
MF : biologiquement, que faites-vous ?
D18 : vit B12, vit D...
D16 : on va rechercher les causes de carences.
(Silence)
D16 : si on est dans un cas de pathologie on va rechercher les causes de démence d'hypovitaminose des choses comme ça, mais on ne sera peut-être plus en préventif.
D19 : il existe une espèce de dissociation entre l'approche de la dénutrition de quelqu'un qui est hospitalisé et la dénutrition que vous pouvez rencontrer en cabinet, et moi quand je fais un suivi chez quelqu'un qui est hospitalisé en soins intensifs c'est un bilan biologique bien précis qui sera le reflet du pronostic nutritionnel, qui tient compte de l'albumine pré albumine et la CRP, ça n'a de valeur que lorsqu'on compare un bilan par rapport à un autre à une étape de son traitement, de son hospitalisation, parce qu'un bilan nutritionnel négatif peut prolonger l'hospitalisation de plusieurs jours ; la majorité de l'organisation des établissements maintenant ont dans l'arbre décisionnel un paramètre qui s'appelle le PINI qui fait une interprétation du graphique plutôt que du calcul lipidique et sert à garder quelques jours supplémentaires leur patient économiquement c'est quand même très, très important. Maintenant la standardisation je ne l'ai rencontrée que dans des centres de soins.
D18 : il y a une grande différence entre les gens qui sont en institution en maison de retraite…
MF : études faites en hospitalier, notamment en orthopédie.
D18 : quand il n'y a pas d'isolement, il y a la surveillance, l'assimilation.
MF : justement c'est pour faire un outil d'homogénéisation, je voulais vous demander si vous connaissiez le PNI, le MNA ?
D15 : *(sur le ton de la plaisanterie)* je connais le PMU…
MF : ils sont proposé en hospitalier parfois de façon assez systématique. *(présentation de la grille du MNA sur papier)*
D15 : ce n'est pas quelque chose qu'on a en ville, je n'ai jamais entendu parler de ça en ville.
D19 : je n'ai jamais eu de demande de prescription bilan nutritionnel.
D18 : bilan nutritionnel, non !
MF : est-ce que de voir une modification d'une créatinine chez une PA ça vous parle ou pas ?
D15 : ça dépend dans quelle mesure mais euh… *(inaud.)*
(Brouhaha)
D18 : les gens qui sortent d'hospitalisation avec un régime, il y a toujours 200 grammes de protides, ça c'est un peu ma grille ! On n'a pas le temps de faire les choses, la viande est chère, il faut la cuisiner, alors qu'une viennoiserie c'est bon, c'est sucré, ça coule tout seul : 5 pains au chocolat, 5 croissants pour 5 euros, ça vous fait presque la semaine !
D16 : vous avez posé la question de savoir ce que vous pensez de la créatinine dans l'état nutritionnel, il est clair que la créatinine reflète aussi… Bon… C'est le reflet de la masse musculaire.
MF : voilà…
D16 : une dénutrition commence aussi par là.
MF : oui effectivement.
D16 : chez les personnes âgées, qu'est-ce que vous faites de l'évolution de la créatinine par rapport à l'évolution d'une insuffisance rénale normale ? La dénutrition se reflète par la diminution de la créatinine, on est d'accord ?
MF : tout à fait.
D16 : c'est pour ça, que dire ?... Et maintenant ?...
MF : par rapport à tout ce qui a été dit, je suis d'accord, je veux savoir ce que vous faites en pratique, je voulais aussi savoir si vous aviez entendu parler du MNA ?
D16 : non plus… *(D17 et D19 confirment)*
MF : *(en parlant du MNA)* je l'ai apporté car ce sont les recommandations basées sur des études hospitalières, pensez-vous que cela soit possible à pratiquer en cabinet, si vous aviez un outil comme cela, l'utiliseriez-vous ?
(Silence)
D16 : ben oui, évidemment.
(Silence)
MF : le bilan de cette table, vous ne dépistez pas forcément, vous y pensez quand il y a une perte de

poids, vous centrez essentiellement sur le social, le coût et ce qu'elles peuvent manger et dans le même temps vous faites la part du bilan de l'apport protidique nécessaire, sinon rien de systématique.
(D16 et D17 confirment)
D15 : *(à l'attention de D16)* c'est vrai que comme tu dis, les personnes âgées que tu vois se déplacent en cabinet, ce n'est pas la même approche...
D18 : pour moi, le vieillard malnutri c'est le veuf qui a une pension de réversion qui vit dans un petit logement… Et ça, pour savoir s'il a à manger ou pas… Même les enfants n'arrivent pas à le savoir !
(Brouhaha)
D16 : le problème du questionnaire, c'est qu'il arrive au sein d'une consultation, ça va de A à R, t'as 20 items à reprendre sachant qu'ils viennent pour le renouvellement d'ordonnance…
D18 : 'y a des trucs, tu peux pas…
MF : ils viennent rarement en consultation en disant je suis dénutri !
D16 : ce n'est jamais la question ; nous, ils viennent pour autre chose.
D18 : quand ils viennent avec les enfants, les enfants disent : donnez-lui quelque chose pour qu'il mange !
D16 : ça, c'est une fois par an…
D18 : le vieux se rebelle en disant – c'est pas vrai, je mange – et dans son frigo il y a tous les repas de l'année…
D16 : ce n'est pas que le questionnaire en soi est mal fait, mais l'insérer dans une pratique de consultation, avec ses urgences… *(en regardant la grille MNA)* C'est un questionnaire de plus, car savoir s'ils sont déprimés…
D19 : *(d'un air las)* une fois qu'on a fait le diagnostic, que fait-on ? Augmenter l'apport, ils ne le prennent pas, augmenter les aides, ils n'en ont pas les moyens, augmenter les passages, même problème, on ne peut pas tous les institutionnaliser, c'est dégrader leur qualité de vie. Que faire du diagnostic quand on n'a pas les moyens de prévenir ou d'y remédier par rapport aux démences, altération de l'état général, au manque d'aidants...
MF : il existe des recommandations par rapport à la prise en charge.
D18 : sujet difficile…

Groupe 5

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications][En sortant de FMC sur le harcèlement au travail, je m'adresse aux médecins ne restant pas au repas et désirant ne pas s'attarder]
[Les groupes me semblent beaucoup moins enthousiastes qu'à la FMC précédente]
MF : dites-moi ce que vous faites pour le dépistage de la dénutrition de la PA ?
D20 : c'est tout simple je fais une albuminémie, je peux les peser aussi, et leur mesurer aussi… Comment on appelle ça le pli machin là !…
MF : le pli cutané oui…
D20 : *(se tournant vers D21)* et toi qu'est-ce que tu fais ?
D21 : moi je fais une protidémie.
MF : vous le faites...
D20 : *(coupe)* on est d'accord alors !
MF : vous ciblez des populations particulières, ou vous le faites systématiquement ?
D20 : ceux qui sortent de l'hôpital !
(Silence)
MF : d'accord…
D21 : en particulier…
MF : *(en même temps)* parce qu'ils sont tous dénutris en sortant de l'hôpital ?
D20 : tous ! C'est pas vrai ?
D21 : c'est vrai !
MF : donc vous ciblez des populations à risque ?
D20 : non c'est vrai ! Sérieusement, les personnes âgées qui sortent de l'hôpital *(inaudible).*
D21 : ils s'en occupent pas, ils branlent rien ! *[en parlant du personnel de l'hôpital]*.
(Silence)
MF : je voulais vous demander si vous connaissiez le MNA et le PNI ?
D20 : MNA ?
MF : c'est la référence pour le dépistage de la dénutrition de la personne âgée.
(Silence)
MF : il y a plein d'items, s'ils ont des problèmes de santé, de mobilité, d'alimentation…
D21 : il faut avoir le temps pour ça !
D20 : c'est la grande mode ces questionnaires, il y en a partout, alors on va passer la journée à ça ! Non, non, mais ça non !
D21 : ça nous intéresse pas, pas du tout.
MF : je voulais juste savoir si...
D20: *(intervient)* non, non, on connaît pas.
D21 : *(pressé)* eh ben voilà, merci madame.
MF : merci à vous.
D20 : *(en train de partir)* on connaît pas ça.
MF : je vous remercie et je vous laisse partir !

Groupe 6

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
[L'organisation est difficile car il n'y a qu'une seule table rectangulaire]

MF : que faites-vous en pratique pour dépister les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition ?
D26 : à l'occasion d'une prise de sang.
MF : donc assez systématiquement ?
D22 : absolument !
D26 : dès qu'on voit qu'ils maigrissent… Ou qu'il y a un changement, un veuvage, qu'ils maigrissent.
D22 : l'interrogatoire.
D26 : un changement de mode de vie… Prise de sang !
D22 : prise de sang et interrogatoire.
D24 : surveillance du poids et albuminémie.
D26 : après ça c'est la prise de sang.
D24 : en général oui c'est ce qu'on fait.
D26 : albuminémie, pré albuminémie.
D24 : on ne fait pas les...?
D26 : on fait pas les carences, nous autres alors…
(Silence)
MF : j'ai eu dans d'autres groupes ouvrir les frigos, en visite.
D23 : *(en même temps)* D24 *(en même temps)* D25 *(en même temps)* D26 : non !

