



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 1^{er} février 2024 à Poitiers
par **Madame Audrey Gonçalves**

Dépistage et connaissances de la dénutrition du sujet âgé en ambulatoire par les médecins généralistes en Charente.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Doyen, le Professeur Paccalin Marc

Membres :

Monsieur le Docteur Bonnet Christophe Maître de Conférence Associé
Monsieur le Docteur Pessiot Phillipe
Madame le Docteur Blanchard Clara

Directrice de thèse : Madame le Docteur Blanchard Clara

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHUYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaël
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

A Monsieur le Doyen, le Professeur Marc Paccalin, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et vous adresse l'expression de mes sentiments les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Bonnet Christophe, je suis honorée que vous ayez accepté de juger ce travail. Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pessiot Philippe, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de tous vos bons conseils, et de m'avoir accompagnée vers le choix de la médecine générale. Vous êtes un modèle pour moi.

A Madame la Docteur Blanchard Clara, merci d'avoir accepté malgré tout de m'accompagner dans ce travail de thèse (laborieux !) je sais le temps que cela vous a pris. Je vous en serai éternellement reconnaissante. Merci de m'avoir si bien orientée et d'avoir permis que cette thèse soit la plus aboutie possible.

Aux participants de ma thèse, les médecins généralistes de Charente, tout d'abord un grand merci de m'avoir accordé ce temps si précieux. Merci pour vos témoignages qui m'ont enrichi tout au long de ce travail.

Aux Docteurs Hébert Marie Thérèse et Cavaro Gilles vous m'avez accueilli en Niveau 1 à Burie , merci de votre bienveillance et merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au **Dr Trouvé Antoine**, MSU de SASPAS , merci pour ce super stage , merci pour votre enseignement, merci pour les debriefs qui ont toujours été riches.

Au **Dr Souchaud Vivianne**, ma meilleure MSU de SASPAS. Tu m'as fait aimer encore plus la médecine générale. Merci pour ta bienveillance et tes conseils.

Au **Dr Raymond Marie Pierre**, merci d'avoir été une super MSU durant ce stage Femme enfant.

Aux Docteurs Brethenoux et Maillard, merci de m'avoir accueilli avec bienveillance au sein de la PMI j'ai énormément évolué avec vous, merci pour tout.

Aux médecins que j'ai eu tout au long de mon internat, qui m'ont formé, à toutes les **équipes paramédicales**, que j'ai croisé et qui m'ont formé merci pour votre bienveillance et votre enseignement.

Aux Pneumies, Valentin, Thomas, Aurélien, Rozenn, Léa, Lucas et Whitney, ce stage de pneumologie pendant l'externat ... Que de souvenirs !!! Qu'est-ce que ce stage nous aura liés ! Des années plus tard nous sommes toujours là à nous voir. Même si certains sont plus difficiles à voir vous restez très importants pour moi

A **Anne et Emeline** qui se sont rajoutées dans les Pneumies je suis bien heureuse que nos chemins se soient croisés.

A **Rozenn**, oui tu as bien un espace particulier pour toi, depuis notre rencontre en pneumo on ne s'est pas quittés. Merci d'être l'amie que tu es. Tu as été ma co externe de pneumo et de neuro, ma co partenaire de révision lors de nos samedis de prépa pour l'ECN qui est désormais loin derrière nous. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve.

A **Perrine**, ma co externe et puis co interne de médecine générale, que de fous rires et de souvenirs.

A **Élodie et Mathilde**, la Team 85, ma révélation de fin 2022, quel incroyable hasard de se découvrir toutes les trois sur un remplacement en Seine et Marne. Je suis tellement heureuse de vous avoir rencontrées. Vous êtes des amies formidables vous m'avez bien soutenu durant cette rédaction de thèse.

A Émilie, mon amie d'enfance, toujours ensemble depuis la maternelle, tellement de souvenirs d'enfance... Nous grandissons ensemble et ça, ça n'a pas de prix. Merci d'être présente pour moi.

A Nils, mon Muchu, toi aussi tu es là depuis l'enfance, tu es un ami très précieux pour moi. Malgré que l'on ne se voit que très peu, nos liens sont toujours forts et le resteront, merci d'être toujours là.

A Marie Coline, Marie Coco pour les intimes, je suis tellement heureuse de t'avoir rencontrée grâce à Vincent, la Norvège a été formidable avec toi, j'espère que nous aurons d'autres voyages ensemble.

Philippe et Désirée, merci d'avoir été là pour mon choix vers la médecine générale vous êtes des personnes formidables.

Aux amis de Vincent qui compte parmi les miens désormais, merci d'être là ,et j'ai hâte que l'on se revoie tous.

A mes beaux-parents, Sylvie et Jean Pierre, merci pour tout.

A Mimi et Jygy, merci d'être des parrain/ marraine au top ! Tellement de souvenirs ensemble.

A mon Titi Parrain, tu as toujours été là pour moi, à réparer des milliers de fois ma voiture et celle de papa ! tellement de dimanche après-midi passé ensemble, et de vendredis midi ensemble quand j'allais à Vars ! Merci pour tout mon Titi.

A Théo, mon frère, Hermanito, c'est toi qui m'as toujours poussé à être une personne meilleure chaque jour. Je suis heureuse que la vie m'ait donné un frère comme toi.

A mon Papou, merci d'être le meilleur des papas, c'est à toi que je dois ma réussite.

A ma Maman, merci d'être la maman que tu es, merci de faire que chaque moment de vie soit inoubliable.

A Jacqueline et Christian, Papi Mamie d'Angoulême, tellement heureuse de vous avoir eu comme voisins, j'ai hâte qu'on se retrouve !

A Clarisse et Yves, merci d'être là pour moi. Clarisse, tu as toujours voulu m'enseigner des choses depuis toute petite, tu m'as donné l'envie d'apprendre toujours plus, merci d'être une super grande tante.

A ma Cricrina, à nos vacances dans le Sud dans la France. Merci pour tous ces souvenirs d'enfance.

A ma Mamina, J'espère que tu es fière de moi là où tu es...

A Vincent, merci d'être l'homme que tu es, de m'épauler depuis l'externat, tu me soutiens depuis toujours. Merci d'être ce mari si formidable. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve. Je t'aime.

A Tout ceux que je n'ai pas cité mais qui ont fait partie de ma vie à un moment et qui ne sont peut-être plus là merci à vous car sans vous je ne serai peut-être pas la personne que je suis maintenant.

GLOSSAIRE :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ASALEE : Action de santé en libérale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCNE : Comité consultatif national et d'éthique

CPTS : Communauté Professionnel Territoriale de Santé

DEXA : Absorption biphotonique à rayons X

DGS : Direction Générale de la santé

EGSWOP: European Working Group on Sarcopenia in Older People

EHPAD : Etablissement d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes

GLIM: Global Leadership Initiative of malnutrition

GTM : Ground Method Theory

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MNA : Mini Nutritional Assessment

MNA SF : Mini Nutritional Assessment Short Form

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

NHS : National Health Service

PNNS : Plan national nutrition santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
1.1 Évolution démographique :.....	13
1.2 La dénutrition	13
1.2.1 Définition de la dénutrition.....	13
1.2.2 Conséquences de la dénutrition et enjeux économique et social	15
1.2.3 La dénutrition en médecine générale.....	16
1.2.4 Objectif de l'étude	17
2 Matériel et méthode.....	17
2.1 Choix du type d'étude	17
2.2 Population	17
2.2.1 Sélection des participants	17
2.2.2 Recrutement.....	18
2.3 Recueil des données.....	18
2.4 Guide d'entretien	18
2.5 Déroulement des entretiens	19
2.6 Retranscriptions des données.....	19
2.7 Suffisance des données	19
2.8 Analyse des données.....	20
2.9 Aspect éthique et réglementaire.....	20
3 Résultats.....	21
3.1 Population d'étude.....	21
3.2 Analyses des résultats	21
3.2.1 S'informer sur la dénutrition.....	21
3.2.1.1 Définir la dénutrition	21
3.2.1.2 Le savoir médical par la formation initiale	22
3.2.1.3 S'autoformer continuellement.....	23
3.2.1.4 La réflexivité.....	23

3.2.1.5	Communiquer avec ses pairs	23
3.2.2	La dénutrition : une pathologie mise au second plan ?.....	24
3.2.2.1	Une prise en charge axée sur le surpoids	24
3.2.2.2	Pathologie chronique et fin de vie	25
3.2.2.3	Savoir prioriser	25
3.2.3	Les outils d'informations et de dépistage de la dénutrition.....	27
3.2.3.1	Informier et prévenir via le support papier	27
3.2.3.2	Le réflexe de la pesée	27
3.2.3.3	L'albuminémie : automatisme biologique	27
3.2.3.4	Multiplicité des outils : Surcharge de données	28
3.2.3.5	Simplifier la prise en charge.....	28
3.2.3.6	Le "Gut Feeling" : outil particulier du médecin généraliste.....	29
3.2.3.7	Vers un outil idéal.....	30
3.2.4	La dénutrition : une affaire commune ?	30
3.2.4.1	Du colloque singulier à la prise en charge coordonnée	30
3.2.4.2	S'entourer d'une bonne équipe	31
3.2.4.3	Valoriser financièrement la coordination.....	33
3.2.4.4	Communiquer en réseau	34
3.2.5	Le versant social.....	35
3.2.5.1	S'aider de l'entourage familial	35
3.2.5.2	Isolement du sujet âgé.....	35
4	DISCUSSION	37
4.1	Schéma récapitulatif des résultats	37
4.2	Comparaison avec la littérature	38
4.2.1	Une veille en fonction des comorbidités	38
4.2.2	Les outils diagnostiques	38
4.2.3	La réflexivité, l'expérience, le ressenti auprès du patient	40
4.2.4	Une prise en charge sociale.....	40
4.2.5	Pluridisciplinarité et prise en charge des soins	41
4.2.6	Forces et limites de l'étude	41
4.2.7	Perspectives.....	42
5	Conclusion :	43
6	Bibliographie	44

7	Résumé.....	49
8	Annexes.....	50
8.1	Annexe 1 : Formulaire de consentement :	50
8.2	Annexe 2 : Guide d’entretien :	51

Introduction

1.1 Évolution démographique :

La population française est vieillissante, actuellement les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 20,5% de la population. La part de personnes âgées a progressé de 4,7 points en 20 ans. (1) Selon l'INSEE en 2070 : 17,8% de la population aura plus de 70 ans (2) ce qui amènera à un nombre important de personnes à risques de dépendance, et une évolution démographique entraînant une majoration du suivi gériatrique par les médecins généralistes de ville. En 2050, 4 millions de personnes âgées seraient en perte d'autonomie. (3)

1.2 La dénutrition

1.2.1 Définition de la dénutrition

Selon la HAS (4) il est recommandé de retenir la définition suivante concernant la dénutrition:

"La dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif."

