Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013 **N°**

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

KADI Abdallah
Né le 06 Janvier 1971 à Cayenne (973)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2013

Titre

DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ LA PERSONNE AGEE EN EURE ET LOIR :

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur François MAILLOT
Monsieur le Professeur Charles COUET
Monsieur le Docteur Bernard RIVOAL

Résumé :

La dénutrition des personnes âgées est un véritable problème de santé public aux conséquences lourdes en termes de morbi-mortalité et sur le plan économique.

Notre hypothèse principale est que le dépistage de la dénutrition en ambulatoire des personnes âgées n'est pas effectué de manière systématique par le médecin traitant.

Grâce à un questionnaire anonyme, adressé en mai 2012, à l'ensemble des médecins généralistes d'Eure et Loir, nous avons réalisé une étude descriptive des pratiques professionnelles des médecins généralistes en matière de dépistage de la dénutrition de leurs patients âgés de plus de 70 ans. Nous avons obtenu 50 réponses sur 289 médecins sollicités, soit 17%. Malgré les recommandations de l'HAS, seulement 36% des médecins font un dépistage systématique de la dénutrition. C'est la conséquence d'un certain nombre d'obstacles lies aux médecins généralistes, aux patients âgés et a la politique de santé et de prévention chez la personne âgée.

Les résultats de cette étude permettent d'apporter des pistes de réflexions pour améliorer le dépistage en ambulatoire de la dénutrition de la personne âgée et impliquer les différents acteurs concernés.

Mots clés :

- Médecine générale
- Dénutrition
- Personnes âgées
- Dépistage

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.

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/1

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

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/2

	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

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/3

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.

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Vous avez accepté sans hésitation de présider cette thèse. Je vous adresse mes plus sincères remerciements et je vous prie de recevoir le témoignage de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur François MAILLOT
Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse, je suis heureux de vous témoigner ici l'expression de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Charles COUET
Vous avez aimablement accepté d'être membre de ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande estime.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard RIVOAL
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Merci d'avoir partagé votre point de vue et votre expérience sur ce sujet. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre relecture.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude.

A la famille,

A mes parents et mes beaux parents,
Merci pour votre générosité, votre amour et votre éternel soutien.

A Ghadlat ma femme,
Merci pour ta patience, ton aide si précieuse dans ce travail, ta présence au quotidien.
A mon tour maintenant de t'épauler… A nos projets futurs.

A Hafsoit, Imran et Ayoub, mes enfants,
Vous apportez de la joie dans ma vie et vous faites de moi un papa comblé.

A Khurshid, Hakima et Camille,
Merci pour le temps et le soutien informatique que vous m'avez consacré,
qui ont permis l'achèvement de ce travail.

A tous mes proches (Zaharia, Zahid, Rifka, Azad, Gwenaelle, Sanyat et Ayisha),
Qui ont cru en moi pendant toute la durée de mes études.
Merci à tous.

TABLE DES MATIERES

1. **INTRODUCTION** **12**

2. **MATERIEL ET METHODE** **13**

2.1. LE CHOIX DE LA METHODE DESCRIPTIVE 13

2.2. POPULATION ETUDIEE 13

2.3. RECUEIL DE DONNEES 13

2.4. ANALYSE 13

3. **RESULTATS** **14**

3.1. CARASTERISTIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE 14

3.1.1. AGE 14

3.1.2. SEXE 14

3.1.3. LIEU D'EXERCICE 14

3.1.4. MODE D'EXERCICE 14

3.1.5. FORMATION COMPLEMENTAIRE 14

3.2. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 15

3.2.1. SITUATIONS A RIQUE DE DENUTRITION 15

3.2.2. DEPISTAGE DE LA NUTRITION 15

3.2.2.1. PERCEPTION DU THEME DE LA DENUTRITION 15

3.2.2.2. FREQUENCE DU DEPISTAGE 15

3.2.2.3. UTILISATION DES OUTILS DE DEPISTAGE 16

3.3. AIDES A LA PERSONNE 17

4. **DISCUSSION** **19**

4.1. LIMITE DE L'ETUDE 19

4.2. PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES 19

4.3. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELS 20

4.4. AIDES A LA PERSONNE 24

5. **CONCLUSION** **26**

BIBLIOGRAPHIE **27**

ANNNEXES **29**

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE
ANNEXE 2 : HAS
ANNEXE 3 : MNA
ANNEXE 4 : LETTRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS	Haute Autorité de Sante
IMC	Indice de Masse Corporelle
MNA	Mini Nutritional Assessment
HAD	Hospitalisation A Domicile
FMC	Formation Médical Continu
CRP	Protéine C Réactive
SIAD	Soins Infirmiers A Domicile
CNA	Conseil National de l'alimentation
SFMG	Société Française de Médecine Générale

1. INTRODUCTION

Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées est devenu un enjeu de santé publique en particulier dans les pays développés.
La lutte contre la dénutrition fait l'objet de nombreux programmes de prévention spécifique dans les pays en proie à un vieillissement rapide de leurs populations. Les grandes études épidémiologiques réalisées en Europe et aux Etats-Unis montrent que 4 à 10 % des personnes âgées, vivant à domicile, souffriraient de dénutrition **[1]**. Son coût, en lien avec le vieillissement de la population, augmenterait régulièrement.

La dénutrition entraîne une augmentation de la morbi-mortalité (suite aux pathologies aiguës et de par la décompensation de pathologies chroniques), avec pour conséquences une augmentation de la durée d'hospitalisation, une augmentation de la consommation des soins et biens médicaux et une potentielle entrée dans la dépendance, ce qui justifie sa place dans les plans de Santé Publique **[2]**.
C'est dans ce cadre que la HAS a rédigé en 2007 un guide de recommandations professionnelles sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, afin de formaliser les objectifs du PNNS 2. Un des axes principaux est la prévention primaire par dépistage, mettant donc le médecin généraliste au centre du dispositif de prise en charge.

Selon les recommandations de l'HAS, le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou plusieurs des critères suivants : une perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois et/ou un Indice de Masse Corporelle (IMC) < 21Kg/m² et/ou une albuminémie < 35 g/l et/ou un Mini Nutritional Assessment (MNA) < 17. Et, le diagnostic de dénutrition sévère repose sur un ou plusieurs des critères suivants : une perte de poids ≥ 10% en 1 mois ou ≥ 15% en 6 mois et/ou un IMC < 18Kg/m² et/ou une albuminémie < 30g/l **[3]**.
Prenant donc en considération l'importance de ce problème, et à la lumière des recommandations françaises récentes, nous avons voulu observer les pratiques des médecins généralistes d'Eure et loir face à la dénutrition des sujets âgées.
Il s'agit d'une enquête descriptive des pratiques du dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes d'Eure et Loir avec une méthode quantitative ayant pour objectifs :
Evaluer la fréquence de dépistage de la dénutrition de la personne âgée et les moyens utilisés par le médecin généraliste.