D26 : non je ne vais pas dans les frigos.
D22 : j'avoue que quand je vais en visite à domicile, si je m'y trouve au moment du repas je vais voir à peu près ce qu'ils mangent.
D23 : moi, je demande systématiquement ce qu'ils mangent, moi !
D22 : ce qu'ils se font à manger, qu'est-ce que vous vous êtes fait à manger aujourd'hui ?
D26 : *(le coupe)* et surtout oui...
D22 : *(coupe*) ce qu'il y a de prévu pour demain !
D26 : s'ils mettent la table ou pas, s'ils font un vrai repas ou pas !
D22 : voilà !
D25 : s'ils pique-niquent ou pas.
D26 : oui.
D23 : voilà absolument.
D26 : oui, si ça sent bon.
D22 : c'est des signes d'appel, oui.
D25 : on va pas chez tout le monde !
D22 : on va pas chez tout le monde, oui !
(Brouhaha)
D25 : et de moins en moins…
MF : dans une prise de sang, est-ce que la créatinine peut vous alerter ?
D25 : en tout cas, elle est demandée systématiquement.
D26 : elle est demandée, oui mais...
D25 : *(la coupe)* une anormalement basse oui !
D26 : *(le coupe)* elle est demandée oui mais pas *(inaudible)*.
MF : une créatinine anormalement basse ou une clairance anormalement bonne...
D24 : c'est quand même très rare d'avoir une créatinine anormalement basse et une clairance anormalement bonne !
D25 : si chez les gens dénutris..
D26 : oui.
D22 : oui chez les tous vieux !
D24 : écoute, moi, j'en vois beaucoup des dénutris et ils n'ont pas des clairances qui sont bonnes, hein !
D25 : la créatininémie !
D24 : moi, même la créatininémie !
(Brouhaha)
D25 : quand tu vois des gens qui ont des créatininémies à 3 ! C'est quand même !...
D24 : oui.
D25 : alors qu'ils ont des traitements qui font que logiquement ils devraient avoir une insuffisance rénale sur le plan fonctionnel, ça colle pas !
D24 : non, non, mais c'est vrai, mais pour moi ce n'est pas un bon critère de dépistage.
D25 : la question posée…?
MF : est-ce que ça vous alerte ?
D25 : *(coupe)* est-ce que ça alerte ou pas ?
(Silence prolongé)
MF : je voulais vous poser d'autres questions, est-ce que vous connaissez le MNA ?
D25 : oui, mais je ne le pratique pas.
D23 : bien sûr, mais ne pratique pas.
(Silence)
D23 : MNA, oui Mini… Je ne sais même plus !
MF : Mini Nutritional *(en même temps)* ***D23 :*** Assessment®.
MF : donc, vous connaissez tous ?
(D22, D23, D24, D25, D26 confirment)
MF : mais vous ne le faites pas ?
D23 : non !
D25 : même à l'hôpital on ne fait pas!
MF : c'est pour ça que je...
D25 : *(coupe)* à la maison de retraite je le fais à l'entrée mais je le fais ! Mais bon… Pas en ville.
MF : pas en ville ?
(D25 confirme)
(Silence)
MF : et PNI, Pronostic Nutritional Index, c'est quelque chose qui vous parle ?
D22 : non.
D24 : pas du tout.
D26 : de quoi là !
MF : Pronostic Nutritional Index.
D23 : ah non.
MF : en fait ça intègre...
D23 : *(coupe)* je l'ai jamais vu celui-là !
MF : ça intègre le syndrome inflammatoire via la CRP et l'albumine, parce que souvent les patients peuvent avoir une albumine qui est bonne et un gros syndrome inflammatoire ce qui fait qu'ils consomment leurs protéines ; sur le papier ils ne sont pas dénutris.
D26 : mmh mmh...
MF : je voulais savoir si ça vous parlait ?
D26 : non.
MF : ça se fait assez systématiquement dans certains hôpitaux… Pour faire les pronostics de durée d'hospitalisation… Je voulais savoir si vous le pratiquiez en ville et si vous en aviez déjà entendu parler.
D22 : je ne l'ai jamais vu. P.N... ?
(Confirmé par D24)
MF : Pronostic Nutritional Index ; alors il existe un PINI aussi, sans entrer dans les détails, il intègre l'orosomucoïde en plus, donc intègre l'état nutritionnel bien complet, est-ce que ça vous parle ?
(Silence prolongé)
MF : justement ce que j'aimerais faire, c'est pouvoir aboutir à quelque chose de pratique, réalisable pour tout le monde et systématiquement en usage en médecine générale.
D23 : et le flair ! Ça compte vachement quand même, c'est plus la mode, mais enfin… C'est efficace ! Ça prend moins de temps que de faire un score !
D22 : le PINI ça pète mais enfin, dans une maison où ça sent bon, on sait qu'on y mange, quand même !
MF : le score de référence c'est la MNA !
D22 : ils sont dénutris souvent après un passage à l'hôpital, mais quand on fait des tests avant le retour à l'hôpital, il n'y en a pas tant que ça qui sont dénutris !
MF : pour moi c'est le contraire en fait ; en tant qu'interne...
D24 : *(coupe)* mais je n'ai pas du tout cette notion là ! Je serais plutôt de l'avis de mon collègue.
(D22, D23, D24 et D25 confirment)
D26 : ouais moi aussi !
D22 : c'est la notion que j'avais.
(Brouhaha, inaudible)
D26 : ça dépend aussi, si la personne vie seule ou pas.
(Brouhaha)
D22 : si on part de très très bas, alors évidemment !
(Inaudible)

D22 : la dénutrition peut se faire dans les jours qui précèdent l'hôpital.
MF : personnellement, je me suis intéressée au sujet car on faisait systématiquement en médecine interne un bilan nutritionnel à l'entrée pour bien cadrer les choses car sinon on allonge la durée d'hospitalisation, et un coup sur deux ils étaient dénutris.
D22 : oui.
D26 : parce qu'il y a eu 8 jours ou 15 jours de galères.
D22 : voilà c'est une dénutrition…
D26 : *(intervient)* mais pas forcément…
D22 : *(relayant D26)* quelque chose de récent, quoi ! Je veux dire…
D26 : ...pas forcément chronique.
D23 : *(en lisant le MNA)* c'est assez lourdingue comme ça, en réalité, si on prend tous les items on le fait quasiment…
D24 : à part la circonférence.
MF : à part la circonférence ?
D23 : et encore ! En prenant la tension ! On se dit tiens…
D25 : *(en même temps)* mais de toute façon, déjà, déjà si c'est positif, quasiment ton truc de base il te sert pas à grand chose.
D22 : c'est de l'héritage que tu connais, tu fais le nécessaire.
D23 : ça tombe sous le sens quoi !
D23 : sans pour autant mettre euh... Le chiffrer. Et c'est chronophage tout ça *(en montrant le MNA)* je m'excuse mais…
D25 : tout ça, c'est pas… Je veux dire c'est faisable, tu vois, dans le cadre de la maison de retraite je le fais, j'ai le temps dans le cadre de la maison de retraite…
D22 : *(coupe)* et encore, pas toujours !
D25 : mais au cabinet je ne vois vraiment pas l'intérêt de le faire !
D26 : ou pas le temps de le faire !
(Brouhaha)
D23 : les gens que vous voyez à l'entrée à l'hôpital, c'est biaisé.
D25 : *(coupe*) bien sûr !
D23 : surtout les personnes âgées, ça fait en général huit jours qu'on est en galère à la maison, où l'on se dit, on va pas hospitaliser, car on se dit qu'il a 80 balais et que si en plus il passe à l'hôpital, il va me revenir avec un escarre sur chaque fesse et ça va être encore pire. On essaie de temporiser et n'empêche qu'on maintient des gens un peu en galère à la maison.
MF : c'est intéressant.
D25 : *(coupe)* mais par contre, c'est vrai que…
D23 : *(le coupe)* c'est difficile car il est alité, il ne va pas se faire la cuisine, il n'est pas encore inscrit au repas à domicile, il n'a pas ses heures d'aide ménagère. Il dépend des voisins qui sont là, qui sont pas là.
D26 : *(le coupe)* à mon avis c'est pas le reflet de l'année qui vient de s'écouler, pas du tout !
D23 : *(en même temps)* les enfants qui sont tous à 200, 300 km et ça c'est l'aboutissement *(inaudible)*.
D26 : *(en même temps)* pour moi c'est une situation aiguë.
D25 : moi, les études que j'ai lues, j'ai plus les noms… La dénutrition, elle était surtout après l'hospitalisation.
D26 : *(en même temps)* c'est clair !
D25 : la dénutrition à domicile c'était qu'un faible pourcentage par rapport à la dénutrition… Alors c'est à cause de l'hôpital.
(Brouhaha)
(Inaudible)
MF : ils se "grabatisent" les gens à l'hôpital ?
D25 : parce qu'ils ont une pathologie déjà !
D26 : *(en même temps)* il y a personne pour leur donner à manger, pour leur couper la viande.
D25 : *(en même temps)* ils arrivent avec une pathologie.
MF : et c'est la gestion de retour à domicile qui n'est pas forcément faite à la sortie de l'hôpital non plus ?
D26 : *(acquiesce)* non plus.
D25 : qui n'est pas faite du tout à l'hôpital !
MF : ça se fait de plus en plus quand même !?
D23 : *(coupe)* la gestion si elle est faite, on leur dit : vous rentrez chez vous, vous allez avoir des aides.
D25 : *(coupe)* voilà, ça c'est du bidon !
D23 : *(en même temps)* des intervenants "socials", le service d'aide à domicile, et d'ailleurs on les appelle, on a fait la demande, comme ça le problème est réglé.
D25 : *(en même temps)* le problème c'est que…
D23 : *(poursuit)* et on oublie de dire qu'il y a des listes d'attente de 30 personnes et qu'en ayant fait la demande ça va peut-être être opérationnel dans quatre mois, et qu'il peut pas rester quatre mois à l'hôpital en attendant.
MF : pour prendre l'exemple du service de médecine interne de Tours où j'étais, où il y avait un assistant social pour le coup très, très efficace, les patients sortaient le lundi... parce qu'il y avait à la maison...
D26 : *(coupe)* chez nous c'est pas ça !
MF : tout était mis en place, tout était carré quoi !
D25 : ici on fait pas du tout, la c'est...
D22 : *(finissant)* c'est même pas pensable.
(Brouhaha)
D23 : le portage de repas, il y a trois listes d'attente, les aide-ménagères, s'il est 20:00 *(brouhaha, inaudible)*.
D22 : *(en même temps)* ça pourrait être organisé quand même.
D23 : pour le complément d'aide au sortir d'hospitalisation il faut pas oublier que la demande d'APA au conseil général c'est deux mois...
(Silence)
D23 : le joint, il faut pas deux mois, il faut bien regarder les choses quand même ! Quant à dire qu'on aura un SIAD, service de soins infirmiers à domicile, ça c'est pas vrai, ils sont tous débordés, ils sont pas disponibles, la seule façon d'avoir un service de SIAD à domicile quand un patient sort, c'est de faire de l'HAD, alors là on en a une qui marche dans le secteur, ceux qui sortent avec une HAD de Noth *[département 23]*.
D25 : *(le coupe)* il y a que ça de toute façon on n'a que ça, puisqu'on n'en a pas sur l'Indre.
MF : mais il faut quand même des critères pour entrer en HAD.
D22 : *(coupe)* voilà il faut quand même euh... Il n'en faut pas pour un petit vieux qui rentre… Il faut quand même...
D25 : *(coupe)* ça dépend, ça dépend.
MF : il faut qu'il y ait un minimum de choses, on a refusé une HAD car il n'y avait pas assez de soins pour un patient en fin de vie.

D22 : oui, il faut quand même un minimum de soins.
(Silence prolongé)
MF : donc je reprends un peu ce qui a été dit, vous pesez quand vous pouvez, vous faites une prise de sang assez systématiquement avec albumine, et vous ciblez essentiellement les retours à domicile après hospitalisation.
(D22, D23, D24, D25, D26 confirment)
MF : merci.

