Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 30 juin 2022 à Poitiers
par Mademoiselle Eloïse ROUBY

L'identification des facteurs d'échec et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale

Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes du département de la Charente

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Membres :
- Monsieur le Docteur Pierrick Archambault
- Monsieur le Docteur Bernard Freche
- Monsieur le Docteur Pierre-Philippe Brunet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre-Philippe Brunet

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le jeudi 30 juin 2022 à Poitiers
par Mademoiselle Eloïse ROUBY

L'identification des facteurs d'échec et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale

Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes du département de la Charente

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Membres :
- Monsieur le Docteur Pierrick Archambault
- Monsieur le Docteur Bernard Freche
- Monsieur le Docteur Pierre-Philippe Brunet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre-Philippe Brunet

LISTE DES ENSEIGNANTS EN MÉDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

• BOULETI Claire, cardiologie
• BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
• 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
• DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
• DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri opératoire
• DEBIAIS Françoise, rhumatologie
• DROUOT Xavier, physiologie
• DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
• FAURE Jean-Pierre, anatomie
• FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
• FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
• GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
• GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
• GILBERT Brigitte, génétique
• GOMBERT Jean-Marc, immunologie
• GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
• GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
• HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
• INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
• ISAMBERT Nicolas, cancérologie
• JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
• JABER Mohamed, cytologie et histologie
• JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
• KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
• KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
• KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
• LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
• LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
• LELEU Xavier, hématologie
• LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
• LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
• MACCHI Laurent, hématologie
• MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
• MEURICE Jean-Claude, pneumologie
• MIGEOT Virginie, santé publique
• MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
• MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
• NEAU Jean-Philippe, neurologie
• ORIOT Denis, pédiatrie
• PACCALIN Marc, gériatrie
• PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
• PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
• PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
• RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
• RICHER Jean-Pierre, anatomie
• RIGOARD Philippe, neurochirurgie tropicales
• ROBLOT Pascal, médecine interne
• SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
• SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
• SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
• ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies
•TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
• THIERRY Antoine, néphrologie
• THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
• TOUGERON David, gastro-entérologie
• WAGER Michel, neurochirurgie
• XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

• ALBOUY Marion, santé publique
• ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio vasculaire
• BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
• BILAN Frédéric, génétique
• BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
• CAYSSIALS Emilie, hématologie
• CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
• DIAZ Véronique, physiologie
• FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
• GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
• GARCIA Magali, bactériologie-virologie
• GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
• JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
• JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
• KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
• LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
• LIUU Evelyne, gériatrie
• MARTIN Mickaël, médecine interne
• PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
• PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
• PICHON Maxime, bactériologie-virologie
• SAPANET Michel, médecine légale
• THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

• PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

• BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

• FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

• HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie adultes

Professeurs associés de médecine générale

• ARCHAMBAULT Pierrick
• BIRAULT François
• FRECHE Bernard
• MIGNOT Stéphanie
• PARTHENAY Pascal
• VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

• AUDIER Pascal
• BRABANT Yann
• JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

• DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

• GIL Roger, neurologie (08/2023)
• GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
• HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
• MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
• RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
• ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
• SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
• TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
• BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
• BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
• BURIN Pierre, histologie
• CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
• CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
• CASTETS Monique, 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, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
• DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
• 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)
• GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex émérite)
• GRIGNON Bernadette, bactériologie
• GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
• GUILLET Gérard, dermatologie
• JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
• KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
• KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
• KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
• 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)
• TOURANI Jean-Marc, cancérologie
• VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Paccalin

Recevez l'assurance de mon profond respect et ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de présider cette thèse.

A Messieurs les Docteurs Archambault et Freche

Acceptez tous mes remerciements pour avoir consenti à juger ce travail et pour l'intérêt que vous lui portez. Veuillez trouver ici toute ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Docteur Brunet, mon directeur de thèse

Merci pour m'avoir aidé durant ces différents mois passés à vos côtés, tout d'abord en tant que maître de stage, puis en m'aidant à démarrer en tant que jeune médecin remplaçant et enfin en m'aidant avec ce projet de thèse.

Aux différents maîtres de stage universitaire qui m'ont formé

Vous qui m'avez tant appris et fait progresser dans l'idée d'exercer la médecine générale, recevez mes remerciements les plus sincères et chaleureux.

A mes amis

Merci pour tous ces moments de joie et de bonheur à vos côtés. Je remercie tout particulièrement Anaïs, Claire P et Claire V, Clément et Anaëlle. Je sais que même si nos chemins se séparent on trouvera toujours le moyen de se retrouver.

A ma famille

Merci pour tout. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir toujours soutenue et d'avoir toujours été à mes côtés. Je remercie tout particulièrement mes parents, Ophélie, Maxime et Thomas pour leur soutien et pour toute l'aide qu'ils ont pu m'apporter y compris dans les moments difficiles.

Plan de la thèse

	Pages
Glossaire et liste des abréviations	**9 - 10**
Introduction	**11**
Matériel et méthodes	**12 -14**
1, Le schéma de l'étude	12
2, Le lieu de l'étude	12
3, Population étudiée	12 -13
4, Intervention	13
5, Critères d'évaluations	14
Résultats	**15 - 25**
1, Le lieu d'exercice des médecins généralistes	15
2, La place des personnels compétents en nutrition dans la prise en charge	16 - 17
3, Le dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes	18
4, Les freins au dépistage de la dénutrition	19
5, Les méthodes de dépistage	19
6, L'utilisation des compléments nutritionnels oraux	20
7, La coordination ville-hôpital	21 - 22
8, L'utilisation de la nutrition entérale	23
9, L'utilisation de la nutrition parentérale	24
10, Les commentaires libres	25
Discussion	**26 - 28**
1, Résumé des principaux résultats de l'étude	26
2, Les forces de l'étude	26
3, Les faiblesses de l'étude	27
4, Confrontation aux données de la littérature	27
5, Ouverture sur les recherches futures	28
Conclusion	**28**
Références bibliographiques	**29**

Annexes **30 - 33**

1, Annexe 1 : Questionnaire de thèse 30 - 32

2, Annexe 2 : MNA 33

Résumé et mots clés **34**

Abstract and key words **35**

Serment d'Hippocrate **36**

Résumé et mots clés **37**

Glossaire et liste des abréviations

Programme National Nutrition Santé : Programme national lancé en 2001, puis prolongé en 2006 et 2011 ayant pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un des déterminants majeur, la nutrition

HAS : Haute autorité de santé : autorité publique indépendante à caractère scientifique créée en 2004, qui vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes

QCS : Questions à Choix Simples

QCM : Questions à Choix Multiples

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Médecin d'activité régulière : Médecins qui disposent d'une ou plusieurs adresses professionnelles stables

Médecin d'activité totale : Médecins d'activité régulière, remplaçants et médecins temporairement sans activité

Flowchart : Diagramme de flux : Représentation graphique du fonctionnement d'un processus, montrant, au minimum, la séquence des étapes

Conseil départemental de l'ordre de la Charente : Institution de droit privé chargée d'une mission de service public, l'Ordre assure la régulation déontologique de la profession médicale. Il est présent dans chaque département, ici la Charente

Maison et pôle de santé : Médecins libéraux exerçant dans une structure pluri-professionnelle et unis dans un projet commun (pôle : sur plusieurs lieux)

Centre hospitalier : Établissement de santé qui apporte des soins aux patients ou leur fait passer des examens médicaux

Centre de santé : Médecins salariés exerçant dans une structure pluri-professionnelle et unis dans un projet commun

Diététicienne : Profession de celui ou de celle dont la fonction est de conduire ses patients vers un équilibre de leur régime alimentaire courant ou de les accompagner dans la mise en place de bonnes pratiques alimentaires.