Notre hypothèse principale réside sur le fait que la problématique de la dénutrition du sujet âgé serait méconnue et insuffisamment prise en compte par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire de cette étude est de soulever les difficultés des médecins généralistes dans cette prise en charge complexe et de mettre en évidence les points à améliorer pour optimiser le dépistage de dénutrition de la personne âgée dans les années à venir.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. LE CHOIX DE LA MÉTHODE DESCRIPTIVE

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire composé de questions fermées, afin d'obtenir des résultats homogènes et facilement interprétables en termes statistiques ;

Cela va également permettre d'obtenir une réponse rapide des médecins.
Le choix du questionnaire avec anonymisation des réponses, permet une meilleure objectivité des réponses du médecin interrogé.

2.2. POPULATION ÉTUDIÉE

Nous nous sommes intéressés à la population de médecins généralistes dans le département d'Eure et Loir (28).
Au total, 289 médecins généralistes ont été sollicités. La liste est issue des pages jaunes.

2.3. RECUEIL DE DONNÉES

Un questionnaire à réponses anonymes, issu d'une thèse qualitative de 2012 "Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition" a été adressé aux médecins généralistes par voie postale accompagné d'une lettre de présentation.

L'étude a été réalisée du 30 mai 2012 au 30 octobre 2012.

2.4. ANALYSE

Les résultats ont été saisis et analysés avec le logiciel Excel.

3. RESULTATS

Sur les 289 questionnaires envoyés aux médecins généralistes d'Eure et Loir, nous avons obtenu 50 réponses, soit 17%.

3.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

3.1.1. Age

Sur 50 répondants, la moyenne d'âge est de 54,6 ans.

3.1.2. Sexe

Le panel de médecins interrogés se compose de 20% de femmes et 80% d'hommes.

3.1.3. Lieu d'exercice

Sur 50 répondants, 20 médecins exercent en milieu rural, soit un pourcentage de 40% ; 16 médecins travaillent en milieu semi-rural, soit un pourcentage de 32% ; 14médecins sont situés en milieu urbain, soit un pourcentage de 28%.

3.1.4. Mode d'exercice

Une grande majorité des médecins (92%) exerce en secteur 1.
Sur 50 réponses, 30 médecins travaillent en cabinet de groupe, soit un pourcentage de 60% et 20 médecins travaillent seuls, soit un pourcentage de 40%.
Concernant l'usage de l'informatique au cabinet, 39 (78%) d'entre eux y ont recours.

3.1.5. Formation complémentaire

Sur 50 répondants, 32 médecins (64%) participent à une FMC régulièrement, 14 de manière ponctuelle (28%) et 4 médecins ne participent à aucune formation (8%).

3.2. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.2.1. Situations à risque de dénutrition

Situations à risque citées dans les rapports de la HAS	Effectifs	Pourcentage des médecins répondants
L'amaigrissement	40	80%
Les troubles des fonctions supérieures	50	100%
La dépression	49	98%
La solitude	47	94%
La perte d'autonomie	47	94%
Les escarres	32	64%
Institutionnalisation	22	44%
Les pathologies évolutives	44	88%
Le deuil (veuvage)	26	52%
Les troubles bucco dentaires	33	66%
L'hospitalisation (retour d'hospitalisation)	24	48%

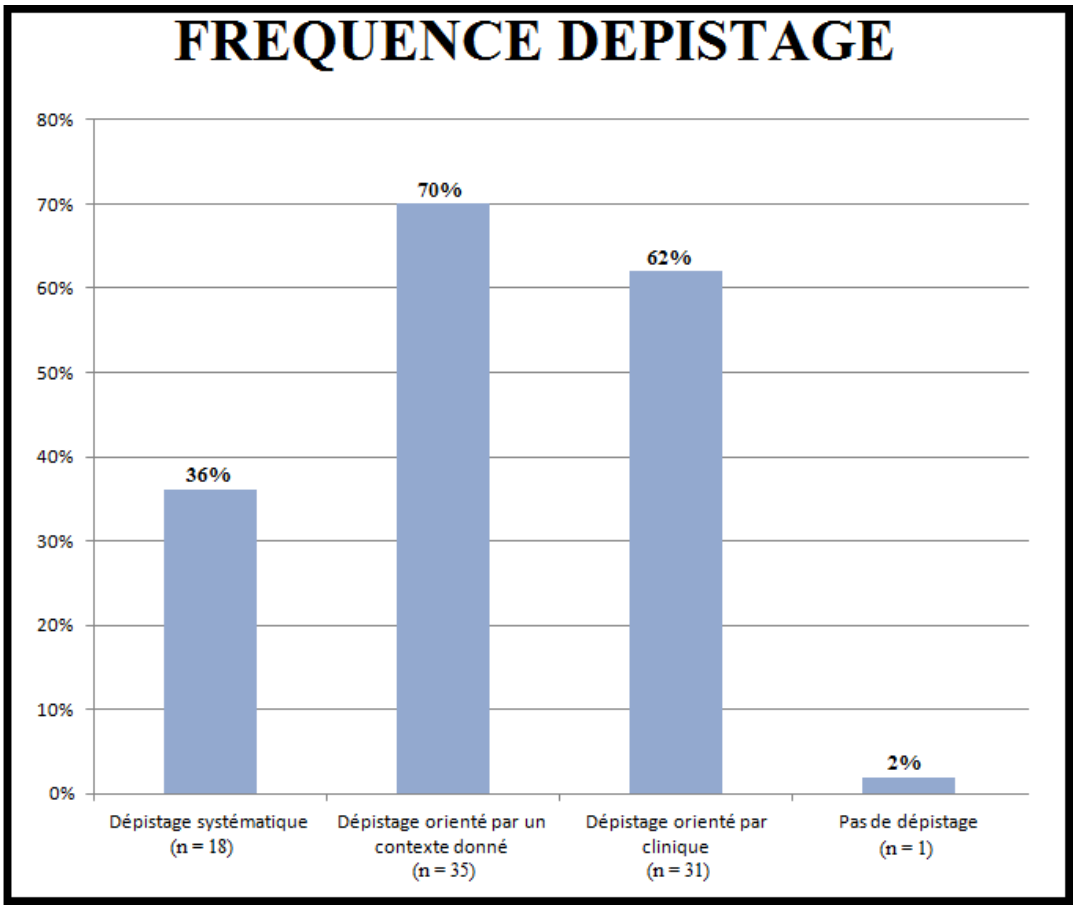
3.2.2. Dépistage de la dénutrition

3.2.2.1. Perception du thème de la dénutrition

Sur les 50 répondants, 28 médecins (56%) pensent que la dénutrition est peu fréquente. La dénutrition est perçue comme une pathologie à part entière par 33 médecins (66%).
Une grande majorité de médecins (62%) pensent que la dénutrition ne représente pas un motif de consultation pour la personne âgée, mais plutôt un motif de consultation motivé par l'entourage (62%).