Groupe 7

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
[Groupe dissipé, personne ne désire se présenter]
D27 : ils ne sont pas dénutris chez nous !
D6 : *(en riant)* en maison de retraite un peu !
D9 : eh ! vous répondez sérieusement ! Car après moi, je l'ai la semaine prochaine, elle va m'en battre les...
D27 : ah bon !
MF : je retranscris tout vous savez.
D9 : j'ai rien dit, j'ai rien dit *(en riant)*, parlez dans le poste !
D28 : qu'est ce que tu veux qu'on raconte ! ?
D9 : et ben, ce que tu fais dans ta pratique pour dépister la dénutrition de la personne âgée ; tu dis comment tu t'appelles et ce que tu fais.
D28 : *(en même temps)* ils ne sont pas dénutris, ce sont les aide-ménagères qui les font bouffer trois fois par jour ; ils sont pas...
D9 : tu dis comment tu t'appelles et ce que tu fais comme boulot *(rire général)* après on verra!
[Dérive générale de la conversation]
D27 : il y a le banquet des pompiers, le banquet de la gendarmerie, le banquet du foot...
D29 : il y a les thés dansants
D6 : oh, ils n'y vont plus aux thés dansants.
D29 : il y a la belote.
MF : pour m'en sortir il me faut des noms, s'il vous plaît...
D28 : il y a les fêtes d'anniversaire trois fois par semaine, nous, il y a toutes les salles des fêtes qui sont pleines !
MF : *(en suppliant)* s'il vous plaît !
D27 : ils ont le gâteau de 16:00, ils ont les repas à domicile maintenant systématiquement.
D6 : oui, mais c'est pas bon les repas à domicile !
D28 : c'est pas pensé "cuité" pour ! !
MF : qui est-ce qui veut bien se présenter ?
(D9 se tournant vers D28)
D28 : non non !
D9 : alors je te présente.
D6 : *(en riant)* Phiphi !
D9 : *(en parlant de D28)* je m'appelle Phiphi.
(Rires)
D28 : oui je m'appelle D28.
D9 : pompon ? Non c'est fini pompon !
(Rires)
D28 : c'est vrai que dans ma pratique personnelle, je n'ai pas trop de personnes dénutries, j'ai beau faire des examens protides compagnie tout ça, je m'aperçois...
D6 : *(le coupe)* et ceux qui sont malades ils ne sont pas des dénutris ?
D28 : et ben...
D9 : et qu'est-ce que tu fais comme examens ?
D28 : *(à D9)* tu veux quoi ?
D27 : *(en même temps)* on a une clientèle qui nous ressemble en général !
D9 : *(à D28)* pour savoir s'ils sont dénutris ou pas ?
D28 : ben moi, la plupart du temps...
D6 : *(le coupe)* il a pas de balance !
D28 : et ben si j'ai une balance quand même, d'ailleurs ça me fait penser qu'il faut que je change les piles parce qu'elle ne marche pas.
(Rire général)
D28 : parce que ce matin on arrivait plus à lire les chiffres ! C'est pas comme les toiles d'araignées !
D9 : il faut pas être dénutri à "lieu d'exercice de D28" !
D6 : oui moi j'ai une vraie balance, elle s'appelle "Tiel"
D28 : non mais c'est vrai !
D29 : *(à D6)* qui a une balance comme ça ? J'en ai besoin pour la boxe *(en riant)*, oui, oui c'est la galère pour en trouver!
(Rires ,dérive générale)
D27 : est-ce que les boxeurs sont dénutris ?
D9 : soyez sérieux répondez à la question !
MF : je n'en ai pas pour longtemps je vous le promets, sérieusement qu'est-ce que vous faites pour cibler les personnes à risque de dénutrition, les dénutris ?
(Silence)
MF : ce que vous faites dans votre pratique.
D29 : je leur file du cholestérol.
D28 : pour les cibler ? Ah ben les cibler...
MF : mon but c'est de faire un état des pratiques, donc qu'est-ce que vous faites ?
D28 : ah ben déjà il faut regarder, si la personne est seule déjà, si elle vit avec sa fille, son gendre, ses petits-enfants et compagnie, comme nous... Ben je suis à la campagne et donc ils vivent tous dans la ferme, ils vivent tous ensemble donc il n'y a pas de problèmes.
D29 : ils ont des œufs, il y a le cochon.
D9 : *(en chantant)* une poule, un cochon...
D28 : une femme qui devient veuve, qui se laisse un petit peu aller ou bien... Plus les femmes que les hommes d'ailleurs ! Car l'homme, il sait pas faire sa bouffe donc il a toujours une ménagère ou une femme qui vient lui apporter à manger ou une voisine qui vient lui apporter à manger... Par contre les femmes, c'est vrai que certaines femmes ne mangent pas forcément très bien. Après, on fait quelques examens biologiques, on regarde un peu tout ce qui se passe, les protides tout ça...
MF : développez !
D28 : on est quand même pas !
MF : je ne juge pas ce que vous faites, je ne dis pas que c'est mal, je veux juste savoir ce que vous faites.
D29 : *(me coupe)* non mais c'est bien ce qu'il fait !
(Rire général)
MF : *(en souriant)* je ne vais pas y arriver ; après...
D29 : mais si, mais si, vous allez y arriver.
D28 : non mais après ça, on peut quand même les peser, on peut quand même vérifier...
D6 : on peut les peser.
D9 : quand la balance marche !
D28 : quand la balance marche !
(Brouhaha)
D6 : *(à la serveuse)* il faut pas faire de place *[en rapport à l'organisation de la table et du fait que je change à chaque plat].*

MF : *(en même temps)* à partir de ce que vous allez me dire, un questionnaire va être établi et redistribué aux médecins généralistes de l'Indre afin d'établir un pourcentage de ce qui se fait en pratique ; je fais juste un état des pratiques ! Après il y a quelqu'un qui va prendre la suite pour faire un outil adapté, utilisable en cabinet.
D6 : on aura une feuille à cocher. On mettra tout dans la salle d'attente ! Ils cocheront !
(D9 rit)
MF : voilà ! Ça fait parti des choses que je…
D27 : ils vont aller chez "nom d'un généraliste de l'Indre" *[jeu de mots].*
(D6 rit)
MF : connaissez-vous le MNA ?
D27 : *(en même temps)* "nom d'un médecin généraliste de l'Indre", il va falloir cocher ! *[jeu de mots]*.
D28 : *(se tournant vers D27)* MNA, non ! Ca te parle à toi ?
D27 : MMA !
D9 : *(en riant)* MMA !
D6 : *(en riant)* MMA !
D28 : MNA, ça me parle pas, en même temps moi les abréviations ça me parle jamais !
MF : Mini Nutritional Assessment®.
D28 : ah voilà !
MF : ça vous parle là ?!
D28 : *(en riant)* non non ben, non non, mais je vois au moins ce que c'est !
(D6 éclate de rire)
D9 : déjà c'est pas Berrichon !
(Rire général)
D29 : vous pouvez répéter la question ?
(Rire général)
MF : Mini Nutritional Assessment®.
D27 : *(en même temps)* c'est pas arrivé jusqu'à chez nous cette affaire là !
MF : c'est la référence, pour le dépistage de la dénutrition de la personne âgées.
D28 : c'est américain ça !?
MF : c'est basé sur des études hospitalières.
D6 : ils sont pas trop dénutris non plus *[en parlant des Américains]*.
D28 : étude américaine !
MF : on doit faire ça…
(la grille du MNA passe de main en main)
D28 : je sais pas, je vais regarder, je le ferais peut-être pas.
MF : parfois on le fait à l'hôpital. A l'entrée en maison de retraite.
(D28 soupire)
MF : au cabinet c'est à discuter [*reprenant ce qui a été dit à la table précédente*].
MF : *(à la serveuse me présentant le plat)* moi je mangerai à l'autre bout.
Serveuse : où c'est qu'elle est ?
D28 : *(reprenant les items du MNA)* je sais pas, présente t-il une perte d'appétit, manger moins ces trois derniers mois, perte d'appétit, problèmes digestifs, difficulté de mastication de *(inaudible)*, on le demande ça quand même, non on est quand même pas… Perte récente de poids, on le demande quand même, bon ça, ça me paraît...
D6 : *(reprenant le fil de la conversation)* quoi donc ?
D28 : *(à D6)* tu suspectes une personne dénutrie. Perte de poids récente, tu le fais quand même ?
D9 : *(le coupe)* on commence par ça même!
D28 : *(poursuivant sa lecture)* motricité du lit au fauteuil.
D27 : *(en même temps) (à D9)* ça me suffit *[en parlant du poids]*.
D28 : autonomie intérieure, ça je sais pas si ça a vraiment un rapport avec la dénutrition… Ça c'est moi… Maladie aiguë ou stress.
(Rire général)
D27 : voila, on y arrive!
D28 : vous en voyez beaucoup des dénutris au travail ?!
(Rires)
D6 : ils dorment pas la nuit, ils mangent la nuit.
(Rires)
D27 : ils mangent des chocolats, ils mangent du chocolat.
D9 : ils regardent pêche et chasse !
D6 : nature et tradition!
(Rires)
D28 : problèmes médicaux psychologiques, oui, c'est pareil ça ! Ben l'IMC on le fait systématiquement.
D6 : non c'est l'ordinateur qui le calcule.
D28 : non moi j'ai encore le petit truc tu sais, je le marque sur mon ordinateur après, c'est beaucoup plus rapide !
D6 : c'est beaucoup plus rapide ? Tu marques le poids la taille et tu as...
D28 : *(d'un air las)* oui, oui, oui… Non mais...
D6 : *(coupe)* c'est encore beaucoup plus rapide.
(Silence)
D28 : *(reprenant Le MNA)* après on en est où là ? Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? C'est important ça!
D6 : *(en riant)* à la campagne j'en avais une, elle, à chaque fois que j'arrivais chez elle, elle mangeait tout le temps.
D28 : *(en même temps)* moi, ils en prennent trois ou quatre… Vous me demandez la pratique, moi je fais.
D9 : *(en même temps)* tu arrives *(inaudible).*
D28 : *(en même temps)* trois à quatre repas par jour.
D6 : *(poursuivant sa phrase)* et c'était toujours des trucs bien gras des trucs qui mijotaient, elle était toujours en train de faire la cuisine.
D28 : *(poursuivant)* une fois par jours des produits laitiers, et ben ça je vais vous dire du fromage ils en bouffent à la maison une fois par semaine, des œufs, c'est pas une fois par semaine c'est tous les jours !
(Rires)
D6 : après ils ont du cholestérol ! Ben oui.
D28 : tu rigoles mais c'est vrai, mais des œufs ils en bouffent !
D27 : ben attends, il y a les poules qui donnent !
D6 : ils sont pas dénutris !
D28 : non, mais c'est pour ça que je me pose la question !
(Silence)
D28 : les fruits et légumes, deux fois par jour, ça c'est pas évident chez certains.
D6 : les fruits si ! Ils en ont à la campagne.
D28 : quand il y en a !
D6 : ben en ce moment il y en a.
D28 : quand il y en a dans le jardin !