Infirmière ASALEE : Infirmières de santé publique salariées de l'association ASALEE exerçant au sein d'une maison ou d'un pôle de santé et prenant en charge les patients atteints de maladie chronique lors de séances d'éducation thérapeutique, parmi lesquelles on retrouve la prise en charge et le suivi diététique

Nutritionniste : Médecin ayant une formation en nutrition

IMC : Indice de masse corporelle calculé en divisant le poids d'une personne par le carré de sa taille

MNA : Mini Nutritional Assessment : Questionnaire permettant d'identifier les personnes dénutries ou présentant un risque de dénutrition

CNO : Complément Nutritionnel Oral

Nutrition entérale : Nutrition artificielle qui administre des nutriments sous forme liquide dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde passant par le nez ou introduite directement dans le tube digestif.

Nutrition parentérale : Nutrition artificielle qui administre les substances nutritives directement dans les veines. Elle est proposée si une nutrition entérale est impossible.

Arbre décisionnel : Outil aidant à la prise de décision

Formation continue spécifique : Formation pour toute personne jeune ou adulte déjà engagée dans la vie active

Introduction

La dénutrition est définie comme une malnutrition par défaut d'apport, amenant le plus souvent à un amaigrissement [1].
Depuis 2019, le Programme National Nutrition Santé en cours d'élaboration, prévoit de diminuer de 15 % le nombre de personnes dénutries chez les plus de 60 ans et de 30 % le nombre de personnes dénutries chez les plus de 80 ans [2]. En effet, en France, la dénutrition affecte 2 millions de personnes [1].
La prévalence de la dénutrition est estimée de 30 à 70 % des personnes hospitalisées et de 4 à 10 % des personnes à domicile [3]. Seulement un faible pourcentage d'entre elles sont reconnues et traitées [4].

Or, la prise en charge nutritionnelle permet :

- D'améliorer le poids,
- De diminuer aussi les complications liées à l'hospitalisation,
- De diminuer la mortalité [5],
- De diminuer le risque de réadmission après la sortie d'hospitalisation [6]
- Et de réduire les coûts liés à l'hospitalisation [7].

Ainsi le dépistage de la dénutrition est un enjeu majeur de santé publique dans les prises en charge hospitalières tout comme en médecine de ville.
De ce fait, comprendre les facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition, reste fondamental, permettant l'amélioration de ce dépistage et ainsi la prise en charge des patients.
Quelques études ont déjà été réalisées pour comprendre ce défaut de prise en charge. Parmi les raisons on retrouve le manque de temps, le manque d'outils pratiques, ou le manque de connaissances sur le sujet [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15].

Malheureusement les études actuelles ont pu mettre en évidence les enjeux de ce défaut de dépistage au niveau hospitalier mais très peu les ont évalués en dehors de celui-ci. Les études actuelles sont également souvent focalisées sur le dépistage de la dénutrition des patients de plus de 75 ans ou sur les patients atteints de pathologies chroniques. Mais la dénutrition peut toucher d'autres catégories de personnes (adolescence avec l'anorexie, post-chirurgie, …). Il s'agit d'un sujet transversal en médecine.
Pourtant il existe des recommandations précises sur la prise en charge de la dénutrition dont les dernières mises à jour datent de 2020 [1].

Ainsi, nous souhaitons essayer de comprendre les facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale, dans un but d'amélioration des pratiques vis-à-vis des patients.

Matériel et Méthode

1, Le schéma de l'étude

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées *(Annexe 1)*. En effet, les médecins généralistes ayant peu de temps pour répondre à notre questionnaire, nous avons fait le choix de réaliser un questionnaire court et rapide afin d'optimiser notre nombre de réponses.
Ce questionnaire consistait à évaluer les pratiques de dépistage et de prise en charge de la dénutrition des médecins généralistes d'un département français.
Les médecins pouvaient donner soit une seule réponse (QCS) soit plusieurs (QCM).

2, Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans le département de la Charente en France car la population d'étude est à la fois urbaine, semi-rurale et rurale. Des questionnaires ont été envoyés à différents médecins généralistes par l'intermédiaire des moyens modernes (courriels professionnels).
Cette étude a été déclarée à la CNIL avant sa réalisation.

3, Population étudiée

Les critères d'inclusions étaient : *(Tableau 1)*

- Médecins d'activités régulières ou totales de médecine générale dans le département de la Charente,
- Activité libérale ou salariée.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Médecins installés dans un autre département,
- Médecins à la retraite,
- Médecins ayant une autre spécialité que la médecine générale.

Critères d'inclusions	Critères de non-inclusion
Médecins généralistes d'activités régulières ou totales de médecine générale dans le département de la Charente	Médecins installés dans un autre département
Activité libérale ou salariée	Médecins à la retraite
	Médecins ayant une autre spécialité que la médecine générale

Tableau 1

Au total, 230 médecins ont été contactés (nombre de médecins généralistes installés en Charente officiellement en date du 18/01/2022 selon le Conseil Départemental de l'Ordre de la Charente).

Nous avons reçu 89 réponses, dont nous avons retirés 12 réponses lorsque des médecins ont répondu à deux reprises à notre questionnaire. Dans cette situation nous avons gardé uniquement les réponses effectuées lors de l'envoi de leur premier questionnaire. *(Figure 1, Flowchart)*
Le nombre de sujets nécessaires à cette étude a été estimé à 76, soit environ 1/3 des médecins recrutés pour répondre à celle-ci. Ce chiffre a été calculé en amont du début de l'étude.

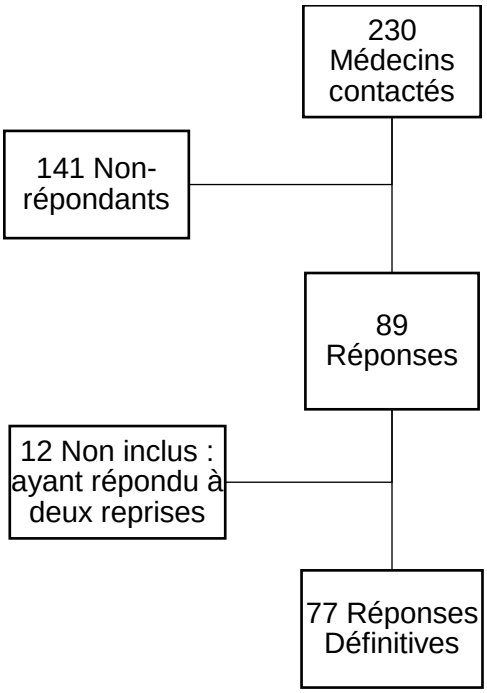


Figure 1 Flowchart

4, Intervention
Les questionnaires ont été envoyés début août 2021 aux différents médecins généralistes selon la liste du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente. Nous avons récupéré l'ensemble de nos questionnaires en février 2022.
Nous avons renvoyé régulièrement nos questionnaires jusqu'à obtenir 31 réponses en janvier 2022. Ce chiffre étant largement inférieur à nos attentes, nous avons de nouveau contacté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente et les collectivités territoriales locales afin d'appuyer notre demande auprès des médecins généralistes. Ainsi nous avons pu obtenir 89 réponses en février 2022.

5, Critères d'évaluation

Le critère d'évaluation principal est l'identification des facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale. Nous avons utilisé pour ce faire notre questionnaire afin d'analyser la démarche des médecins généralistes, dans le but d'améliorer les performances diagnostic et ainsi la prise en charge des patients.

Ce critère d'évaluation a été choisi en amont du recueil des données.
En effet les critères de dépistage de la dénutrition sont reconnus et cités dans des recommandations officielles nationales mises à jour récemment [(1)].

