

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION

PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET POLYPATHOLOGIES
COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

**Comment l'IPA peut-il travailler avec l'ensemble des professionnels de
santé du territoire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de
la personne âgée de plus 70 ans en soins primaires ?**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 2022

au Pôle Formation

par Valérie MOREAU

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Léone De OLIVEIRA

Directeur de mémoire : Monsieur le Dr Sylvain Duriez

Tuteur professionnel : Monsieur François DUPONCHELLE

Sommaire

Introduction générale

Remerciements

Glossaire

I/ Introduction.....	1
II/ Méthode et matériel.....	15
III / Résultats.....	18
IV/ Discussion.....	32

V/ Conclusion

VI/ Bibliographie

VII/ Annexes

Introduction générale

Au 21^e siècle en France, les patients dénutris constituent un enjeu majeur de la santé publique. Leur nombre grandissant et les difficultés rencontrées montrent les limites de notre système de santé.

La prise en charge est souvent compliquée à mettre en œuvre, pour preuve de l'exercice libéral et ses contraintes. Toutefois, une réponse pourrait être apportée avec un suivi au plus proche du patient, permettant ainsi une passerelle entre le professionnel de santé et celui-ci; cette « passerelle » semblant être une attente de plus en plus présente dans le discours de ces professionnels.

Dès lors, dans le cadre de cette recherche, nous allons tenter de répondre à la question suivante :

Comment l'IPA peut-il travailler avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus 70 ans en soins primaires ?

Complémentairement à celle-ci, nous poursuivrons les trois buts suivants :

- La prise en charge actuelle de la dénutrition par les professionnels de santé.
- Les adaptations à envisager selon les difficultés rencontrées.
- La définition du rôle de l'IPA avec le professionnel et son implication dans la collaboration.

Les phases du travail :

- 1 : Repérage des professionnels de santé et prise de contact.
- 2 : Création d'un questionnaire adapté avec ses annexes.
- 3 : Réalisation des entretiens et retranscription.
- 4 : Analyse des verbatims.
- 5 : Mise en place d'un suivi.
- 6 : Méthodologie de l'information afin de promouvoir les Maisons de Santé.

La première phase de mon travail consistera à expliquer les concepts théoriques tels que la Dénutrition, l’Infirmier en Pratique Avancée, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé et le modèle de sciences infirmières correspondant à mon approche clinique de soignant.

La présentation de ma question de recherche et la méthode utilisée pour y répondre feront l’objet de la seconde partie de ce travail.

La troisième partie quant à elle exposera les résultats, le bilan de cette étude et une conclusion ouvrant à une nouvelle perspective de prise en charge.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie mon directeur de mémoire le Docteur Sylvain DURIEZ et François DUPONCHELLE IPA de la CPTS Pévèle du Douaisis qui ont accepté de me guider dans ce mémoire. Je leur exprime toute ma gratitude pour leurs conseils et le temps qu'ils ont consacré ainsi que pour leur disponibilité et leur soutien.

Le Docteur DURIEZ a su me guider dans la méthodologie de cette recherche et dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les membres du jury qui ont accepté de m'écouter et d'évaluer mon travail.

De plus, je remercie l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à cette recherche et de partager leurs expériences.

Enfin, je remercie mon association ASALEE qui m'a encouragé et financé pour cette belle aventure, et cet apprentissage de nouveau métier qu'est l'infirmier en pratique avancée (IPA).

Glossaire

ASALEE : Association Santé Libérale En Équipe

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes

CIL : Conseil International Infirmier

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

CNO : Complément Nutritionnel Oral

COVID 19 : Coronavirus Disease 2019

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HBA1C : Hémoglobine Glyquée

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

“Le nouveau paradigme évolutif et progressif, est de modifier la conscience collective pour la faire avancer”

Daniel Vallat (auteur, philosophe, philanthrope...)

I/ Introduction

1. Avant-propos

Je suis Infirmière Clinicienne et Déléguée en Santé Publique (IDSP) pour l'association Asalée (action santé libérale en équipe) (irdes).

Le dispositif Asalée est une association créée en 2004 par cinq médecins généralistes et deux infirmières dans les Deux-Sèvres. Leur projet était de proposer aux patients diabétiques des « conseils » pour une meilleure observance thérapeutique. En 2003, l'éducation thérapeutique n'était pas du tout d'actualité, et le travail en collaboration médecin/infirmière au sein d'un cabinet médical était précurseur. L'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, (en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST, Hôpital Patient Santé et Territoire) (HAS,2009) formés à l'éducation thérapeutique pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Le dispositif est intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération de 2012 à 2014. L'arrêté du 12 janvier 2015 autorise le financement dérogatoire du protocole de coopération Asalée. L'instruction du 29/04/15 publiée par le Ministère de la santé présente l'évolution du déploiement du protocole de coopération et les modalités d'organisation. L'autorisation de financement dérogatoire concerne la réalisation par des infirmiers de cinq activités :

- Suivi du patient diabétique de type 2, avec l'équilibre alimentaire, l'activité physique, le test au monofilament, le contrôle du suivi chez les spécialistes tels que le cardiologue, l'ophtalmologue, le dentiste. Le rappel des prises de sang HbA1C (Hémoglobine Glyquée) tous les trois mois et l'albuminurie une fois par an.

- Suivi du patient à risque cardiovasculaire, avec en plus le suivi alimentaire et l'activité physique ; le suivi de la tension artérielle en automesure à domicile.

- Suivi du patient tabagique à risque BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive), avec la possibilité de réaliser des spirométries, des testeurs CO et du sevrage tabac.

- Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

- La prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent.

- L'observance thérapeutique, les actions de prévention telles que: le cancer du sein, et des actions de promotion à la santé comme le Moi (s) sans tabac, le dépistage et la vaccination COVID-19 (Coronavirus Disease 2019).

Les études de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) (Arrêté du 18 juillet 2018) se déroulent en deux années et mènent à l'obtention d'un diplôme universitaire de grade Master. La première année se déroule sur un tronc commun où l'on étudie les notions de bases de l'IPA. La seconde année est choisie en fonction de l'exercice professionnel ou du domaine d'intervention de notre projet professionnel.

J'ai choisi la mention pathologie chronique stabilisée car elle est en lien avec mon domaine d'exercice actuel, ainsi que le projet professionnel défini pour exercer une activité clinique en soin primaire avec entre autres la gestion des situations complexes.

Les objectifs étant de réussir à :

- Mobiliser les compétences spécifiques pour être en accord avec l'équipe pluri professionnelle et le projet de soin de la MSP (Maison de Santé Pluri professionnelle).

- Acquérir des connaissances théoriques plus approfondies tout au long du cursus.

- Enrichir le sens éthique, le jugement d'analyse critique et holistique pour répondre au mieux à la demande du patient et de son entourage.

Mes différentes formations et expériences professionnelles acquises tout au long de mon parcours, m'ont permis de m'enrichir intellectuellement, comme par exemple, ouvrir mon regard sur les évolutions de la prise en charge médicale. J'ai aussi compris l'évolution en compétences des infirmiers vers la pratique avancée et celles des autres professions paramédicales.

La formation IPA m'a accoutumé à un nouvel état d'esprit plus analytique, à un esprit réflexif, à la recherche en sciences infirmières et au leadership clinique.

A travers l'écriture de mon mémoire j'ai ressenti l'évolution de mon positionnement de future IPA praticienne. Sur le sens littéral d'une expression : *“ on ne trouve que ce que l'on cherche en clinique ”*, il faut aussi accepter qu'en recherche il faut savoir rester humble et accepter de ne pas toujours avoir une réponse admissible, ou normative par rapport à la société. Tout cela m'a fait réfléchir sur le fait que l'on peut penser avoir tout mis en œuvre pour la réussite et le suivi telles les recommandations le précisent pour qu'au final on puisse penser qu'une pathologie comme la dénutrition puisse être une maladie liée au vieillissement normal de la personne âgée.

L'année dernière lors de mon stage en pôle gériatrique j'ai pu observer que la dénutrition en hospitalisation complexifiait la prise en charge.

Lors de mon stage de deuxième année au sein de la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), en dialoguant avec l'équipe de la problématique de terrain suite à une thèse de médecine générale et de mon constat en structure hospitalière, nous avons émis l'hypothèse d'agrandir la recherche faite sur la dénutrition en soin primaire sur les patients de la MSP aux patients de la CPTS. Après de longues discussions avec mon directeur de mémoire le Docteur Sylvain Duriez, nous avons décidé de modifier l'angle de mon travail, car le temps de recherche était court et agrémenté par les aléas de la pandémie au COVID 19.

2. Contexte

2.1. Définition

La définition de la dénutrition selon l'HAS (Haute autorité de santé) : *« représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif. »*(2019, p8, HAS recos has Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus).

On lit souvent au fil des recherches, « un état de malnutrition ». Il faut être prudent sur les terminologies employées. Il faut penser que derrière cette dénutrition il peut y avoir autre chose que du surpoids ou un manque de protéines. Il y a les modifications physiologiques liées à l'âge, la fragilité de l'état nutritionnel lié aux pathologies chroniques ou épisodes aigus qui peuvent entraîner de la dénutrition. Ce qui est pernicieux avec la dénutrition, c'est qu'elle a pour effet des comorbidités qui sont elles- mêmes amenées à engendrer de la dénutrition.

La dénutrition est une pathologie qui peut toucher tout le monde, tant les sujets jeunes avec des cancers que les sujets âgés de plus de 70 ans, car en vieillissant il existe des changements métaboliques. La dénutrition est un enjeu de santé publique important et souvent pris en compte trop tard.

2.2. Épidémiologie

Selon l'HAS et la parution au 10 Novembre 2021 sur les nouvelles recommandations (HAS 2021), les derniers chiffres parlent d'environ deux millions de personnes atteintes de dénutrition. Que ce soit à domicile ou en institution, c'est un enjeu de santé publique. Un des objectifs du PNNS (Plan National Nutrition Santé) de 2019/2023, est de diminuer le pourcentage de personnes âgées dénutries. L'estimation est de 4 à 10 % de patients dénutris à domicile, contre 30 à 70% à l'hôpital.

En 2021 en France, on recensait encore :

- 4 à 10 % des personnes âgées à domicile ont plus de 70 ans;
- 400 000 personnes âgées à domicile vivaient au domicile;
- 40% des personnes âgées étaient hospitalisées pour des conséquences de la dénutrition;
- 50% des personnes âgées hospitalisées étaient dénutries.

Pourtant, le PNNS 2019/2023 avait pourtant comme axe de diminuer ces chiffres alarmants.

Selon les derniers chiffres de l'INSEE, (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques) (2022, février 28). de 2009, les plus de 75 ans représentant 6.8% de la population en 1990 seront encore 14.7% en 2040. Presque une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050.

On se rend bien compte que cela préoccupe les instances.

Le vieillissement de la population ne cessant de s'étendre, leur état de santé risque de décliner, augmentant ainsi le coût des soins et des hospitalisations liés à cette dénutrition. Les

dernières recommandations de l'HAS cherchent à mettre en valeur que l'amélioration du dépistage et du diagnostic plus précoce permettront de diminuer les complications.

Le plan PNNS donne aussi beaucoup de conseils et objectifs.(pnns 4 2019-2023).

2.3. Vieillesse et dénutrition

La dénutrition est un facteur de risque indépendant de toutes les autres pathologies (troubles cognitifs, cancer, diabète, ...) et ce même chez le sujet en surpoids ou obèse. Les risques tels que les chutes, les fractures, la dépression...liés à cette dénutrition ont augmenté. Dès lors, la dénutrition devrait-elle être considérée comme une pathologie à part entière ?