D27 : la tomate...
D28 : *(le coupe)* c'est à dire qu'ils mangent des pêches quand ils ont des pêches, ils mangent des cerises quand ils ont des cerises.
D6 : *(en même temps)* oui, ils ont fait des conserves !
D28 : mais l'hiver ils mangent plus grand chose.
D6 : *(répète)* ils ont fait des conserves.
D27 : les vieux, ils ont pas les moyens de s'acheter six fruits et légumes par jour.
D6 : non mais ils ont des poireaux, des carottes des endives ils ont ! Salade, mâche.
D27 : oui à la campagne !
D28 : *(en poursuivant sa lecture)* combien de verres de boisson par jour, alors ça ça ça ! *(en riant)* Des boissons, ça !
D29 : beaucoup !
D6 : ça dépend.
D28 : ça consomme quand même pas mal !
D6 : le poisson ou la boisson ?
D28 : la boisson.
(Silence)
MF : et sinon au niveau biologique qu'est-ce que vous faites ?
(D28 marmonne, inaudible)
D6 : Phiphi ! La biologie ?
D28 : moi je fais pas grand-chose, en biologie, j'ai du cocher quatre fois dans le bilan protide et puis maintenant j'en fais plus !
D9 : *(en parlant D28)* je pense, il veut pas faire des examens biologiques
(Silence)
MF : la créatinine ça vous parle dans l'évaluation de la dénutrition ?
D29 : la ?
MF : la créatinine.
D27 : on fait. Systématique.
D28 : la créatinine, l'albumine, les protides, des trucs comme ça on fait de temps en temps...
D29 : on fait même le cholestérol qui sert à rien !
D28 : *(en même temps, poursuit)* moi je fais pas systématiquement, à faire un bilan complet à chaque personne.
(D9 inaudible)
D29 : *(le coupe)* sinon t'es mort, si t'as pas fait le cholestérol, t'es mort ! Il te tue.
D9 : *(en même temps, poursuit)* non mais je suis un peu violent c'est que… Chacun son truc, chacun son boulot chacun sa merde !
D6 : mais à 90 ans… *[laisse entendre qu'elle ne fait plus de bilan].*
D28 : *(en riant)* c'est vrai que la circonférence brachiale je la prends pas à chaque fois.
D9 : *(en même temps)* mon job c'est effectivement de prendre.
D28 : *(en même temps)* je suis franc.
D9 : *(à D28 sur le ton de la plaisanterie)* quoi le pli tricipital ? Tu le fais pas?!
(D9 poursuit, inaudible)
D6 : ce qu'il faut regarder, c'est l'hydratation aussi c'est pas mal non plus.
D28 : il faut faire attention chez la personne âgée, la déshydratation, tu peux te faire piéger assez correctement sur l'état cutané.
(La serveuse intervient)
D6 : non c'est qu'il m'a mît un verre d'eau plate et un verre d'eau gazeuse.
Serveuse : vous voulez du vin ?
D6 : non, non, c'est très bien.
(Silence)
MF: sinon le PNI, Pronostic Nutritional Index ,ça vous parle ?
D28 : le quoi ?
D29 : PINI, moi je faisais.
MF : c'est quoi la définition exacte PINI ?
D28 : (en souriant à D29) racontez-moi ça.
D29 : c'est rapport de l'albumine par l'orosomucoïde, sur je ne sais pas trop quoi, on mesure l'albumine, l'orosomucoïde et la C Réactive Protéine.
(Silence)
D28 : et alors ?!
D27 : y a rien à dire.
D29 : *(en même temps)* indice pronostique.
MF : ça évalue l'état nutritionnel associé à un syndrome inflammatoire car on peut avoir des protéines dans les normes avec un important syndrome inflammatoire qui consomme les protéines.
D29 : ça se fait en médecine de ville ?
MF : justement je demande si vous le faites ! Personne pour l'instant ne m'a dit l'avoir fait.
D29 : c'est pour ça !
D28 : franchement ça m'étonne pas.
D29 : comme l'autre fois j'étais sur l'information sur le dosage de la vitamine D, hein heu...
MF : je l'ai vu de temps en temps.
D6 : si, on la dose de temps en temps la vitamine D maintenant.
D29 : c'est fini maintenant.
MF : on se rend compte que le dosage coûte 35 € je crois et l'ampoule mmh...
D28 : 2,50 €
D6 : et on peut donner des ampoules tranquillement.
MF : et il n'y a pas forcément besoin de doser après 45 ans.
D28 : le dosage de la vitamine D.
D6 : *(le coupe)* et puis suivant l'âge...
D9 : et puis t'as trente-cinq euros qui…
D28 : j'ai commencé à le faire au début et depuis je le fais plus jamais.
D6 : le dosage ? J'en ai fait une fois parce que la fac te le demandait, un truc comme ça, puis après tu donnes ta vitamine D tranquille et puis voilà…
D28 : c'est ce que je fais.
MF : si je fais quand même le point pour cette table , il n'y a pas spécialement de dénutri, vu que c'est du rural et qu'ils sont quand même bien nourris c'est ça ?
D28 : non mais...
D6 : *(le coupe)* et bien entouré.
MF : et bien entouré...
D28 : *(coupe)* surtout bien entouré, surtout.
D9 : tu sais que les patients de D28, ils sont déjà à son image *[D28 en surpoids]* donc ils ne peuvent pas être dénutris !
D28 : et je suis tout-à-fait d'accord hein !
D27 : nous, on a des solides, nous on est à la campagne… Les gros banquets quoi !

D6 : mais à la campagne la solitude existe aussi pour certains.
MF : donc vous regardez quand même leur environnement ?
D28 : *(coupe)* bien sûr.
MF : vous les pesez et vous faites l'albumine quand il y a...
D6 : *(coupe)* bien sûr.
(D27 et D28 confirment)
D9 : tu prends les patients de "endocrinologue de l'Indre" par exemple ; par contre ils sont très dénutris.
(Rires)
D27 : attends eh !
D6 : *(le coupe)* non parce qu'ils ne l'écoutent pas obligatoirement !
(Silence)
(Brouhaha)
MF : je ne vous embête plus, je vous remercie.
D28 : *(à toute la table)* non, non, mais il y a une entraide chez nous qui est incroyable, le type qui est malade c'est vrai hein? Et ben, la voisine amène les plats à 12:00.
(D27, D29, D9 et D6 confirment)

Entretien individuel

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications puis je fais une interview des médecins qui ne restent pas au repas]
MF : je veux juste savoir ce que vous faites en pratique dans le dépistage de la dénutrition de la personne âgée ou à risque de dénutrition.
(Gros silence et malaise)
MF : ce n'est pas un jugement de valeur, parfois les gens ont l'impression que je les attaque…
D30 : mmh...
MF : je veux juste savoir ce que vous faites, pour établir un questionnaire, afin de le soumettre à d'autres médecins pour savoir exactement ce qui se fait, ce qui ne se fait pas…
D30 : c'est pas un truc sur lequel je suis très pointu…
MF : Je vais vous demander de vous présenter.
D30 : "D30, lieu d'exercice", médecine rurale, cabinet de groupe. J'ai l'impression qu'à part le poids et... Je ne mesure pas beaucoup, beaucoup d'autres choses à part l'IMC bien sûr.
(Inaudible)
[Je réoriente le magnétophone car il ne parle pas assez fort]
MF : vous le faites systématiquement ?
D30 : oui systématiquement, tous ceux qui viennent en consultation sont pesés, c'est déjà ça ! Il y a une courbe quand ils maigrissent, mais !... La dénutrition, j'ai l'impression qu'on la rencontre surtout à la maison de retraite où l'on trouve des gens, quand même beaucoup plus précaires, et où là, on a en effet beaucoup plus vite le réflexe des compléments alimentaires et des trucs comme ça quoi! Les marqueurs de dénutrition avec les pincées *[montrant le pli cutané]* j'ai entendu parler mais je ne fais pas en pratique… Honnêtement.
MF : ensuite, je voulais savoir si vous connaissiez le MNA.
D30 : non, non !
MF : *(en tendant le questionnaire à D30)* c'est la référence, je vous laisse le découvrir.
D30 : on peut le calculer facilement avec notre ordinateur, comme *(inaudible)*, donc ça on les a facilement mmh mmh.
(Silence)
MF : qu'est-ce que vous en pensez ?
D30 : c'est vrai que c'est long ! C'est déjà le premier problème qui vient à l'idée parce que si tu veux, ça va être rare que la personne vienne pour un truc ciblé pour ça, à moins d'une demande de la famille et je vois déjà un truc là dedans c'est qu'il va falloir que je fasse une consulte complète là-dessus et ça va être le truc bloquant ; déjà les scores FACE sur l'alcool on arrive à les caler parce que c'est rapide, parce que ça a été fait par les généralistes pour les généralistes !
MF : en fait, c'est ce que je veux faire, je fais un état des pratiques, pour qu'à terme quelqu'un reprenne ma thèse pour pouvoir faire l'outil.
D30 : pour faire l'outil ouais ! Je pense déjà qu'il ne faut pas plus de cinq items, tu vois pour que ça puisse être valable en pratique avec les… horaires que tu nous vois faire un peu en campagne quoi… *[Je fais à ce moment là mon stage niveau 2 chez un des associés de D30]* déjà c'est le truc que je verrai, sinon c'est intéressant !
(Silence)
MF : avez-vous déjà entendu parler du PNI ?
D30 : oui ! Je ne saurais plus te dire ce que c'est !
MF : Pronostic Nutritional Index.
D30 : ah oui c'est bien ça !
MF : c'est fait plus en hospitalier, mais normalement on peut le faire en médecine générale, c'est l'albumine rapportée au syndrome inflammatoire via la CRP pour dépister la dénutrition.
(Silence)
MF : on peut avoir des protéines normales avec un gros syndrome inflammatoire qui vient consommer nos protéines, on est faussement...
D30 : *(en finissant)* on est faussement bien, d'accord.
MF : 'y a même d'autres calculs qui tiennent compte de l'orosomucoïde, *[je reprends là les données de la première FMC]* marqueur précoce de la dénutrition.
D30 : l'orosomucoïde, j'en ai entendu parler mais c'est tout, donc quelque soit ton outil, il sera valable s'il est court ! *[me faisant comprendre que l'entretien était terminée]*.
MF : je vous remercie.
D30 : je ne t'aide pas beaucoup, mais c'est ce qu'on fait !... Je voulais rajouter que la perte de poids m'oriente plus vers une altération d'état général me faisant rechercher une pathologie.
MF : c'est une réponse que l'on m'a déjà donnée en effet, on va chercher une étiologie.
D30 : par exemple le cancer, c'est vrai.