En 2007 pour définir la dénutrition, la HAS incluait la perte de poids, l'IMC à partir de 21, le MNA et l'albuminémie :

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

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

Tableau 1-critères diagnostique de la dénutrition ancienne recommandations avril 2007 HAS

La définition concernant le diagnostic de la dénutrition n'avait pas de consensus jusqu'en 2018. Grâce à un important travail de recherche qui a été initié en 2016 par la Global Leadership Initiative of Malnutrition (GLIM) réunissant des experts et différentes sociétés savantes des Amériques, d'Europe et d'Asie, une définition a été mise à jour. Après les différentes conférences, meetings et réunions d'experts, trois critères phénotypiques et deux critères

étiologiques ont été retenus pour permettre d'établir le diagnostic de dénutrition. Désormais il faut au moins **un critère phénotypique** et **un critère étiologique** pour affirmer la dénutrition.(5) Les critères phénotypiques correspondent à **la perte de poids, l'IMC et la sarcopénie**. La sarcopénie, révisée par le consensus de EGSWOP de 2019, résulte d'une perte de force et de la masse musculaire (6).Il existe des outils pour évaluer la force musculaire, utilisable lors des consultations, tels que le dynamomètre ou encore le test du lever de chaise. Pour confirmer la sarcopénie, l'impédancemétrie (méthode par résistance électrique) et le DEXA scan (méthode par rayon X) sont validés dans la population âgée (plus de 70 ans). Une étude rétrospective au CHU de Montpellier de 2019 (7) a évalué l'impact de la réactualisation de la définition en se mettant en accord avec ces critères. Cette étude montrait que les critères sont plus facilement reproductibles et plus pertinents pour permettre une définition consensuelle. Certaines suppressions de critères de la HAS de 2017 (comme le MNA et l'albuminémie) pourraient créer un sous diagnostic qui pourrait être compensé avec la hausse du seuil de l'IMC mais avec un possible risque de surdiagnostic. Ce risque de surdiagnostic pourrait majorer une prise en charge nutritionnelle et donc une augmentation des dépenses de soins. C'est en novembre 2021, que la HAS a réactualisé sa recommandation concernant la dénutrition en se mettant en accord avec les critères de la GLIM :

≥1 critère phénotypique	+ ≥1 critère étiologique	Sévérité
Perte de poids : ≥5% en 1 mois, Ou ≥ 10% en 6 mois, Ou ≥ 10% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Réduction de la prise alimentaire ≥ 50% pendant plus d'une semaine, Ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : A la consommation alimentaire habituelle, Ou aux besoins protéinoénergétiques.	Perte de poids : ≥10% en 1 mois, Ou ≥ 15% en 6 mois, Ou ≥ 15% par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
IMC < 22 kg/m²	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	IMC < 20 kg/m²
Sarcopénie confirmée	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : Pathologie aigüe, Ou pathologie chronique, Ou pathologie maligne évolutive.	Albuminémie ≤ 30g/dl

Tableau 2- Critères diagnostique de la dénutrition chez le sujet âgé. HAS novembre 2021

On remarque que l'IMC est revu à la hausse, l'albuminémie n'est plus dans les critères de diagnostic mais est utile pour caractériser la sévérité ou non de la dénutrition.

Le MNA, Mini Nutritional Assessment, est un questionnaire de 18 items donnant un score sur 30 pour repérer la dénutrition chez les patients de plus de 65 ans. Celui-ci ne sert plus au diagnostic mais est utilisé si besoin en aide de dépistage. Désormais il est nécessaire d'avoir au moins un **critère phénotypique** et un **critère étiologique** pour diagnostiquer la dénutrition. On remarque bien une volonté de la HAS de faire évoluer le dépistage car elle se met en accord avec les critères de la GLIM. L'albumine est supprimée en tant que dépistage mais utilisée pour grader la sévérité. Désormais un **IMC inférieur à 22** et non inférieur à 21 est utilisé pour le dépistage. (7) Il semblerait plus facile de **dépister et de diagnostiquer** la dénutrition chez le sujet âgé depuis cette mise à jour.

1.2.2 Conséquences de la dénutrition et enjeux économique et social

En France, 400 000 personnes vivant à domicile de plus de 70 ans sont dénutries, 40% des personnes âgées sont hospitalisées à cause d'une dénutrition et 50% des personnes âgées hospitalisées sont dénutries (8). Plusieurs thèses évoquent la dénutrition comme étant un enjeu de santé publique mais aussi économique. Elle influe sur les pathologies cutanées (escarres, plaies), les durées d'hospitalisation, mobilise plus de personnels hospitaliers et de soins lors des séjours (9). Dans une étude italienne de Donini et al. la dénutrition majorerait de 23% la mortalité à l'hôpital (10).

Un article publié en octobre 2022 (11) issu de la Revue du Praticien, retrouvait plusieurs études mettant en évidence la dénutrition comme un facteur de risque de majoration de séjour à l'hôpital et de coût.(12,13) Une méta analyse anglaise montrait que la dénutrition lors d'une fracture du fémur majorait la mortalité à court et moyen terme : la mortalité augmentait de 30% au cours de la première année puis de 40% à 3 ans (14). Monsieur Guedj Jérôme, directeur de l'Observatoire des politiques sociales de la Fondation Jean-Jaurès, engagé au sein du Collectif de lutte contre la dénutrition montre dans son article « Dénutrition la maladie invisible de la covid » (15) que le risque d'infections nosocomiales est trois fois plus élevé si le patient est dénutri. Selon un rapport de l'IFOP 30% des français auraient perdu du poids durant le confinement ce qui pourrait majorer la part de personnes dénutries en France (16). La

dénutrition reste assez sous-estimée dans nos populations car 23% des plus de 65 ans ne se présentent pas au moins une fois par an.

1.2.3 La dénutrition en médecine générale

Plusieurs thèses (17,18) décrivent une situation critique. Les médecins généralistes de ville sont de moins en moins nombreux à s'installer, le manque de temps alloué par patient face à l'augmentation de la patientèle, par médecins de ville, ne permet pas de faire des consultations plus longues et dédiées à la prévention et le dépistage notamment dans le cadre de la dénutrition. La thèse de T. Bellocq (19) retrouvait une faible proportion (19%) de médecins généralistes réalisant le dépistage de la dénutrition de manière systématique. Comme vu dans la partie 1.2.1 La HAS a actualisé la définition de la dénutrition au mois de novembre 2021 (4). Le MNA n'est plus dans les critères, plusieurs études ont montré un manque de temps par les médecins généralistes de pratiquer ce score diagnostique (12 % le réalisaient en Eure et Loir en 2013) (18).

Le manque de rémunération semble aussi un frein pour eux. Le conseil nutritionnel est peu réalisé dans la plupart des pays européens. Aux Pays Bas la consultation par une diététicienne est prise en charge par la sécurité sociale (17). Dans l'enquête GERODIAB (étude française multicentrique, prospective chez des patients diabétiques de type II) il a été découvert une majoration de 152% de la dénutrition des patients suivis (via le score MNA<10) après un suivi sur 5 ans. (20,21)

Le 4ème PNNS 2019 à 2023 accentue sa prévention autour de la dénutrition (Objectif 17 du PNNS) (22) , notamment avec sa 3ème semaine de la dénutrition qui a eu lieu en novembre 2022. Celle-ci permet de sensibiliser notamment dans les différents lieux de vie à la dénutrition, mais aussi d'organiser des pesées dans les officines, réaliser différents webinaires pour les médicaux et paramédicaux afin de plus les sensibiliser et les former sur la dénutrition. Ce 4ème volet a permis de mettre en place l'outil D-NUT qui est un outil pour les IDE à domicile permettant de faire un dépistage au domicile des patients. Une étude pilote est en cours en Pays de la Loire. (23)

1.2.4 Objectif de l'étude

Il n'existe pas, à notre connaissance, de thèses qualitatives récentes sur la pratique des médecins généralistes en Charente concernant le dépistage de la dénutrition.

Seule une thèse qualitative avait été réalisée en 2016 sur les déterminants du dépistage de la personnes âgés de plus de 70 ans en médecine de ville en Ile de France et les résultats étaient similaires aux autres thèses sur le dépistage en soins primaires : manque de temps, peu de sensibilisation des professionnels de santé concernant la dénutrition et l'utilisation de différents outils de diagnostic rapide.(24)

Les thèses datant de quelques années et suite à la modification de la définition par la HAS (mise à jour de novembre 2021) ainsi que la mise en place du nouveau PNNS, nous voulions évaluer la prise en charge diagnostique de la dénutrition et son évolution. L'objectif de cette thèse était d'analyser les pratiques de dépistage de la dénutrition et les connaissances des médecins généralistes de ville sur ces pratiques, depuis novembre 2021.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix du type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de médecins généralistes en Charente.

Cette étude s'est inspirée de la méthode par théorisation ancrée (GTM : Ground Theory Method). Cette méthode semblait la plus appropriée car l'objectif ultime est de produire sous forme de modélisation ou de proposition synthétique des résultats susceptibles d'être utiles aux soins.

2.2 Population

2.2.1 Sélection des participants

Les critères d'inclusions étaient d'être médecin généraliste de ville en Charente, et volontaire pour l'étude.

La stratégie d'échantillonnage était basée sur la théorie de la saturation des données. Le nombre de participants ne peut être prévu à l'avance. Au fur et à mesure que se construit la théorie, le besoin de nouvelles données pour la compléter entraîne le recrutement spécifique de participants considérés comme susceptibles de fournir ces données. (25)

2.2.2 Recrutement

Le recrutement s'est effectué par mail et par téléphone. Lors des entretiens les participants proposaient des médecins qui seraient susceptibles de répondre au questionnaire.

2.3 Recueil des données

L'entretien semi-dirigé individuel était le plus adapté au recueil des données de cette étude. Les entretiens ont été réalisés en face à face, et en visioconférences pour deux des 10 entretiens (entretien 9 et 10). Les rendez-vous étaient fixés par téléphone, un créneau d'une heure environ était réservé. L'entretien se déroulait selon le guide d'entretien.

2.4 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature et des recommandations françaises de bonne pratique. Le guide n'a pas été suivi à la lettre car, en fonction de la réponse à la question brise-glace, d'autres interrogations ressortaient ainsi que des thématiques. Le guide a été écrit avec un langage oral afin de favoriser la dynamique d'entretien. Il était composé de plusieurs parties :

- Présentation du participant, milieu d'exercice
- Le parcours du participant
- Formation, DU / DIU
- La question brise-glace
- Les connaissances théoriques sur la dénutrition
- Les outils utilisés par le participant dans le dépistage de la dénutrition
- Ses moyens de se tenir à jour
- Organisation du suivi des patients dénutris
- Suivi ville hôpital

- L'outil idéal, et les améliorations possible dans son exercice

Le guide d'entretien est disponible en annexe 2.