Selon L'HAS, à partir de 70 ans, l'incidence de la dénutrition augmente avec l'âge.

De plus, il a été démontré que les interventions nutritionnelles étaient bénéfiques chez les sujets âgés dénutris ou à risque de dénutrition à domicile et qu'elles tendaient à diminuer les hospitalisations, de même que pour les suivis d'hospitalisation qui limiteraient la perte d'autonomie. A titre informatif, on sait qu'à chaque hospitalisation, une personne âgée qui est en perte d'autonomie ne va pas récupérer ce qu'elle perd au moment de l'hospitalisation.

3. Concepts

3.1. Infirmier en pratique avancée

La pratique avancée a vu le jour dans les années 60 aux Etats Unis et au Canada puis 10 ans après au Royaume Unis. En France, les premières IPA sont nées en 2019.

Selon la définition du Conseil International Infirmier (CII 2018) : « *L'infirmière de pratique avancée, ou infirmière spécialiste experte, est une infirmière diplômée d'état ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratiques dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée* ». (L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.)

Le rapport OCDE sur la santé N°54 de 2010, décrivant « *Les pratiques avancées une description et évaluation des expériences dans 12 pays (Colombo & Morgan, 2006)* », explique qu'il y a différentes façons d'initier l'exercice en pratique avancée : premièrement, l'exercice en soins primaires en collaboration avec les médecins généralistes pour les suivis des pathologies chroniques stabilisées, et deuxièmement en structure hospitalière avec des missions identiques mais peut-être plus par pôle de soins.

Le modèle Français a pris du temps à se formaliser. Il y a eu différentes étapes. La première faisant suite au rapport BERLAND en 2003 (*Berland, 2003*) qui propose le transfert de compétences et la création d'un nouveau métier.

Puis en Avril 2018 l'HAS émet des recommandations avec l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) pour créer de la coopération entre professionnels de santé. Des rapports soumettent déjà une baisse de la démographie médicale, un accès aux soins plus complexe et une population qui ne cesse de vieillir.

La loi HPST en 2009 avec l'article 51 (*Légifrance, s. d.*) évolue vers le transfert des tâches avec des protocoles de coopération.

En Janvier 2016, la loi de modernisation des systèmes de santé concrétise enfin l'exercice de la pratique avancée avec l'article 119 (*Légifrance, s. d.*) En découle dans l'arrêté de juillet 2018, les conditions d'accès à la formation, l'organisation et le déroulement de la formation et les compétences de l'IPA dans un référentiel d'activités :

1. Évaluer l'état de santé du patient en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale et de son état de santé.
3. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
4. Organiser le parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Selon le décret n°2018-629 du 18 Juillet 2018 relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée et l'art R.4301-3, l'IPA peut :

- Mener toute activité d'orientation, de prévention, de dépistage et d'éducation.
- Évaluer et conclure cliniquement ou tout acte clinique et paraclinique, pour adapter le suivi du patient en fonction de ses résultats biologiques, des actes techniques et examens complémentaires. Ou de l'environnement global du patient. Ou reposant l'adhésion, et ses capacités d'adaptabilité au traitement. Ou sur l'évaluation des risques liés au traitement médicamenteux et non médicamenteux.
- Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.
- Prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121- 202 ; « – des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine » des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les mentions pour lesquelles l'IPA peut intervenir sont :

- Pathologies chroniques stabilisées et prévention et poly pathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Et récemment la mention urgences

Au terme de la formation un diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée avec la mention choisie sera délivré et reconnu au grade universitaire de Master.

3.2. Dénutrition

La dénutrition ou Dénutrition Protéino-Energétique (DPE) se définit par un déficit d'apports en besoins énergétiques. Elle peut affecter plus particulièrement les personnes âgées et entraîner une dépendance et une fragilité existante. Elle peut compliquer l'évolution de nombreuses affections, peut menacer le pronostic vital, avoir un impact négatif sur une affection causale avec un retard de cicatrisation par exemple. Elle peut aussi diminuer des mécanismes de défenses contre les infections et prolonger une convalescence.

Le manque d'apports entraîne une perte musculaire, une aggravation des pathologies existantes, augmente le risque de décès et de la morbi mortalité après une intervention par exemple et pour finir la toxicité des traitements par chimiothérapies.

La dénutrition intervient donc quand les apports sont moins importants que les besoins physiologiques, elle peut avoir plusieurs origines telle que la diminution d'apports, l'augmentation des besoins ou encore un déficit d'absorption.

A cela, on peut aussi associer des facteurs psychiques (solitude, dépression, handicap psychologique).

Chez le sujet âgé, il ne faut pas forcément manger plus mais il faut manger mieux afin d'apporter ce qui est nécessaire au corps pour mieux vieillir.

Il faut suivre les recommandations du PNNS (Programme National Nutrition Santé) qui a prévu un livret spécial pour cette population (dès 75 ans) : « Manger et Bouger »

On distingue différents types de dénutrition en fonction de leurs origines.

1. La dénutrition exogène

La dénutrition exogène est une dénutrition par insuffisance d'apports qui sont d'origines différentes :

- Diminution des capacités physiques pour s'alimenter comme l'état dentaire, les troubles de la déglutition, les troubles de l'odorat, du goût et de la vision et aussi de leur autonomie générale.

- Altération des capacités psychiques : la personne âgée peut développer des démences (la dénutrition est présente à tous les stades de l'Alzheimer), elle est plus sujette à la dépression et à l'anxiété. La douleur est aussi très présente chez le sujet âgé (rhumatismes, fractures...).

- Prise de traitements médicamenteux : certains médicaments altèrent les fonctions essentielles pour une bonne nutrition. On considère qu'une prise de plus de 5 médicaments influence cette dénutrition exogène.

- Régimes restrictifs liés aux pathologies déclarées avec l'âge nécessitant des restrictions. Exemple : le cholestérol (lipides dans les hypercholestérolémies), les apports de glucides (sucre dans le diabète) et les apports de sel (hypertension).

- Des causes sociales avec l'isolement et la solitude.

2. La dénutrition endogène

La dénutrition endogène est due à une augmentation des besoins par hypercatabolisme sans augmentation suffisante des apports. Exemples :

- Maladie infectieuse (une pneumopathie triple les besoins énergétiques).

- Destructures tissulaires (infarctus du myocarde, Accident Vasculaire Cérébral).

- Phénomènes de réparations tissulaires (fractures, cicatrices, escarres...).

- Défaillance chronique d'organes (insuffisance cardiaque).

- Cancer.

3. La dénutrition mixte

Il s'agit ici d'une dénutrition à la fois endogène et exogène. Dans l'exemple d'une fracture du fémur, il y a une agression avec la fracture qui entraîne une augmentation des besoins pour réparer l'os mais également une diminution de l'autonomie entraînant une dépendance qui influe sur le moral et l'alimentation.

Selon les recommandations de l'HAS de Novembre 2021, la dénutrition doit être évaluée à toute entrée en hospitalisation et au moins une fois par an en soins primaires.

3.3. CPTS

Une CPTS est une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé décrite par l'article 65 de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016. Elle vise à mieux coordonner les acteurs de santé d'un territoire et à améliorer la prise en charge d'une population.

La CPTS est composée de professionnels de santé, des équipes de soins primaires, des professionnels assurant des soins de premier et second recours (établissement de santé, groupement de coopération sanitaire) ainsi que des acteurs médico-sociaux et sociaux.

Pour répondre à un ou plusieurs besoins de santé d'une population sur un territoire, la CPTS élabore un projet pour structurer la coordination entre acteurs, le parcours du patient et les différentes actions de santé publique.

Présentation du territoire de la CPTS du Pévèle du Douaisis :

Les communes sont :

Aix, Anhiers, Auchy-les-Orchies, Beuvry-la-Forêt, Bouvignies, Coutiches, Faumont, Flines-lez-Râches, Landas, Nomain, Orchies, Râches, Raimbeaucourt et Saméon.

Soit un total de 14 communes pour une population de 40.564 habitants (sources : INSEE + FNPS 2016- INSEE 2016). Il correspond à la franche rural Nord Est du Douaisis et se situe en partie sur 2 communautés de communes, Douaisis aggro et Pévèle Carembault.



Schéma n°1 : Carte Pévèle du Douaisis

4. Problématique

L'origine de la réflexion fait suite, dans un premier temps à mon stage de M1 (première année de Grade Master Infirmier en Pratique Avancée), sur un parcours gériatrique au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes. En effet, j'ai pu observer qu'en hospitalisation aiguë une partie des personnes âgées de plus de 70 ans arrivaient dénutries à l'hôpital. Ce constat amène une difficulté supplémentaire dans la prise en charge. Quels pourraient être les éléments qui amènent le patient à arriver dénutri à l'hôpital ? Des problèmes sociaux culturels? Une dépression, des troubles bucco-dentaires? Avoir des repas non variés et non équilibrés? Des difficultés pour faire ses courses? La bronchite chronique obstructive? Puis dans un second temps, cette réflexion s'est poursuivie au sein de nombreuses discussions au sein de mon travail et de l'équipe pluri professionnelle qui la compose.

D'après les nombreuses études et travaux (Gorling, 2021) (Defebvre et al., 2007) (Geirsdottir & Bell, 2021), (Routier, 2021) que j'ai pu lire sur le sujet et qui ont mis en exergue les risques de la dénutrition, il existe malgré tout, des points qui n'ont pas été abordés, comme celui du regard de la pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées.

Malgré tous les travaux réalisés il apparaît que la dénutrition reste peu dépistée en soins primaires. Les différentes raisons évoquées sont :

- Le manque de temps.
- La multiplication de l'évaluation par différents paramètres.
- L'impression subjective que les patients ne sont pas dénutris.
- Le manque d'information.

En outre, selon une thèse de médecin menée en Juin 2020 sur la région de Grenoble, il apparaît que la dénutrition est sous diagnostiquée en ville. (Dury-Dargaud, s. d.)

C'est pourquoi je trouve intéressant de réaliser un travail de recherche sur ce sujet. A ce jour, on sait que la population ne cesse de vieillir. Ce vieillissement a un coût tant dans les effets psychologiques des patients et famille avec la perte d'autonomie et les déficiences qui peuvent s'y ajouter, de même sur l'aspect financier endossé (Seguy D, Clinical Nutrition 2019).

C'est un enjeu du vieillissement. De ce fait je trouve pertinent d'étudier ce sujet et d'évaluer ultérieurement l'impact. La dénutrition devrait être une des priorités des prises en charge à

domicile. Le médecin généraliste et l'IPA et toute l'équipe pluri professionnelle devront être plus proches des patients vieillissant pour les maintenir plus longtemps en bonne santé chez eux, avec le moins de déficience possible.

5. Objectifs

Notre travail de recherche aura donc pour but de répondre à la question suivante : Comment l'IPA peut-il travailler avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire pour mieux prendre en charge la dénutrition du sujet âgé de plus de 70 ans vivant et suivi à domicile

Trois objectifs composent cette question :

- Décrire la prise en charge actuelle de la dénutrition par les professionnels de santé.
- Dégager des pistes d'amélioration selon les difficultés rencontrées.
- Définir des propositions de travail collaboratif avec l'IPA implanté sur le territoire.

II/ Méthode et matériel

1. Choix de la méthode

1.1. Type d'étude

Cette étude était une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé médicaux et para médicaux installés dans le Pévèle du Douaisis.

1.2. Méthode et recueil

La méthode du recueil de données s'est faite avec la réalisation d'entretiens semi dirigés individuels.

2. Choix des participants

2.1. Population cible

La population retenue pour cette étude est celle des professionnels de santé libéraux et salariés exerçant sur le territoire. Ils ont un rôle dans la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans à domicile.