Groupe 8

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
[Configuration : une table unique en L que je partage en plusieurs groupes]
(Interrogation générale sur la présence de magnéto ; appréhension générale)

MF : je vais vous demander de vous présenter.
(Silence pesant)

MF : je citerai juste les participants, l'anonymat sera conservée.
D31 : oui car si on dit une connerie !
MF : il n'y a pas de conneries...
D32 : *(coupe, et se tournant vers D31)* alors tu t'appelles ?
(D31 interrogateur se retourne vers MF)
MF : il faut me donner votre nom, ce que vous faites comme type d'exercice, rural semi-rural ou urbain, etc.
[Présentation des participants]
MF : alors, quelles sont vos pratiques ? Ce que vous faites dans le dépistage de la dénutrition de la personne âgée ou à risque de dénutrition ?
D32 : déjà on les pèse, cela paraît évident !
D34 : *(en souriant)* moi je ne pèse pas.
D33 : ça coûte pas cher et ça rapporte gros !
D31 : examens complémentaires ? Allez ! Une albumine, une petite albumine.
D32 : albumine, poids, déjà on a fait beaucoup !
(Brouhaha)
D34 : je trouve que c'est très difficile de répondre parce que… Un dénutri, dans l'EPAD c'est là qu'on les voit le plus, hein? Euh… Parce qu'il y a des escarres, des choses comme ça…
D32 : donc là il y a quand même des éléments…
D31 : *(en même temps)* avant l'escarre ! Il y a quand même...
D34 : *(se tournant vers D32)* l'élément que tu as dit, simplement c'est le poids, ils maigrissent petit à petit, alors après on se lance dans des trucs qui confirment.
(Silence)
MF : après vous faites quoi ? Si vous voyez que le poids...
D34 : *(coupe)* l'albumine, la CRP, je crois que c'est important.
D33 : on leur donne à manger !
MF : mais moi je fais le dépistage ! Après le traitement il existe des recommandations, il y a des choses qui sont faites, ça c'est un autre sujet !
D32 : bon voilà en fait.
(Silence)
MF : avez-vous déjà entendu parler du MNA ?
D31 : *(en même temps)* D32 : oui, on a entendu parler de ça.
(D34 confirme)
D33 : le MMS ?
[D33 et D34 parlent en même temps du MMS, pendant que j'explique le MNA]
(Inaudible)
MF : le MNA, c'est la référence.
[Le formulaire circule de main en main]
D32 : il faut passer, il faut poser la question aux responsables d'établissements pour personne âgées *(inaud.)*.
D31 : alors ça c'est le MNA ! Non je ne connais pas.
D32 : moi j'ai déjà vu.
(Silence)
MF : donc vous l'avez déjà vu ?
D34 : moi j'ai pas vu.
D32 : honnêtement, jamais utilisé !
MF : rassurez-vous…
D32 : *(coupe)* je ne dois pas être le seul.
MF : non…
D32 : donc le but c'est de faire un questionnaire *(inaud.)*.
MF : non, mon but est de faire un état des pratiques, alors que ça, c'est la référence, qu'est-ce que vous en pensez ?
(Silence)
D33 : c'est un outil qui peut être pratique, et nous apporter quelque chose.
MF : pensez-vous pouvoir l'intégrer à votre pratique ?
D33 : il suffit de prendre le temps, on est plus à ça près !
D34 : *(en même temps)* D32 : *(en même temps)* D31 : *(inaudible)*.
D31 : ça on le fait mais, en ville, on a peu l'occasion de le faire en ville, c'est surtout dans les EPAD...
D32 : *(en relayant)* les institutions.
D31 : oui, en effet dans les EPAD, mais en ville ça se présente assez peu parce que les gens étaient hospitalisés avant, pour l'essentiel, ils sont en institution, donc ça on le fait en EPAD mais pas en ville.
(D32, D33 et D34 confirment)
MF : avez-vous déjà entendu parler du PNI ?
D32 : du quoi ?
MF : du PNI.
D33 : *(en rigolant)* du Penny ?
D31 : *(sur le même ton)* one pence !
(Brouhaha, rires, inaud.)
D34 : pas encore et on s'en fout complètement !
(Rires)
D31 : PNI ?
MF : Pronostic Nutritional Index, rapport entre l'albumine et la CRP...
D34 : *(coupe)* on est pas des savants nous !
MF : ben un peu quand même !
D34 : non, non, on n'est pas des savants, on est bon pour soigner des gens.
D33 : *(le coupe)* c'est vrai que quand on cible un problème particulier, on a l'impression d'être ignare, mais comme on touche à beaucoup de choses… Non, non, PNI je ne connais pas !
(Brouhaha)
MF : en fait c'est le rapport entre l'albumine et la CRP, quand il existe un important syndrome inflammatoire, il y a une consommation de protéines et on peut être faussement bien.
D33 : en fait c'est une notion relativement récente.
D32 : non, non.
D33 : le PNI ! On a vu ça dans la littérature ? Dans nos lectures ? Dans nos journaux ?
MF : c'est notamment utilisé en orthopédie pour quantifier la durée de séjour d'un patient, le pronostic de récupération.
D34 : nous c'est des séjours longs ! Et ça se termine toujours de la même façon !
(Rires)
MF : si je reprends en fait un peu tout ce que vous m'avez dit, vous faites essentiellement le poids et s'il y a perte de poids, l'albumine.
D31 : (en même temps) D32 : voilà, en gros c'est ça.
D32 : *(ajoute)* et la CRP.
D34 : la CRP, c'est important !
D33 : *(à D32 et D34)* mais vous le faites en établissement ?
(Inaud.)

D34 : si on a un doute on le fait faire par la nutritionniste.
MF : je vous remercie.

Groupe 9

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
[Table avec deux représentants de laboratoire, le cardiologue qui est venu faire la FMC ainsi que le docteur D35 qui s'est exclue du groupe d'échange, se dit semi-rurale]
D35 : je travaille en acupuncture homéopathie, à mon domicile. Donc pas de visite, je travaille en complément de la dénutrition dans le cadre d'anorexie mentale, mais pas dans le cadre euh...
MF : *(relayant)* du dépistage de la dénutrition de la personne âgée.
D35 : non pas les personnes âgées, ceux qui sont dénutris ne viennent pas.
MF : merci.

Groupe 10

[Présentation générale de mon sujet au groupe]
[Explications]
[Présentation des participants]
MF : que faites-vous en pratique pour dépister les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition ?
(Silence pesant)
D38 : tout le monde peut parler !
D37 : *(en chuchotant)* on peut manger ?
MF : oui, oui ! Vous pouvez manger.
D38 : on les pèse.
(D37 confirme)
D38 : si on peut, parce que c'est pas toujours faisable.
D39 : en institutions on peut les peser, il y a des systèmes pour les peser, si on peut on essaie d'établir un IMC, là ça peut être une indication, mais, mais je fais ça plutôt euh… Au ressenti parce que déjà… L'aspect des gens…
(Brouhaha)
D39 : *(ajoute)* et puis s'ils ont des raisons d'être dénutris…
(Brouhaha)
D39 : s'ils ont des escarres, je ne sais pas si on parle des gens grabataires ou pas…
MF : non, justement mon sujet c'est toute personne âgée et puis après c'est vous qui ciblez, vous me dites des escarres donc vous ciblez peut-être…
D39 : oui déjà s'ils ont des escarres je vais peut-être, être un petit peu plus attentif pour proposer justement...
(Silence)
D39 : pour renforcer l'alimentation, donner des compléments éventuels, c'est vrai que sinon je n'ai pas d'autres moyens.
D38 : moi je regarde surtout déjà, leurs conditions de vie, s'ils sont seuls, s'ils sont en couple, s'ils habitent avec leurs enfants etc. Et après effectivement régulièrement je les interroge sur ce qu'il mange, savoir si le repas, ce n'est pas simplement ouvrir le frigo et manger un morceau de fromage le soir ou si ouais…
(D39, D37, D36 confirment)
D38 : *(en poursuivant)* car on le voit surtout chez les gens seuls.
(D36 confirme)
D38 : *(ajoute)* s'ils sont en couple ou s'ils sont entourés, on a quand même moins de phénomènes de dénutrition, après effectivement il y a tous les événements intercurrents, s'ils sont hospitalisés, pas hospitalisés…
D39 : *(le coupe)* moi je leur demande, les femmes seules...
D38 : *(le coupe)* c'est quand même le plus fréquent les femmes seules ? Non, moi j'ai des vieux garçons !
(Rires)
D39 : moi je leur demande s'ils mangent en faisant la vaisselle, car souvent les gens âgées ils mangent mais n'ont pas le temps! Ils mangent et font la vaisselle en même temps… C'est un mauvais signe pour manger ça…
D35 : *(se raccrochant à la conversation)* il y a les dents ! Je m'étais retiré du truc mais, je pense qu'il y a les dents… Parce que j'en vois pas de dénutris moi !
D39 : *(en même temps)* **D36 :** si, si.
(Inaud.)
MF : est-ce que vous leur faites ouvrir la bouche, regardez les dents, les mycoses… ?
(Tous confirment)
(Silence prolongé)
MF : c'est tout ce que vous faites ? C'est vrai que quand on met le doigt dessus on trouve rien mais en réfléchissant… On se rend compte qu'on fait plein de choses quand même.
D37 : il y a le décès du conjoint ça c'est...
(Tous confirment)
(Brouhaha)
D39 : tout ce qui est facteurs psychologiques sont des facteurs qui…
D38 : en temps normal, il m'arrive aussi de voir par exemple les euh... Les aide-ménagères qui viennent aussi au cabinet et qui s'occupent de certains patients qui sont seuls, ce qui me permet de savoir aussi comment elles font leurs courses etc. Qui fait les courses et comment *(inaud.)* et quand il y a préparation de repas on peut savoir si elles *[en parlant des personnes âgées]*mangent ou pas, et quand les personnes âgées que je vois commencent à dire qu'effectivement elles mangent moins bien, ou simplement des fois sur des critères de fatigue il va m'arriver à ce moment-là, à l'occasion du bilan sanguin de demander une albuminémie, une créatininémie et de voir si on a effectivement des critères biologiques.
D39 : INR, aussi.
D38 : après sur les conditions de vie...
D39 : je te coupe, il y a un élément qui revient toujours dans ce qu'on dit c'est la solitude, c'est déjà un facteur prioritaire de la dénutrition
(Tous confirment)
D39 : *(ajoute)* ne pas manger seul !
D37 : ils abandonnent complètement les repas…
D39 : manger seul, on aime pas.
D37 : manger seules, les personnes n'ont pas le courage de faire à manger, d'abord l'homme souvent ne sait pas et la femme seule dit que ça ne vaut pas le coup.
D36 : *(en confirmant)* ça vaut pas le coup parce que je suis toute seule !
D37 : je me fais un café au lait ! Le portage de repas à domicile c'est pas rassurant.