3.2.2.2. Fréquence du dépistage

Fréquences du dépistage	Effectifs	Pourcentage des médecins répondants
Dépistage systématique	18	36%
Dépistage orienté par un contexte donné	35	70%
Dépistage orienté par clinique	31	62%
Pas de dépistage	1	2%



3.2.2.3. Utilisation des outils de dépistage

Le poids :

Principal critère de dépistage, selon les recommandations il doit être mesuré à chaque consultation en ville.
34 (68%) médecins généralistes sur les 50 interrogés déclarent peser systématiquement leurs patients à chaque consultation.
27 (54%) médecins trouvent que le poids est une mesure difficile à prendre en visite.

L'IMC :

17 médecins (34%) calculent l'IMC de leurs patients systématiquement. 25 médecins (50%) calculent l'IMC pour le suivi de la dénutrition alors qu'ils sont 40 (80%) à le faire pour le suivi de l'obésité.

Le MNA :

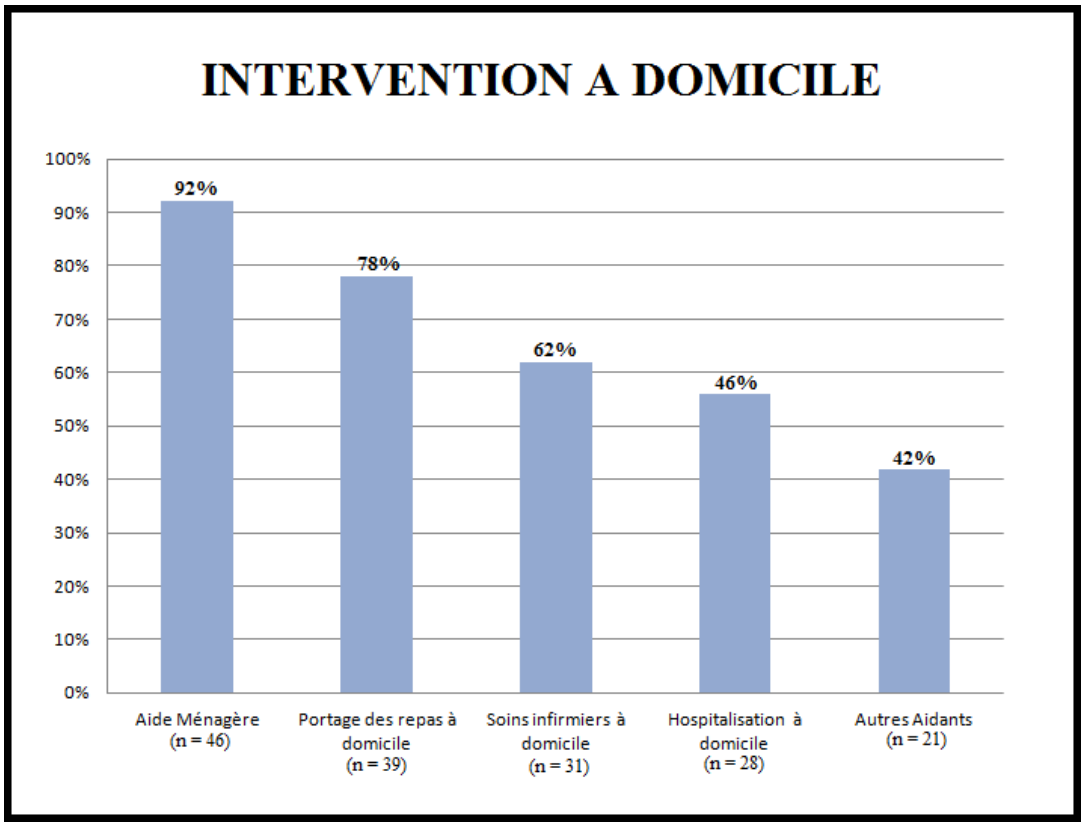
En ce qui concerne le MNA, 44 des médecins (88%) déclarent ne jamais l'utiliser.
Sur 50 répondants, 40 médecins (80%) ne connaissent pas le MNA.

Bilan biologique :

29(58%) médecins réalisent un bilan biologique systématiquement aux personnes âgées.
21 médecins (42%) font un bilan biologique lors de situation à risque.
Évaluation de l'état nutritionnel : albumine 43(86%), prealbumine 29(58%), CRP 20(40%).

3.3 Aides à la personne

A la lecture des réponses relatives à la contribution de l'aide à la personne dans la lutte contre la dénutrition, il s'avère que les médecins sont unanimes et reconnaissent le rôle évident de l'aide à la personne.
Toutefois, les avis divergent quant à la forme de ce soutien.
En effet, tandis que certains s'entendent par exemple sur la nécessité d'une aide ménagère d'autres estiment que l'HAD ou le portage de repas sont les aides les plus appropriées pour pallier la dénutrition. Pour illustration, le schéma ci-dessous synthétise ce partage de réponses :



Suite à ce classement, il est à préciser que 44 médecins (88%) pensent que l'aide-ménagère permet de maintenir une prise alimentaire régulière.

Outre son rôle dans la prévention de la dénutrition, le questionnaire soulève la question de l'autonomie. Sur ce point, 40 médecins (80%), estiment que l'aide ménagère favorise, de manière plus générale, le maintien de l'autonomie à domicile.

Pour ce qui est du portage de repas à domicile, 40% (20 médecins) jugent que cette aide est un service de qualité, alors que 22% (11 médecins) déplorent le manque de choix de menu.
Quant aux soins infirmiers à domicile, 39 médecins (78%) s'entendent pour dire que le retour à domicile de la personne âgée après hospitalisation est compliqué du fait de difficultés liées à la mise en place des aides ou le manque d'aidants (64%).

Enfin, 26 médecins (52%) estiment que l'HAD n'est justifiée que si des soins sont nécessaires.

4. DISCUSSION

Cette partie tend à confronter les résultats de l'enquête aux données de la littérature.

4.1. LIMITE DE L'ÉTUDE

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

Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer ce faible taux de retour :

Premièrement, les médecins consultés sont de plus en plus sollicités à répondre aux questionnaires des thésards.

Deuxièmement, la nutrition du sujet âgé n'est peut-être pas le thème pour lequel les médecins généralistes s'investissent le plus. Pour ce type de questionnaire nous avons sans doute plus souvent des réponses de médecins généralistes intéressés par le sujet (biais de sélection) et qui ont donc peut-être de meilleures connaissances et une meilleure pratique vis-à-vis du thème abordé.