Résultats

1, Le lieu d'exercice des médecins généralistes

Nous pensions qu'il pouvait y avoir des pratiques différentes selon le lieu d'exercice des médecins généralistes (hospitalier et extra-hospitalier). Au total 27.3 % des personnes interrogées travaillaient en cabinet individuel, 51.9 % en maison de santé, 11.7 % en centre de santé, 2.6 % en milieu hospitalier et 6.5 % ont un autre type d'activité (*Diagramme 2*).

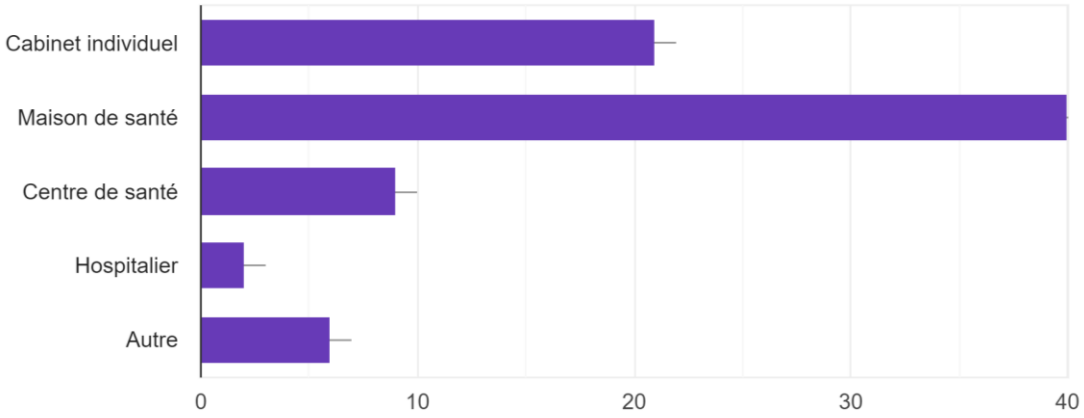


Diagramme 2 La répartition des modes d'exercices

La majorité des médecins travaillant en extra-hospitalier il est difficile de pouvoir relever une différence statistique. En effet, notre échantillon de médecin travaillant à l'hôpital est trop faible.

2, La place des personnels compétents en nutrition dans la prise en charge

De plus nous pensions que l'existence d'un personnel ayant des compétences en diététique ou travaillant avec une diététicienne au sein de la structure d'exercice pouvait affecter le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

Notre postulat était que les médecins ayant accès à une diététicienne pourraient dépister plus aisément la dénutrition et la prendre en charge. Seuls 31,2 % des médecins interrogés ont un personnel compétent en diététique dans leur structure. (*Diagramme 3*).

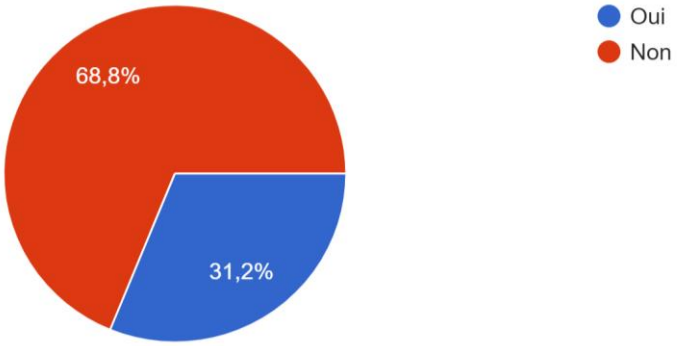


Diagramme 3 Structures ayant un personnel compétent en diététique

Néanmoins, 62.3 % des médecins interrogés utilisent les services d'un personnel compétent en diététique. (*Diagramme 4*).

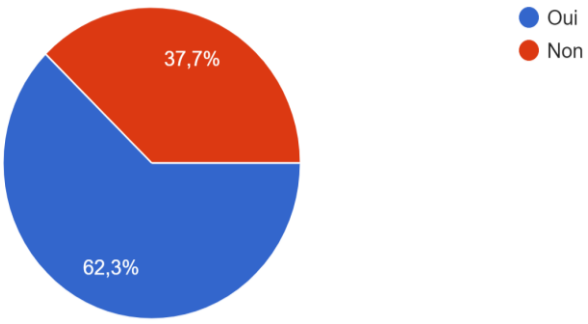
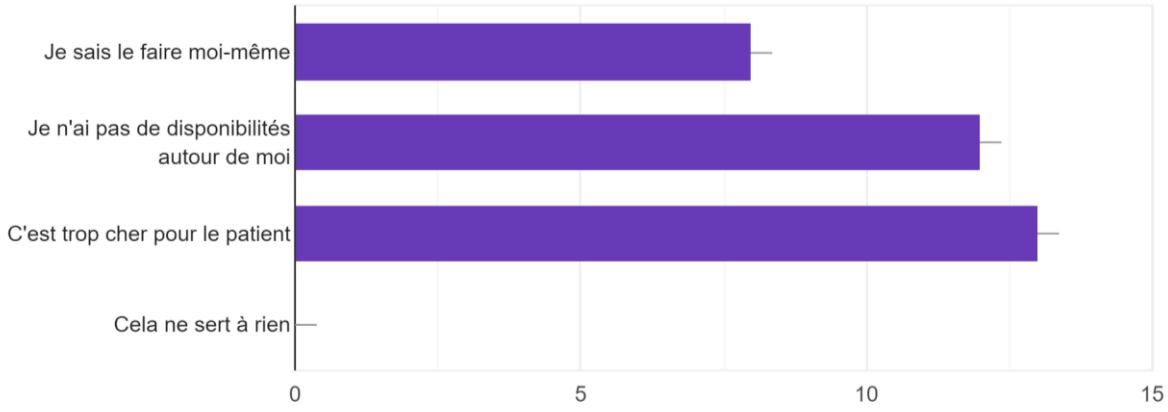


Diagramme 4 Le recours aux personnels compétents en diététique

Les raisons évoquées par les médecins qui ne font pas intervenir de personnels compétents en diététique, sont :

- Pour 28.6 % d'entre eux parce qu'ils estiment pouvoir effectuer ce travail eux-mêmes,
- Pour 42.8 % d'entre eux car ils n'ont pas de consultation de diététique disponible
- Et pour 46.4 % d'entre eux car ils estiment que ces consultations sont trop onéreuses. (*Diagramme 5*).



<u>Diagramme 5</u> Les raisons de l'absence de l'utilisation de personnel compétent en diététique

On notera par la suite au niveau de cette réponse grâce aux commentaires libres une possible sous-estimation des résultats. En effet, certains médecins n'ont pas compris à qui nous faisions référence lorsque nous demandions s'ils avaient recours à « d'autres intervenants type diététiciennes ». Certains y ont inclus les infirmières ASALEE et d'autres non. Notre question faisait référence à la fois aux diététiciennes, aux infirmières ASALEE et aux nutritionnistes. Ainsi ceux qui ont recours à d'autres intervenants que les diététiciennes mais qui ont répondu « non » à la question rendent difficilement analysables ces résultats.

3, Le dépistage de la dénutrition par les médecins généralistes

Selon les études citées précédemment, la dénutrition est insuffisamment dépistée que ce soit en médecine générale de ville comme en milieu hospitalier [4]. 87 % des médecins interrogés affirment dépister la dénutrition dans leur pratique quotidienne, contre 13 % d'abstention (*Diagramme 6*). Il existe donc une différence entre les chiffres des études citées précédemment et ce qui est effectué par les médecins généralistes.