Conformément au "*modus operandi*" (Lebeau, 2021) de l'étude qualitative, l'échantillonnage a été constitué sur la base des critères suivants : le sexe, le lieu d'exercice et sans limitation d'âge (tout âge.)

La participation était basée sur le volontariat. Le consentement a été récupéré de vive voix, après explications de la recherche.

2.2. Recrutement

Le premier contact s'est effectué par mail personnel, obtenu par le biais du listing de la CPTS. Une seconde relance a été faite quinze jours après par sms. Le contenu des messages détaille le thème de l'étude, la méthode et les modalités des entretiens avec une durée approximative.

Pour terminer, un contact téléphonique a permis la prise de rendez-vous pour les entretiens le mois suivant.

3. Réalisation du guide d'entretien

3.1. Le terme abordé

Afin d'être en mesure de répondre à notre question de recherche principale, un guide d'entretien a été préalablement construit. Les thèmes qui y ont été abordés sont les suivants :

- L'expérience du professionnel concernant sa prise en charge de la dénutrition du sujet âgé suivi à domicile.
- Les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge.
- Les modalités d'intervention de l'IPA dans la prise en charge du sujet dénutri.

De plus, des relances ont été proposées aux participants afin qu'ils puissent approfondir leurs propos voire ajouter d'autres éléments.

3.2 Expérimentation du guide

En amont, le guide d'entretien a été testé avec un collègue pour vérifier la pertinence des questions. Des questions de relance ont été ajoutées. Le guide a été validé par mon directeur de mémoire le Dr Sylvain Duriez. (Annexe 01)

4. Déroulement des entretiens

Chaque entretien a été enregistré en double, via un dictaphone et l'application zoom, avec l'accord oral du professionnel interviewé. Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes.

Ils ont été réalisés selon les disponibilités respectives des professionnels avec une amplitude horaire de 8h à 21h, du lundi au samedi.

Au total 20 entretiens ont été effectués pendant le mois de Février 2022, en visioconférence.

5. Analyse des entretiens

5.1. Retranscription des entretiens

La retranscription de chaque entretien a été rédigée de façon textuelle par moi-même via le logiciel WORD et avec l'intégralité des propos (rire, blanc, ...).

5.2. La saturation des données

À partir du 18e entretiens, il n'y avait plus trop de nouvelles données qui pouvaient apporter un enrichissement pour la recherche. Cependant par respect pour les professionnels qui avaient accepté de me donner de leur temps, j'ai tenu à honorer les derniers rendez-vous.

Les 2 derniers entretiens ont donc confirmé la saturation des données.

5.3. Analyse

L'analyse ayant été appliquée à ces données qualitatives est celle de l'analyse thématique avec schématisation. De plus, cette analyse a été réalisée par deux relecteurs afin de garantir une fidélité inter-juges et de minimiser les biais de subjectivité.

6. Cadre réglementaire

Aucune demande spécifique au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'a été demandée. Cette étude n'a demandé aucun financement.

III/ Résultats

	<u>Professionnels</u>	<u>Localisation</u>	<u>Genre</u>
1	Médecins généralistes	Landas	Féminin
2	Médecins généralistes	Landas	Masculin
3	Médecins généralistes	Orchies	Féminin
4	Médecins généralistes	Bouvignies	Féminin
5	Pharmacien	Orchies	Féminin
6	Pharmacien	Landas	Féminin
7	Pharmacien	Beuvry-la-Forêt	Féminin
8	IPA	Landas	Masculin
9	Infirmier libéral	Aix	Féminin
10	Infirmier libéral	Saméon	Féminin
11	Infirmier libéral	Coutiches	Féminin
12	Infirmier libéral	Flines-les-Râches	Féminin
13	Infirmier libéral	Orchies	Masculin
14	Infirmier libéral	Râches	Masculin
15	Infirmier salarié	Nomain	Féminin
16	Kinésithérapeute	Landas	Féminin
17	Kinésithérapeute	Faumont	Féminin
18	Orthophoniste	Landas	Féminin
19	Orthophoniste	Landas	Féminin
20	Diététicien	Lansas	Féminin

Schéma n°2 : Tableau des résultats

43 professionnels de santé du territoire ont été contactés par mes soins. 20 ont répondu positivement et ont accepté de passer les entretiens semi-dirigés. Pour rappel, ces entretiens ont duré en moyenne 40 minutes chacun.

Comme le montre le schéma n°2, il s'agit d'un échantillon majoritairement féminin (16 femmes contre 4 hommes). Plus précisément :

- 4 de la part des médecins généralistes sur les 42 qui composent la CPTS. Dont 20 / 26 qui ont adhéré que j'ai contacté par mails à 2 reprises puis par téléphone et une dernière fois par sms.

- 4 pharmaciens dont 6 contactés avec le même procédé
- 6 Infirmiers libéraux dont 20 contactés + 1 IDSP ASALEE
- 2 Orthophonistes dont 6 contactés
- 3 Kinésithérapeutes dont 8 contactés
- 1 Diététicienne
- 1 IPA

J'ai eu le refus de :

- 2 chirurgiens-dentistes, évoquant ne pas avoir de patient dénutri
- 1 kinésithérapeute ne pratiquant qu'en pédiatrie
- 1 orthophoniste ayant une patientèle exclusivement d'enfants
- 1 infirmière libérale ne disposant pas de temps pour répondre à mon entretien.

Donc en tout cinq professionnels de santé.

Analyse des résultats plus détaillée

1er résultat : parcours de soin pluriprofessionnel

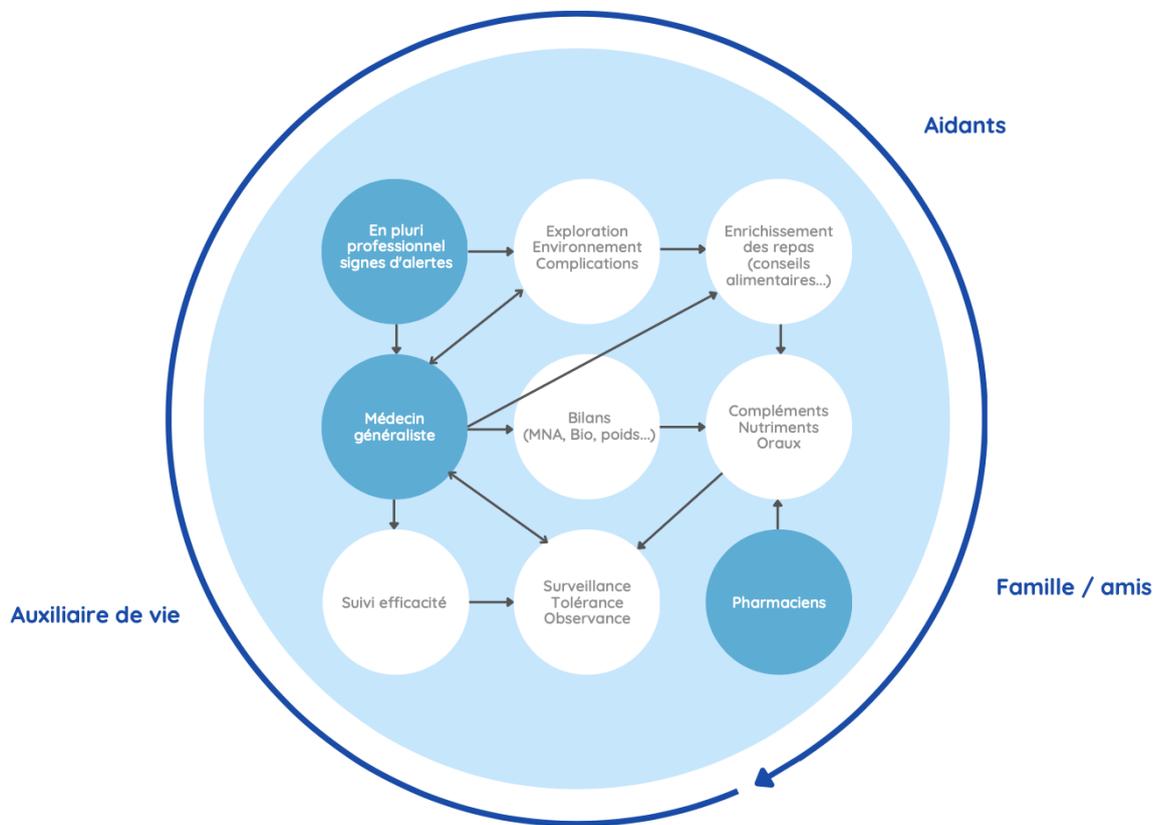


Schéma n°3 : Schéma du parcours de soin pluriprofessionnel

En réponse à la question N°1, il se dessine 3 parties (3 étiquetages) :

* les professionnels interrogés

- Le pluri professionnel
- Le médecin généraliste
- Le pharmacien

Les autres étiquettes sont de l'ordre des signes et des actions dans la prise en charge.

Dans les entretiens, on devine bien les liens du pluriprofessionnel. Les participants (infirmiers, kinés, orthophonistes, diététiciens) décrivent les signes d'alerte pouvant amener à

une dénutrition. Ils disent tous connaître la dénutrition en évoquant certains signes mais surtout en constatation du résultat d'albuminémie.

« Les kinésithérapeutes parlent de « l'amyotrophie musculaire » et de « l'observance de la qualité de la peau ». S'il y a des vertiges, une baisse du moral, une maigreur, une perte d'autonomie. Ils disent être vigilant au comportement du patient. »

« Quant aux infirmiers, ils évoquent une « perte de poids », « une faiblesse » et « un amaigrissement ». Ainsi que « des plaies ne cicatrisant pas ». Ils stimulent, questionnent sur l'environnement, leur goût, le nombre de repas pris par jour. Quelques-uns parlent de l'apport en protéines dans l'alimentation par l'ajout de fromage dans la soupe ou de l'œuf dans une purée par exemple. Les infirmiers peuvent lors d'un soin aider à la prise thérapeutique du complément alimentaire oral (CNO) mais ne peuvent pas garantir la prise totale. Ils dépannent aussi en allant à la pharmacie chercher les CNO “

“L'IPA va avoir un regard holistique, pluri dimensionnel, bio social et environnemental. Il va pouvoir réaliser le MNA et se référer à des échelles pour évaluer au mieux la dénutrition. Et avoir une prise en charge globale centrée sur le patient.”

“Les orthophonistes verbalisent de la fatigue, de la confusion, de la déprime. Ils vont davantage s'attarder sur la douleur de la mastication et des cervicales, observer l'état de la langue et sa couleur et être vigilant aux troubles mnésiques. Ils vont questionner sur leurs goûts alimentaires et se renseigner sur quelle personne cuisine. “

“La diététicienne évoque les symptômes de : perte de poids, perte d'appétit, l'état bucco-dentaire, le mode de vie, quelle personne cuisine, l'isolement. Regarder le bilan sanguin, réaliser le grip test, et donner les explications sur l'alimentation après 60 ans, et l'enrichissement culinaire en protéine. Et demande au patient s'il a une pathologie chronique.»

Les paramédicaux renvoient systématiquement chez le médecin généraliste pour un examen plus approfondi, en ayant en amont décelé les signes de la dénutrition, rédigé un interrogatoire d'observation du patient et de son environnement. Plus ou moins réaliser des examens et tests. Ils connaissent aussi assez bien leur patient et peuvent sans a priori définir s'il y a par exemple des difficultés financières.

Ils sont en capacité d'apporter des conseils succincts sur l'enrichissement alimentaire.

Et quand il y a un traitement, aider au cheminement jusqu'à la prise et l'évaluation de l'efficacité. Puis en réévaluant à distance.