Troisièmement, le nombre de questions (89 questions soit 13 pages) qui implique une augmentation du temps consacré (pouvant être complété en 20 min selon l'auteur), a sans doute découragé un grand nombre de médecins (autre biais).
Suite à ce constat, une simplification constructive du questionnaire serait à envisager.
Il est alors à se demander de quelles manières optimiser le recueil de réponses sans toutefois altérer le contenu et les objectifs d'analyse de cet outil d'observation conçu rigoureusement.
La réduction du nombre de questions ou leur synthétisation seraient susceptibles de concourir à cet objectif.
La pertinence et la conformité de cette piste éventuelle restent à étudier.

Le questionnaire est composé de questions fermées permettant d'obtenir des résultats facilement interprétables en terme statistique mais pouvant orienter les médecins dans leur choix de réponses et donc entraîner des biais.

4.2 PROFIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INTERROGÉS

L'âge moyen des médecins de notre étude est de 54 ans. Ceci correspond aux données actuelles en Eure et Loir, avec une moyenne d'âge de 53 ans.
Notre étude met en évidence une majorité de médecin homme (80%), ce qui se rapproche de la réalité démographique des médecins. En effet, en Eure et Loir, on compte, d'après les dernières données de juin 2011, 63% d'hommes et 37% de femmes.
L'étude retrouve 72% des médecins exerçant en milieu rural et semi-rural.
La majorité relève du secteur 1 (92%). 60% exercent en groupe et 78% sont informatisés.

Notre échantillon n'a pas les mêmes caractéristiques que ceux des études réalisées dans d'autres régions. En effet, nous obtenons plus de réponses en milieu rural et semi-rural. Pourquoi cette différence ?
Il est à se demander si les médecins en milieu rural et semi-rural sont plus sensibilisés à la dénutrition de la personne âgée. Ou sont-ils plus confrontés aux problèmes de la dénutrition que ceux du milieu urbain ? Ou encore, ont-ils un pourcentage plus élevé de personnes âgées en patientèle?
Le maintien à domicile est peut-être plus efficient en milieu rural ?

4.3 Évaluation des pratiques professionnelles

L'amélioration du dépistage de la dénutrition passe par la connaissance des situations à risque. La très grande majorité des médecins (> 92%) considère comme à risque les situations suivantes :

Les troubles des fonctions supérieures (100%), la dépression (98%), la solitude (94%), la perte d'autonomie (94%). En effet ces différentes situations ont été mises en évidence dans *l'étude Solinut de 2002*, comme situations en proie à la dénutrition. *L'étude Solinut* **[4]** a montré que l'isolement retentit sur le statut nutritionnel, diminue l'envie de manger et la capacité de faire des courses. Pour rompre l'isolement, le médecin doit donc inciter la personne âgée ou son entourage à mettre en place des aides.

Conformément aux résultats de notre étude, 36% des médecins font un dépistage systématique, alors que 70% l'établisse dans un contexte donné et 62% quand il y a des signes cliniques. Il apparait que les médecins généralistes pensent à dépister une dénutrition quand il existe déjà un élément faisant évoquer une dénutrition (perte de poids, pathologie aiguë ou chronique), mais pas suffisamment dans le cadre de la prévention, chez un sujet apparemment « sain ». Ces résultats confirment notre hypothèse principale, indiquant que les médecins généralistes ne dépistent pas systématiquement la dénutrition de la personne âgée. Par ailleurs, il faut rappeler que l'HAS recommande de faire un bilan nutritionnel au moins une fois par an pour dépister la dénutrition **[3]**.
En 2009, Liegeois C. dans son travail de thèse fait en Ile de France, montre que 62% des médecins généralistes font un dépistage systématique **[5].**
Pourquoi une telle différence avec la région Eure et Loire ?
Sont-ils plus sensibilisés au dépistage ou surestiment-ils leurs réponses ?

Dans notre travail, les outils de dépistage ne sont pas toujours utilisés voire non identifiés.

- Le poids est l'élément le plus évoqué mais n'est pas systématique notamment lors des visites à domicile. Dans notre étude, seul 68% des médecins pèsent leurs patients à chaque consultation. Or, nous rappelons que les recommandations de l'HAS stipulent que le poids doit être mesuré à chaque consultation en ville. Ces chiffres sont superposables a ceux de Lapalus C. **[6]** qui a montré dans son travail de thèse de 2010 que seuls 55% des médecins utilisaient le poids comme outil de dépistage, alors que 82% utilisent les dosages biologiques qui, rappelons-le ne sont pas reconnus comme outils de dépistage **[3]**.

- D'autre part, 34% des médecins calculent l'IMC. Ce qui est peu en comparaison à la fréquence de la mesure du poids (68% des médecins pèsent souvent ou toujours leurs

patients). Ces chiffres sont superposables à ceux de l'enquête Agena 2003 **[7]**, qui retrouve une faible utilisation des indicateurs nutritionnels (42%) et insiste notamment sur la sous-utilisation de l'IMC (35%), alors qu'il est possible de le calculer chez presque tous les patients.
Il est à supposer que la faible utilisation de l'IMC en médecine de ville soit due à la difficulté de son utilisation lors des visites à domicile, où les outils nécessaires à la mesure du poids et de la taille ne sont pas toujours disponibles, et la difficulté de mobiliser des sujets souvent semi-autonomes voire grabataires à domicile. En revanche, lors d'une consultation au cabinet médical, le recueil de ces données peut être réalisé de façon automatique grâce à l'informatisation.
L'IMC est un critère très spécifique mais peu sensible, car de nombreux patients présentent un surpoids, voir une obésité dans la période précédant la survenue de la dénutrition. L'IMC est faussée en cas d'œdème, d'anasarque ; il ne s'agit donc pas du marqueur le plus fiable en gériatrie : un IMC sup à 21 n'exclut pas le diagnostic de dénutrition chez le sujet âgé. Son interprétation doit donc être nuancée.

- Enfin, seuls 12% des médecins pratiquent le MNA.
  De plus, une majorité de l'échantillon (80%) ne connait pas ce test qui est pourtant validé et recommandé pour formaliser le dépistage. A signaler qu'il existe deux versions (Annexe 3). Dans sa version initiale complète, il comporte 18 items à renseigner, comprenant les données de l'interrogatoire et les mesures anthropométriques. Selon les auteurs, cette première version peut être complétée en dix minutes. Pour un dépistage plus rapide, on peut utiliser la deuxième version de ce questionnaire, plus courte, appelée MNA-SF est inférieur à 11, il existe une possibilité de dénutrition qu'il faut confirmer en utilisant la version initiale du MNA, afin de classer le patient à risque de dénutrition (score MNA compris entre 17 et 23.5) et le patient dénutri (score MNA inférieur à 17). Si le score du MNA-SF est inférieur ou égal à 7, il existe une malnutrition avérée.
  L'intérêt majeur du MNA est de détecter le risque de dénutrition avant toute perte de poids importante ou diminution de l'albuminémie.

  Ces résultats nous incitent à nous poser une question :
  Cette recommandation de l'HAS concernant l'utilisation du MNA pour le dépistage de la dénutrition de la personne âgée est-elle réellement applicable et adaptée en consultation de médecine générale ?