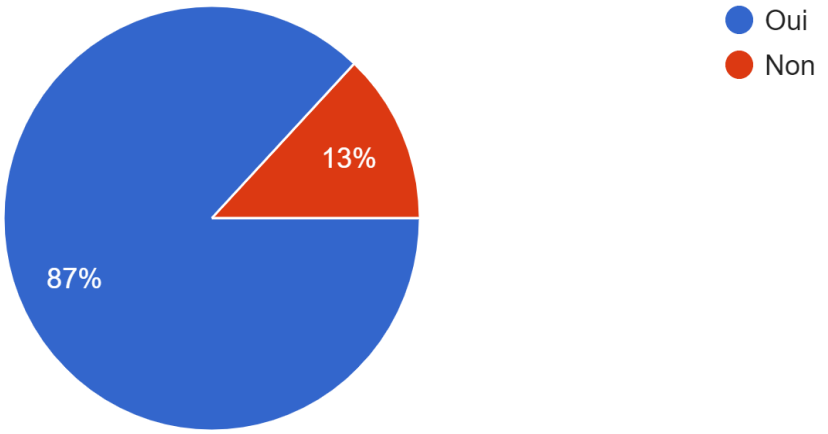


Diagramme 6 Dépistage de la dénutrition

Il serait intéressant de comprendre si le dépistage de la dénutrition est réalisé de façon systématique ou de façon individuelle pendant les consultations, ce qui pourrait expliquer une telle différence statistique.

4, Les freins au dépistage de la dénutrition

Les facteurs limitants du dépistage de la dénutrition :

- Pour 37.5 % l'absence d'outils de dépistage,
- Pour 62.5 % le manque de compétence sur le sujet,
- Pour 12.5 % le manque de temps
- Et pour 25 % car ils préfèrent déléguer cette responsabilité. *(Diagramme 7)*

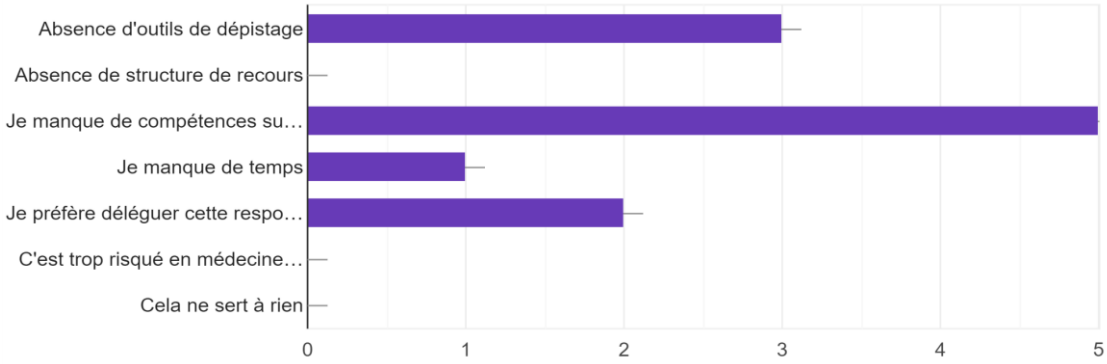


Diagramme 7 Les freins au dépistage de la dénutrition

5, Les méthodes de dépistage

Par la suite, nous avons cherché à évaluer les méthodes du dépistage. La majorité des médecins utilisent une surveillance pondérale (97.2 %), le calcul de l'IMC (84.5 %) et/ou le dosage de l'albumine (91.5 %), 28.2 % calcule le pourcentage de perte de poids. Cependant, moins de 5 % utilise le MNA *(Annexe 2)*, seul véritable outil diagnostic selon les recommandations [1], [2], [3], [5] (*Diagramme 8*).

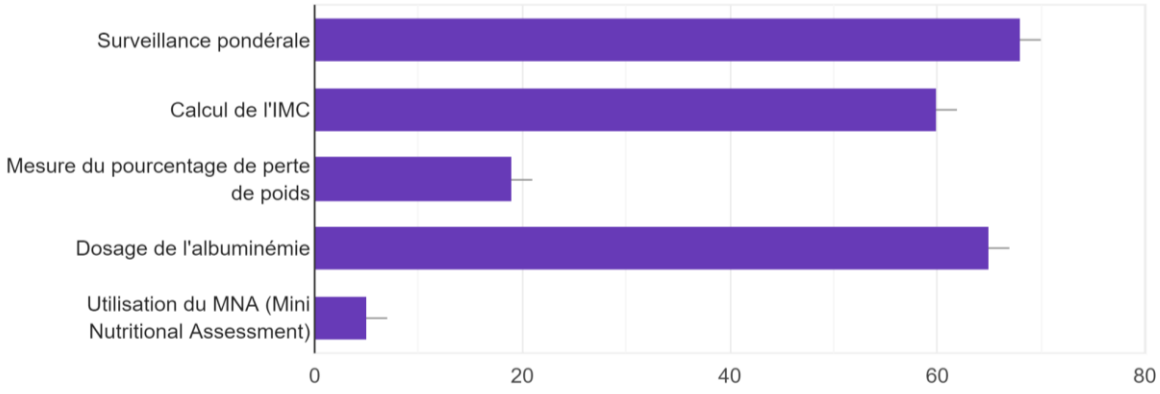


Diagramme 8 Les méthodes de dépistage

6, L'utilisation des compléments nutritionnels oraux

Le reste de notre étude a évalué la prise en charge des patients dénutris. L'utilisation de compléments nutritionnels oraux (CNO) est presque unanime (98.7 %)) (*Diagramme 9*).

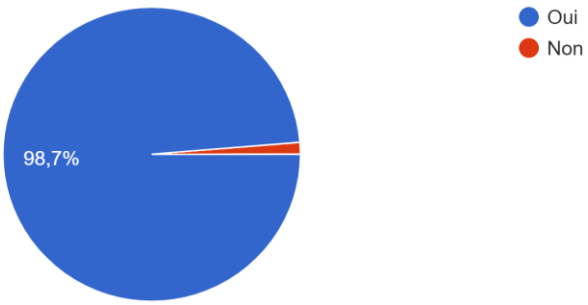


Diagramme 9 L'utilisation des CNO

La seule personne qui a répondu ne pas y avoir recours l'explique par sa méconnaissance.

7, La coordination ville-hôpital

64.9 % des médecins interrogés n'ont pas recours aux structures hospitalières pour les aider (*Diagramme10*).

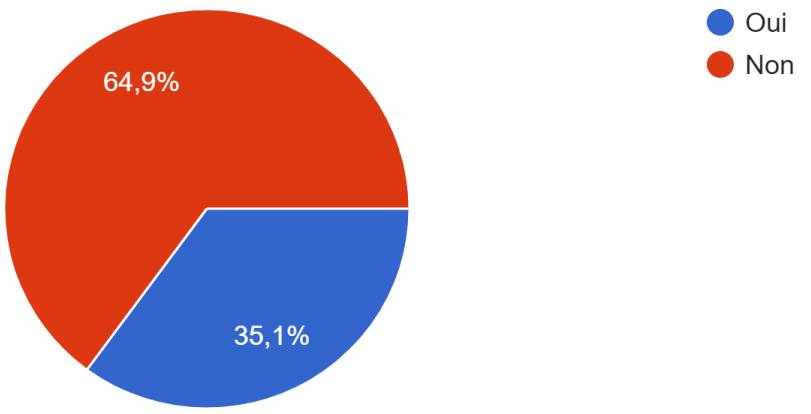


Diagramme 10 Le recours hospitalier

Les raisons évoquées, sont pour 37.7 % de ces médecins car ils estiment savoir prendre en charge la dénutrition eux-mêmes, pour 66.7 % d'entre eux car ils estiment rencontrer des difficultés à recourir aux compétences hospitalières en nutrition. On retrouve 3 médecins qui estiment ne pas en avoir l'utilité, soit 6.67 % des répondants (*Diagramme 11*).