Les médecins généralistes « *évaluent en consultation à domicile l'état général du patient* », soit en ayant été « *alertés par la famille et ou un professionnel de santé d'un symptôme, soit à la suite d'un résultat de biologie ou physiologique* ». Ils vont réaliser un interrogatoire sur les antécédents de dénutrition, puis s'intéresser à la famille et aux habitudes de vie, effectuer un examen clinique et rechercher les facteurs favorisants. Puis prescrire des CNO. Et réévaluer 1 mois après par les constantes, les biologies et voir s'il y a une amélioration de l'état général et un changement des habitudes et surtout une bonne tolérance au traitement ».

« *Ils évoquent aussi la possibilité que la dénutrition puisse faire partie de la vieillesse normale de la personne âgée* ».

« *Certains pensent qu'il y a moins de malheureux qu'auparavant grâce aux aides sociales avec l'ambivalence de mal manger car les produits offerts type resto du cœur ne sont pas toujours les bons produits à consommer quand on est atteint d'une pathologie chronique. Par exemple la distribution de margarine qui n'est pas compatible avec la dyslipidémie.* »

« *D'autres vont mettre en doute l'efficacité de l'enrichissement personnel de l'alimentation faute d'étude* ».

« *Ceux formés au DIU gérontologie et ou médecin coordinateur en EPHAD disent être de fait plus vigilant à la dénutrition et avoir une prise en charge globale de leur patient. Ils expriment devoir remuer ciel et terre pour améliorer la prise en charge de leur patient, faire parfois l'assistante sociale, afin de leur garantir un maintien à domicile dans les meilleures conditions* ».

Pour les pharmaciens, « *leur rôle est la délivrance des CNO et parfois les conseils d'enrichissement nutritionnel.* »

« *Certains évoquent des difficultés face à la dénutrition concernant le fait de ne pas voir le patient en officine mais plus être en contact avec l'aidant et/ou la famille. D'autres disent connaître leurs patients qui se déplacent à la pharmacie. Ils peuvent observer leur marche et disent se rendre compte quand leur force musculaire diminue* »

« *Ils sont conscients de la difficulté du portage du produit lourd et encombrant parlant de devoir avoir un caddy ou un 4x4. Et de la difficulté d'ouverture du CNO.* »

“Ils n'utilisent pas le terme dénutrition car ils disent que ce mot est méconnu des personnes âgées.”

“Ils se positionnent au niveau supérieur de l'enrichissement maison avec du lait en poudre ou des crèmes aux œufs. Il y a souvent eu en amont un suivi diététicien. Et quand le patient arrive en pharmacie avec une ordonnance c'est que tout cela a été essayé avant.”

“Ils expriment aussi parfois être attiré par le changement constant de pansements des infirmiers libéraux en cas de plaies.”

“Ils préconisent une conservation au frais, améliorant le goût. Et questionnent le patient s'il est présent sur ses préférences pour la texture. Plus de jus de fruits, de crème, de biscuits ou de yaourt.”

“Pour le choix des produits ils disent tous recevoir les laboratoires et travailler avec une marque de préférence. Cela donne droit à des échantillons, des flyers, des recettes pour cuisiner les CNO.”

“Pour finir ils ne parlent pas de patient mais d'un client et d'une clientèle. »

Et tout autour de ces professionnels, il y a **les aidants, la famille, les amis, les voisins et les auxiliaires de vie** qui ont une place importante et charnière pour le patient dénutri. Ils vont pouvoir agir à tous les niveaux de la prise en charge. Ils sont toujours considérés et nommés par les professionnels de santé *« comme des personnes à part entière pouvant alerter, informer sur la vie privée et les habits. Participer à l'acheminement du produit, la prise du traitement par le patient et l'observance, la tolérance au CNO et aider à la modification si besoin »*.

2ème résultat :

En réponse à la question n° 2 du questionnaire, les difficultés qui émergent sont :

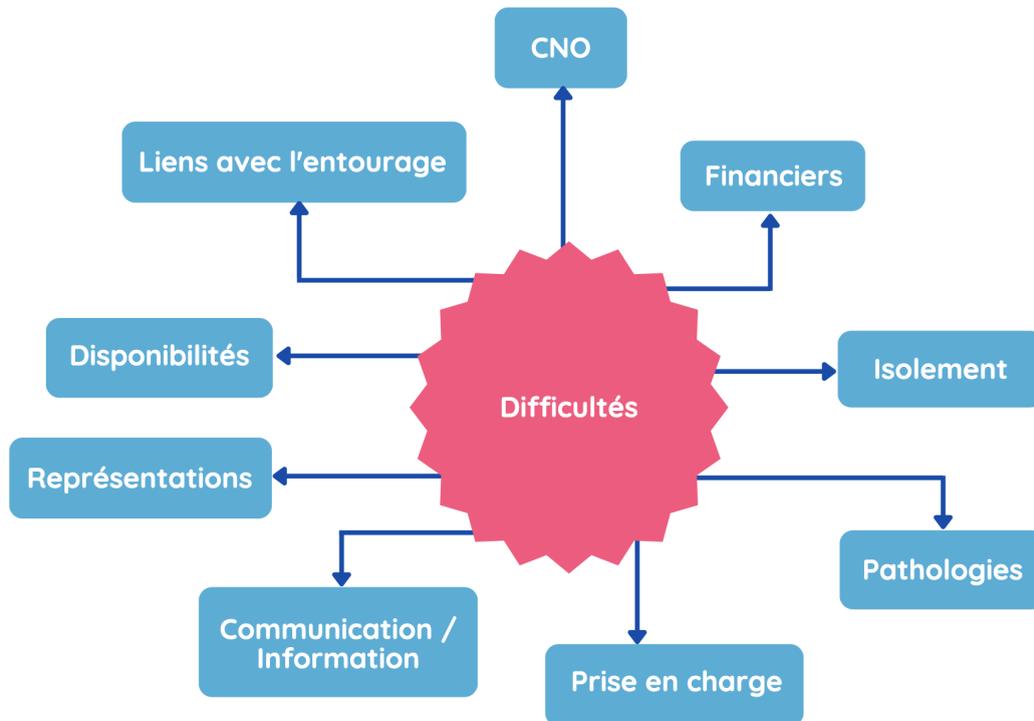


Schéma n°4 : Schéma d'analyse thématique

Différencier en 2 parties. Tout d'abord, nous allons présenter les difficultés exprimées par les patients auprès des professionnels.

Les patients, les aidants et les familles ont “*des représentations.*” Les professionnels expriment les verbatims des patients : « *les patients parfois se sentent punis de devoir prendre ce traitement de CNO. Ils disent que le goût n'est pas bon. Ils pensent qu'à leur âge ils n'ont plus besoin de manger autant et que ce n'est pas le CNO qui va leur redonner de la vigueur. Ils éprouvent de la solitude et disent ne pas avoir envie de manger. Que cuisiner pour une personne c'est contraignant et qu'ils ont plus vite fait de manger de la soupe et des tartines. Ils disent qu'avec ce repas ils n'ont pas faim. Ils pensent aussi que ce traitement est chimique, et qu'il est préférable de prendre un morceau de fromage. Qu'ils ont toujours mangé comme*

ça et qu'ils ne sont pas encore morts. Que ce n'est pas à leur âge qu'ils vont commencer à manger ces produits. Ils n'ont besoin de rien ».

L'isolement est un facteur qui ressort souvent. Tous les professionnels évoquent que l'isolement de la personne âgée est une difficulté supplémentaire. Les patients sont isolés par le veuvage, l'habitat rural, l'éloignement des enfants. Et souvent leur seule visite peut être un soignant et encore pas toujours de manière hebdomadaire. En période hivernale, il y a des patients qui ne voient personne pendant plusieurs jours ou semaine car ils ont un renouvellement de traitement à 3 mois, que le boulanger ambulant glisse le pain dans un sac et qu'il n'y a pas de soin paramédical ni d'aide particulière. Les soignants évoquent que l'isolement peut engendrer une baisse du moral, une fatigabilité, une fonte musculaire, un risque de chute, une perte de poids et des troubles du sommeil. Si le patient vit seul, qui va à la pharmacie chercher les traitements ? Qui pense à dire qu'il faut prendre le traitement ?

L'isolement et la solitude sont des difficultés pour le professionnel qui interroge le patient car il est obligé de le croire sur parole quant à la prise de son traitement. Le professionnel n'étant pas toujours légitime à aller dans les placards. Le seul point objectif sera le résultat de prise de sang.

Le plan financier est une autre difficulté pour le patient. Ils évoquent clairement qu'hormis le fait d'avoir envie de manger, *« le coût des aliments en général est élevé. Ils ont des petites retraites, ils n'ont plus forcément la force physique de faire un potager pour avoir des légumes du jardin. Ou de garder un poulailler pour des œufs frais et moins cher que dans le commerce. Certains parlent aussi du coût de la livraison à domicile par les supermarchés. Et parfois ils ne sont pas prêts à accepter l'aide d'une tierce personne comme une auxiliaire de vie qui pour eux est pris comme une intrusion dans leur quotidien pour cuisiner ou la solution de se faire livrer les plateaux repas par les entreprises type API. Les plus aisés auront la possibilité de commander des plateaux repas chez le traiteur mais en zone rurale c'est plus restreint et peut être pas adapté à une pathologie de dyslipidémie ou autre par exemple.*

Pour le point de vue **des pathologies**, il s'avère que les patients n'ont pas connaissance de la dénutrition. Ils ne connaissent parfois même pas le mot. Et ils ne sont pas au fait des risques,

des causes et des conséquences que la dénutrition peut engendrer et avoir comme impact sur leur organisme. *« Ce n'est pas une brique de lait écœurante qui va me faire aller mieux »*

Maintenant, nous allons exposer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé.

La disponibilité. Les médecins généralistes évoquent que *« la dénutrition ne se soigne pas sur un coin de table, il faut prendre le temps de faire le point sur l'état général du patient, ses antécédents, trouver la cause et de s'informer sur son entourage, puis faire le bilan nutritionnel. Et ce n'est pas en 20 minutes qu'on peut tout gérer avec un interrogatoire et un examen clinique »*. Les pharmaciens *« se considèrent être des vendeurs de médicaments. Ils disent donner de l'information, des conseils. Mais ne pas évaluer ni être en contact direct avec le patient et être plus en lien avec un aidant. Ils peuvent parfois se rendre compte qu'un renouvellement n'a pas été distribué par rapport à leur stock mais ne pas pouvoir gérer à l'individuel aux vues de leur nombreux clients »*. Les infirmiers libéraux évoquent clairement le manque de temps au domicile du patient selon les actes à prodiguer et de ce fait être moins disponible pour les autres tâches. Ils disent bien ouvrir le CNO au besoin mais ils ne peuvent pas suivre la prise du traitement. Et quand bien même il y aurait 3 passages par jour chez un patient diabétique par exemple, le CNO ouvert à 7h ne peut être continué à 12h. Son goût sera altéré et il va lui couper l'appétit. Idéalement il faudrait une personne disponible avec le patient pour lui faire prendre son CNO. Une autre disponibilité pour le CNO serait de *« prendre le temps pouvoir faire choisir au mieux avec le patient ». Connaître chaque CNO et sa teneur en protéines pour pouvoir calculer au plus proche les besoins énergétiques du patient. Et adapté à ses goûts et son rythme de vie. Il est évident que cela serait aidant dans l'observance du traitement »*.