D36 : parce qu'en général, ils trouvent ça pas bon du tout, ils ne mangent pas, ils ne choisissent pas ce qu'ils mangent et en général cela ne marche pas très bien.
D37 : dans nos régions les femmes ne conduisent pas souvent, les personnes âgées, et ne peuvent pas se déplacer, faire leurs courses quand il n'y a plus de mari...
(D36 confirme)
(Brouhaha : inaud.)
(Silence prolongé)
MF : est-ce que vous avez déjà entendu parler du MNA ?
D37 : du quoi ?
MF : du MNA.
D37 : *(en riant)* moi je connais MMA !
MF : *(en souriant)* c'est presque ça, Mini Nutritional Assessment®, c'est à ce jour selon les critères de l'HAS, la référence dans le dépistage de la dénutrition de la personne âgée et de la personne âgée à risque.
[Le questionnaire passe de main en main]
MF : dites-moi ce que vous en pensez ?
D38 : Mini Nutritional Assessment®.
(Brouhaha)
D37 : ben dis donc !
D38 : perte d'appétit, perte de poids, motricité tout ça ! Etc.
D37 : vous êtes bien documentés déjà !
D38 : c'est un peu les critères qu'on évalue !
MF : c'est un peu mon sujet.
D38 : c'est ce qu'on fait…
D39 : *(en lisant)* indice de masse corporelle...
D39 : *(ajoute)* finalement ça me dit des choses, score de dépistage…
D38 : alors finalement c'est ce qu'on fait ? Mais sans le coter.
D39 : *(poursuit sa lecture*) plus de trois médicaments...
D39 : *(ajoute)* ben on a pas parlé des médicaments…
(Brouhaha : inaud.)
D37 : dans les cancers, le sida tout ça, on y pense beaucoup plus facilement.
D39 : *(poursuit sa lecture)* produits laitiers...
(Silence)
D39 : 'y a quand même des éléments auxquels on ne pensait pas, circonférence brachiale tout ça.
D38 : ouais…
MF : on est censé le faire.
D39 : ce sont des critères de mesure, c'est un critère objectif ! Du mollet et du bras.
D37 : *(d'un ton inquiet)* ça doit pas se faire souvent ça ? Si ?
MF : rassurez-vous la majorité des personnes que j'ai interrogées jusque-là ne connaissaient pas le MNA.
D39 : *(en même temps)* D38 : on ne connaissait pas.
(Brouhaha)
D37 : le problème c'est que si on s'y met, on va toujours avoir des bouts de papier, des cases… Voilà.
D39 : et quand on regarde aujourd'hui tout est "protocolisé".
D37 : exactement, c'est le protocole *(inaud.).*
D38 : petit à petit on nous amène à ça…
MF : mon sujet est de faire un état des pratiques dans le but de réaliser un outil adapté.
D39 : faire un outil ciblé, ce que je disais tout à l'heure, on a plus le choix !
D38 : c'est vrai que maintenant on a des grilles d'évaluation, c'est vrai que dans la même consultation, on doit faire plusieurs grilles. Tu y passes euh...
D37 : tu y passes euh...
D38 : des heures quoi !
D39 : parce que dans un truc de gériatrie on peut pratiquer la grille régulièrement, mais si on est...
D37 : *(le coupe)* il faut se spécialiser quoi !
D39 : il faut sortir la grille de gériatrie, faire toute une batterie de tests.
D37 : voilà !
D38 : ce n'est pas facile tous les jours, ou sinon tu vois deux consultes.
(Sourire général)
D39 : après tu choisis !
D38 : c'est vrai que ça, ça peut être pour nous utile pour regarder.
*(D37 discute avec **D36 :** inaud.)*
D38 : de toute façon ton état de dénutrition tu ne vas pas le noter à chaque fois que tu vois quelqu'un.
D39 : non, quand il va bien et que tu les vois que tous les deux à trois mois tu vas te rendre compte si 'y a un changement et c'est ce jour-là qu'on va le faire...peut être.
D37 : c'est pour quand la thèse là ?
MF : c'est pour octobre 2011 mais ce n'est que la première partie. Après un questionnaire sera à établir et des stats sur les résultats du questionnaire. Il reste du travail...
D39 : donc après on va recevoir un petit mail !
MF : exactement, et c'est vous qui aurez aidé à sa réalisation.
(Brouhaha)
D37 : ça fait combien d'années ? Finalement je ne regrette pas que William ait raté médecine, parce que là il va en avoir pour 3-4 ans mais s'il en avait pour 10 comme ça... À se prendre la tête ! C'est plus possible.
D39 : le mail, à priori, c'est pas mal. Le tout c'est de trouver une banque de données, voir avec le conseil de l'ordre.
MF : oui le conseil de l'ordre est censé me donner les adresses, je ne sais pas si j'aurai les adresses mails.
D39 : D36 doit avoir les mails de tout le sud de l'Indre car quand j'envoie les messages pour les FMC ils apparaissent, il suffit de les copier coller et puis il y a D9.
MF : je peux le lui demander, mais je ne sais pas s'il peut me donner les adresses sans l'autorisation des médecins.
D38 : on ne m'a pas demandé mon avis, si j'étais d'accord pour recevoir le questionnaire, qu'on les reçoive par la poste ou par mail...
(Brouhaha)
MF : j'ai une dernière question, connaissez-vous le PNI ?
D37 : le ?
MF : le PNI est un rapport entre l'albumine et la CRP, le laboratoire calcule un pronostic nutritionnel ; les gens qui ont une albumine normale avec un gros syndrome inflammatoire qui consomme des protéines, en fait ils sont dénutris.
(Silence)

MF : *(ajoute)* ceci peu nous permettre de dépister des gens dénutris alors qu'on ne les aurait pas forcément classés dans cette catégorie là.
(Silence)
MF : *(poursuit)* et donc initier un traitement avant de voir apparaître les complications de la dénutrition.
D39 : alors comment on fait pour traiter la dénutrition ? Car jusqu'à maintenant à part le gavage !
D38 : *(en plaisantant)* ou stomie.
MF : alors là ma thèse s'arrête. C'est hors sujet.
(Rire général)
D37 : mais nous, ça nous intéresse !
D38 : et alors…
MF : je trouve déjà que le dépistage c'est un sujet beaucoup plus compliqué que ce que je pensais avant de débuter ma recherche !
D37 : ah bon?
MF : il y a des critères de l'HAS qui partent de la prévention jusqu'au traitement mais pas forcément réalisables en pratique , j'en discutais lors d'une autre FMC, les aides à domicile ça coûte cher, les compléments alimentaires ne sont pas pris, les personnes âgées ne pensent pas être dénutries donc ne veulent pas prendre les compléments.
D37 : il y a un déni, c'est sûr !
D38 : bien sûr hier soir j'ai mangé un demi yaourt quand même !
D36 : ouais !
MF : déjà de faire le dépistage de la personne âgée c'est quelque chose de pas évident, mais quand on l'a fait qu'est-ce qu'on fait ?
D37 : *(coupe)* si c'était si simple que ça !
MF : *(poursuit)* 'y a quelqu'un qui m'a dit ça "une fois qu'on sait qu'ils sont dénutris, qu'est-ce qu'on fait ?"
(Brouhaha : inaud.)
(Quelqu'un intervient : les aide-ménagères !)
MF : oui les aide-ménagères, soit ils en veulent pas où ils n'en ont pas les moyens, c'est bien sur papier, en pratique pas toujours gérable !
D37 : c'est vrai que dans mon idée c'est bien les maisons de retraite.
D36 : et encore !
D37 : c'est vrai qu'il y en a beaucoup.
D39 : *(en même temps)* **D36 :** tu la prends chez toi, et en 15 jours elle remange !
D37 : et ben voilà ! C'est l'accompagnement, la présence.
D38 : *(en même temps)* **D37 :** dénutri ne veut pas dire perte d'autonomie.
D36 : c'est vrai, tous ceux qui ne sont pas capables de manger tout seul, le plateau il repart.
D37 : *(coupe)* exactement.
D36 : 'y a personne qui a une heure à leur consacrer à chaque repas.
(Rires, brouhaha)
D36 : *(ajoute)* c'est la présence qui compte.
D37 : ils sont souillés, ils ont tous une protéinémie dans les chaussettes.
(Silence)
MF : on refait le point de la table et je ne vous embête plus. Donc vous, pour dépister la personne âgée c'est essentiellement le poids après on fait l'albumine, et vous regardez le contexte social qui est très important.
(Tous confirment)
MF : vous avez quelque chose à rajouter ?
D39 : non.
D38 : c'est les sorties d'hôpital, il faut se méfier, quand ils rentrent.
MF : j'ai vu ça la dernière fois, je suis contente que vous en parliez, car c'est quelque chose que je n'avais pas du tout au départ.
D38 : ils reviennent à la maison, il a perdu du poids et le temps de reprendre.
D36 : ils ont des escarres !
D38 : les retours d'hôpital, il faut vraiment faire attention !
D37 : *(à MF)* en fait ça c'est la vraie vie !
(Silence prolongé)
MF : je vous remercie.