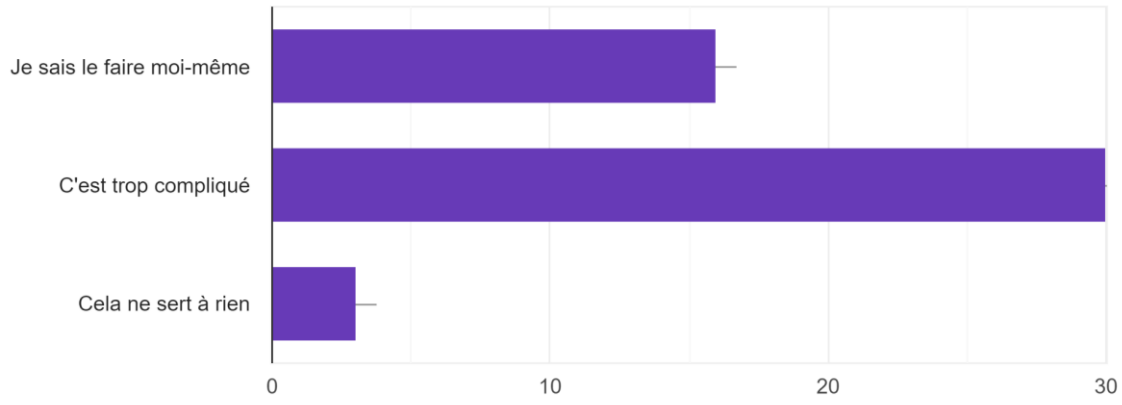
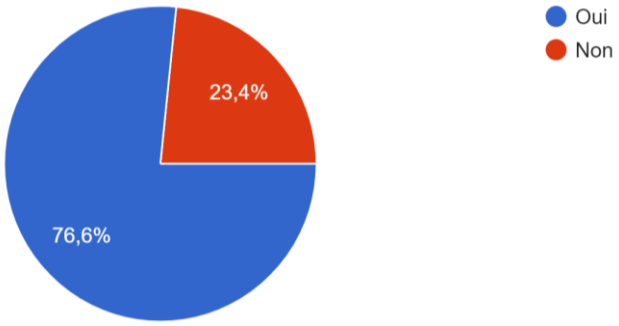


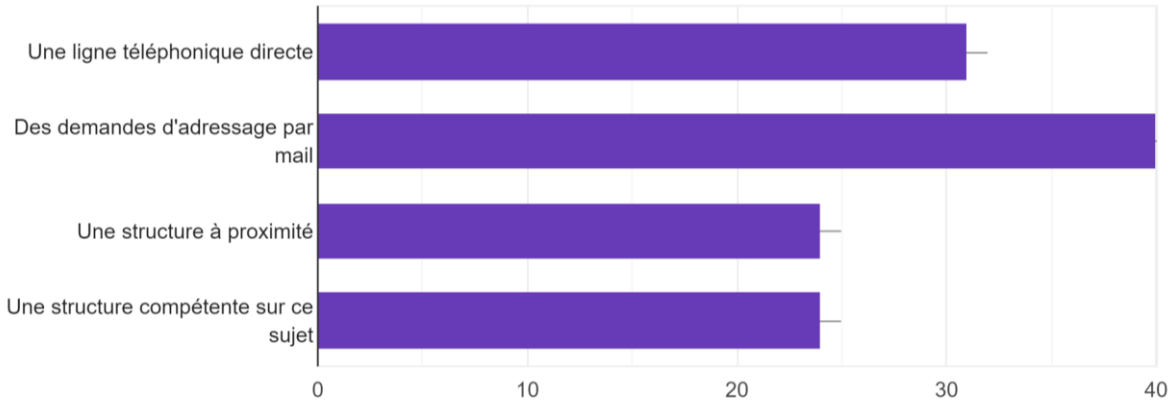
Diagramme 11 Les freins au recours hospitalier

Cependant 76.6 % des médecins interrogés jugent qu'ils auraient besoin d'un adressage facilité pour la prise en charge des patients dénutris (*Diagramme 12*).



<u>Diagramme 12</u> Les demandes d'adressage aux structures hospitalières

Les éléments facilitateurs de cet adressage seraient pour 50 % d'entre eux un numéro de ligne téléphonique dédié, pour 64.5 % d'entre eux une adresse électronique sécurisée dédiée, pour 38.7 % d'entre eux une structure de proximité et compétente sur ce sujet (*Diagramme 13*).



<u>Diagramme 13</u> Les éléments facilitateurs de l'adressage

8, L'utilisation de la nutrition entérale

Enfin dans le cadre de la prise en charge de la dénutrition, la majorité des personnes interrogées (88.3 %) ne s'estiment pas à l'aise avec l'utilisation des nutritions entérales et de ses indications (*Diagramme 14*).

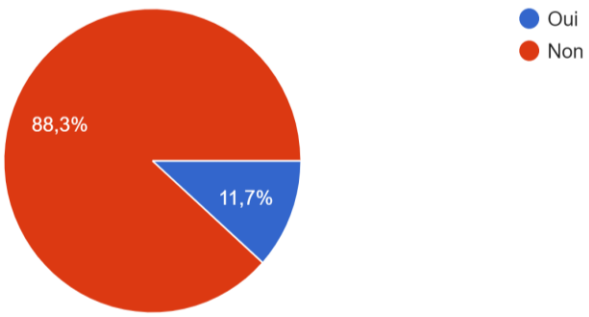


Diagramme 14 L'utilisation de la nutrition entérale

Les raisons évoquées sont :

- A 91.2 %, les médecins pensent manquer de compétences sur ce sujet,
- A 29.4 %, le manque de temps,
- Et à 32.4 % une préférence pour la délégation de cette prise en charge.
- Deux médecins interrogés estiment que l'utilisation de la nutrition entérale est trop risquée en médecine de ville (*Diagramme 15*), soit 2.9 % des répondants.

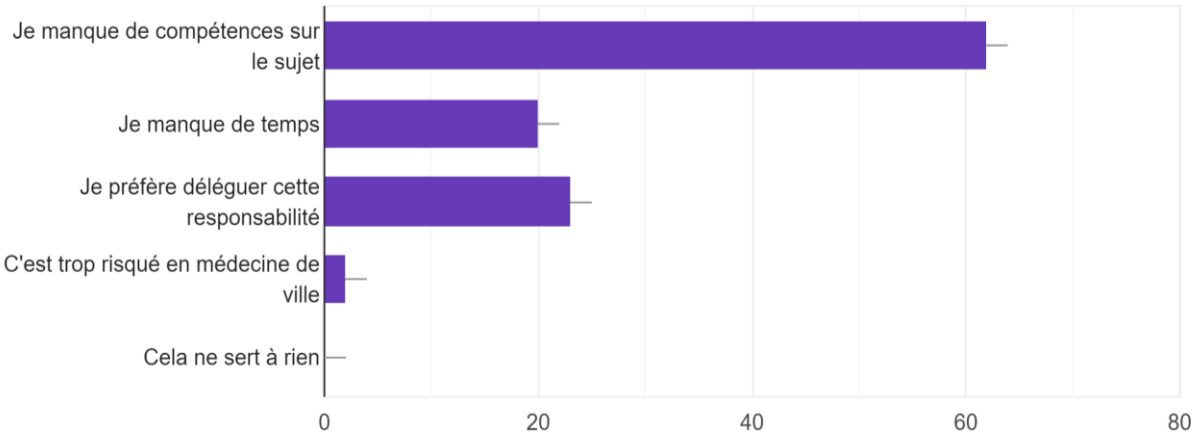


Diagramme 15 Les freins à l'utilisation de la nutrition entérale

9, L'utilisation de la nutrition parentérale

De même la majorité des médecins interrogés (81.8 %) ne s'estiment pas à l'aise avec l'utilisation de la nutrition parentérale (*Diagramme 16*).