Les liens avec l'entourage. Les professionnels de santé expriment bien que *« l'absence d'aidant rend la tâche plus ardue. Surtout si on veut une prise en charge optimale. Cela ne concerne pas que la dénutrition mais aussi cela vaut pour toutes les autres pathologies. Il y a parfois des échanges par téléphone voire même sms mais ce n'est pas le meilleur canal de discussion. Parfois il faut aussi être sûre de pouvoir être chez le patient à l'heure de la visite de l'aidant. Il est possible de créer un temps d'échange ensemble au domicile mais cela doit être programmé et intégré dans les consultations. Cela demande une organisation. Le temps des passages étant court est pouvant aller de 5 à 15 minutes. Ce temps est un peu plus large*

pour les kinésithérapeutes et orthophonistes qui peuvent être chez le patient 30 minutes. En fait seul l'IPA dispose de temps pour faire le bilan de la dénutrition chez le patient. Il va aussi pouvoir être l'interlocuteur unique et faire le lien entre les divers intervenants et la famille.

La difficulté de la prise en charge est en lien avec la disponibilité. Plusieurs professionnels avouent ne pas être en capacité de prendre en charge la dénutrition. Soit par manque de temps, par manque de formation, de connaissances, et même par l'effet routinier. C'est-à-dire qu'ils font attention au début et ensuite les habitudes reprennent et les patients s'enchaînent. Ils se contentent uniquement de l'acte à l'instant T. Le dépistage de la dénutrition, l'observation des signes, l'interrogatoire du patient et son entourage si possible, chercher la ou les causes de la dénutrition, la gestion des repas, les conseils alimentaires, la gestion de la mobilité pour se procurer le traitement, l'alliance à créer avec le patient, l'examen clinique et les prescriptions d'examens prennent beaucoup de temps. Une fois de plus l'IPA à toute sa place dans ce suivi.

La communication et l'information. Dans cette difficulté, il y a différents points de vue. Il y a une différence entre les professionnels qui travaillent en équipe pluri professionnelle et ceux qui exercent seuls. Ce n'est pas parce qu'on a adhéré à une CPTS qu'on travaille en équipe. *« Certains pensent que ce sont les actifs de la CPTS qui vont venir vers eux et leur apporter des solutions ».* *« En parallèle on a les professionnels qui veulent collaborer et communiquer mais qui se heurtent à un mur. »* On se rend bien compte que la communication inter professionnel a encore besoin d'évoluer. Ce qui ressort pour l'information, cela porte davantage sur des besoins personnels selon les professionnels par rapport à *« des dépliants informatifs sur quels conseils donner pour enrichir, sur un listing de personnels à contacter en cas de besoin pour une situation complexe par exemple, sur une liste d'aides sociales possible à proposer au patient et ou son aidant et sur les missions exactes de l'IPA ».*

Les CNO. Il ressort en général que *« les médecins prescrivent le CNO à raison de 2 ou 3 doses par jour pendant un mois. Que ce sont les pharmaciens qui calculent le dosage et délivrent le nombre de calories en fonction des dispositifs choisis par le patient pour une durée maximum de 15j (réglementé par la sécurité sociale pour éviter le gaspillage). Les pharmaciens disent avoir du stock et un large panel de choix et qu'au vu du travail exclusif avec les laboratoires ils arrivent à être livrés en 24h. Le médecin généraliste réévalue au bout*

d'un mois et re prescrit. Les paras médicaux proposent le CNO s'ils sont au courant du traitement ».

Dans l'analyse de la 3^e question sur le travail en collaboration avec l'IPA, il en résulte que beaucoup de choses gravitent autour du médecin généraliste. *« Mais tous les professionnels disent que l'IPA peut intervenir dans les différentes strates (stades) de la prise en charge. Il a accès au dossier patient, il a le temps pour mener à bien la prise en charge, écouter le patient et sa famille, réaliser les bilans, il peut être le fil conducteur et l'interlocuteur unique pour les autres professionnels, les familles et les instances. Il va pouvoir créer le lien, gérer la coordination, le parcours de soin et mettre en place des outils. »* Toutes ces compétences ont été nommées dans les entretiens et par tous les professionnels.

Les professionnels expriment avoir besoin en parallèle *« d'approfondir leurs connaissances sur les compétences de l'IPA. Que le travail conjoint semble bénéfique mais sera long. Il faut trouver ensemble une nouvelle et bonne organisation. »*

« J'attends de l'aide disent d'autres ».

« Il se pose la question de comment communiquer, quels outils informatiques ? ».

Le terme *« différent mais complémentaire »* est exprimé.

« Créer du lien, mettre en commun nos visions différentes de la situation ».

« Vous allez pouvoir renouveler les CNO, on ne sera pas obligé de déranger le médecin généraliste ».

« Quelle légitimité vais-je avoir pour savoir si je dois appeler l'IPA ou la diététicienne ? Et comment joindre l'IPA, il a une nomenclature ? ».

« L'avantage va être d'instaurer un cycle de suivi pour suivre mieux et peut être rompre un temps l'isolement ».

« Vous allez pouvoir venir donner des conseils de l'information dans mon officine ? ».

« Je ne sais pas encore comment s'organiser mais aux vues des besoins de la population et de vos compétences le travail sera bénéfique ».

« Je pense que l'IPA va m'amener de la sérénité dans mon travail ».

« Vous allez nous faire gagner du temps ».

L'IPA « *exprime la nécessité d'acculturer la profession médical et paramédical à cette nouvelle profession* ».

L'IPA sera en lien constant avec le médecin généraliste pour l'informer du suivi et lui transmettre ses bilans à chaque consultation.

3ème résultat : le constat de l'articulation du Médecin généraliste et de l'IPA

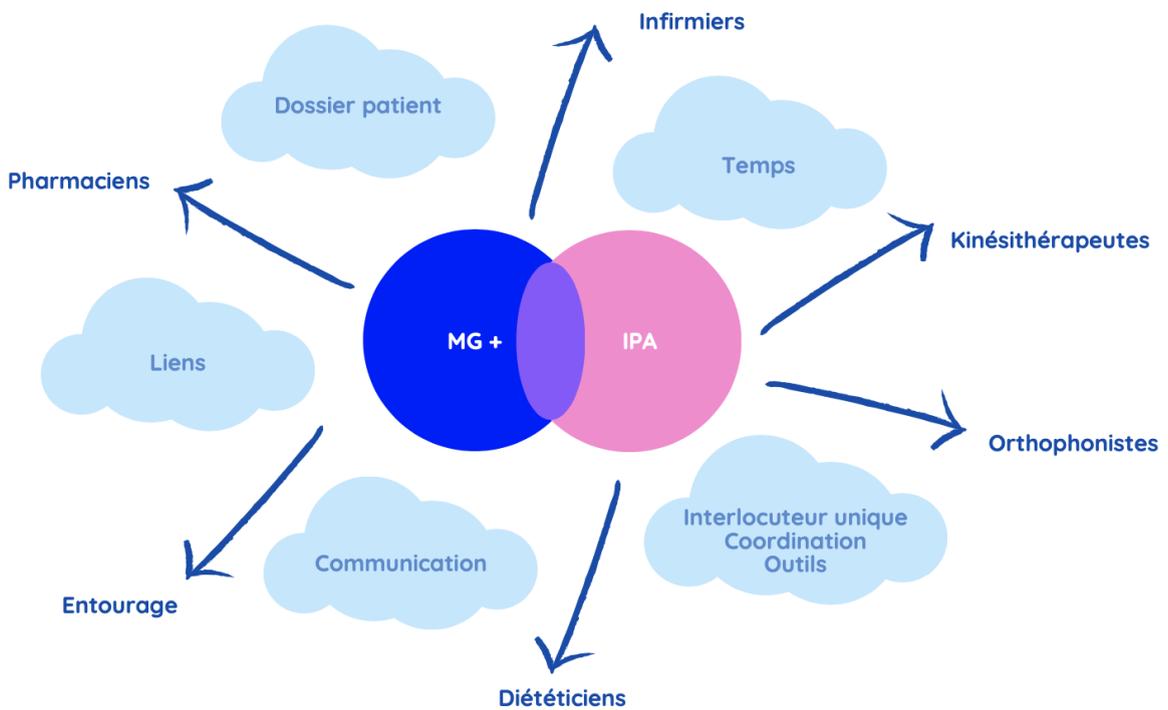


Schéma n°5 : Schéma de l'articulation du Médecin généraliste et de l'IPA

Il ressort dans les verbatims des interviewés une demande de lien entre l'IPA et le Médecin Généraliste pour aider à la communication inter professionnelle. Puis, la notion de gain de temps pour le médecin si l'IPA intervient pour les consultations à domicile et les bilans, mais aussi pour la prise en charge du patient et de son entourage.

Les interviewés évoquent l'idée de l'IPA comme interlocuteur unique pour créer le lien, assurer la coordination et la création d'outils.

4ème résultat : La place de l'IPA

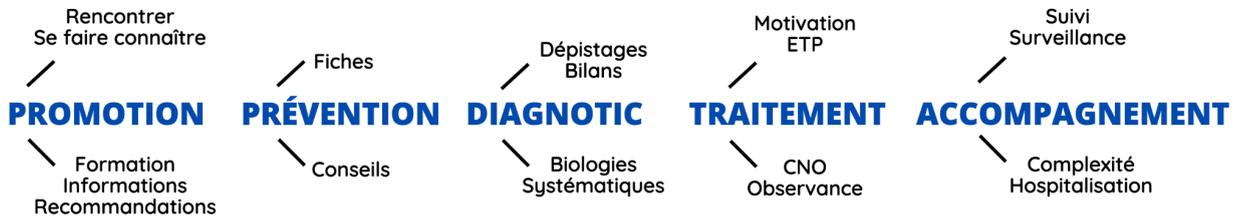


Schéma n°6 : Schéma de la place de l'IPA

Pour terminer, voici les différents points de vue où l'IPA peut intervenir selon les réponses et l'analyse des résultats.

L'IPA ayant des compétences élargies et une vision globale, il peut intervenir à tous les niveaux de la prise en charge de la dénutrition. En passant de la promotion à la santé jusqu'à l'accompagnement d'une situation complexe.

IV/ Discussion

1. Critique de l'étude

1.1. Les faiblesses

1.1.1 Les limites de la recherche

La première limite rencontrée est celle du temps, ce temps dédié à la réalisation de cette recherche, liée indépendamment aux impératifs de la Faculté et au fait d'être les premiers IPA (précurseurs) sur la région des Hauts De France. *Notre force sera, d'après moi, dans le leadership que nous aurons déployé durant ces 2 années de grade Master.*

La seconde limite est celle d'être novice pour la réalisation de ce travail de recherche. Il faut rester humble, il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir réaliser ce type de travail lorsque l'on a déjà de nombreuses années de pratique professionnelle puisqu'il s'agit également d'aller chercher l'information pour la mise en place d'une nouvelle approche de soin mais également une remise en question de pratiques existantes. Ces recherches m'ont amenée à réfléchir et à envisager de modifier mon approche en matière de soins et ont permis de faire grandir professionnellement la personne que je suis.

L'absence de réponse positive des chirurgiens-dentistes et dentistes sur le territoire est aussi un point faible pour ma recherche. Les troubles bucco dentaire étant une complication de la dénutrition j'aurai trouvé intéressant d'avoir leur avis et de pouvoir échanger de façon constructive sur le sujet.

Une dernière limite s'est présentée dans le cadre de ma recherche notamment au regard de l'outil COREQ (Gedda, 2015) et ses 32 items, je n'ai pu répondre à deux d'entre eux. la recherche documentaire de la recherche quali j'ai découvert cet outil qui m'a permis de porter un regard plus objectif par rapport au 32 items du document COREQ.