Le questionnaire a été réévalué et reformulé notamment à partir de l'entretien M3 où l'on s'aperçoit que la formation joue un rôle important dans la sensibilisation face à la dénutrition pour le médecin généraliste. Il était composé de questions ouvertes afin de recueillir des témoignages authentiques et non orientés.

2.5 Déroulement des entretiens

Les entretiens réalisés par moi-même se sont déroulés pour huit d'entre eux en présentiel. Les lieux des entretiens étaient choisis par les participants (lieu de travail ou domicile) : un seul s'est déroulé au domicile du participant (M1), les sept autres se sont déroulés dans les cabinets respectifs des médecins. Les deux derniers entretiens ont été fait par visioconférence.

Les entretiens se déroulaient tout d'abord par une brève exposition du sujet de l'étude afin de ne pas orienter les participants. Un rappel qu'il n'y aurait aucun jugement, la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude a été expliqué à chaque entretien. Les données seraient totalement anonymisées et les données identifiantes recueillies lors des entretiens ne seraient pas utilisées. Seul l'illustration du milieu rural, semi rural ou urbain ainsi que leur tranche d'âge et sexe seraient présents dans le descriptif de l'étude.

2.6 Retranscriptions des données

L'entretien était enregistré via un dictaphone, aucunes notes n'étaient prises lors des entretiens afin de fluidifier celui-ci. Les entretiens étaient retranscrits dans les 3 jours intégralement en traitement de texte Word sur un ordinateur sécurisé par mot de passe et avec un antivirus à jour en respectant les méthodes d'anonymisation par l'enquêtrice.

2.7 Suffisance des données

La saturation des données a été obtenue à partir du huitième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier la théorie.

2.8 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du guide « Initiation à la recherche qualitative en santé ». Le premier entretien (entretien test) a été introduit car cohérent avec les autres entretiens. L'analyse a débuté après les quatre premiers entretiens, c'est à ce moment-là que le guide d'entretien a été modifié. Chaque verbatim a été analysé de manière individuelle dans le but de découvrir des propriétés afin de les organiser dans des thématiques. Une triangulation des données a pu être réalisée pour les entretiens suivant : M1, M2, M5, M6, M4 et M10

Puis une analyse axiale a été réalisée permettant de créer de nouveaux thèmes et de s'assurer de la saturation des données.

L'analyse intégrative a conduit à l'élaboration d'un schéma global avec intégration des différents axes travaillés et leurs rapports entre eux.

2.9 Aspect éthique et réglementaire

Tous les participants ont consenti librement à l'étude, après avoir été informés, à l'oral et par écrit de leurs droits. Une signature du formulaire de consentement a été recueilli. Ce formulaire a été rapidement numérisé et stocké sur une clé USB chiffrée et l'original en papier a été détruit. Le formulaire de consentement est mis en annexe 1.

La procédure d'anonymisation a consisté à enlever tous les noms propres et les données (lieux, dates, lieux de formation, nom de personnes) citant des caractéristiques susceptibles d'identifier les participants.

Chaque participant s'est vu attribuer une lettre et un chiffre. Le participant 1 est devenu M1, le participant 2 M2 et ainsi de suite.

Les enregistrements audios ont été conservés sur clés USB puis détruits à la suite des retranscriptions. Chaque verbatim et données ont été conservés sur une clé USB chiffrée.

Une demande de certification a été faite avec le DPO de l'Université de médecine et de pharmacie de Poitiers. Une déclaration au registre des traitements des données personnelles de l'Université de Poitiers a été réalisée sous la référence 202369. Cette thèse s'inscrit hors loi Jardé.

3 Résultats

3.1 Population d'étude

Sexe	Age	Mode exercice	lieu d'exercice	Milieu	exercice (années)	DU
M	27	Collaborateur non thésé	MSP	semi rural	1,5	0
F	29	Collaborateur non thésé	MSP	semi rural	1,5	0
M	36	Installé	MSP	semi rural	12	0
M	36	Installé	MSP	rural	9	0
F	39	Installé	MSP	rural	9	0
F	44	Installée	groupe	rural	17	médecine du sport, medecin coordonateur EHPAD, Du de gynécologie
F	45	Installé	groupe	rural	16	DU sommeil
F	57	médecin salarié	groupe	rural	27	0
F	60	Installée	MSP	semi rural	30	médecin du sport
M	65	Installé	MSP	rural	30	expertise médicale et addictologie

Tableau 3- Caractéristiques des participants

L'âge des participants allait de 27 ans à 60 ans. Les femmes sont représentées à 60% et les hommes à 40%. Cette répartition est en accord avec la démographie médicale actuelle en France.(26).

Les années d'exercices vont de 1 an et demi à 30 ans. Un seul médecin a une formation de médecin coordonnateur en EHPAD. Deux médecins avaient une formation en médecine du sport. 6 médecins n'avaient pas de formations complémentaires. Un seul médecin était un médecin généraliste salarié. Deux médecins étaient collaborateurs non thésés. 7 médecins exerçaient en MSP, et 3 médecins en cabinet de groupes. 6 médecins exerçaient en milieu rural, 4 en semi rural.

3.2 Analyses des résultats

3.2.1 S'informer sur la dénutrition

3.2.1.1 Définir la dénutrition

Pour définir la dénutrition, les médecins interrogés n'avaient pas de définition formelle mais ils s'accordaient tous sur la notion de perte de poids récente :

« Euh alors je vais donc avoir un poids quasiment à chaque consult où on va dire au minimum un poids dès que je vois le patient ou un poids de moins de 3 mois si j'ai vu le patient, il y a plus de 3 mois. Donc perte de poids : je vais parler d'alimentation » (M3)

« Ben il va y avoir le poids, la surveillance de poids régulière, la perte de poids rapide sur un temps donné pour les risques de dénutrition en fonction des pathologies » (M10)

On remarque bien que la définition reste floue pour la plupart des médecins interrogés, et beaucoup de participants évoquaient l'albuminémie comme outil de dépistage notamment avec M6 : « Oui, voilà donc après ça se voit sur l'albuminémie, sur le poids, sur la physionomie... » et M7 : « Et je te dis ça maintenant, mais il me semble que les dernières recommandations suggèrent de mettre effectivement une place de l'albumine assez importante, mais que c'est pas prépondérant. Voilà ce que je me souviens sur la dénutrition »

Lors des entretiens il a été demandé s'ils avaient eu notion de la mise à jour de la HAS concernant la dénutrition du sujet âgé mais la majorité ne l'avait pas lu : « Je pense pas. Qui l'aurait envoyé ? » (M3), « Sans doute, mais je n'ai... je l'ai pas vu, ouais. » (M4)

3.2.1.2 Le savoir médical par la formation initiale

Tout au long de leur parcours professionnel, les médecins se forment afin de prodiguer les meilleurs soins possibles. Cependant lors de mes différents entretiens j'ai pu remarquer que la formation sur la dénutrition était moins importante surtout s'il n'y avait pas eu de stages en gériatrie. Cette remarque m'a permis de modifier mon guide d'entretien à partir de M3. « Du tout. Je te dis clairement, on faisait une albuminémie et puis et puis voilà, même quand j'ai été externe, même quand j'étais en gériatrie... » (M4).

Dans cet extrait M4 montre qu'elle a acquis un automatisme à doser l'albuminémie mais il n'y avait pas d'explication ni de formation claire :

« Effectivement, si s'ils ne passent pas par la case gériatrie, il y a moyen que ça passe à l'as. » (M3).

« J'avais étudié un petit peu ça en gériatrie » (M9)

3.2.1.3 S'autoformer continuellement

Il existe aussi des plateformes numériques et diverses formations pour se tenir à jour des recommandations. La majorité des médecins interrogés étaient inscrits à la revue Prescrire et recevaient des mails de la HAS et des mails de la part de la DGS (DGS urgent) notamment en grande quantité depuis la pandémie de la covid 19. Certains faisaient des formations et des congrès pour se tenir à jour : « *Déjà je suis abonné à prescrire, après on fait des conférences* » (M7) ; « *Voilà et puis jusqu'à présent je faisais les FMC de la fac de X. Ils ont un programme et je faisais ça.* » (M6)

3.2.1.4 La réflexivité

La sensibilisation à la dénutrition se faisait finalement surtout lors des stages d'internat en autoformation. La formation influençait sur la prise en charge future :

« *Non, ça c'est quelque chose que j'ai un peu découvert sur les stages, en med gé et sur mon internat en gériatrie.* » (M3)

« *La plupart du temps, moi, j'avais un patron, qui disait : les vieux, ils ont pas de dents en haut, ils ont plus de dents en bas non plus, c'est à dire que généralement les dentiers... Sont... enfin, sont obsolètes et en plus ils ont des atrophies jéjunales.* » (M2)

La question brise-glace a pu faire ressortir des événements de consultations qui ont marqués les participants et modifiés leurs prises en charge de la dénutrition par la suite notamment avec M4 qui m'a fait part d'une situation difficile entraînant le décès de son patient. « *Donc là je me la suis instaurée pour plus passer à côté de trucs.* ». A l'évocation de la prise en charge à l'hôpital et le retour à domicile M5 s'est questionné aussi. « *Ouais donc sans doute je sous diagnostique la dénutrition...* ».

3.2.1.5 Communiquer avec ses pairs

Se tenir à jour des recommandations est parfois compliqué mais plusieurs participants m'ont fait part qu'ils discutaient beaucoup avec leurs confrères et même avec leurs conjoints eux aussi médecins :

« Alors ma compagne est abonnée à Prescrire et je jette un coup d'œil dessus de temps en temps. Pas autant qu'elle, j'échange avec elle. C'est sur la nutrition. Elle est plus à plus à jour que moi. » (M8)

« Et puis surtout, après ben, je débrieife avec ma femme au début sur la clinique si on a eu des cas complexe, donc voilà comment je me forme. » (M7)

Parfois lors des visites en EHPAD ils pouvaient discuter de prises en charge concernant la dénutrition et se remettre à jour sur les recommandations comme M5 : *« par contre, quand je suis allé faire des visites dans les maisons de retraite, y a un moment où ils avaient dû avoir des consignes avec des protocoles, et cetera. Et là, l'infirmière co et le médecin co m'en parlaient. »*

S'instruire continuellement, réfléchir sur sa pratique et échanger entre confrères étaient prépondérant chez les médecins interrogés, mais la prise en charge nutritionnelle semblait se tourner davantage vers le surpoids et l'obésité que la dénutrition. La volonté de prioriser certaines pathologies semblait refléter le système de soin actuel

3.2.2 La dénutrition : une pathologie mise au second plan ?

3.2.2.1 Une prise en charge axée sur le surpoids

Au cours des différents entretiens, le surpoids était évoqué en premier lieu lors de la question brise-glace, bien que l'on évoque à plusieurs reprises la dénutrition. Lors des entretiens j'ai pu remarquer une tendance à la pesée par les médecins généralistes, motivés par une évaluation du surpoids. *« C'est vrai qu'on fait plus attention aux patients obèses » (M4).* *« Alors pour la dénutrition, non, c'est plutôt l'inverse, dans le cadre du surpoids. » (M8).*

3.2.2.2 Pathologie chronique et fin de vie

La question brise-glace concernant une expérience avec l'alimentation chez un patient évoquait pour les médecins généralistes interrogés une prise en charge en lien avec le diabète pour quelques-uns :

« Ben typiquement, le patient diabétique...Euh qui... Qui...Sous antidiabétique oraux et l'HBa1c augmente à vue d'œil » (M7).