CODEBOOK

CODES OUVERTS

- aidants, manque
- aide à domicile
- aide-ménagères
- albumine, après l'examen clinique
- albumine, dosage
- albumine, dosage si perte de poids sans cause
- albumine, dosage, si perte de poids
- albuminémie, à l'hôpital
- albuminémie, hypo, critère
- albuminémie, interrogation sur pertinence comme critère de dénutrition
- albuminémie, pas d'hypo objectivée
- albuminémie, pré albuminémie
- alcool
- alimentation, évaluer à l'interrogatoire
- alimentation, péremption rapide des aliments frais
- amaigrissement
- amaigrissement, plus alertant chez le maigre
- animal
- APA
- appétit conservé
- aspect général
- autonomie
- balance
- banquets nombreux à la campagne
- belote
- campagne, autonome au niveau alimentaire
- campagne, entraide
- campagnes, ils mangent ce qu'il y a au jardin
- carences, non faites
- cholestérol, hyper
- cholestérol, ne sert a rien
- clientèle, confiante
- clientèle, définition
- clientèle, proche
- clientèle, qui nous ressemble
- clientèle, type
- conditions de vie
- connaissance des patients
- conscience de la problématique
- conseils aux dénutris
- conserves
- consultation motivée par l'entourage

- consultation motivée par les proches, rare
- contexte économique
- contexte social, entourage
- créatinine n'oriente pas
- créatinine, anormalement basse
- créatinine, interrogation comme critère
- créatinine, rarement anormalement basse
- créatinine, reflet de la masse musculaire
- créatinine, systématique
- créatinine, variation de la clairance
- créatininémie
- CRP
- cuisiner, pas le courage, ça vaut pas le coup
- déni de la PA
- dentiste, les patients ne veulent pas s'y rendre
- dentiste, problème économique
- dentiste, soins dentaires motivés par soins d'autres pathologies
- dénutris, ils ne le sont pas chez nous
- dénutris, peu à la campagne
- dénutrition conséquence de l'hospitalisation
- dénutrition peu fréquente
- dénutrition sans perte de poids
- dénutrition traitement
- dénutrition, comment traiter
- dénutrition, constatation
- dénutrition, dans les jours précédents l'hôpital
- dénutrition, dissociation hôpital et cabinet
- dénutrition, en maison de retraite, institutions
- dénutrition, état nutritionnel questionnement tardif
- dénutrition, moins présente en maisons de retraite, institution
- dénutrition, plus en visite
- dénutrition, standardisation biologique
- dénutrition, traitement peu de moyens
- département vieillissant
- dépistage pas systématique
- dépistage, ne fait pas
- dialogue
- difficulté du maintien des patients précaires à domicile
- difficulté hors cabinet
- ennui
- escarres
- état bucco dentaire
- état bucco dentaire, pas dans un objectif nutritionnel
- état des phanères
- évaluation alimentaire plus simple en visite
- évaluation alimentaire, interrogatoire
- événements intercurrents

- examen biologique, pas systématique
- examen clinique
- examens biologiques, critères
- examens ciblés
- facteurs psychologiques
- femmes plus que les hommes
- fonctions supérieures, troubles
- frigo, congélateur, alimentation périmée
- frigo, non regardé
- frigo, placards, regardés
- frigo, plein
- frigo, vide
- fruits et légumes, ils en mangent à la campagne
- fruits et légumes, PA mangent peu
- gestion du retour à domicile après l'hôpital, mauvaise
- gestion, paramédico-sociale difficile après hospitalisation
- grilles, peu utilisées au quotidien
- HAD, nécessite des soins
- HAD, permet de gérer après l'hôpital
- hiver, ils ne mangent plus grand chose
- homme ne sait pas se faire à manger
- hydratation
- hypovitaminose, causes
- ils mangent la nuit
- ils ne mangent rien
- IMC, calcul informatique
- IMC, c'est déjà bien
- IMC, dans l'obésité pas dans la dénutrition
- IMC, fait en systématique
- IMC, informatique plus rapide
- IMC, interrogation sur la pertinence de la mesure
- IMC, manuel avec roulette
- IMC, manuel plus rapide
- IMC, non fait
- INR
- insomnie
- institutionnalisation
- interrogatoire
- intuition
- logement, problème
- maison de retraite, institution, il n'y a pas d'isolement
- maison de retraite, institution, il y a une surveillance
- maladie
- médicaments
- MNA, ça peut être utile
- MNA, ce n'est pas très long
- MNA, connait mais ne pratique pas

- MNA, difficultés en cabinet
- MNA, envisageable au quotidien
- MNA, envisageable en partie
- MNA, envisageable si intégration informatique
- MNA, envisageable si perte de poids objectivée
- MNA, fait en maison de retraite
- MNA, interrogations
- MNA, manque de temps en cabinet
- MNA, méconnaissance
- MNA, nécessité de consultations dédiées
- MNA, nécessité d'une cotation spécifique
- MNA, non fait en consultation
- MNA, partiellement fait au quotidien
- MNA, pas envisageable au quotidien
- MNA, pas pratique
- MNA, pas toujours faisable en maisons de retraite
- MNA, peu d'intérêts
- MNA, prend du temps
- MNA, quasiment fait sauf circonférence
- MNA, trop long
- motif de la consultation autre que la dénutrition
- mycose de langue
- ne mangent pas de viande
- nombre de repas par jours
- nombreux rassemblements à la campagne
- non sensibilisé au sujet
- nutritionniste
- œufs, ils en mangent
- on est pas des savants
- on est quand même pas
- outil de dépistage, question de temps
- outil envisageable si intégrable aux logiciels médicaux
- outil fait par les généralistes pour les généralistes
- outil plus simple
- outil, interrogation sur le but
- outil, on n'a plus le choix
- pathologies associées
- pathologies chroniques
- pathologies évolutives
- patient manque de soins en hospitalisation
- perte de masse musculaire
- pesée systématique en cabinet
- pharmacies, regardées
- PINI
- PINI, pas d'intérêt
- pli cutané
- plus de bilan, après un certain âge

- PNI, méconnaissance
- PNI, PINI interrogations
- poids
- poids systématique
- poids, ça ma suffit
- poids, commence par ça
- poids, courbe sur informatique
- poids, critère
- poids, définition de perte, comme signal d'alerte
- poids, difficulté à domicile
- poids, difficulté en institution
- poids, en institution
- poids, fait à domicile
- poids, objectiver la perte
- poids, on y pense en cabinet
- poids, perte, conséquence nutritionnelle secondaire
- poids, perte, recherche cause étiologique
- portage de repas
- précarité de l'état de santé
- prendre le temps de cuisiner
- prendre le temps de manger
- prise de sang si amaigrissement
- prise de sang, si changement de mode de vie
- prise de sang, systématique
- produits laitiers, ils en mangent
- protéinurie, dosage
- protidémie, ne fait plus
- protides, quantifiées
- questionnaires, il y en a trop en MG
- recommandations, difficiles à suivre
- recommandations, trop
- renforcer alimentation, donner compléments
- repas à domicile, cela marche pas très bien
- repas à domicile, pas bons
- réseau gériatrie, adhésion
- soins palliatifs
- solitude
- solitude, facteur prioritaire
- sortie d'hospitalisation
- stress
- surpoids et dénutrition
- surpoids, plus fréquent
- temps, manque
- temps, manque en consultation
- tout est question de protocole
- urée, pas bon critère
- variation de poids acceptable

- veuvage
- veuvage, chez la femme
- visite à domicile, de moins en moins
- visite à domicile, pas chez tout le monde
- visite à domicile, permet une évaluation de ce qu'ils mangent
- visite à domicile, très peu
- vit B12
- vit D

CODES AXIAUX

- **considérations générales des médecins généralistes sur la dénutrition**
  - **conscience de la problématique**
    - **soins palliatifs**
  - **dénutrition, dissociation hôpital et cabinet**
  - **dénutrition, peu fréquente**
    - **dénutris, ils ne le sont pas chez nous**
    - **dénutris, peu à la campagne**
      - campagne
        - campagne, entraide
        - campagne, patients autosuffisants
          - campagne, autonome au niveau alimentaire
          - campagnes, ils mangent ce qu'il y a au jardin
          - conserves
          - fruits et légumes, ils en mangent à la campagne
          - œufs, ils en mangent
          - produits laitiers, ils en mangent
        - nombreux rassemblements à la campagne
          - belote
          - banquets nombreux à la campagne
    - **dénutrition peu fréquente**
  - **dénutrition, traitement peu de moyens**
  - **non sensibilisé au sujet**

- **dénutrition en pratique**
  - **dénutrition traitement**
    - **conseils aux dénutris**
    - **déni de la PA**
    - **dénutrition, comment traiter**
    - **dénutrition, traitement peu de moyens**

- **nutritionniste**
- **renforcer alimentation, donner compléments**

difficultés, liées à la dénutrition

- **dénutrition sans perte de poids**
- **dénutrition, pas un problème de premier plan**
  - dénutrition, constatation
  - dénutrition, état nutritionnel questionnement tardif
- **dénutrition, problème aigu**
  - dénutrition, dans les jours précédents l'hôpital
- **surpoids et dénutrition**
- **surpoids, plus fréquent**

quand ils dépistent

- **alerte**
  - signes d'alerte
    - amaigrissement, plus alertant chez le maigre
    - escarres
    - poids, définition de perte, comme signal d'alerte
  - situations à risque
    - dénutrition, plus en maisons de retraite, institutions
    - dénutrition, plus en visite
    - événements intercurrents
    - pathologies évolutives
    - précarité de l'état de santé
    - solitude, facteur prioritaire
      - solitude
        - dépression
        - solitude, facteur prioritaire
    - sortie d'hospitalisation
      - dénutrition conséquence de l'hospitalisation
      - patient manque de soins en hospitalisation
- **dénutrition, motif de consultation**
  - consultation motivée par l'entourage
    - consultation motivée par les proches, rare
  - motif de la consultation autre que la dénutrition
- **dépistage**
  - dénutris, peu à la campagne
    - campagne
      - campagne, entraide
      - campagne, patients autosuffisants
        - campagne, autonome au niveau alimentaire
        - campagnes, ils mangent ce qu'il y a au jardin
        - conserves
        - fruits et légumes, ils en mangent à la campagne
        - œufs, ils en mangent
        - produits laitiers, ils en mangent
      - nombreux rassemblements à la campagne
        - belote
        - banquets nombreux à la campagne
  - dépistage pas systématique
  - dépistage, ne fait pas
  - difficulté hors cabinet

- **médecins**
  - **clientèle**
    - **clientèle, confiante**
    - **clientèle, définition**
      - département vieillissant
    - **clientèle, proche**
    - **clientèle, qui nous ressemble**
    - **clientèle, type**
    - **connaissance des patients**
  - **informatique**
    - **IMC, informatique**
      - IMC, calcul informatique
      - IMC, informatique plus rapide
    - **MNA, envisageable si intégration informatique**
    - **outil envisageable si intégrable aux logiciels médicaux**
    - **poids, courbe sur informatique**
  - **intuition**
  - **on est pas des savants**
  - **on est quand même pas**
  - **recommandations en médecine générale**
    - **recommandations, difficiles à suivre**
      - grilles, peu utilisées au quotidien
    - **recommandations, trop**
      - questionnaires, il y en a trop en MG
    - **tout est question de protocole**
      - outil, on n'a plus le choix
  - **temps, manque**
    - **réseau gériatrie, adhésion**
    - **temps, manque en consultation**

- **patient**
  - **état de santé**
    - **pathologies**
      - fonctions supérieures, troubles
      - maladie
      - pathologies associées
      - pathologies chroniques
      - pathologies évolutives
    - **précarité de l'état de santé**
      - difficulté du maintien des patients précaires à domicile
    - **stress**
  - **état psychologique**

- **cuisiner, pas le courage, ça vaut pas le coup**
- **déni de la PA**
- **ennui**
- **facteurs psychologiques**
- **stress**