Item 23. : Je n'ai pas proposé aux interviewés de leur retourner leur entretien retranscrit pour commentaire et/ou correction toutefois, je leur ai cependant proposé de leur envoyer les résultats et ma recherche après validation. Les entretiens ont été retranscrits dans leur

intégralité. Les professionnels ont eu la garantie de l'anonymisation car tenue au secret professionnel. Il n'était en aucun cas mon intérêt de ne pas retranscrire leurs verbatims puisqu'utile pour ma recherche. L'objectif étant d'être constructif et de proposer à l'avenir, un protocole d'action afin de répondre au mieux aux difficultés, besoins et demandes des professionnels et du terrain.

Item 32. : Il ne me semble pas avoir évoqué de cas particulier ou une discussion d'ordre secondaire dans mes résultats. J'ai effectivement à quelques reprises dû recentrer la discussion sur le sujet initial, quand l'interviewé venait à dévier du sujet.

Les stéréotypes et les préjugés passent notamment par notre perception et mobilisent notre mémoire. Ils peuvent donc aussi relever d'un biais cognitif partagé au sein d'une communauté d'individus.

1.1.2 Les difficultés socio-culturelles

- **Cognitifs**, liés aux facultés de connaître, par le « biais des fonctions cognitives suivantes : la perception, l'attention, la mémoire, le langage et le raisonnement » (définition du grand dictionnaire Larousse de psychologie),

- **Sociaux et culturels**, liés à notre tissu de relations sociales et culturelles (famille, école, amis, milieu professionnel, ...) dans lequel nous avons évolué et évoluons.

Un autre point non négligeable est de ne pas avoir inclus les auxiliaires de vie. Cependant cela pourrait, a posteriori, faire l'objet d'un autre travail afin d'approfondir la thématique.

1.2. Les forces de la recherche

1.2.1 Pertinence de la recherche

Les forces de ce travail sont dans un premier temps la mise en exergue d'un parcours de soin au sein de la CPTS à mettre en avant ainsi que la reconnaissance du plus grand nombre en aidant au positionnement de chacun.

Selon moi, le point fort de cette recherche est la mise en évidence d'un travail collectif fragmenté qui me semble être moins efficient. Chaque acteur agit à son niveau de compétences sans interagir avec le reste de la chaîne soignante du parcours de soin.

Le sujet me semble pertinent car la dénutrition est un enjeu de santé publique pas assez développé en termes de campagnes de sensibilisation, et ce malgré les nouvelles recommandations de novembre 2021.

Cette recherche vient enrichir les données de la pratique avancée en France du point de vue du suivi de la dénutrition du sujet âgé de plus de 70 ans suivi à domicile.

1.2.2 Ouverture vers la place de l'IPA dans la prise en charge

En ce qui concerne la place de l'IPA, la conclusion est que celui-ci pourrait potentiellement intervenir à tous les niveaux dans la prise en charge, avec pour difficulté de se faire reconnaître, entendre et accepter par les autres professionnels de santé. Le seul obstacle est que l'IPA puisse trouver sa place dans le système de santé actuel.

Ses missions principales pourraient se présenter comme suit :

- Aide et écoute
- Temps de consultation accru par rapport à un médecin
- Recueil et analyse des données du patient dans son environnement
- Lien médical direct IPA / Médecin
- Prévention
- Promotion à la santé
- Suivi et observance du traitement
- Réalisation d'exams cliniques et complémentaires relation, tests, actes biologiques, prescriptions.
- Lien unique avec l'équipe pluri professionnelle = collaboration inter professionnelle

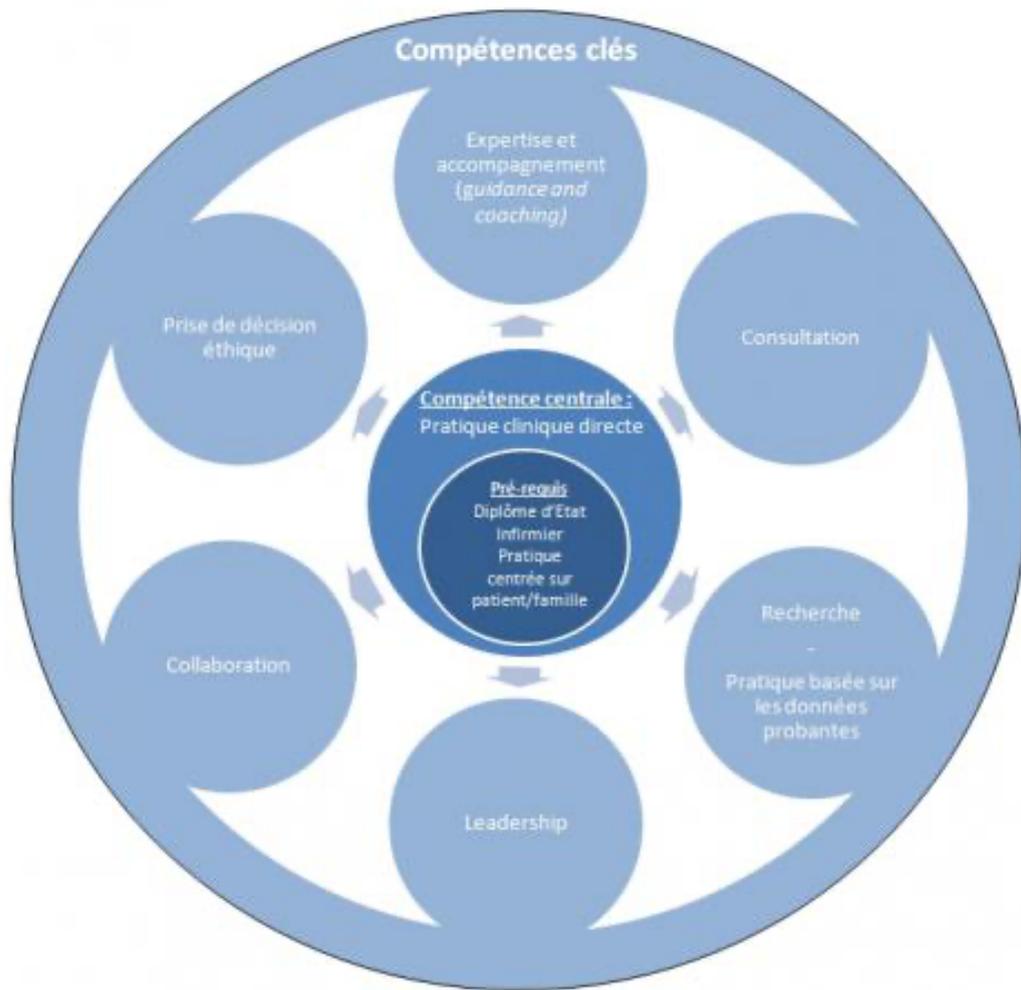


Figure 1 : Schéma du rôle IPA par Hamric et Al (2013)

2. Les principaux résultats

A partir de la question principale de recherche « *Comment l'IPA peut travailler avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus 70 ans en soins primaires ?* », ce travail a permis, dans un premier temps, la mise en exergue d'un parcours de soin au sein de la CPTS, structure méritant une reconnaissance du plus grand nombre tout en aidant au positionnement de chacun.

De même, la mise en évidence des difficultés a permis d'apporter une piste d'amélioration bienveillante aux professionnels concernés, aux patients ainsi qu'à leur entourage, ceci afin d'améliorer la prise en charge et permettre un gain de temps à chaque partie.

Un collectif motivé et enthousiaste quant à une approche différente est aussi une force. La présence de l'IPA avec ses compétences élargies et l'impact qu'il peut avoir à tous les niveaux de la chaîne, de la promotion au traitement est une belle opportunité.

Globalement, il apparaît que l'IPA a toute sa place dans la prise en charge de la dénutrition à toutes les strates, de la promotion à la santé, à la prévention, au diagnostic, la surveillance et le suivi.

3. Une prise en charge de la dénutrition

Au regard de ce travail, il apparaît qu'il est utile d'optimiser le parcours de soin dans le cadre de la dénutrition. Le sujet de cette recherche a mobilisé la réflexion des professionnels de santé et la découverte d'une nouvelle organisation à créer.

3.1. Chaque professionnel a un rôle qui lui est propre

3.1.1 Le médecin

Il dépiste par des bilans sanguins et prescrit les CNO. (*La nutrition clinique*, s. d.)

3.1.2 Le pharmacien

Il évoque renseigner plus souvent l'aidant qui se déplace plus facilement en officine que le patient et distribuer de l'information. Ainsi que de donner de la documentation sur les CNO puis les proposer à la vente.

3.1.4 Les autres professionnels de santé paramédicaux

Ils parlent plus de la dénutrition en proposant des modifications des apports alimentaires en enrichissant leur repas en ajoutant des protéines, il propose leur aide pour faciliter la prise du CNO, en ouvrant le produit si besoin ou en allant le chercher à la pharmacie. Il participe à informer le médecin généraliste s'il observe une altération de l'état général du patient.

Je pense que tout cela est bénéfique. Il faut continuer et améliorer la coordination et l'entente entre professionnels pour faciliter les échanges pour le bien du patient.

L'unanimité verbalise que l'importance d'une bonne concertation aide le patient et sa famille qui sont au cœur des prises en charge. Il en résulte que sans cette présence, la prise en charge peut se complexifier.

Cette recherche est basée sur l'analyse phénoménologique interprétative.

Mes lectures et ma posture m'ont amené durant tout ce processus de recherches à exploiter les différents ouvrages de la philosophie à la sociologie pour au final revenir à l'essence même du cœur de mon métier, les sciences infirmières.

Au départ, j'ai comme première interrogation, la demande aux professionnels médicaux et paramédicaux, de me décrire comment ils prennent en charge la dénutrition de la PA de plus de 70 ans à domicile.

Ils vont donc s'exprimer sur leur vécu et leurs expériences. Cela peut paraître subjectif mais leurs données et verbatims vont être mon outil d'argumentation pour définir la méthode et l'analyse de recherche.

En sciences philosophiques, la phénoménologie a été décrite par de nombreux philosophes (Sarte, Ricoeur, Husserl ...) dont Husserl qui sera le premier à en parler en 1900. (Maurice, 2014)

En sciences infirmières je vais m'attacher à l'approche phénoménologique en essayant de comprendre le vécu des professionnels par rapport à la question de départ sans les juger, sans interpréter. J'écoute juste ce qu'ils en disent.

Selon « le livre de la phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Recherche en Sciences Infirmiers (SI) 2005/2 (n°81) p 21 à 27 « (Ribau et al., 2005)

« Le terme est « l'épochè » c'est la suspension du jugement du chercheur, la suspension de la prise de position sur la vérité ou la fausseté des préconceptions ou croyances. »

La phénoménologie en Soins Infirmiers est un courant qui est apparu dans les années 70.

En éthique on parle moins de la phénoménologie. Mais elle permet de comprendre qu'il faut adhérer à des principes fondamentaux pour aboutir à l'amélioration de l'accès au soin.

Il y a de nombreux ouvrages qui évoquent cela. J'ai retenu celui de *Jean Gabin, Ntebutse et Nicole Croyère dans le livre : « intérêt et valeur du récit phénoménologique : Une logique de découverte 2016/1 (n°124) p28 à 38. Ils évoquent que : » la méthodologie du récit phénoménologique vient prendre place dans la démarche de recherche qualitative à la limite entre le recueil de données et l'analyse »*(Ntebutse & Croyere, 2016)

En ce qui concerne la dénutrition, la relation soignant/soigné ou le niveau d'expertise clinique infirmier peuvent-ils être jugés pertinents ?

Si je considère que la phénoménologie est dans un support de recherche et que je suis partie de l'expérience vécue par les professionnels de santé de la CPTS. Si mon écoute, ma compréhension et mes connaissances professionnelles m'amènent à retranscrire le plus fidèlement possible le ressenti du patient alors, OUI, sans hésiter, j'estime que mon analyse est pertinente et utile dans la prise en charge du patient.