Mais pour une majorité d'entre eux la dénutrition était représentée dans la fin de vie et la prise en charge carcinologique (M2, M5, M6, M8, M9 et M10) :

« C'est vrai que la dénutrition ça va être ponctuellement le cancéreux en fin de vie... » (M6)

« Euh... Il avait perdu entre 5 et 10 kilos...Il a été très mal, hein ? À un moment donné, moi. J'étais sûre qu'il avait un cancer... » (M5)

Les plaies chroniques et les escarres étaient aussi représentées dans le cadre de la dénutrition :

« Bah j'y repense. J'ai une patiente dernièrement qui avait des escarres et effectivement assez dénutrie avec ses plaies chroniques. » (M8)

3.2.2.3 Savoir prioriser

Face à un temps médical limité, lors des consultations où plusieurs motifs arrivent M2 priorisait certaines situations : *« quelquefois, vous avez un motif de consultation qui est affiché et qui est pas le bon, et en définitive, au cours de la consultation, le vrai motif de consultation arrive et c'est celui-là que vous allez prendre et hiérarchiser en premier ».*

Programmer une prochaine consultation était une solution pour M3 *« et je peux les reconvoquer »* ou encore s'aider de l'IDE ASALEE *« Enfin, j'ai lancé deux trois trucs en passant, je peux les envoyer chez l'ASALEE pour qu'il y ait une enquête sur l'alimentation ».*

M5 soulignait la responsabilité médicale des médecins généralistes et de la charge mentale des professionnels de santé : *« Mais à un moment donné, on peut pas demander au médecin*

généraliste de faire des dépistages de tout », et aimerait supprimer des consultations jugées inutiles pour libérer du temps médical.

Plusieurs médecins m'ont expliqué que la dénutrition passait souvent après d'autres motifs ou que bien souvent ce motif n'était pas urgent pour eux :

« C'est pas une urgence vitale. Donc on a le temps de se revoir. » (M6)

« Et c'est pas une problématique suffisamment aiguë pour que ça nécessite que je m'en occupe de suite. » (M3)

Parfois connaître son patient depuis de nombreuses années risque de faire méconnaître le risque de dénutrition : *« Parce que c'est pas de la dénutrition ... Parce que ... J'allais pas lui proposer des perfs hein... » (M1).*

On remarque, par ces différents verbatims, que la notion d'urgence ou de situation aiguë serait nécessaire pour la prise en charge et que la notion de dénutrition semblait être liée à une prise en charge importante tel que les « perfs » comme l'évoque M1. La représentation de la dénutrition chez les différents médecins généralistes modifiait leurs prises en charge, comme évoqué plus haut, les patients grabataires avec des plaies chroniques ou des patients ayant un cancer seraient dénutris dans leurs représentations mais les patients venant au cabinet seront moins visualisés comme à risque de dénutrition.

Pour gérer et libérer du temps médical, la question de partager le suivi avec les IPA a été abordée avec les participants. Certains médecins (M5, M7, M8, M9, M10) semblaient plutôt opposés à cette idée et soulignent l'importance du suivi et de l'expertise médicale :

« J'ai horreur de partager le travail parce que le l'examen clinique, c'est beaucoup trop complexe et je soigne pas un organe et une douleur à un endroit, ça peut être beaucoup de choses donc j'ai des craintes sur la qualité de l'interrogatoire » (M8)

Bien que les participants aient un temps limité pour la prévention, cette volonté de prioriser, en fonction des pathologies, engendrait la recherche d'outils et l'optimisation de leur temps de travail.

3.2.3 Les outils d'informations et de dépistage de la dénutrition

3.2.3.1 Informer et prévenir via le support papier

L'outil papier a longtemps prédominé, notamment dans les salles d'attentes. Désormais ces supports sont peu, voire plus du tout, envoyés aux médecins généralistes. D'après les entretiens ce support semblait très utile et certains médecins l'utilisaient pour se tenir à jour mais également donner des outils pour les patients notamment sur la prise en charge et la sensibilisation au niveau alimentaire. Certains aimeraient même y revenir, notamment avec des affiches afin de sensibiliser les patients :

« Peut-être des affiches qui signaleraient peut-être qu'une perte de poids, par exemple : votre médecin automatiquement vous pèse... » (M7)

« Y a quelque chose que j'aime beaucoup et que je distribuais à mes patients, c'est les petits guides d'alimentation à tous les âges [...]. Ils ont arrêté de les imprimer... Et depuis que c'est en ligne... Ben j'en parle moins à mes patients. Je trouve que c'est dommage qu'ils aient arrêté de l'imprimer. » (M5)

3.2.3.2 Le réflexe de la pesée

Le pèse-personne semblait être l'outil le plus utilisé par les médecins puisque la majorité des participants faisaient des pesées régulières et suivaient le poids des patients. Certains évoquaient l'IMC d'emblée avec le poids :

« Ben je prends les constantes dans constante il y a le poids et forcément la suite du poids il y a l'IMC et en fonction de l'IMC de la modification du poids je vois s'il y a un amaigrissement ou pas » (M2)

« Chez la personne âgée, je les pèse à chaque fois. » (M4)

3.2.3.3 L'albuminémie : automatisme biologique

Les médecins utilisaient l'albuminémie comme aide au dépistage mais ne s'en servaient pas pour caractériser la sévérité. En fonction de la formation qu'ils avaient eu au cours de leur internat, les médecins ne dosaient pas l'albuminémie de la même façon. M4 avait obligation de

doser l'albuminémie car elle évoquait les cotations et la tarification à l'acte à l'hôpital, mise en place depuis 2004 : « *Ben, ça nous aide à coter, ça nous aide à ...C'est débile, mais c'est comme ça... Même si y avait pas de perte de poids tu le faisais forcément dans le bilan d'entrée, une albuminémie chez la personne âgée.* ».

Pour d'autres médecins l'albumine servait uniquement à prouver la dénutrition car ils utilisaient la recommandation de 2007 :

« *Si j'ai un doute, je vais demander l'albumine c'est pas systématique, il faut que j'ai un doute ou que j'ai une perte de poids* » (M3)

« *En général l'albumine je la fais peut-être dépendant des patients. Je pense que j'ai la main un peu lourde, mais je peux la faire une fois tous les 6 mois peut-être ça me paraît bien, comme suivi.* » (M7)

3.2.3.4 Multiplicité des outils : Surcharge de données

Lors des différents entretiens, la lassitude concernant les nombreux outils à disposition s'est fait ressentir. Le manque d'outils rapides, et facilement maniables était évoqué à plusieurs reprises. Peu de médecins étaient au courant de la modification de la recommandation concernant la dénutrition de la HAS et très peu d'entre eux utilisaient le MNA pour la dénutrition. Certains médecins pouvaient ne plus voir l'intérêt de certains outils dans le cadre de leur propre pratique :

« *Mais est-ce qu'il va vraiment... et tu en as plein d'échelles à notre disposition...En fait, on en utilise relativement peu.* » (M3)

« *Je sais qu'il y a des scores mais non. On a des scores pour beaucoup de choses.* » (M5)

3.2.3.5 Simplifier la prise en charge

Devant cette multiplicité des outils, les médecins aimeraient simplifier leur travail afin de le faciliter et d'optimiser finalement les prises en charge :

« Franchement enfin moi je crois qu'il faut rester simple avec une balance quoi. Enfin c'est juste déjà c'est peser quoi. Donc moi je sais pas si finalement un autre outil serait utile...Je sais pas... » (M10).

« Je bassine les internes avec ça mais en fait c'est des outils tout ça. Si d'abord, s'ils sont mal utilisés, ça vaut rien. » (M5).

3.2.3.6 Le "Gut Feeling" : outil particulier du médecin généraliste

La plupart des médecins m'ont évoqué différentes situations où leurs intuitions prenaient part dans la prise en charge de la dénutrition. Chaque médecin utilisait son ressenti dans la prise en charge du patient et sous-tendait souvent un suivi au long cours. En effet plusieurs médecins m'ont parlé de situations par rapport à un état antérieur :

« Cette dame j'ai pas eu besoin de son IMC déjà je savais que son IMC était pas voilà... » (M1)

« Le reste, c'est du feeling avec le patient. » (M3)

« Et puis j'ai mon baromètre dans l'œil, je trouve que ça...qu'on peut pas non plus, les faire passer sur la balance à chaque fois qu'ils viennent...Donc c'est un peu à géométrie variable... » (M6)

Le *Gut Feeling* se crée tout au long de la relation médecin patient et semblait prendre une part importante dans la prise en charge et dépistage de la dénutrition. Le fait de connaître ses patients jouait un rôle primordial pour les médecins comme le souligne M9 : « c'est plutôt le médecin qui se dit, attends, il a quand même perdu, il a un visage un peu maigrichon », ou encore M2 « L'aspect du patient aussi, lorsque on s'aperçoit qu'il nage dans ses vêtements, c'est un peu plus gênant. ». Le *Gut Feeling* s'intrique ici étroitement avec la connaissance du patient et son suivi dans la durée comme évoqué par M1 : « Moi je l'ai vu traverser le couloir et je me suis dit oh ... Je ne l'ai pas tout de suite mise sur la balance, je l'ai examiné mais je me suis dit là il y a quelque chose. Et du coup je l'ai mise sur la balance et voilà ... » ou encore M6 : « après, si la dénutrition vient brutalement quand on connaît les gens, on va quand même voir qu'il se passe quelque chose. Ça va alerter. ».

3.2.3.7 Vers un outil idéal

Les médecins veulent revenir à l'essentiel, favoriser la clinique, se centrer sur la prise en charge du patient et ne pas être surchargé de nouveaux outils qui pourraient être utiles mais bien souvent trop chronophages. « *C'est peut-être un peu "Old School" mais je trouve que le sens clinique, il faut y revenir* » (M5).