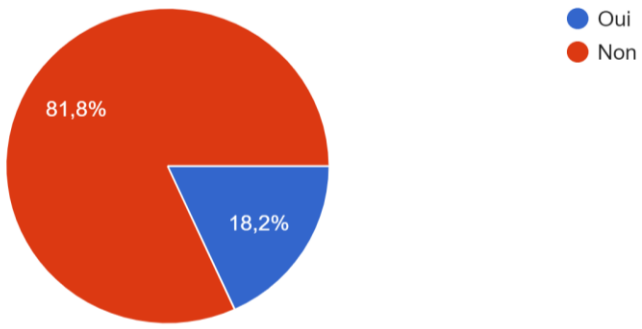


Diagramme 16 L'utilisation de la nutrition parentérale

Les raisons évoquées sont :

- Pour 89.2 % le manque de compétences sur le sujet,
- Pour 30.8 % le manque de temps,
- Et pour 32.3 % une préférence pour la délégation de cette tâche.
- Sept médecins estiment que l'utilisation de la nutrition parentérale est compliquée à mettre en place en médecine de ville, soit 10.8 %.

Comme pour l'utilisation de la nutrition entérale aucun n'estime que ce soit inutile car l'utilité est connue de tous (*Diagramme 17*).

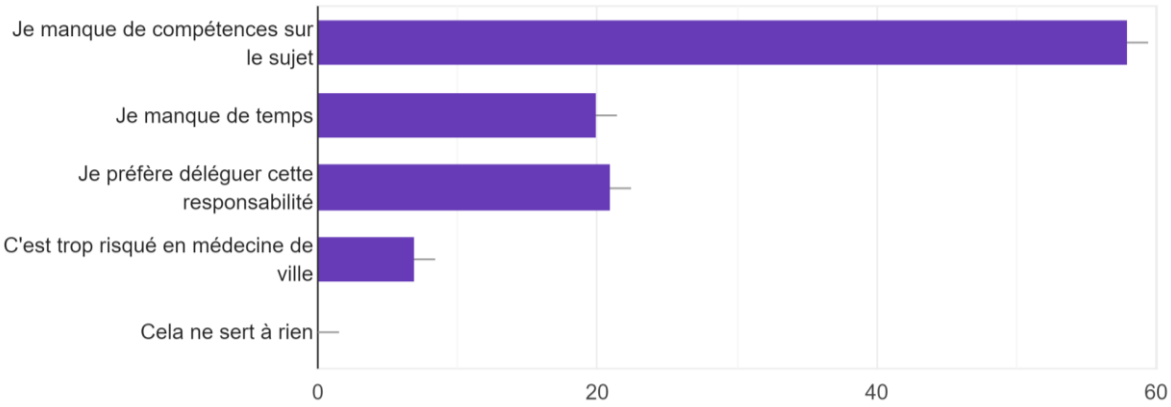


Diagramme 17 Les freins à l'utilisation de la nutrition parentérale

10, Les commentaires libres

Enfin, dans la section « commentaire libre », un médecin nous a expliqué qu'il était spécialiste en gériatrie. On pourrait s'attendre à ce que ses réponses puissent être légèrement différentes de celles de ses collègues. Cependant, il déclare dépister couramment la dénutrition, prescrire des compléments nutritionnels oraux mais n'utilise pas la nutrition entérale ou parentérale. Ses réponses ne diffèrent donc pas de celles des autres médecins interrogés.

Plusieurs médecins évoquent des infirmières ASALEE dans le dépistage. Certains y ont recours couramment à la place d'une diététicienne, peut être par souci financier (consultation de diététique non remboursée), par souci pratique (les diététiciennes ne se déplacent pas à domicile, donc évaluation et/ou suivi diététique difficile pour les personnes âgées). A noter le principe des IDE ASALEE qui se développe de plus en plus sur le territoire et sont plus accessibles pour les cabinets comme pour les patients.

Il semble qu'il y ait une confusion à ce niveau dans le questionnaire. Certains médecins n'ont pas inclus les infirmières ASALEE comme « intervenant type diététicienne » dans leurs réponses à cette question. Ainsi les réponses doivent être sous-estimées par rapport à ce qui est réellement effectué sur le terrain.

De plus avoir recours aux IDE ASALEE n'empêche pas d'avoir recours aux diététiciennes. Il existe une pratique coordonnée entre diététicienne, IDE ASALEE et médecins généralistes.

Certains confrères proposent la création d'une consultation médicale dédiée avec une rémunération adaptée au temps passé (notamment : réalisation du MNA).

Bon nombre de médecins semblent intéressés par ce sujet. Il ressort de l'étude une grande volonté d'améliorer leurs pratiques et donc leurs prises en charge. Certains évoquent la création « d'un arbre décisionnel », d'autres l'accès à une « formation continue spécifique ». La majorité des médecins souhaitent avoir un retour sur ce travail (80.5 %).

Cependant certains restent sceptiques sur les améliorations possibles. Ils témoignent :

- « Facile à mettre en évidence mais difficile à prendre en charge en médecine de ville en dehors des CNO, on est souvent seul dans la prise en charge. »
- « Fermeture des lits, désertification et solutions ? »

Enfin, certains ont regretté l'aspect « restrictif » des items proposés arguant que la dénutrition touche toutes les couches de la population et que ce questionnaire ne leur semblait pas s'appliquer pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition de « personnes jeunes » ou « d'enfants ».

Discussion

1, Résumé des principaux résultats de l'étude

Nous avons réalisé ce travail afin de comprendre les facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale. Ainsi, nous avons interrogé à l'aide de questionnaires les médecins généralistes du département de la Charente.
Nous avons pu observer que la majorité d'entre eux estime dépister la dénutrition dans leurs pratiques courantes, ce qui est en discordance avec les chiffres retrouvés dans les études [4].
Le point positif est que les médecins généralistes sont particulièrement sensibles à cette cause.

Cependant les méthodes de dépistage sont mal connues. Peu de médecins ont recours au MNA alors qu'il s'agit de l'outil de référence du dépistage de la dénutrition [1].
En outre, les médecins généralistes se sentent isolés dans leurs prises en charge puisqu'ils ont peu recours aux personnels compétents en diététique ou aux spécialités hospitalières.
Enfin, les prises en charges utilisées sont peu efficientes car si l'utilisation de CNO est bien reconnue, l'utilisation de la nutrition entérale ou parentérale l'est beaucoup moins.

2, Les forces de l'étude

L'un des avantages de ce travail est d'avoir mis en évidence le manque de temps et de moyen comme obstacle à la prise en charge, le contenu de la consultation et les formations des médecins. Doit-on envisager une consultation médicale dédiée ?
On peut aussi remarquer un manque de coordination ville-hôpital dans la prise en charge. Peut-être serait-il intéressant de développer des télé-expertises afin de palier à cette difficulté ? Ou encore créer un réseau spécialisé en y incluant médecins généralistes, personnels compétents en diététique et praticiens hospitaliers ?

Ainsi on se rend bien compte de la discordance entre l'importance du dépistage, de la prise en charge de la dénutrition et la réalité de terrain. Il existe un manque de moyen, de temps et parfois de connaissance des médecins généralistes mais aussi un sentiment d'isolement de leur part vis-à-vis des structures spécialisées.
Certains évoquent la possibilité d'un recours aux infirmières de santé publique de l'association ASALEE notamment pour le dépistage de la dénutrition.