Dans notre étude, la majorité des médecins voudraient un test simple d'utilisation 76%, court 62%, et peu chronophage 64%. La médecine actuelle est basée sur de nombreuses recommandations dont l'objectif principal est d'améliorer, de faciliter et d'uniformiser les pratiques. Leur impact sur les pratiques reste mitigé. C'est le cas des recommandations sur la dénutrition de la personne âgée. En effet, certains praticiens attestent que leur pratique est guidée et facilitée par les recommandations. D'autres s'en passent facilement et ont une pratique basée sur le « bon sens » **[8]**. Différents travaux suggèrent un écart entre les pratiques médicales et les recommandations **[8]**. Cet écart n'est évidemment pas toujours négatif. Les recommandations sont basées sur un consensus de plusieurs experts. Elles sont un outil pour guider les praticiens dans leur choix mais surtout pour les former au sujet abordé. Le médecin généraliste acteur de santé principal devrait être plus largement représenté afin de prendre en compte, lors de l'élaboration des recommandations de la réalité, de la médecine ambulatoire. Il est important d'uniformiser les pratiques mais n'est-il pas judicieux de réaliser des

recommandations plus spécifiques à chaque lieu d'exercice sachant que les patients et les pathologies ne sont pas appréhendés de la même façon en ville, à l'hôpital ou en institution ?

Dans notre étude 86% des médecins dosent l'albumine, 56% la préalbumine et 40% la CRP. Ce qui revient à dire qu'un médecin sur deux pratiques le dosage de l'albumine sans le coupler à la CRP.
Il faut rappeler que le dosage de l'albumine dans la dénutrition n'a de valeur qu'en ne tenant compte de l'état inflammatoire du patient.
L'albumine : marqueur nutritionnel le plus couramment utilisé. Sa demi-vie est de 21 jours. Son seuil pathologique se situe en dessous de 35 g/L. Un taux inférieur à 30 g/L signe une dénutrition sévère.
La préalbumine ou transthyrétine : du fait de sa demi-vie courte (48h), elle est un bon reflet des modifications rapides des niveaux de synthèse protéique. Son seuil pathologique se situe en dessous de 200 mg/L. Elle permet de faire le diagnostic de dénutrition aigüe et surtout, elle permet de suivre l'efficacité d'une renutrition.
En pratique, si la concentration plasmatique de ces protéines est effectivement sensible aux variations de l'état nutritionnel, elle est en revanche peu spécifique d'un état de dénutrition. En effet, de nombreuses situations peuvent être à l'origine d'une variation de cette concentration plasmatique. C'est le cas lors d'une insuffisance hépatocellulaire, une déshydratation ou un état inflammatoire prolongé.

Tous ces éléments, pris individuellement, tendent à confirmer notre hypothèse que la dénutrition de la personne âgée est insuffisamment dépistée.

La dénutrition de la personne âgée est définie comme une pathologie à part entière par les autorités de santé **[3]** pourtant seul 66% la perçoive comme telle dans notre étude.
Elle est souvent perçue comme un symptôme associé à d'autres pathologies.

Il s'avère que 62% des médecins généralistes jugent que la dénutrition ne représente pas un motif de consultation pour la personne âgée, mais plutôt un motif de consultation motivé par l'entourage (62%) (Annexe 1).
Eduquer le patient, afin de l'impliquer dans le dépistage fait partie des mesures nécessaires pour améliorer dépistage la dénutrition.
Les médecins sont souvent confrontés à la résistance de leur patient [**6-9-10**]. Les patients âgés connaissent les risques de l'excès du cholestérol, du diabète ou de l'obésité mais en ce qui concerne la dénutrition, ils sont souvent ignorants.
Intégrer la personne âgée dans le programme de dépistage est une difficulté non négligeable qui impose au praticien d'expliquer à ses patients les enjeux de toute action de santé.
Par ailleurs, l'absence de plainte nutritionnelle du patient et son manque de connaissance des problèmes nutritionnels contribuent à l'absence de dépistage de la dénutrition [**11-12**].
Un patient conscient des problèmes de nutrition poussera son médecin à être davantage vigilant.

Nous pouvons en outre nous interroger sur la part de responsabilité des représentations des médecins vis-à-vis des personnes âgées. Une revue de littérature de 1999 sur la personne âgée et sa santé émettait l'hypothèse que « les médecins s'investiraient moins dans la fonction de conseiller, d'éducateur, d'encouragement dès qu'ils sont face à une personne de grand âge puisque… pensent-il… c'est déjà trop tard ! »**[13]**. Dans son travail de thèse réalisé en 2009, S. Doerr conclut que la dénutrition est le dernier motif intéressant les médecins généralistes en matière de prévention, après, par ordre décroissant la prévention cardio-vasculaire, la

prévention des chutes, la prévention de l'ostéoporose et la prévention des troubles cognitifs **[9]**. M. Monteil-Brek, dans son travail de thèse de 2009 **[14]**, observe que 2/3 des médecins interrogés (197 médecins) non pas connaissance des recommandations de l'HAS 2007. Ces résultats sont superposables à ceux de Desport J, Dorigny B, Zazzo JF et al., qui trouvent dans l'étude réalisé en 2007 que pour 61% des médecins généralistes, le manque de formation explique le sous diagnostic de la dénutrition **[15]**. Le manque d'intérêt et le manque de formation des médecins généralistes concernant le dépistage pourrait expliquer l'absence de suivi des recommandations.
Par contre ils sont davantage attachés aux dépistages codifiés, car ils sont sensibilisés par les autorités de santé et formés. En effet 93% des généralistes interrogés ont jugé satisfaisante la formation au dépistage organisé du cancer colorectal **[16]**. C'est d'ailleurs un des avantages du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel. Un autre avantage est celui de la gratuité, ce qui est un élément primordial dans l'adhésion des patients. Enfin le gain de temps est important, par l'envoi de documents au médecin généraliste et/ou au patient avec un parcours de prise en charge bien défini permettant de simplifier les démarches et d'impliquer les différents acteurs de santé.
Le rôle des autorités de santé est également d'informer le patient, via les médias par des campagnes ciblées précises. L'assurance maladie, comme elle le fait pour la campagne de vaccination contre la grippe, peut également participer à l'information du patient via des courriers succincts les encourageant à parler du problème de dénutrition avec leur médecin généraliste.

Tout ceci nous pousse à dire que le manque de temps constitue un obstacle pour le dépistage de la dénutrition dans la pratique de la médecine générale ambulatoire.
Ces résultats sont également illustrés par d'autres recherches telles que:

- L'Enquête de la SFMG **[17]** (Société Française de Médecine Générale) réalisée en 2006, intitulée « Nutrition en médecine générale : quelles réalités ? »,
- une Etude réalisée en 2007 **[18]**, mettant en cause le manque de temps dans la relation médecin-patient,
- le travail de Y. Gaboreau présenté en 2009 **[19]**,
- et la Thèse de L. Laifa-Mary effectuée en 2011 **[20]**.