Peu de médecins utilisaient les échelles à disposition par manque d'habitude, mais certains aimeraient un outil « pense-bête » :

« *Je sais pas imaginons sur la consultation où on rentre les critères ou comme c'est un petit tableau poids y a une albumine...Où ça nous calcule directement le truc, tu vois où ça peut nous dire directement attention dénutrition, [...],une petite note en plus sur l'application.* » (M9)

« *À la limite on pourrait concevoir qu'il y ait une alerte après une échelle.* » (M3)

Les médecins avec la plus jeune activité libérale m'ont fait part d'outils de *scoring* mais les médecins ayant la pratique la plus ancienne ont peu évoqué d'idées concernant un outil idéal pour le dépistage de la dénutrition. En effet M3 M8 et M9 avec une activité plus récente m'ont évoqué un outil de *scoring*.

La volonté d'avoir de meilleurs outils afin de travailler au mieux, sous tendait s'entourer d'une équipe idéale afin d'optimiser le suivi, le partage de l'information et le dépistage des patients...

3.2.4 La dénutrition : une affaire commune ?

3.2.4.1 Du colloque singulier à la prise en charge coordonnée

Sans évoquer la charge de travail des médecins au cours des différents entretiens, tous m'ont parlé des nombreuses tâches qu'ils devaient exécuter au sein même d'une consultation (administratives ou médicales) et qu'il était parfois difficile de gérer cette notion de dénutrition en plus de la consultation : « *j'ai un temps limité pour mes consultations, soit c'est critique et ça va prendre la place d'autre chose [...] ou alors j'ai vraiment pas le temps de... Et parce que je suis en retard, et je peux les reconvoquer* » (M3). Comme évoquait M3 on remarque encore

cette notion de situation aiguë, situation de l'urgence. M10 a aussi parlé du temps, notamment au sein de l'EHPAD dans lequel elle travaillait, et du fait qu'il était difficile de prendre, en plus, en compte la nutrition :

« Parce que ... Parce que c'est pas facile de suivre correctement, enfin moi, malheureusement j'ai pas assez. Enfin mon temps, j'ai... oui c'est trop ... Je suis pas assez présente pour bien suivre l'état nutritionnel des résidents et la diététicienne a du mal également à suivre correctement. » Ou encore M5, soulignant le problème des consultations qui n'auraient pas nécessité d'avis médical : *« La seule solution au problème, c'est d'augmenter le temps d'exercice médical et de mieux s'organiser pour peut-être limiter un peu les consultations inutiles »*

Connaître son patient semblait être un facteur positif dans le dépistage de la dénutrition pour les médecins généralistes interrogés. Tous les médecins au cours des entretiens m'ont parlé du suivi médical : *« Fin pour moi c'est d'y penser de peser les patients... et d'avoir le suivi »* (M10). M3 mentionne l'historique des pesées et donc de son suivi médical avec le patient et le fait gagner du temps au cours de la consultation. M3 n'avait pas besoin d'aller chercher l'information : *« je vais avoir un historique des poids donc quand je rentre un poids j'ai pas besoin de remonter dans mon historique du patient »*

Prendre en charge le patient dans son entièreté semblait être utopique dans le colloque singulier, la nécessité d'aller vers une prise en charge coordonnée se dessinait de plus en plus

3.2.4.2 S'entourer d'une bonne équipe

Connaître les différents intervenants, s'entourer d'une équipe de confiance sur laquelle il est possible de s'appuyer était très important pour les médecins interrogés. Le suivi était donc mutualisé et semblait plus efficace d'après les participants :

« L'avantage c'est qu'effectivement les infirmières peuvent nous alerter... On a une équipe de quatre infirmières, qu'elles tournent, on a forcément une qui note quelque chose. »
(M2)

« *Moi je dis, la coordination ça c'est super super important, le petit carnet alors pourquoi pas. Moi je faisais un GEP sur la coordination de soins avec les internes, on parlait vraiment de ça.* » (M1).

Par ailleurs, les infirmiers ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) créés depuis 2004, prennent de plus en plus part au suivi du patient. Ces ASALEE ont plusieurs champs de compétences notamment dans la prévention (lutte contre le tabagisme, facteurs de risques cardiovasculaires, réalisations de spirométries dans le cadre de la BPCO...) (27). Sur le versant nutritionnel ces infirmiers s'occupent majoritairement du surpoids et de la prise en charge du diabète mais peu de la dénutrition car cela ne rentre pas dans leurs champs d'actions. Les médecins interrogés travaillaient déjà avec des ASALEE notamment dans les actions de préventions comme M2 : « *Alors on a les infirmières ASALEE qui font de la prévention sur prescription du médecin et avec la patientèle du médecin* ». Les médecins interrogés semblaient favorables à ce que les ASALEE fassent des actions au niveau de la dénutrition. Même si le champ d'action n'est pas tourné sur la dénutrition, certains médecins s'appuyaient sur les ASALEE pour faciliter leur prise en charge, ou prévoyaient de le faire. (M1, M3 et M7). « *Avec les ASALEE ça pourrait être intéressant.* » (M7). M5 a relevé le problème de la concurrence entre l'IDE ASALEE et les diététiciens : « *Oui, alors à X il y avait des diététiciennes mais elles étaient en concurrence avec les infirmières ASALEE et les patients ils allaient plutôt voir l'infirmière ASALEE parce qu'ils payent pas. [...] Mais les diététiciennes elles ont quand même quelque chose à apporter je trouve et en fait, on avait fait toute une liste de pathologies pour lesquelles ça pouvait être intéressant pour que la diététicienne intervienne.* ». Cette absence de remboursement de soins semblait limiter les médecins à orienter vers les diététiciens comme le souligne M8 : « *Il y a quand même un problème de coût, les patients sont pas remboursés [...] Donc beaucoup de patients me disent "non, j'y vais pas, ça me coûte cher..."* » Ou encore M2 : « *C'est... ce n'est pas remboursé, [...] Mais c'est un gros investissement financier, donc on est obligé de prendre sur nos dotations et ça n'est pas reconnu dans les ACI par l'ARS donc... Voilà...* » et d'autres évoquaient la diététicienne surtout dans les prises en charge face aux surpoids : « *Parallèlement, on a une diététicienne aussi, mais la diététicienne va plutôt intervenir sur les problèmes de surpoids et pas vraiment d'amaigrissement* » M2, « *Alors pour la dénutrition, non, c'est plutôt l'inverse dans le cadre du surpoids.* » (M8).

3.2.4.3 Valoriser financièrement la coordination

La création de protocoles et le fait d'être dans des MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) pourraient être une solution pour le dépistage et le suivi nutritionnel des personnes âgées d'après les médecins interrogés permettant à la fois de se tenir à jour mais aussi d'avoir une rémunération à la clé :

« Ouais, je pense qu'inciter alors déjà dans les maisons de santé, inciter les équipes à écrire un protocole de prise en charge sur la dénutrition, ça permet que tout le monde se mette à jour et en plus le protocole, il est rémunéré dans les ACI donc ça sera pas pour rien qu'ils le feront et donc le fait de le faire travailler dessus, ça les mettra à jour. Ça sera pas plus mal. »
(M2)

« En fait, elles peuvent, dans le cadre d'un protocole interne, elles peuvent surtout faire une enquête alimentaire et nous donner accès à cette enquête. Donc prendre plus le temps de creuser les choses que nous, on va le faire donc ça, dans ce cadre-là. » (M3)

« Il faudrait qu'on sensibilise nos infirmières et l'infirmière ASALEE et qu'on travaille tous ensemble et peut-être que pour la CPTS, ça pourrait être un truc de travail. » (M4)

M8 souligne le fait que ces protocoles sont internes à une CPTS et qu'ils pourraient être partagés afin d'en faire bénéficier aux CPTS alentours : *« Et pourquoi pas diffuser les protocoles des autres CPTS car ils le gardent pour eux et ne les partagent pas alors que tout le monde pourrait en bénéficier par exemple. »*

Plusieurs médecins m'ont évoqué les critères ROSP comme idée pour le dépistage de la dénutrition ce qui permettrait que les médecins y pensent plus facilement comme, par exemple, pour le suivi de l'obésité chez l'enfant :

« Ça peut être un axe de prévention pour la caisse primaire d'assurance maladie. Avec une ROSP à la clé. Si vous mettez un ROSP à la clé, il y a des sous à gagner pour les médecins et Ben ça les incitera » (M2)

« Ça pourrait faire l'objet des critères ROSP si vous voulez valoriser ce suivi là et si c'était un enjeu de santé publique suffisant pour que la CPAM s'y intéresse, ce serait plus intéressant que de valoriser la prescription d'amoxicilline. » (M3)

3.2.4.4 Communiquer en réseau

L'ère du numérique a permis de faciliter les prises en charge des patients entre les médecins et les infirmiers ASALEE et IDE libéraux et les autres paramédicaux.

Certains médecins m'ont évoqué la plateforme Paaco Globule (Plateforme d'Aquitaine d'aide à la communication) mise en place depuis 2012 en Nouvelle Aquitaine. Certains le voyaient comme un outil en plus, d'autres l'utilisaient mais ne faisaient pas de lui le maître outil, bien qu'il semble être un atout pour le suivi ville hôpital d'après la thèse de M. Poublan (28) . Les hôpitaux de Charente ne semblaient pas les utiliser et les médecins interrogés utilisaient surtout cette application comme un outil de communication entre médecins et paramédicaux :

« Paaco Globule ça peut être si tout le monde y met du sien. J'ai l'impression que tout le monde s'éparpille. » (M1)

« J'ai rien contre Paaco Globule. Non... Je l'utilise très peu. Euh parce que j'ai du mal on a beaucoup d'outils internes »(M3)

La PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) a été évoquée par les médecins généralistes interrogés comme outil notamment dans les prises en charge sociale :

« Par rapport aux nanas qui sont à la PTA : oui ça marche bien ! » (M1)

« Et Sinon j'utilise aussi la PTA qui m'aide et on échange notamment pour des patients âgés en difficulté. » (M7)

L'outil maître de communication est le téléphone portable pour les médecins soit via l'application WhatsApp soit directement par SMS, mail ou encore appel. Cette proximité de contact peut être négatif comme l'évoque M1 : *« Comme elles ont notre numéro de téléphone Gling gling gling... Elle t'envoie le SMS qui va bien c'est beaucoup plus simple !.. Mais que tu travailles ou que tu travailles pas ...du coup t'es interpellée donc ça c'est pas cool. »* En revanche, cela présente un atout pratique car facile d'accès :

« avec les infirmières on avait bien commencé à utiliser Paco Globule, donc on a quelques patients Voilà, on s'envoie des infos comme ça. Mais finalement, on utilise plus WhatsApp... » (M10)

« J'appelle directement par téléphone, je note en général dans les dossiers quel est l'infirmier qui suit le patient et j'échange avec eux directement » (M8)

Être en réseau et communiquer en équipe était important pour les participants mais ce n'était pas suffisant. Il fallait prendre en charge le patient dans sa globalité donc intégrer le bio psycho-social dans sa pratique.