Grâce aux entretiens je vais coconstruire avec les professionnels en partant de leurs doléances, je vais par mon regard extérieur tenter d'agir sur les interactions sociales, tout en ayant une communication ouverte pour essayer d'améliorer la prise en charge de la dénutrition.

Selon le livre « les concepts en sciences infirmières » 2^e édition de Monique Formarier et Lijiljana Jovic ARSI p 208 à 209, le concept d'interaction sociale au XX^e siècle désigne une certaine conception de la communication inter individuelle. (Formarier & Jovic, 2012)

Pour la recherche, après toutes ces démarches, l'interaction sera le moyen de faire en sorte que nous puissions agir tous ensemble et ce même avec nos différences.

Selon E Goffmann des concepts en SI : « par interaction on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres : par interaction, on entend l'ensemble de l'interaction qui se produit en une occasion quelconque quand les membres d'un ensemble donné se trouve en présence continue les uns des autres ; le terme « rencontre » pouvant aussi convenir » (1973 :23)(Formarier & Jovic, 2012)

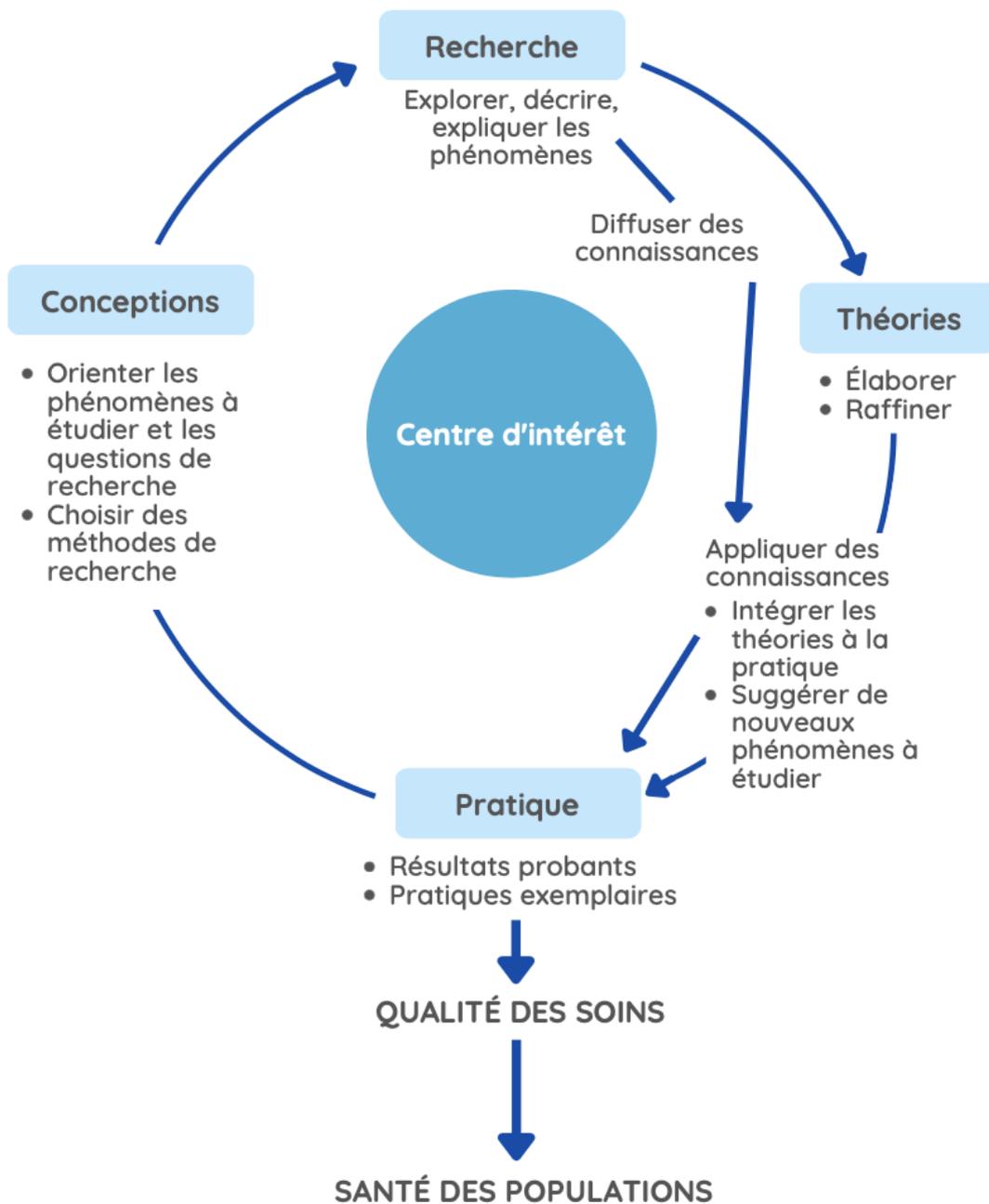


Figure 2 : Schéma des interrelations entre les conceptions, la recherche, la pratique et les théories en sciences infirmières (p125) du livre la pensée infirmière 4e édition 2017)

Au regard de la littérature, le point de vue médical selon la thèse de (Dury-Dargaud, s. d.) médecin généraliste la dénutrition en soins primaires reste sous diagnostiquée en France.

3.2. La force du repérage pluri professionnel

Tous les professionnels para médicaux évoquent connaître les signes d'alerte de la dénutrition. Je constate que par réflexe, ils adressent le patient et son entourage vers le médecin généraliste pour faire un bilan s'il y a un doute.

Je trouve que cela est une bonne démarche, mais on observe dans cette approche qu'il peut y avoir une perte de temps dans le processus de prise en charge.

Au regard de la littérature, il y a eu de nombreuses études sur la dénutrition. On connaît à l'heure actuelle les problèmes engendrés par la dénutrition, on sait qu'elle est sous diagnostiquée en soin primaire. On connaît les conséquences de la dénutrition et comment la traiter. Mais ce n'est pas pour autant qu'elle disparaît. On peut se poser la question de savoir à quel moment on perd l'efficacité. On sait la dépister et la traiter. Mais à quel moment doit-on en parler avant qu'elle ne s'installe ? On entend bien les recommandations HAS : manger « 5 fruits et légumes par jour » ou « celle du calcium pour l'ostéoporose ». Mais où se trouve celle de manger plus de protéines et de modifier son alimentation et ses habitudes alimentaires quand nous avançons dans le grand âge ?

Est-ce que les fiches conseils sont connues de tous ? Est-ce que le mot dénutrition a le même sens pour tout le monde ? c'est quoi un complément alimentaire ?

Il me semble à la vue des résultats qu'il y a une faille et que nous ne sommes pas efficaces dans l'accompagnement et le suivi du traitement avec les CNO.

Encore trop de personnes âgées arrivent à l'hôpital dénutries. Pour quelle raison ? Le sous diagnostic ou l'acceptation que la dénutrition est peut-être une pathologie que l'on devrait classifier chez la personne âgée ? A savoir que certaines affections comme la BPCO (Bronchopathie pulmonaire chronique obstructive) par exemple, entraîne de la dénutrition.

- Le concept de l'interdisciplinarité selon Kuhn est :

(Concepts en sciences infirmières p210) : « *une discipline scientifique est un ensemble de connaissances et de compétences construites et standardisées par un groupe de personnes ayant des intérêts communs en fonction d'un paradigme, pour répondre à des questionnements.* »

- Selon Maingin, Dufour, Fourez, La collaboration entre les professionnels peut être aussi :

Multidisciplinaire (on parle tous d'un même sujet avec une approche différente selon notre discipline), pluridisciplinaire (chaque discipline apporte son aide dans la prise en charge) ou transdisciplinaire (transfert de compétences dans une démarche clinique par exemple).

Pour finir, instaurer de la collaboration au bénéfice de la santé paraîtrait être un bon début pour l'évolution de nos pratiques.

Le concept infirmier de l'empowerment pourrait être si l'IPA, de par ses compétences multiples et variées parvient à faciliter le dialogue, innover des outils, mettre en avant les valeurs et l'expertise de chacun et faire en sorte d'être dans une posture allant vers un changement, alors il aura réussi à créer l'empowerment pour avancer vers une amélioration de la prise en charge de la dénutrition en équipe pour le bien du patient et son entourage.

Selon les concepts en sciences infirmières 2^e édition de Monique Formarier la définition de l'empowerment reste difficile à définir. Je vais retenir aux vues des différentes définitions trouvées, que l'empowerment est basé sur le pouvoir de choisir de faire librement évoluer le changement.

4. Les initiatives, nouvelles perspectives

4.1. Vers une évolution ou un changement

Les initiatives sont présentes chez les professionnels de santé mais aussi chez le patient et son entourage. Elles sont à tous les niveaux de la prise en charge : de la promotion à la santé vers la prévention puis le diagnostic et pour terminer le traitement. Cela va du conseil d'enrichissement promu par l'infirmier libéral ou le kinésithérapeute au domicile, ou l'orthophoniste qui va profiter d'une séance pour proposer la prise d'une gorgée du CNO, au pharmacien qui va proposer délivrer les cartons lourds et encombrants par exemple.

Du point de vue populationnel, il est important de partir de la problématique rencontrée pour tenter d'améliorer une situation. De ce fait en partant des difficultés et de la demande des professionnels et du patient et son entourage nous allons pouvoir co construire.

Dans cette démarche je suis dans le paradigme de la transformation avec l'école du CARING. Pour Watson : *« le leadership est une fonction que l'on partage, tout comme les valeurs, les croyances et les expériences quotidiennes. »*

Le Caring est la collaboration avec les professionnels de santé.

« Selon p 142 la conciliation « Caring et économie » Marilyn Ray (1989) a élaboré la théorie du Bureaucratic Caring. Elle met en interaction deux systèmes complexes. Elle a démontré que les infirmiers et les professionnels de santé doivent faire face au paradoxe : assurer le soin humaniste dans un contexte organisationnel aux dimensions économiques, politiques, techniques et légales. Ses valeurs sur les dimensions relationnelles tels que l'intégration et la signification sont des valeurs principales. »

Cela est ressorti dans les entretiens quand certains professionnels évoquent les difficultés financières des patients, leur isolement, et leurs croyances.

Dans ce paradigme de la transformation nous sommes obligés de mobiliser nos ressources afin de favoriser l'accès aux soins.

Cette avancée est efficace si nous sommes tous ensemble pour améliorer la qualité de vie des patients, dans un but de promotion à la santé et d'une réduction des inégalités sociales en santé.

4.2. Risque de statu quo

La nouveauté est vue comme apportant plus de risques que d'avantages possibles et amène une résistance au changement.

L'IPA est un nouveau métier aux missions riches et variées. Il faut laisser le temps à chacun de définir son rôle et de trouver sa place. Les limites personnelles de certains professionnels de santé sur le sujet ??? La force de l'IPA avec le versant formatif va pouvoir s'exécuter et apporter de l'information et de la formation.

Les forces de ce travail sont dans un premier temps la mise en exergue d'un parcours de soin au sein de la CPTS à mettre en avant ainsi que la reconnaissance du plus grand nombre en aidant au positionnement de chacun.

4.3. Les propositions

L'intérêt de cette recherche est qu'elle soit facilement transposable à d'autres CPTS. On peut aussi aller plus loin en proposant des pistes d'amélioration et en mettant en place un plan d'action et un protocole de soin. Je proposerai ainsi :

- Une autre recherche en interrogeant les auxiliaires de vie. (Et les patients et leur entourage).
- Un questionnaire aux patients et leur entourage pour connaître leurs besoins et ainsi pouvoir envisager une action ciblée.
- Des ateliers thématiques sur comment enrichir son alimentation par exemple, ou des soirées débats pour désamorcer les croyances.
- Une solution pour diminuer voire limiter les conséquences de la dénutrition.