Ces dernières s'entendant sur le fait que les praticiens ne disposent pas du temps nécessaire au dépistage de la dénutrition.
En effet, la population âgée nécessite davantage d'écoute et de temps pour appréhender l'ensemble des problèmes de santé. C'est le cas si l'on veut s'intéresser à sa nutrition et réaliser un dépistage efficace. La durée de ce suivi est un frein largement identifié et évoqué dans la littérature.
Outre le défaut de dépistage de la dénutrition, la qualité de la relation médecin-patient est détériorée dans ce contexte où certains médecins contraints par le temps, écourtent les échanges avec leurs patients.
Ce manque de temps est souvent corrélé à la rémunération. En effet, Doerr et Gaboreau Y. dans leurs travaux de thèse 2009 **[9-19]** soulignent que des médecins évoquent la reconnaissance financière insuffisante comme un frein au dépistage de la dénutrition de la personne âgée en ville.
Il est nécessaire de revaloriser le statut de médecin généraliste. Une des solutions serait d'instaurer une consultation dédiée au dépistage de la dénutrition avec un temps imparti adéquat et une rémunération suffisante permettant aux médecins de se consacrer totalement aux problèmes de la dénutrition.

4.4 AIDES À LA PERSONNE

L'objectif de la prise en charge du médecin généraliste est bien sûr, le maintien à domicile tant que cela est possible. La majorité des personnes âgées désirent, elles aussi rester à domicile. Toutefois, cela nécessite des aménagements adaptés et concertés entre le médecin, les aidants et les autres professionnelles concernés par les personnes âgées. Parmi les nombreuses mesures nécessaires du maintien à domicile, nous pouvons citer :

- Le passage d'une infirmière pour la distribution de médicaments ou pour des soins.
- Le passage d'une aide-soignante pour les toilettes.
- Le passage d'une auxiliaire de vie pour le ménage, les courses, les sorties accompagnées.
- La mise en place de portage des repas, d'une télé alarme.
- La mise en place d'une hospitalisation à domicile.
- Le passage d'un kinésithérapeute pour améliorer la mobilité.

Comme indiqué, selon notre étude, 92% des médecins mettent en avant l'importance du rôle joué par l'aide-ménagère dans la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée.
En effet, la majorité des médecins pensent que l'aide-ménagère permet de maintenir une alimentation régulière (88%) et une autonomie à domicile (80%).
L'état de dépendance a favorisé l'émergence du concept d'aide à la personne, qui s'est substitué à celui d'aide-ménagère, trop réducteur.
La perte d'autonomie se traduit, en effet, par un besoin d'aide domestique et d'assistance à la vie quotidienne.
Les intervenants orientent leur action autour de deux axes essentiels en fonction de l'état de la personne âgée :
- L'appui aux tâches domestiques, telles que le ménage, les courses ou l'entretien du linge.
- L'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et au coucher, accompagnement à la toilette et à l'habillage, assistance aux repas).

D'autre part, 78% des médecins pensent que le portage des repas est une bonne solution pour la prise en charge de la dénutrition, mais la qualité des repas proposés est critiquée par 60% des médecins (30 médecins) ainsi que l'absence de choix des menus (22%, soit 11 médecins).
Ces différents éléments ont été soulevés en 2005 par le CNA, qui stipule : « l'alimentation est un plaisir important pour les personnes âgées, pour peu que les aliments soient de bonne qualité gustative, d'un goût tenant compte du passé culinaire, d'une texture adapté, d'une présentation soignée ». Le CNA considère que la présentation du plaisir alimentaire devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées **[21]**.
Autre point souligné par le CNA, est le rôle joué par le partage des repas dans la socialisation des personnes âgées.
Cela nous amène à évoquer comme piste d'amélioration :

- Amélioration de la qualité gustative des plats proposés.
- Diversification des sociétés de restauration pour le portage des repas à domicile.
- Développement de lieux de restauration conviviaux pour les personnes âgées.

- Organisation de partage de repas multi-générationnel à domicile ou en institution.

Le champ sanitaire est représenté par le SSIAD avec 62% (31 médecins) et l'HAD 56% (28 médecins) :

Le SSIAD effectue des actes infirmiers au domicile des personnes âgées en même temps que des soins d'hygiène générale et aide celles-ci à accomplir les actes essentielles de la vie.

Quant à l'HAD, elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes ou trop techniques et médicalisés (il y a toujours un médecin coordinateur en HAD). Sans HAD, les personnes qu'elle accueille seraient maintenues en établissement hospitalier. Elle permet donc de raccourcir une hospitalisation en établissement, voire parfois de l'éviter complètement. Elle se fait sur demande du médecin traitant en accord avec le médecin coordinateur.

5. CONCLUSION

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

Notre travail a consisté en une étude observationnelle sur les pratiques des médecins généralistes d'Eure et Loir exerçant en cabinet libéral. Nous avons obtenu 50 réponses sur 289 questionnaires envoyés (17%).

Cette étude révèle un faible taux de dépistage systématique : seulement 36% des médecins pensent à dépister de manière systématique une dénutrition.
Le poids n'est pas suffisamment surveillé (68% à chaque consultation), de même que l'IMC (34% à chaque consultation).
Quant au MNA, il est peu connu par les médecins généralistes. En effet, 80% des médecins généralistes ne connaissent pas du tout ce test et 88% déclare ne l'avoir jamais utilisé.

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernant le dépistage sont le manque de temps, l'absence d'adhésion aux recommandations de l'HAS et l'absence d'adhésion des personnes âgées.

Pour améliorer la prise en charge de la dénutrition, une des pistes serait d'instaurer une consultation annuelle dédiée au dépistage de la dénutrition, de multiplier les campagnes de sensibilisation des personnes âgées au thème de la dénutrition et d'insister sur la formation des différents acteurs agissants auprès de la personne âgée.

La dénutrition étant une affaire de tous, l'accent devrait être mis dans un travail en coordination entre les différents intervenants auprès des personnes âgées, tel que le développement d'un « réseau nutrition » en ville.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferry M, Lessourd B, Schlienger JL. Etude de la consommation alimentaire chez les personnes âgées lors de l'enquête EURONUT-SENECA. In abords méthodologiques des enquêtes de consommation alimentaire chez l'homme. Dossier scientifique IFN 1996, n°8.

2. Compan B, Di Castri A, Plaze JM, Arnaud-Battandier F. Epidemiological stdudy of malnutrition in elderly patients in acute, sub-acute and long-term care using the MNA. The Journal of nutrition, health & aging. 1999; 3(3) : 146-151.