3.2.5 Le versant social

3.2.5.1 S'aider de l'entourage familial

Les médecins m'ont fait part du rôle important des proches pour mettre en place des stratégies de prise en charge notamment pour la dénutrition. Les médecins interrogés m'ont tous parlé de la recherche des aidants dans leur prise en charge des patients âgés. Les aidants peuvent jouer un rôle important et participer aux soins comme soulignaient M3 et M10 et M5 :

« des feuilles de conseils qu'on peut imprimer aux patients et donner aux patients ou aux aidants d'ailleurs. » (M3),

« Je lui ai proposé en soutien avec sa famille qui était présente des compléments alimentaires pour éviter la phase d'asthénie juste après. »(M10),

« Et puis sa fille est diététicienne donc on a pas mal échangé au téléphone sur l'état de son papa et donc je me suis retrouvé à prescrire les compléments alimentaires » (M5).

Les aidants pouvaient parfois être lanceurs d'alerte concernant l'état nutritionnel du patient comme on le voit pour M2 : *« Hormis le fait qu'elle vit seule et peut-être d'après ses enfants... Enfin, ses filles qui sont venues à différentes consultations, qu'elle se ferait moins à manger ou qu'elle sauterait des repas. »*

3.2.5.2 Isolement du sujet âgé

Les médecins interrogés cherchaient dans le cadre du dépistage de la dénutrition le milieu social des patients et recherchaient, comme vu dans la partie précédente, si des aidants étaient présents. Ils faisaient également très attention si, au contraire, le patient était isolé car ils estimaient que l'isolement favorise la dénutrition.

« Voilà, après on vérifie s'ils sont seuls. On essaie de leur faire accepter le portage des repas parce qu'on sait que les repas sont équilibrés » (M2)

M2 a aussi évoqué la pandémie de la COVID19 qui a majoré dans sa patientèle le risque de dénutrition : *« Je dirais que les personnes âgées qui étaient seuls...D'abord, il y en a pas mal qui sont plus là pour en parler... Mais les personnages qui étaient seuls, ont très mal vécu le COVID...Très mal vécu le COVID parce-que le ravitaillement a été difficile ».*

M3 soulevait la difficulté de la prise en charge des patients isolés et qu'il n'y avait pas de regard objectif : *« ça c'est souvent chez des patients qui sont plutôt isolés où finalement je vais avoir que leur retour à eux, eux ou si effectivement, ils m'expliquent, qu'ils mangent moins ».*

Les médecins interrogés étaient plus sensibles aux patients isolés et recherchaient de manière plus active une dénutrition, ou étaient plus alertes : *« c'est le papy tout seul qui vit seul, qui a plus de famille » (M6)*

L'importance de l'entourage et des repas à table a été souligné par M1 : *« Et je rajouterai : je pense que dans le monde d'avant quand y avait les pépés et les mémés et que y avait tout le monde à table qu'il y avait les petits et bé les gens étaient à mon avis beaucoup mieux nourris car il y avait une stimulation autour de la table »*

4 DISCUSSION

4.1 Schéma récapitulatif des résultats

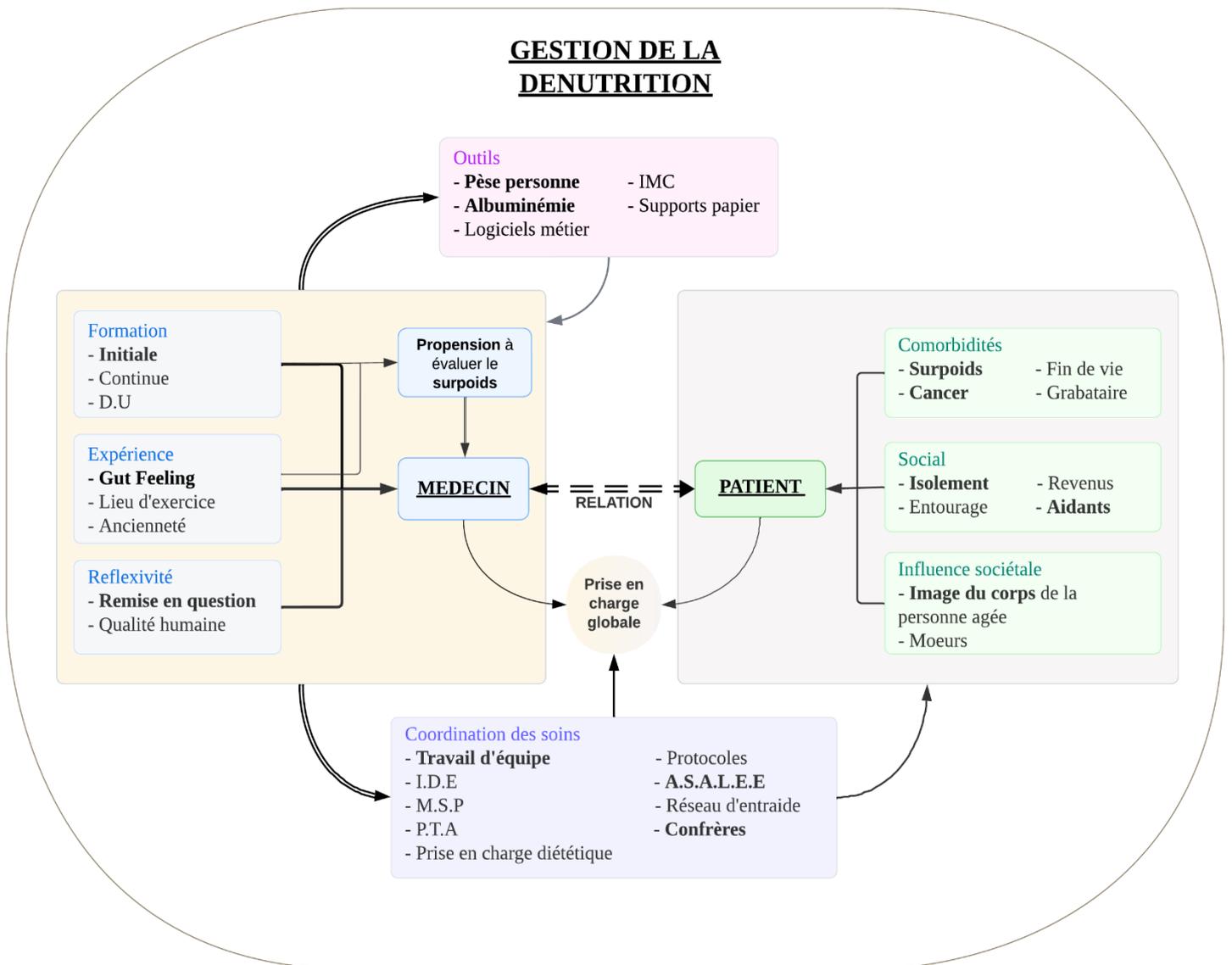


Figure 1- Schéma explicatif des résultats- Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, une prise en charge complète.

4.2 Comparaison avec la littérature

4.2.1 Une veille en fonction des comorbidités

Au cours de cette étude, nous avons pu remarquer que les médecins étaient bien plus alertes par rapport à la dénutrition si le patient présentait des comorbidités tels que : cancers, diabète, plaies chroniques et phénomènes infectieux. En effet, comme dans la thèse de B. Carvalho Vale (29), les médecins semblaient être plus sensibilisés lors d'un événement aiguë pour rechercher la dénutrition. Par ailleurs, dans cette même thèse, le dépistage de la dénutrition serait plus volontairement recherché chez les patients vus à domicile comme dans notre thèse.

Dans cette étude, plusieurs médecins ont évoqué **la notion de temps** dans les consultations et parfois, la dénutrition peut être amenée au second plan quand un motif considéré plus urgent prend la place. En effet, dans l'étude observationnelle de P. Aberturas, sur les connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris (17), **40% des médecins interrogés** évoquent la partie nutrition comme chronophage. Seul 28% des médecins interrogés dans son étude faisaient des consultations dédiées à la nutrition. La thèse qualitative A. Loire Flour (24) de 2016 évoque aussi le manque de temps des praticiens pour les consultations en rapport avec la nutrition.

4.2.2 Les outils diagnostiques

Les différents entretiens réalisés ont permis de découvrir que les médecins interrogés se basaient surtout sur le poids grâce à la balance, qui était leur maître outil. La quasi-totalité des médecins pesaient très régulièrement leurs patients. Le poids était souvent pris mais peu de médecins m'ont évoqué de manière spontanée l'IMC. On constate aussi que l'IMC était plus souvent utilisé dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Les dosages biologiques notamment avec l'albuminémie étaient très présents chez les médecins car la majorité pensait que c'était un argument pour le diagnostic mais ils pouvaient s'en servir aussi pour le suivi. La thèse de M. Mallejac (30) publiée en 2015 sur le dépistage systématique de la dénutrition du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards, montrait que 89% des médecins dosaient l'albuminémie en pratique courante, et le suivi du poids et de

la perte de poids étaient utilisés dans 81% des cas. Ces données sont en accord avec nos résultats concernant les habitudes de dépistages des médecins généralistes.

Les outils diagnostic, notamment le MNA, n'étaient jamais utilisés par les médecins interrogés dans mon étude. La thèse de K.Abdallah (18) datant de 2013 enquêtait sur les pratiques de dépistages de la dénutrition des sujets âgés en Eure et Loir : 80% des médecins ne connaissaient pas le MNA et 88% des médecins interrogés ne l'avaient jamais utilisés et ceux qui connaissaient ce test le considéraient comme trop chronophage. Même si, par rapport à notre étude, l'échantillon de cette thèse est différent, on peut constater que les médecins avaient connaissance du MNA mais qu'en effet, aucun ne le pratiquaient pour s'aider lors du dépistage. Dans la thèse de M.Mallejac (30), 14% des médecins utilisaient le MNA dans sa forme courte. En 2017 un travail de recherche par E.Madej (31) a été effectué concernant l'apport d'une formation au MNA SF pour les médecins généralistes et leur sensibilisation de ce dépistage par la suite. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe témoin et le groupe test mais tout de même une tendance dans le groupe test à effectuer davantage de dépistage via le MNA SF à la suite de cette formation. Avant la réalisation du test, peu de médecins utilisaient le MNA SF, et peu pratiquaient des consultations de prévention. Bien que ce test ne soit désormais plus dans les critères de diagnostic, il montre l'intérêt de la sensibilisation des différents dépistages et de la formation continue des médecins généralistes. Dans sa thèse, certains médecins utilisaient par la suite des systèmes d'alerte ou intégraient ces outils de score dans leur logiciel pour se créer un rappel, voire penser à faire une consultation de prévention. En accord avec la partie «3.2.3.7 vers un outil idéal », certains médecins m'ont évoqué la création d'un outil rattaché au logiciel métier, qui soit simple et facile d'utilisation, afin d'y penser de manière systématique.