- **facteurs économiques**
  - **contexte économique**
  - **dentiste, problème économique**
  - **logement, problème**
- **facteurs sociaux environnementaux**
  - **aidants, manque**
  - **conditions de vie**
    - autonomie
    - institutionnalisation
      - dénutrition, moins présente en maisons de retraite, institutions
        - maison de retraite, institution, il n'y a pas d'isolement
        - maison de retraite, institution, il y a une surveillance
      - dénutrition, plus présente en maisons de retraite, institutions
    - logement, problème
  - **contexte social, entourage**
    - animal
  - **solitude**
    - solitude, facteur prioritaire
  - **veuvage**
    - veuvage, chez la femme
- **sexe**
  - **femmes plus que les hommes**
  - **homme ne sait pas se faire à manger**
  - **veuvage, chez la femme**

évaluation de l'état nutritionnel

- **examen clinique**
  - **aspect général**
    - amaigrissement
      - amaigrissement, plus alertant chez le maigre
  - **état bucco-dentaire**
    - dentiste
      - dentiste, les patients ne veulent pas s'y rendre
      - dentiste, soins dentaires motivés par soins d'autres pathologies
    - état bucco-dentaire, pas dans un objectif nutritionnel
    - mycose de langue
  - **état cutanéo-muqueux**
    - dentiste, les patients ne veulent pas s'y rendre
    - dentiste, soins dentaires motivés par soins d'autres pathologies
  - **état des phanères**

- **examens para cliniques**
  - **évaluation du poids**
    - poids, au cabinet
      - balance
      - pesée systématique en cabinet
      - poids, courbe sur informatique
      - poids, on y pense en cabinet
    - poids, critère principal de dépistage
      - poids
      - poids, ça me suffit
      - poids, commence par ça
      - poids, critère
    - poids, mesure systématique
      - pesée systématique en cabinet
      - poids systématique
      - poids, en institution
      - poids, fait à domicile
    - poids, pas évocateur en première intention de dénutrition
      - poids, perte, conséquence nutritionnelle secondaire
      - poids, perte, recherche cause étiologique
    - prise du poids difficile hors cabinet
      - poids, difficulté à domicile
      - poids, difficulté en institution
      - poids, on y pense en cabinet
    - variation pondérale
      - poids, définition de perte, comme signal d'alerte
      - poids, objectiver la perte
      - variation de poids acceptable
  - **examens biologiques**
    - albumine
      - albumine, après l'examen clinique
      - albumine, dosage
      - albumine, dosage si perte de poids sans cause
      - albumine, dosage, si perte de poids
      - albuminémie, à l'hôpital
      - albuminémie, hypo, critère
      - albuminémie, interrogation sur pertinence comme critère de dénutrition
      - albuminémie, pas d'hypo objectivée
      - albuminémie, pré albuminémie
      - protides
        - protéinurie, dosage
        - protidémie, ne fait plus
        - protides, quantifiées
    - carences, non faites
    - cholestérol
      - cholestérol, hyper
      - cholestérol, ne sert a rien
    - créatinine
      - créatinine n'oriente pas
      - créatinine, anormalement basse
      - créatinine, interrogation comme critère

- créatinine, rarement anormalement basse
- créatinine, reflet de la masse musculaire
  - perte de masse musculaire
- créatinine, systématique
- créatinine, variation de la clairance
- créatininémie
- CRP
- dénutrition, standardisation biologique
- examens ciblés
- INR
- plus de bilan, après un certain âge
- PNI, PINI
  - PINI
  - PINI, pas d'intérêt
  - PNI, méconnaissance
  - PNI, PINI interrogations
- prise de sang
  - critères biologiques
    - examen biologique, pas systématique
    - examens biologiques, critères
  - prise de sang si amaigrissement
  - prise de sang, si changement de mode de vie
  - prise de sang, systématique
- urée, pas bon critère
- vit B12
- vit D

IMC

- IMC, c'est déjà bien
- IMC, dans l'obésité pas dans la dénutrition
- IMC, fait en systématique
- IMC, informatique
  - IMC, calcul informatique
  - IMC, informatique plus rapide
- IMC, interrogation sur la pertinence de la mesure
- IMC, manuel
  - IMC, manuel avec roulette
  - IMC, manuel plus rapide
- IMC, non fait

pli cutané

interrogatoire

appétit conservé

dialogue

évaluation alimentaire, interrogatoire

- alcool
- alimentation, diversifiée
  - alimentation, évaluer à l'interrogatoire
  - fruits et légumes, PA mangent peu
  - ne mangent pas de viande
  - œufs, ils en mangent

- produits laitiers, ils en mangent
- alimentation, péremption rapide des aliments frais
- prendre le temps de cuisiner
- prendre le temps de manger
- quantifier l'apport alimentaire
  - alimentation, évaluer à l'interrogatoire
  - hiver, ils ne mangent plus grand chose
  - ils mangent la nuit
    - insomnie
  - ils ne mangent rien
  - nombre de repas par jours
- **hypovitaminose, causes**
- **médicaments**

intuition

outils de dépistage

- **MNA**
  - MNA, connait mais ne pratique pas
    - MNA, difficultés en cabinet
      - MNA, nécessité de consultations dédiées
      - MNA, nécessité d'une cotation spécifique
      - MNA, pas envisageable au quotidien
      - MNA, trop long, manque de temps
        - MNA, envisageable en partie
        - MNA, manque de temps en cabinet
        - MNA, pas pratique
        - MNA, prend du temps
    - MNA, non fait en consultation
    - MNA, peu d'intérêts
  - MNA, en cabinet
    - MNA, difficultés en cabinet
      - MNA, nécessité de consultations dédiées
      - MNA, nécessité d'une cotation spécifique
      - MNA, pas envisageable au quotidien
      - MNA, trop long, manque de temps
        - MNA, envisageable en partie
        - MNA, manque de temps en cabinet
        - MNA, pas pratique
        - MNA, prend du temps
    - MNA, envisageable
      - MNA, ça peut être utile
      - MNA, ce n'est pas très long
      - MNA, envisageable au quotidien
      - MNA, envisageable si intégration informatique
      - MNA, envisageable si perte de poids objectivée
    - MNA, quasiment fait au quotidien, mais non formalisé
      - MNA, partiellement fait au quotidien
      - MNA, quasiment fait sauf circonférence
  - MNA, en maison de retraite
    - MNA, fait en maison de retraite
    - MNA, pas toujours faisable en maisons de retraite
  - MNA, interrogations
  - MNA, méconnaissance
- **outil de dépistage en soins primaires**

- outil de dépistage, question de temps
- outil envisageable si intégrable aux logiciels médicaux
- outil fait par les généralistes pour les généralistes
- outil plus simple
- outil, interrogation sur le but

- **visite à domicile**
  - **contenu du réfrigérateur et placards**
    - frigo, non regardé
    - frigo, placards, regardés
      - frigo, congélateur, alimentation périmée
      - frigo, plein
      - frigo, vide
  - **dénutrition, plus en visite**
  - **pharmacies, regardées**
  - **visite à domicile, permet une évaluation de ce qu'ils mangent**
    - évaluation alimentaire plus simple en visite
  - **visite à domicile, peu nombreuses**
    - visite à domicile, de moins en moins
    - visite à domicile, pas chez tout le monde
    - visite à domicile, très peu

- **aides à la personne âgée**

  - **aidants, manque**
  - **aide à domicile**
  - **aide-ménagères**
  - **APA**
  - **gestion du retour à domicile difficile après hospitalisation**
    - **gestion, paramédico-sociale difficile après hospitalisation**
    - **gestion du retour à domicile après l'hôpital, mauvaise**
  - **HAD, permet de gérer après l'hôpital**
    - **HAD, nécessite des soins**
  - **portage de repas**
    - **repas à domicile, cela marche pas très bien**
    - **repas à domicile, pas bons**

Index

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CRP : Protéine C Réactive

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

JPL : P^{r} Jean-Pierre LEBEAU

JSC : D^{r} Jean Sébastien CADWALLADER

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MF : Maud FALINE

MG : Médecins Généralistes

MNA® : Mini Nutritional Assessment

PA : Personne(s) Agée(s)

PINI : Pronostic Inflammatory and Nutritional Index

PNI : Pronostic Nutritional Index

PNNS2 : 2nd Programme National Nutrition Santé

SIAD : Soins Infirmiers A Domicile

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais
Faculté de Médecine de TOURS

MATHIEU Maud épouse FALINE **Thèse N°**

81 pages - 3 tableaux

Résumé :

Introduction : Le nombre des personnes âgées est en constante augmentation en France. Ce vieillissement est particulièrement marqué dans le département de l'Indre. Malgré la prévalence très élevée de la dénutrition dans cette population, ni son dépistage, ni sa prise en charge ne font partie des tâches fréquentes des médecins généralistes. Le MNA® a fait la preuve de son efficacité pour ce dépistage, mais reste très peu utilisé en MG. Ni les raisons de cette faible implémentation, ni les pratiques réelles des MG n'ont encore été explorées.

Objectif : Décrire les pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage de la dénutrition et du risque de dénutrition de la personne âgée et élaborer un questionnaire pertinent et exhaustif qui servira de support à une évaluation quantitative.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens collectifs des médecins généralistes de l'Indre, recrutés selon un échantillonnage raisonné. L'analyse thématique des données à l'aide du logiciel de codage Nvivo 9.2 a permis de dégager des grands thèmes servant de base à l'élaboration d'un questionnaire fermé à choix multiples sans commentaire libre.

Résultats : 10 entretiens collectifs ont été effectués et 39 médecins interrogés. Aucun ne faisait de dépistage systématique ou n'utilisait d'outil de dépistage validé. Tous utilisaient des critères personnels non reproductibles. Pour la plupart des médecins interrogés, la dénutrition n'était pas une maladie à part entière mais la conséquence d'une maladie à diagnostiquer. La perte de poids était l'élément clinique principal motivant un bilan, dont l'albumine était l'examen biologique principal. Le retour d'hospitalisation était une circonstance privilégiée d'évaluation de l'état nutritionnel.

L'analyse thématique préliminaire a permis l'élaboration d'items précis, support d'un questionnaire fermé reproductible, pertinent et adapté à la cible des médecins généralistes.

Discussion : la non utilisation des outils de dépistage de la dénutrition n'est pas spécifique de ce domaine, mais participe de la problématique générale de la non utilisation par les médecins généralistes d'outils validés en milieu hospitalier. Ceci incite à réévaluer ces mêmes outils dans les conditions des soins primaires.

Conclusion : cette étude qualitative a permis l'élaboration d'un questionnaire fermé pertinent et exhaustif d'exploration des pratiques de dépistage et d'évaluation de la dénutrition de la personne âgée en médecine générale.

Mots clés :

- dénutrition
- dépistage
- Médecine Générale
- personne âgée

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres : Monsieur le Professeur Charles COUET
Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 16 février 2012