3. HAS, 2007. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.

4. FERRY M, MISCHIS C, SIDOBRE B, LAMBERTIN A, BARBERGER-GATEAU P. Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile. L'étude SOLINUT. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/solinut.pdf

5. Liegeois C. Etude des modalités de dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes, chez les sujets de plus de 75 ans vivant à leur domicile. Pari. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médicine. 2009.

6. Lapalus C. *Evaluation nutritionnelle de la personne âgée de plus de 70 ans par le médecin généraliste en ville : enquête de pratique réalisée auprès de 140 médecins des Hauts-de-Seine*. Th : Méd. Paris 5 : 2010 ; 119.

7. BROCKER P, GIRET D'ORSAY G, MEUNIER JP.
Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés : l'enquête AGENA.
L'année gérontologique 2003 ; 17 : 73-86.

8. Laure P. trépos J.Y. *Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes*. Santé Publique ; 2006 : volume 18, n°4, p. 573-584.

9. Doerr S. *La prévention chez la personne âgée en médecine générale : enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine*. Th : Méd. ; Nancy : 2009 ; 165.

10. Hinton L et al. *Practice constraints, behavioral problems, and dementia care : primary care physicians perspectives*. J Gen Intern Med. 2007; 22 : 1487-92.

11. Dorigny B. Hébuterne X. *Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluationet de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes*. Nutrition clinique et métabolisme. 2007 ; 21, p 40.

12. Helman A. *Nutrition and general practice: an Australian perspective.* Am J ClinNutr. 1997; 65, 1939 S – 42 S.

13. Doumont D, Libion F, Deccache A. les personnes âgées et leur santé : Besoins, représentations, comportements, … (2ème partie). Faculté de médecine Université Catholique de Louvain-RESO. Juin 1999, (21p). www.uclouvain.be

14. Monteil-Brek M. Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées en médecine générale : Enquête auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France] : Université d'Aix-Marseille II ; 2009.

15. Desport J, Dorigny B, Hébuterne X, Zazzo JF, Mazon V, Lessourd B. Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes. Nutrition Clinique et Métabolisme. nov 2007 ; 21, Supplément 2(0) : 40.

16. URLM Ile de France : Enquête sur les dépistages organisés de cancer : les pistes des médecins libéraux pour améliorer le dispositif. Communiqué de presse 22 juin 2010.

17. SFMG. Nutrition en médecine générale : quelles réalités ? 2006.
Ressource électronique disponible sur :
http://www.observatoiredupain.fr/images/produits//FD373FF9-4087-44c4-9598-53CDD8460A2F.PDF

18. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. Clinical Interventions in Aging. 2007; 2: 453-467.

19. Gaboreau Y. Dénutrition et démence du sujet âgé : Comparaison des déterminants à la pratique du dépistage par le médecin généraliste en Savoie et en Isère [Thèse d'exercice]. [2009, France] : Université de Grenoble ; 2009.

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

21. CNA. Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. Avis n°53. Déc. 2005, (18p). http://agriculture.gouv.fr

ANNEXES

Annexe 1 :

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 personne âgée 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 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 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) évolutives.....□
- 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 deuxième à risque ?

- Institutionnalisation.....□
- Solitude.....□
- Présence de pathologie(s) évolutives.....□
- 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 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.....□

Q17 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.....□
- Aucune moyen efficace.....□
- Aucune des réponses ci-dessus.....□

MEDECIN

Q18 Trouvez-vous les recommandations en Médecine Générale :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

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

Q19 Pensez-vous pouvoir intégrer ces recommandations en consultation ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q20 Pensez-vous perdre votre libre arbitre aux dépens des recommandations ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q21 Utilisez-vous des outils informatiques dans le suivi de vos patients ?

- Oui → cochez puis passez en **Q22**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q23**.....□

Q22Si 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.....□

Q23 Pensez-vous que l'intégration au logiciel médical de scores de dépistage ou d'évaluation faciliterait leur application ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q24 Pensez-vous qu'il existe un manque de considération ou de reconnaissance dans votre exercice ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q25 Estimez-vous être un scientifique ?

- Oui → cochez puis passez en **Q27**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q26**.....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q26**.....□

Q26 Pensez-vous que l'omniprésence des recommandations en Médecine Générale se fait aux dépens de la pratique ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q27 Pensez-vous que l'institution oriente en partie votre exercice ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q28 Votre clientèle est selon vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

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

Q29 Votre clientèle est selon vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Financièrement aisée ? .....□
- A revenus moyens ?.....□
- A revenus faibles ?.....□
- Sans avis.....□

Q30 Pensez-vous que bien connaître les patients facilite le dépistage de la dénutrition de la PA ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q31 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

Q32 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.....□

Q33 Estimez-vous que la PA institutionnalisée est :

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

Q34 Pensez-vous que le niveau de vie de la PA est un facteur à considérer au sein de la prise en charge de la dénutrition ?

- Oui → cochez puis passez en **Q35**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q36**.....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q36**.....□

Q35 Quelle raison estimez-vous être en cause ?

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

Q36 Estimez-vous important l'état psychologique de la PA dans la dénutrition ?

- Oui → cochez puis passez en **Q37**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q38**.....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q38**.....□

Q37 Si, oui, quelle raison estimez-vous en cause ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

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

Q38 Pensez-vous que l'état de santé de la PA oriente le dépistage ?

- Oui → cochez puis passez en **Q39**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q40**.....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q40**.....□

Q39 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.....□

Q40 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 **Q41**.....□
- Non → cochez puis passez en **Q42**.....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q42**.....□

Q41 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

Q42 Pensez-vous que les visites à) domicile permettent une meilleure évaluation de la dénutrition de la PA ?

- Oui → cochez puis passez en **Q43** ……..□
- Non → cochez puis passez en **Q44** …….....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q44** ……..□

Q43Si 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 ……..…□

Q44 Combien de visites estimez-vous faire en moyenne par jour ?

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

Q45 Estimez-vous vos visites à domicile de moins en moins fréquentes ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q46 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 ……□

Q47 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 ……□

Q48 Utilisez-vous un outil formalisé de dépistage ?

- Oui → cochez puis passez en Q50 ……□
- Non → cochez puis passez en Q52……□

Q49 Quel outil utilisez-vous ?

- Mini Nutritional Assessment (MNA®) ……□
- Autre outil ……□

Q50 Cet outil est utilisé :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Systématiquement ? ……..□
- Dans les situations ciblées vue en Q14 ? ……□
- Devant les signes vus en Q16? ……..…….....□
- Aucune des réponses ci-dessus ……□

Q51 Connaissez-vous le Mini Nutritionnal Assessment, MNA® ?

- Oui → cochez puis passez en Q52 ……...□
- Non → cochez puis passez en Q55……..□

Q52 Si oui, l'utilisez-vous ?

- Oui → cochez puis passez en Q53 ……□
- Non → cochez puis passez en Q54…….....□

Q53 L'utilisez-vous :

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- En cabinet ? …….....□
- En institution ? ……....□
- Aucune des réponses ci-dessus ……□

Q54 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 ……..□

Q55 Trouvez-vous un intérêt à l'usage d'un outil formalisé en Médecine Générale ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q56 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 ……...□

Q57 Avez-vous une balance en cabinet ?