Ce travail de thèse possède donc tout son intérêt pour la compréhension des difficultés rencontrées par les médecins généralistes, pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. L'échantillon de médecins généralistes est suffisamment étendu pour avoir une population d'étude représentative.

3, Les faiblesses de l'étude

Cependant nous pouvons noter qu'il existe un biais de sélection, car seuls des médecins généralistes de la Charente ont été interrogés soit une population d'étude travaillant majoritairement en médecine libérale et en milieu rural. Ce qui ne nous permet pas d'affirmer que les médecins généralistes travaillant en milieu urbain ne rencontrent pas les mêmes difficultés. A contrario, un travail de thèse sur l'ensemble de la région aurait été complexe à organiser et le département de la Charente nous a semblé représentatif de la population générale.

De plus, malheureusement, nous avons rencontré des difficultés à obtenir des réponses des médecins généralistes, sans doute par manque de temps. On peut se demander si les médecins qui ont répondu ne sont pas un peu plus sensibilisés à cet aspect de la médecine et ainsi pourrait induire des réponses différentes par rapport aux médecins moins intéressés par ce sujet.

Enfin, il existe un biais d'intervention dans la formulation du questionnaire car certains médecins ont trouvé les questions relativement fermées. Cependant nous n'avions pas le choix si nous souhaitions une analyse la plus simple et la plus claire possible de la situation.

4, Confrontation aux données de la littérature

Ce travail arrive en complément d'autres travaux déjà réalisés sur ce sujet. En effet, plusieurs thèses ont déjà été écrites [8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15]. Cependant nombreuses sont celles qui datent et il nous a paru intéressant de refaire le point sur ce sujet. Pour autant, le constat reste le même, il existe un défaut de dépistage et de prise en charge de la dénutrition en France. Des outils ont été développés afin d'améliorer celui-ci, mais ils ne semblent pas être utilisés pour le moment [16], [17], [18].

Parmi les outils développés on retrouve des questionnaires rapides type SARC-F [17] ou le score Gérontoquick [18]. Cependant, on note qu'en l'absence d'une large diffusion de ces outils pratiques qui sont pourtant recherchés par les médecins d'après notre travail, ils sont peu utilisés.

De plus, il existe des recommandations claires sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition [1], [2], [3], [5]. Mais au vu des résultats de notre travail et des différents écrits précédents, ces recommandations semblent non seulement peu applicables mais également peu appliquées actuellement en médecine de ville, notamment en l'absence d'une plus grande diffusion.

Ainsi si on veut obtenir des améliorations dans notre prise en charge il va nous falloir une meilleure diffusion de ces résultats, des outils existants, des recommandations et une révision de la coordination entre les différents intervenants.

5, Ouverture sur les recherches futures

Grâce à ce travail de thèse, nous pouvons plus facilement comprendre les difficultés quotidiennes des médecins généralistes. D'autres pistes complémentaires peuvent être envisagées. Par exemple, il pourrait être intéressant d'évaluer la perception des patients face à leur état nutritionnel afin de pouvoir améliorer celui-ci.

De plus, il serait intéressant d'évaluer l'intérêt du renforcement de la coopération au sein des pôles et maisons de santé avec les professionnels compétents en diététique et la coopération avec les structures hospitalières privées ou publiques. On peut aussi discuter de l'intérêt d'une création d'une consultation de médecine générale dédiée au dépistage et un suivi de la dénutrition en médecine générale, ou la création de consultations dédiées dans les services d'hospitalisation avec un adressage facilité. Enfin, beaucoup de médecins sont volontaires pour suivre une formation sur le sujet, ce qui laisse entrevoir une amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition dans les prochaines années si une telle formation venait à voir le jour.

Conclusion

Le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge sont un enjeu majeur de santé publique. Les médecins généralistes ont à cœur d'améliorer leurs pratiques. Afin de voir une réelle possibilité d'amélioration dans un future proche, il nous semble nécessaire de proposer une large diffusion des prises en charge et des outils existants.

Plusieurs enjeux s'offrent à nous dans les années à venir. Il semble obligatoire de parvenir à faire connaître les recommandations officielles à l'ensemble des médecins grâce à la formation. De plus, afin d'avoir une prise en charge optimale, il faut également renforcer le lien ville-hôpital et la coordination interprofessionnelle.

Références bibliographiques

1. Alexandre PITARD, Pierre GABACH, « Haute Autorité de santé », Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, 2020
2. Programme National Nutrition Santé 4, 2019-2023
3. Hébuterne X, Alex E, Raynaud-Simon A, Vellas B, editors. Traité de nutrition de la personne âgée [Internet]. Paris. Springer-Verlag;2009
4. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A.Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr. 2004
5. A. Raynaud-Simon. Comment dépister la dénutrition chez la personne âgée ? in elderly people?Medecine des maladies Metaboliques - Septembre 2009 - Vol. 3 – N°4
6. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and costeffectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr. 2005 Nov;82(5):1082-9
7. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr. 2008 Feb;27(1):5-15
8. Thèse Etude des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage des personnes âgées dénutries ou à risques de dénutrition, 16 février 2012, Mathieu Maud épouse Faline
9. Thèse Dépistage de la dénutrition chez la personne âge en Eure et Loir : enquête auprès des médecins généralistes, 30 septembre 2013, Mr KADI Abdallah
10. Bilan d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant le dépistage es troubles ntritionnels et leurs prises en charges chez les patients hospitalisés, 14 juin 2011, Mme Loriot de Rouvray Cécile
11. Dépistage nutritionnel chez les ainés en établissements de soins de santé : comparaison entre les établissements francophones et anglophones, 2013-11, Vallalon, Lita
12. Etude des pratiques de dépistage de la dénutrition des sujets de plus de 70 ans en médecine générale dans la région Pays de Loire, 2013, Gachignard, Lucille
13. Evaluation des pratiques de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans vivant à domicile : enquête auprès des médecins généralistes de Côte d'Or, 2020, Mercier, Cyrielle
14. Etat des lieux du dépistage de la dénutrition chez les patients atteint d'un cancer en médecine générale dans la région Poitou-Charentes, 2016, Ramloll, Sandy
15. La dénutrition à l'hôpital : faisabilité du dépistage et prévalence dans deux services de médecine au CHU de Nantes, 2009, Collet, Amélie
16. Création d'un nouvel outil de repérage de syndromes gériatriques en soins premiers:à partir d'un groupe nominal en 2017, 2017, Hérault, Emma
17. Evaluation du score SARC-F comme outil de dépistage de la dénutrition dans une population gériatrique, 2018, Maras, Juliette
18. Evaluation gériatrique standardisée au cabinet de médecin générale : présentation d'un outil simplifié de dépistage des grands syndromes gériatriques, la grille gérontoquick, 2014, Le Bihan, Céline

Annexes :

1, Annexe 1 : Questionnaire de thèse

1, Type d’exercice
- Cabinet individuel
- Maison de santé
- Centre de santé
- Hospitalier
- Autre

2, Y-a-t 'il une diététicienne qui consulte dans les mêmes locaux que votre cabinet ?
- Oui
- Non

3, Dépistez-vous la dénutrition dans votre pratique quotidienne ?
- Oui
- Non

4, Si non, pourquoi ?
- Absence d'outils de dépistage
- Absence de structure de recours
- Je manque de compétences sur ce sujet
- Je manque de temps
- Je préfère déléguer cette responsabilité
- C'est trop risqué en médecine de ville
- Cela ne sert à rien

5, Si oui, comment la dépistez-vous ?
- Surveillance pondérale
- Calcul de l'IMC
- Mesure du pourcentage de perte de poids
- Dosage de l'albuminémie
- Utilisation du MNA (Mini Nutritional Assessment)

6, Dans le cadre de la prise en charge : avez-vous recours à la prescription de compléments nutritionnels oraux ?
- Oui
- Non

7, Si non, pourquoi ?