Le PNNS 3 de 2011-2015(32) faisait la promotion du MNA, l'un des objectifs étaient de promouvoir cet outil, qui a finalement disparu dans le PNNS 4 de 2019-2023 (22).La prise en charge est désormais volontairement plus globale comprenant une prise en charge sociale et un appui sur les plateformes territoriales. La mise en réseau des données des patients, comme la taille et le poids, permet d'assurer un suivi continu.

4.2.3 La réflexivité, l'expérience, le ressenti auprès du patient

Le *Gut Feeling* a été présenté pour la première fois en 2009 par Stolper et al. (33). Ce *Gut feeling* comprend deux aspects : une partie « alarme » et une forme de « réassurance ». Il serait le résultat de notre formation, mais aussi de notre expérience professionnelle, notre connaissance globale du patient, de notre personnalité et de nos sensations : cet outil peut être un atout comme un frein dans la prise en charge du patient.

Nos représentations sont en lien avec notre formation, en effet cela a été soulevé plusieurs fois lors des entretiens, certains médecins interrogés avaient été très sensibilisés en fonction des stages qu'ils avaient effectué au cours de leur internat : ce qui est en accord avec la thèse qualitative de Fayet M. (34). Il montre que le *Gut Feeling* est aussi un outil pour se remettre en question et réadapter nos prises en charge. La thèse de Ferre (35) , est en accord avec notre thèse, l'absence de connaissances des recommandations est complétée par l'expertise médicale, les médecins interrogés dans la thèse de Ferre étaient peu sensibilisés au cours du premier cursus mais c'est lors des stages qui l'ont été et que leur expertise a donc été modifiée.

4.2.4 Une prise en charge sociale

Prendre en charge le patient dans sa globalité est revenu à de nombreuses reprises dans les entretiens. En effet les médecins généralistes m'ont parlé des aidants spontanément, mais aussi des aides à domicile, la communication était importante pour les médecins généralistes dans le suivi du patient. Souvent la famille du patient, les enfants ou les conjoints étaient dans les récits de consultations. Plusieurs médecins m'ont évoqué la pandémie de covid19 qui a aggravé l'isolement de certains patients qui étaient déjà précaires comme retracé dans l'article de Jérôme Guedj.(15)

La plupart des patients vivant seuls étaient en EHPAD ou parfois seuls à domicile mais bénéficiaient d'aides. L'accompagnement a été souligné par les médecins notamment M1 à la fin de notre entretien qui marque l'importance de l'entourage à table. Les médecins semblaient donc plus alertes face à un isolement, une situation de précarité, en accord avec la thèse de T. Bellocq (19), 80% des médecins interrogés recherchaient une dénutrition lors d'un contexte social difficile comme l'isolement ou la précarité.

4.2.5 Pluridisciplinarité et prise en charge des soins

Dans son étude observationnelle, K.Abdallah (18) montrait l'importance d'une coordination des soins et émettait l'idée d'ouvrir un réseau nutrition en ville. Dans notre étude, les médecins interrogés sont plutôt favorables à la prise en charge de manière coordonnée concernant la nutrition des personnes âgées. L'absence de remboursement de la prise en charge par une diététicienne est compliquée pour les patients et est un frein pour le suivi. Les médecins interrogés s'exprimaient sur le fait qu'ils évitaient de parler de la diététicienne à certains patients car ils savaient que ce n'était pas pris en charge. Cela a aussi été évoqué dans la thèse de M.Varoqui (36), la dénutrition est souvent prise en charge au cours des cancers avec mise en place d'une prescription d'activité physique adaptée, et mise en place de consultations avec des diététiciens qui participent au réseau et donc à la lutter contre l'isolement.

Il serait intéressant d'envisager une prise en charge coordonnée avec les infirmières ASALEE avec un remboursement de ces soins sans qu'il y ait de pathologie carcinomateuse.

Dans une étude danoise de 2013, des patients de plus de 65 ans étaient suivis en sortie d'hospitalisation par leurs médecins généralistes et/ou des diététiciens pendant 12 semaines. Ce suivi rapproché a montré un bénéfice au niveau du maintien du poids, et de l'autonomie (maintien des fonctions supérieures) (37). Une revue de la littérature britannique de Abd Aziz et al. de 2017, prenant 6 bases de données britanniques a montré que 58% des patients hospitalisés en Grande Bretagne étaient mal nourris alors que ce n'est pas un pays en voie de développement.(38). Les consultations avec des diététiciens ne sont pas prises en charge en Angleterre par la NHS (système de santé national Anglais). En 2018, une étude australienne a également montré l'importance d'un suivi par les diététiciens au domicile des patients, leur étude a révélé, de manière inattendue, une durée d'hospitalisation finalement plus courte chez les patients ayant eu un suivi diététique accru et donc un moindre coût économique. (39)

4.2.6 Forces et limites de l'étude

Ce travail présente des forces et des limites.

L'inclusion des médecins s'est faite par effet boule de neige avec des participants favorables à l'entretien et certainement intéressés par la dénutrition. Je connaissais certains médecins interrogés : cela a pu être une force comme une limite. Leurs réponses auraient peut-être été

différentes en fonction de l'interlocuteur. Il se peut aussi qu'ils aient pu être plus à l'aise à se confier et être totalement honnête avec moi, ou à l'inverse, ils auraient alors pu se limiter dans leurs réponses.

Ce fut mon premier travail en recherche qualitative, les premiers entretiens n'ont pas la même qualité et richesse que les derniers entretiens ce qui a pu influencer les analyses par la suite. Les profils des médecins étaient variés et en rapport avec la population actuelle en médecine générale avec une majorité de femmes.

Plus de la moitié des entretiens ont bénéficié d'une triangulation des données.

4.2.7 Perspectives

Comme évoqué dans la thèse de M.Varoqui (36) les patients ont parfois une image positive de la perte de poids et ne la voient pas comme négative, bien souvent leur état nutritionnel est évoqué tardivement en consultation. Dans notre thèse, d'après les médecins interrogés, les patients évoquaient davantage la prise de poids que la perte lors des consultations.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'une amélioration des techniques de diffusion aussi bien chez les professionnels de santé mais aussi chez les patients. Par exemple, promouvoir davantage la semaine de la dénutrition. Semaine qui semble en manque de popularité chez les médecins notamment auprès de ceux interrogés : la majorité n'en avait pas connaissance. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (40), a publié en 2022 un avis sur les raisons de la crise du système de soin français. Il y fait le constat que le système de soin est surtout basé sur le « *cure* » et non le « *care* », il existe un réel manque de financement pour la prévention et la promotion de la santé. Avec les semaines de la dénutrition on ressent une volonté des pouvoirs publics à essayer de renforcer ce « *care* » pour améliorer l'état de santé des français. Créer des outils de rappels directement intégrés dans les logiciels métier semble un moyen intéressant pour que les médecins généralistes pensent à la dénutrition au cours de leurs consultations. Renforcer la formation, et inciter les médecins à faire des formations continues, notamment autour de la dénutrition, serait aussi une idée.

Les réseaux sociaux prennent une part importante dans la société d'aujourd'hui, en 2023 A. Werestschack (41) a rédigé une thèse sur la place des réseaux sociaux dans la prévention notamment sur le réseau social Instagram. Les réseaux pourraient servir à sensibiliser les jeunes médecins généralistes qui les utilisent afin de réaliser des campagnes de prévention. Sa thèse

suggère qu'il y aurait plus d'impact auprès des professionnels de santé, qu'auprès des patients qui consomment peu ces données sur les réseaux sociaux. Créer de nouvelles façons de former les médecins semble intéressant en s'appuyant sur d'autres plateformes.

Plusieurs axes de travail ont émergé :

- Renforcer la semaine de la dénutrition et la prévention de la dénutrition en général via flyers, publicités grand public, passages dans les universités...
- Favoriser les créations de protocoles dans les MSP et encourager à les diffuser et créer un parcours de soin remboursé avec les diététiciennes ou les IDE ASALEE.
- Créer un outil qui s'intégrerait directement sur les logiciels métier de chaque médecin généraliste.

En France, l'accent est plutôt tourné sur le soin que la prévention, d'autres thèses étudiant l'impact d'une prévention plus accrue au regard de la dénutrition seraient nécessaires

5 Conclusion :

La prise en charge de la dénutrition du sujet âgé évolue, notamment avec la modification par la GLIM de la définition diagnostique. Il faut désormais qualifier la dénutrition par des critères étiologiques et phénotypiques. Cette recommandation a ensuite été mise à jour par la HAS en novembre 2021. À la suite de ces mises à jour, nous voulions nous interroger sur les pratiques et les connaissances du dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes de Charente. Lors des différents entretiens nous avons découvert que les outils de dépistage mis à disposition étaient peu utilisés soit par manque de temps ou par inhabitude. La réflexivité et le *Gut feeling* semblent prendre une part importante dans les prises en charge des médecins généralistes. Dans le contexte actuel de mise en tension du système de soin en France, la notion d'urgence et du « *cure* » reste très présente. Malgré cela, il existe une volonté de la part des médecins généralistes de travailler en équipe et de prendre en charge les patients dans leur globalité afin de prévenir et de soigner pour le mieux.

6 Bibliographie

1. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge ,Tableaux de l'économie française.[Internet].2020[cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Institut national de la statistique et des études économiques. Projection de population par grand groupe d'âges [Internet].2021 [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381470#tableau-figure1>
3. Institut national de la statistique et des études économiques. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050[Internet].2019[cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#consulter>
4. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet].2021 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
5. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):1-9.
6. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.
7. Grey D. Étude rétrospective simulant l'impact d'une évolution des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) vers les critères proposés par la Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) sur la prévalence de la dénutrition dans un hôpital public français. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2019;33(3):205-11.
8. Collectif de lutte contre la dénutrition. La dénutrition en chiffres [Internet]. [cité 9 juill 2022].. Disponible sur: <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-denutrition-en-chiffres/>
9. Brocker P. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. *Revue de Gériatrie*. [Internet] 2008;33:619-626.Disponible sur : https://www.sfnm.org/images/stories/pdf_presseDenutrition/2008-10-20REVUE_DE_GERIATRIE.pdf