Oui □ Non □

Q58 Pensez-vous qu'une balance soit indispensable en cabinet ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q59 Estimez-vous que le poids est le critère principal de dépistage de la dénutrition de la PA ?

Oui □ Non □ Ne sais pas □

Q60 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 ? ……....□

Q61 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 ……....□

Q62 Quand estimez-vous cette perte de poids alarmante ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- A partir d'une perte de 3 kg ……...□
- A partir 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 ……..□

Q63 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 ……...□

Q64 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 ……□

Q65 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 un 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 ? ……..□

Q66 Mesurez-vous le pli cutané ?

Oui □ Non □

Q67 Quel élément biologique estimez-vous utile dans l'évolution 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 ……□

Q68 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 ……□

Q69 Réalisez-vous un bilan biologique systématique aux PA ?

- Oui → cochez puis passez en Q71 ……□
- Non → cochez puis passez en Q72……..□

Q70 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 ……□

Q71 Estimez-vous qu'il existe un âge au-delà duquel un bilan biologique n'est plus utile ?

- Oui → cochez puis passez en Q72 ……..□
- Non → cochez puis passez en Q73 ……..□
- Ne sais pas → cochez puis passez en Q73 ……□

Q72 Si oui, à partir de quel âge ?

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

Q73 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

Q74 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 **Q75**…….□
- Non → cochez puis passez en **Q76**…….....□
- Ne sais pas → cochez puis passez en **Q76**…….□

Q75 Si oui, lequel ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

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

Q76 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 ……□

Q77 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 compliqué ? ……..…□
- Aucune des réponses ci-dessus ……□

Q78 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 …….....□

Q79 Pensez-vous que les portages de 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

Q80 Sexe

Masculin □29 Féminin □7

Q81Age

- ≤35 ans ……..□1
- 36 - 40 ans ……..□1
- 41 - 45 ans ……□2
- 46 - 50 ans ……...□8
- 51 - 55 ans ……□7
- 56 - 60 ans ……...□8
- 61 - 65 ans ……□8
- 66 - 70 ans ……...□1
- ≥71 ans ……□

Q82 Quel est votre lieu d'exercice ?

- Zone rurale…….....□14
- Zone semi-rurale ……□12
- Zone urbaine …….....□10

Q83 Quel est votre secteur d'exercice ?

- Conventionné
  secteur I ……□33
- Conventionné, honoraires libres
  secteur II ……□3
- Hors convention
  secteur III ……..……□

Q84 Exercez-vous en cabinet :

- Seul(e) ? ……□15
- De groupe ? ……□21

Q85Avez-vous un Mode d'Exercice Particulier (MEP) ?

- Oui → cochez puis passez en **Q87** ……□6
- Non → cochez puis passez en **Q88** …….....□30

Q86 Si oui, lequel ?

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- Algologie ……□
- Acupuncture ……□2
- Gériatrie …….....□
- Homéopathie ……□
- Médecine du sport ……...□1
- Mésothérapie ……□3
- Nutritionniste ……..□1
- Ostéopathie …….....□1
- Sexologie ……□

- Médecine d'Urgence ……...□1
- Aucune des réponses ci-dessus ……...□1

Q87 Travaillez-vous sur dossiers informatiques ?

Oui □28 Non □8

Q88 Avez-vous un secrétariat ou télé secrétariat ?

Oui □29 Non □7

Q89 Participez-vous à des formations médicales continues :

- De manière régulière ? ……□23
- De manière ponctuelle ? ……□10
- Jamais ? ……□3

Merci pour votre participation

Annexe 2 :

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**

© Haute Autorité de santé – 2007 – Imprimé par IME – FS"(copyright")

Annexe 3 :

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Nom: Prénom:

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

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

Dépistage

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

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 sévère
1 = démence modérée
2 = pas de problème psychologique ☐

F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) ☐
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm
0 = CM<31
3 = CM≥31 ☐

Score de dépistage ☐☐
(max. 14 points)

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

Sauvegarder Imprimer Réinitialiser

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

Annexe 4 :

Mr Kadi Abdallah
144 rue du Plessis Bouchard
95130 Franconville
Mail : k.abdallah@hotmail.fr

Directeur de thèse : Dr Bernard Rivoal à Voves

Franconville, le 30/05/2012

Cher confrère,

Je suis remplaçant en médecine générale, et je prépare ma thèse, intitulée :
Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure et Loir : Enquête auprès des médecins généralistes.

Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées est devenu un enjeu de santé public en particulier dans les pays développés. Le médecin généraliste doit jouer un rôle de premier plan dans le diagnostic, en découvrant en amont les causes ou en permettant en aval un meilleur suivi de la dénutrition.
Il s'agit d'une étude quantitative et descriptive des pratiques du médecin généraliste sur le dépistage de la dénutrition en Eure et Loir. Je me permets donc de solliciter votre aide pour effectuer ce travail. Vous trouverez ci-joint un questionnaire avec une enveloppe timbrée.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous m'accorderez.

Je vous propose de vous envoyer par email un exemplaire de la thèse, une fois terminée, si vous le souhaitez.

Cordialement,

Kadi Abdallah

PS : le questionnaire est anonyme.

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

KADI Abdallah **Thèse n°**

49 pages – 2 figures –2 tableaux- 4 Annexes

Résumé :

La dénutrition des personnes âgées est un véritable problème de santé public aux conséquences lourdes en termes de morbi-mortalité et sur le plan économique.

Notre hypothèse principale est que le dépistage de la dénutrition en ambulatoire des personnes âgées n'est pas effectué de manière systématique par le médecin traitant.

Grâce à un questionnaire anonyme, adressé en mai 2012, à l'ensemble des médecins généralistes d'Eure et Loir, nous avons réalisé une étude descriptive des pratiques professionnelles des médecins généralistes en matière de dépistage de la dénutrition de leurs patients âgés de plus de 70 ans. Nous avons obtenu 50 réponses sur 289 médecins sollicités, soit 17%. Malgré les recommandations de l'HAS, seulement 36% des médecins font un dépistage systématique de la dénutrition. C'est la conséquence d'un certain nombre d'obstacles lies aux médecins généralistes, aux patients âgés et a la politique de santé et de prévention chez la personne âgée.

Les résultats de cette étude permettent d'apporter des pistes de réflexions pour améliorer le dépistage en ambulatoire de la dénutrition de la personne âgée et impliquer les différents acteurs concernés.

Mots clés :

- Médecine générale
- Dénutrition
- Personnes âgées
- Dépistage

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres : Monsieur le Professeur François MAILLOT
Monsieur le Professeur Charles COUET
Monsieur le Docteur Bernard RIVOAL

Date de la soutenance : Le 30 Septembre 2013