- Ce n'est pas bon
- Cela ne sert à rien
- Je ne les connais pas

8, Dans le cadre de la prise en charge : avez-vous recours à d'autres intervenants type diététicienne ?

- Oui
- Non

9, Si non, pourquoi ?

- Je sais le faire moi-même
- Je n'ai pas de disponibilités autour de moi
- C'est trop cher pour le patient
- Cela ne sert à rien

10, Dans le cadre de la prise charge, avez-vous un recours hospitalier ?

- Oui
- Non

11, Si non, pourquoi ?

- Je sais le faire moi-même
- C'est trop compliqué
- Cela ne sert à rien

12, Auriez-vous besoin d’un adressage facilité pour la prise en charge de vos patients dénutris ?

- Oui
- Non

13, Si oui, quels en seraient les éléments facilitateurs ?

- Une ligne téléphonique directe
- Des demandes d’adressage par mail
- Une structure à proximité
- Une structure compétente sur ce sujet

14, Vous sentez-vous à l’aise pour le suivi et la prise en charge d’un patient avec une nutrition entérale (sonde naso-gastrique ou gastrostomie) ?

- Oui
- Non

15, Si non, pourquoi ?

- Je manque de compétences sur le sujet
- Je manque de temps
- Je préfère déléguer cette responsabilité
- C'est trop risqué en médecine de ville
- Cela ne sert à rien

16, Vous sentez-vous à l'aise pour le suivi et la prise en charge d'un patient avec une nutrition parentérale (par les veines) ?

- Oui
- Non

17, Si non, pourquoi ?

- Je manque de compétences sur le sujet
- Je manque de temps
- Je préfère déléguer cette responsabilité
- C'est trop risqué en médecine de ville
- Cela ne sert à rien

18, N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques ou souhait pour vous assister dans le besoin de dépistage et/ou de prise en charge de la dénutrition. Merci.

19, Souhaitez-vous que nous vous transmettions par mail les résultats de cette étude et le travail de thèse ?

- Oui
- Non

2, Annexe 2 : MNA

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé NutritionInstitute

Nom : Prénom :

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

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

Dépistage

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

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

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

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

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence leve
2 = pas de problème psychologique ☐

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

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

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

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

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

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

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

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

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

0,0 = si 0 ou 1 oui
0,5 = si 2 oui
1,0 = si 3 oui ☐.☐

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

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres ☐.☐

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

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
0 = se considère comme dénutri
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure ☐.☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22 ☐.☐

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

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

Appréciation de l'état nutritionnel

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

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Résumé et mots clés

Introduction
La dénutrition touche 2 millions de personnes en France mais seul un faible pourcentage des patients dénutris sont reconnus et traités. Or la prise en charge de la dénutrition représente un intérêt majeur pour les patients et le système de soin de notre société. Ainsi nous souhaitons comprendre les facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale.

Matériel et méthode
Nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées envoyé aux médecins généralistes du département de la Charente d'août 2021 à février 2022. 77 médecins nous ont répondu, ce qui est supérieur au nombre de sujets nécessaires à notre étude estimé à 76.

Résultats
87 % des médecins disent dépister la dénutrition dans leur pratique quotidienne. Pour les autres les facteurs limitants sont l'absence d'outil, le manque de temps et le manque de compétence. 62,3 % ont recours à un personnel ayant des compétences en diététique pour les aider dans la prise en charge. D'ailleurs 98,7 % ont recours aux compléments nutritionnels oraux mais seulement 11,7 % utilisent la nutrition entérale et 18,2 % la nutrition parentérale. Enfin uniquement 35,1 % ont un recours hospitalier pour les aider.

Discussion
Les médecins généralistes ont à cœur de dépister et traiter la dénutrition mais il existe un manque de moyen et de temps. A cela s'ajoute un manque de connaissance notamment sur l'utilisation de la nutrition entérale et parentérale. Enfin, il existe un isolement des médecins généralistes vis à vis des structures hospitalières. Ainsi certaines pistes sont à explorer afin d'améliorer la prise en charge des patients (consultations de dépistage par IDE ASALEE, consultations dédiées pour les médecins généralistes, formations des médecins généralistes, consultations dédiées dans des services hospitaliers, amélioration de la coordination interprofessionnelle …)

Mots clés : Médecine générale ; Dénutrition ; Dépistage

Abstract and key words

Introduction
Undernutrition affects 2 million people in France but only a small percentage of undernourished patients are detected and treated. However, the management of undernutrition represents a major interest for patients and for society. Thus, we wish to understand the factors of failure and success of undernutrition screening in general practice.

Material and method
We conducted a quantitative study using a closed-ended questionnaire sent to general practitioners in the Charente department from August 2021 to February 2022. 77 physicians responded, which is superior to our estimation of the number of subjects needed for our study, at 76.

Results
87% of the physicians said that they screen for undernutrition in their daily practice. For the others, the limiting factors were the absence of tools, lack of time and lack of competence. 62.3% resort to personnel with dietetic skills to help them in the management of undernutrition. Moreover, 98.7% use oral nutritional supplements, but only 11.7% use enteral nutrition and 18.2% use parenteral nutrition. Finally, only 35.1% operate with hospitals to care for undernourished patients.

Discussion
General practitioners are keen to detect and treat undernutrition but there is a lack of resources and time. In addition, there is a lack of knowledge, particularly about the use of enteral and parenteral nutrition. Finally, there is an isolation of general practitioners with respect to hospital structures. Thus, some solutions are to be explored in order to improve patient care (screening consultation by ASALEE IDE, dedicated consultations for general practitioners, training of general practitioners, dedicated consultations in hospital services, improved interprofessional coordination...)

Key words : General medicine ; Undernutrition ; Screening

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 !

⌘⌖⌘⌖⌘

Résumé et mots clés

Introduction
La dénutrition touche 2 millions de personnes en France mais seul un faible pourcentage des patients dénutris sont reconnus et traités. Or la prise en charge de la dénutrition représente un intérêt majeur pour les patients et le système de soin de notre société. Ainsi nous souhaitons comprendre les facteurs d'échecs et de succès du dépistage de la dénutrition en médecine générale.

Matériel et méthode
Nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées envoyé aux médecins généralistes du département de la Charente d'août 2021 à février 2022. 77 médecins nous ont répondu, ce qui est supérieur au nombre de sujets nécessaires à notre étude estimé à 76.

Résultats
87 % des médecins disent dépister la dénutrition dans leur pratique quotidienne. Pour les autres les facteurs limitants sont l'absence d'outil, le manque de temps et le manque de compétence. 62,3 % ont recours à un personnel ayant des compétences en diététique pour les aider dans la prise en charge. D'ailleurs 98,7 % ont recours aux compléments nutritionnels oraux mais seulement 11,7 % utilisent la nutrition entérale et 18,2 % la nutrition parentérale. Enfin uniquement 35,1 % ont un recours hospitalier pour les aider.

Discussion
Les médecins généralistes ont à cœur de dépister et traiter la dénutrition mais il existe un manque de moyen et de temps. A cela s'ajoute un manque de connaissance notamment sur l'utilisation de la nutrition entérale et parentérale. Enfin, il existe un isolement des médecins généralistes vis à vis des structures hospitalières. Ainsi certaines pistes sont à explorer afin d'améliorer la prise en charge des patients (consultations de dépistage par IDE ASALEE, consultations dédiées pour les médecins généralistes, formations des médecins généralistes, consultations dédiées dans des services hospitaliers, amélioration de la coordination interprofessionnelle …)

Mots clés : Médecine générale ; Dénutrition ; Dépistage