10. Donini LM, De Bernardini L, De Felice MR, Savina C, Coletti C, Cannella C. Effect of nutritional status on clinical outcome in a population of geriatric rehabilitation patients. *Aging Clin Exp Res*.2004;16(2):132-8.
11. Delarue J. Guillerme S. Définition, épidémiologie et pronostic de la dénutrition chez l'adulte. *La revue du praticien*. [Internet].2022 [cité 5 juin 2023]. 72(8);850-55 Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/definition-epidemiologie-et-pronostic-de-la-denutrition-chez-ladulte>
12. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*.2008;27(1):5-15.
13. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clinical Nutrition*.2011;30(4):422-9.
14. Malafarina V, Reginster JY, Cabrerizo S, Bruyère O, Kanis JA, Martinez JA, et al. Nutritional Status and Nutritional Treatment Are Related to Outcomes and Mortality in Older Adults with Hip Fracture. *Nutrients*.2018;10(5):555.
15. Guedj J. Dénutrition : la maladie invisible de la covid. [Internet].2020 [cité 09/07/2022] Disponible sur <https://www.jean-jaures.org/publication/denutrition-la-maladie-invisible-de-la-covid/>.
16. Fondation Jean Jaurès. Enquête sur la dénutrition [Internet].2020 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/drupal_fjj/redac/commun/productions/2020/1211/117700_rapport_ifop_cld_fjj_2020.11.10.pdf
17. Aberturas P. Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. [Internet] [Thèse d'exercice] [Paris, France] : Université de Paris Descartes;2017 [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01725357>.
18. Kadi A. Dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en Eure-et-Loir: enquête auprès des médecins généralistes. [Internet] [Thèse d'exercice] [Tours, France]: Université François Rabelais Tours;2013 [cité le 21 janvier 2022]. Disponible sur: www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_KadiAbdallah.pdf

19. Bellocq T. Évaluation des pratiques du dépistage de la dénutrition chez les patients de plus de 70 ans : étude réalisée auprès de 102 médecins généralistes en Charente-Maritime. [Thèse d'exercice] [Poitiers, France] Université de Poitiers; 2017, 77.
20. Bordier L, Doucet J, Bauduceau B. Le risque de dénutrition chez le sujet âgé diabétique : une limite à l'utilisation des « nouvelles » classes thérapeutiques ? Médecine des Maladies Métaboliques [Internet]. 2022 [cité 27 juin 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255722001146>
21. Doucet J, Verny C, Hilbert C, Rekik A, Bordier L, Bauduceau B. Les complications gériatriques ne doivent pas être négligées chez les patients diabétiques âgés. Les apports du suivi de l'étude GERODIAB. Médecine des Maladies Métaboliques.[cité le 27 juillet 2022];15(2):224-230. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.12.009>
22. Ministère des solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé [Internet].2019 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
23. Structure régionale d'appui et d'expertise Nutrition. Outil D-NUT [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/05/EHELLE-ALIMENTAIRE_2021_DEF.pdf
24. Loire-Flour A. Déterminants du dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en médecine de ville: Etude qualitative par la méthode des entretiens individuels. [Thèse d'exercice] [Paris, France]: Université Paris 6.Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2016.230 p
25. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux, France : Global média santé CNGE productions; 2021.192 p.
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2023] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
27. Action de Santé Libérale en Equipe. Asalée [Internet].2004 [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>

28. Mathieu-Poublan M. Le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule.[Internet] [Thèse d'exercice] [Bordeaux, France]:Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales; 2021 [cité 3 avr 2022] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462437>
29. Badu Carvalho Vale L. Prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée : évaluation de la prescription de compléments nutritionnels oraux en médecine de ville. [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Univeristé Paris VII - Denis Diderot. Faculté de médecine ; 2014. 109 p.
30. Mallejac M. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards: place du MNA.[Internet] [Thèse d'exercice].[Amiens,France]. Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'Amiens;2015 [cité le 10 sept 2023] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290232>
31. Madej E. Évaluation de l'apport d'une formation à la réalisation du MNA-SF par rapport à une sensibilisation au dépistage de la dénutrition de la personne âgée dans une population de médecins généralistes.[Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]. Université Grenoble Alpes Faculte de Médecine de Grenoble;2017 [cité le 10 sept 2023] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01523291>
32. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2011 2015 [Internet]. 2011.[cité 10 sept 2023] Disponible sur : <https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC198421/>
33. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. BMC FamilyPractice. 2009;10:17. <https://doi.org/doi 10.1186/1471-2296-10-17>
34. Fayet M. Gut feeling et expertise en médecine générale. Perception des médecins généralistes. [Internet] [Thèse d'exercice] [Marseille, France] Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université; 2020 [cité 7 juil 2023] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03023938>

35. Ferre J. Utilisation des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée dénutrie en médecine générale.[Internet] [Thèse d'exercice] [Rouen, France] Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2014 [cité 19 juin 2022] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083428>
36. Varoqui M. Ressenti des médecins généralistes sur la prise en charge des patients dénutris suivis pour un cancer. [Internet] [Thèse d'exercice] [Nantes, France] Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2022 [cité 3 août 2023]. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03788411>
37. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2013;27(6):483-93.
38. Abd Aziz NAS, Teng NIMF, Abdul Hamid MR, Ismail NH. Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging.*2017;12:1615-25.
39. Young AM, Mudge AM, Banks MD, Rogers L, Demedio K, Isenring E. Improving nutritional discharge planning and follow up in older medical inpatients: Hospital to Home Outreach for Malnourished Elders. *Nutrition & Dietetics.* 2018;75(3):283-90.
40. Comité Consultatif National d’Ethique. Avis 140 « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives » [Internet].2022 [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/530>
41. Werestchack A. Sensibiliser par les réseaux sociaux : quelle place pour la prévention médicale via Instagram ? Enquête sur les perceptions et les attentes des utilisateurs. [Internet] [Thèse d'exercice] [Montpellier, France] Université de Montpellier Faculté de Médecine Montpellier Nîmes;2023 [cité 18 août 2023] Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074878>.

7 Résumé

Introduction : La population est vieillissante, en 2050 selon l'INSEE 4 millions de personnes âgées seraient en perte d'autonomie. 17,8% de la population aura plus de 70 ans en 2070. La dépendance, la dénutrition, la lutte contre l'isolement et la précarité sont dans les objectifs du Programme National Nutrition Santé de 2019-2023. En novembre 2021, la HAS a actualisé les critères de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée.

Objectif de l'étude : L'objectif principal était de voir si, depuis les nouvelles recommandations, les pratiques de dépistages et les connaissances avaient évoluées et s'il existe une évolution depuis les précédentes thèses.

Méthode : Une étude qualitative a été menée sur un échantillon de 10 médecins généralistes en Charente par entretien individuel semi-dirigé. L'analyse s'est inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Le nombre de participants a été défini par la saturation des données.

Résultats : Les médecins interrogés semblaient peu au courant des dernières recommandations de la HAS. L'apport de la formation, le fait de connaître son patient et de le prendre dans sa globalité semblait influencer le dépistage de la dénutrition. La réflexivité et le *Gut Feeling* étaient prépondérants dans le dépistage de la dénutrition. L'importance de communiquer avec ses pairs, de partager les connaissances et travailler en réseaux semblaient très importants dans la pratique du dépistage pour les médecins.

Discussion :

Ces résultats nous montrent l'importance d'une prise en charge coordonnée, de partager les connaissances, l'intérêt d'accentuer la formation des médecins sur la dénutrition mais également la nécessité de cultiver la réflexivité chez chaque généraliste. La prévention pourrait se digitaliser pour sensibiliser la nouvelle génération de médecins.

Mots clés : prévention, médecine générale, gériatrie, dénutrition.

8 Annexes

8.1 Annexe 1 : Formulaire de consentement :

Consentement au projet de recherche :

Analyse des pratiques de dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes chez les sujets âgés

Dans le cadre d'un projet de recherche sur l'analyse des pratiques de dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes, je soussigné(e) M / Mme

....., accepte de participer à

L'entretien individuel mené par GONCALVES Audrey dans le cadre de sa thèse de médecine générale.

J'accepte que les données de cet entretien soient enregistrées. Les propos recueillis ne serviront qu'à cette étude.

Je suis informé(e) que le contenu de cette recherche est anonymisé.

Je suis libre de me retirer de l'étude à tous moments.

DATE :

SIGNATURE :

8.2 Annexe 2 : Guide d'entretien :

Guide d'entretien :

Bonjour, tout d'abord je tiens à vous remercier de participer à cette thèse qualitative sur la nutrition du sujet âgé. Comme vous le savez la population est vieillissante, le manque de médecins généralistes se fait sentir, les hôpitaux sont surchargés. Je m'intéresse aujourd'hui sur les pratiques de dépistage alimentaire du sujet âgé en cabinet de ville par les médecins généralistes. Je ne suis absolument pas là pour vous juger mais pour recueillir votre savoir-faire, il n'y a aucune mauvaise réponse. Avant de commencer, pouvez-vous signer ce consentement ?

VERIFIER QUE J'ENREGISTRE BIEN LE VOCAL

- Première question :

Présentez-vous, comment exercez-vous ? (Cabinet de ville, semi rural, rural ?) (MSP ? cabinet seul ?) Faites-vous des visites à domicile ?

Avez-vous réalisé des formations en rapport avec le sujet âgé ?

Des DU vous intéresse ?

Avez-vous eu lors de votre internat un stage en gériatrie / SSR / médecine polyvalente ? Ou la gériatrie était prédominante ?

Depuis les deux dernières années quelles étaient vos formations ? Avez-vous fait des Congrès ? Quelles thématiques vous intéresse ?

- Brise-glace :

Racontez-moi une expérience de consultation où le sujet de l'alimentation a été évoqué chez la personne âgée ?

En fonction des réponses :

Thème :

ABORDER LE SUJET

Qu'est-ce qu'est la dénutrition pour vous ?

Qu'est-ce qui vous a fait aborder ce sujet ?

Comment évoquez-vous une dénutrition ? Qu'est ce qui fait tilt ?

En général comment lors d'une consultation vous pensez à la dénutrition ?

Qu'est-ce qui vous fait « tiquer » ?

Comment faites-vous si le patient aborde la problématique de l'alimentation en plus de la consultation prévu par exemple renouvellement d'ordonnance ? Si EHPAD qu'est-ce que vous faites ? Si Visite à domicile ?

Avez-vous déjà été poussé par la famille ?

- En quoi le covid a-t-il changé les demandes des patients ?

Prise en charge au cours de consultation

Quel a été votre ressenti face à cette gestion au cours de la consultation ?

Les Outils

- Utilisez-vous des outils dans votre pratique ? Pèse personne à domicile ? balance dans votre coffre de voiture ? IDE à domicile surveille le poids ? Est-ce que vous avez un poids de renseigner au moins une fois par an ?
- Utilisez-vous des moyens tels que l'application Globule ? Qu'utilisez-vous pour vous instruire sur la dénutrition ? HAS ? PNSS ?

- Avez-vous participé aux semaines de la dénutrition ?
- Utilisez-vous l'outil SEFI ? Réglette
- Comment travaillez-vous avec les IDE ASALEE si elle travaille avec vous ? Que pensez-vous des IPA ? Avez-vous un objectif à terme d'en employer une ?
- Quel serait l'outil idéal pour vous ?

Suivi :

- Que pensez-vous du suivi ville hôpital ?
- Comment organisez-vous le suivi si vous détectez une dénutrition ?

Pistes d'amélioration :

- Quelles adaptations envisagez-vous dans votre cabinet ? Avez-vous réfléchi à des solutions ? (Mettre cette question à chaque fois en fonction, voir les adaptations)



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