Dans la pratique, les résultats suggèrent que nous ne sommes pas efficaces dans l'accompagnement, la surveillance et le suivi à cause de l'isolement, de pathologies associées, de manque de communication et d'information, des représentations de la part des patients, de difficultés financières, manque de lien avec l'entourage, le CNO, la disponibilité et la prise en charge.

Pour améliorer l'organisation des soins, ces résultats nous montrent que nous allons pouvoir en équipe construire différemment notre pratique pour améliorer la prise en charge de la personne âgée dénutrie de plus de 70 ans à domicile.

Etant donné que je me suis intéressée au phénomène social de la santé plus qu'à la clinique en elle-même je vais quand même pouvoir réajuster la demande d'informations et de formations à mes pairs, en demande de rappels constructifs.

Pourquoi ne pas faire remonter aux Instances mes résultats afin que d'éventuelles propositions soient faites afin d'améliorer la prise en charge.

V/ Conclusion

La dénutrition est multifactorielle, complexe et un enjeu de santé publique. L'objectif était de comprendre comment l'IPA peut travailler avec l'ensemble des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus 70 ans en soins primaires.

Tous les professionnels de santé interrogés ont pu décrire leur participation à la prise en charge et leurs éventuelles difficultés. Ils ont aussi tous validé que la présence de l'IPA pourrait permettre le lien et être l'interlocuteur principal pour décomplexifier les prises en charge.

Il existe de nombreuses études sur la dénutrition en soins primaires mais il n'y en avait aucune sur l'implantation de l'IPA dans le parcours de soin de la dénutrition en CPTS. L'arrivée et l'intégration des IPA sont sans doute des leviers à s'approprier pour évoluer vers une nouvelle pratique de coordination.

Ce travail de recherche a montré que nous savons agir sur le dépistage de la dénutrition et le traitement mais qu'il manque de la coordination dans le parcours de soin pour le suivi et l'observance. Il ne suffit pas de détecter des problématiques, il faut surtout, réussir à mettre en commun nos compétences et nos forces pour améliorer la prise en charge des patients.

Pour aller plus loin dans l'évolution de nos pratiques, il me semblerait important de pouvoir réaliser un protocole de coordination centré sur l'IPA, et d'y inclure les auxiliaires de vie, le patient et son entourage quand cela est possible.

VI/ Bibliographie

4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050—Insee Première—1767. (2022, février 28). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier-ère en pratique avancée*. Vuibert.

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Article 119—LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—Légifrance. (s. d.). Consulté 5 janvier 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/

Clinical nutrition : Expectations and solutions. (s. d.). Lactalis Ingrédients. Consulté 30 mai 2022, à l'adresse

<https://www.lactalisingredients.com/news/blog/clinical-nutrition-expectations-and-solutions/>

Colombo, F., & Morgan, D. (2006). Evolution of Health Expenditure in OECD Countries. *Revue française des affaires sociales*, 2, 19-42.

Dury-Dargaud, M. (s. d.). *Le dépistage de la dénutrition de la personne âgée en médecine générale : Sensibilité de l'outil SEFI*. 70.

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd). Éd. Mallet conseil.

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54.

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

La nutrition clinique : Attentes et solutions. (s. d.). Lactalis Ingrédients. Consulté 30 mai 2022, à l'adresse

<https://www.lactalisingredients.com/fr/news/blog/la-nutrition-clinique-attentes-et-solutions/>

Le quotidien du pharmacien. (25012022). 3742. www.lequotidiendupharmacien.fr

Lebeau, J.-P. (2021). *Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Global média santé CNGE productions.

L'infirmier en pratique avancée—Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Consulté 29 mai 2022, à l'adresse

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Loi 51 HPST. (2009). www.has-sante.fr

Maurice, T. (2014). Husserl. La science des phénomènes, sous la direction de Laurent PERREAU et Antoine GRANDJEAN, Paris, CNRS Éditions, 2012, 281 p. *Revue de métaphysique et de morale*, 82(2), 294-300.

Ntebutse, J.-G., & Croyere, N. (2016). Interest and value of the phenomenological narrative : A discovery of logic and rigor. *Recherche en soins infirmiers*, 124(1), 28-38.

Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, Suzanne, S. (2017). *La pensée infirmière.*

Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21-27.(S. d.).

Supporting Nutrition Care in Older Adults: An Essential Component of 'Best Practice' Nursing Lina Spirgienė, Gytė Damulevičienė, Gabriele Bales, and Jack J. Bell

LIVRE Interdisciplinary Nutritional Management and Care for Older Adults Ólöf G.

Geirsdóttir Jack J. Bell Editors An Evidence-Based Practical Guide for Nurses

EDITION springer

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Patry C, Raynaud-Simon A. La dénutrition : quelles stratégies de prévention ? *Gérontologie Société*. 20 oct 2010;33 / n° 134(3):157-70.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

BERLAND Yvon/2003/Rapport Berland/Pdf: lien :

https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

<https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/adultes-de-plus-de-75-ans/la-denutrition>.

sources : INSEE + FNPS 2016- INSEE 2016)

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

Seguy D et al., Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalization in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study, Clinical Nutrition, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.08.005> p14
point 2 problématique

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

recos368_recommandations_denutrition_pa_cd-20211110_v1.pdf

2018-desport denutrition.pdf

VII/ Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction : Je me présente, j'explique pourquoi j'ai rédigé ce questionnaire, l'objectif de mon travail et je recueille le consentement oral de mon interlocuteur pour l'enregistrement de l'entretien

Sujet : *Comment l'IPA peut travailler avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans en soins primaires ?*

1/ En tant que MG, IDEL, Kiné... comment prenez-vous en soin la dénutrition du sujet âgé de plus de 70 ans ? (Qu'est ce qu'ils font)

Reformulation : Lors de vos (entretiens, consultations, passage au domicile) que faites vous face à un patient âgé de plus de 70 ans ayant une dénutrition ?

Diverses questions de relances :

Vous me dites que ...mais encore/ quand vous parlez de ...où voulez-vous en venir ?

Quel est (pour vous) le premier signe qui vous fait penser à la dénutrition ? Quels sont vos critères d'inclusion pour traiter une dénutrition ?

Que pouvez-vous me dire sur l'évolution de la prise en charge de la dénutrition depuis votre début de carrière ?

Avez-vous connaissance des nouvelles recommandations HAS de Novembre 2021 ? Qu'en pensez-vous ?

Où en est la recherche actuellement ?

Avez-vous des éléments à rajouter ?

2/ Face à la dénutrition quelles sont pour vous les difficultés les plus rencontrées (vos difficultés) ? Que vous manque-t-il pour améliorer la prise en charge (ou en soin) ? Quels sont vos besoins en termes de pec ambulatoire ?

Du réseau, de la coordination, du temps, ?

Pensez-vous qu'il y ait des conséquences directes de la dénutrition ?

A quel niveau rencontrez vous des difficultés, à quel moment de la prise en charge , à quel niveau ?

Rappel si besoin sur l'IPA

Un infirmier en pratique avancée, a suivi 2 ans de formation complémentaire (supplémentaire) en grade master pour la prise en charge des pathologies chronique stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. Il agit sur le :Besoin populationnel de maintien en santé, coordination et suivi, relation de confiance

La pratique avancée vise à 2 objectifs : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients sur des pathologies ciblées avec une prise en charge globale du patient

3/ Comment vous voyez-vous travailler en collaboration avec un IPA ?

Quelle aide (offre) pensez-vous que l'IPA puisse vous apporter selon les différentes difficultés évoquées ci-dessus ?

Comment êtes-vous prêt à travailler en collaboration avec l'IPA sur la dénutrition ?

Comment un IPA pourrait vous aider ? Que pensez-vous qu'il puisse vous apporter ?

Comment travaillez-vous ensemble dans la durée ?

Conclusion : remerciez la personne en face de vous. Rappelez la date de fin de du travail de recherche, proposé de faire lire le travail final.Être neutre (laisser la personne s'exprimer librement), empathique (comprendre ce que la personne raconte), attentif (poser des questions comme un enquêteur, l'inciter à aller plus loin dans ses propos)

Annexe 2 : Lien pour accès aux entretiens

https://drive.google.com/drive/folders/1otRZOOM-FdjgMFIR9x9Fcn_bSxj6ac46?usp=sharing

Annexe 3 : lien pour accès pré projet

https://drive.google.com/file/d/1G8Obwx8AX2_2h09OKBB2xw3CwI0GpB9p/view?usp=sharing

Table des matières

I/ Introduction	1
1. Avant-propos.....	1
2. Contexte.....	3
2.1. Définition.....	3
2.2. Epidémiologie.....	4
2.3. Vieillesse et dénutrition.....	5
3. Concepts.....	5
3.1. Infirmier en pratique avancée.....	5
3.2. Dénutrition.....	8
3.3. CPTS.....	10
4. Problématique.....	12
5. Objectifs	13
II/ Méthode	14
1. Choix de la méthode.....	14
1.1. Type d'étude.....	14
1.2. Méthode et recueil	14
2. Choix des participants.....	14
2.1. Population cible.....	14
2.2. Recrutement.....	15
3. Réalisation du guide d'entretien.....	15
3.1. Thème abordé.....	15
3.2. Expérimentation du guide.....	15
4. Déroulement des entretiens.....	16
5. Analyses des entretiens.....	16
5.1. Retranscription des entretiens.....	16
5.2. La saturation des données.....	16
5.3. Analyse.....	16
6. Cadre réglementaire.....	17

III/ Résultats	18
IV/ Discussion	32
1. Critique de l'étude.....	32
1.1. Les faiblesses.....	32
1.1.1. Les limites de la recherche.....	32
1.1.2. Les difficultés socio-culturelles.....	33
1.2. Les forces de la recherche.....	33
1.2.1. Pertinence de la recherche.....	33
1.2.2. Ouverture vers la place de l'IPA dans la prise en charge.....	34
2. Les principaux résultats.....	36
3. Une prise en charge de la dénutrition.....	36
3.1. Chaque professionnel a un rôle qui lui est propre.....	36
3.1.1. Le médecin.....	36
3.1.2. Le pharmacien.....	37
3.1.3. Les autres professionnels de santé paramédicaux.....	37
3.2. La force du repérage pluri professionnel.....	41
4. Les initiatives, nouvelles perspectives.....	43
4.1. Vers une évolution ou un changement.....	43
4.2. Risque de statu quo.....	44
4.3. Les propositions.....	44

V/ Conclusion

VI/ Bibliographie

VII/ Annexes

Table des figures

<u>Figure 1</u> : Rôle IPA par Hamric et al. (2013) Selon le guide de l'infirmier (ère) en pratique avancée. Edition Vuibert. Octobre 2019. P6.....	34
<u>Figure 2</u> : Interrelations entre les conceptions, la recherche, la pratique et les théories en sciences infirmières p125 livre la pensée infirmière 2017/ édition TC Livres INC/ Pépin Jacinthe.....	39

AUTHOR : Name : MOREAU

First name : VALÉRIE

Date of defense: 30 JUNE 2022

Dissertation title: How can the IPA work with all the health professionals in the territory to improve the management of undernutrition in the elderly over 70 years old in primary care?

Keywords : Advanced Practice Nurse (APN), undernutrition, Territorial Professional Health Community (TPHC)

Abstract :

Context: Undernutrition is a public health issue. In France, the prevalence of undernutrition is estimated at 4%, and can rise to 30% if there is a loss of autonomy. It is estimated that more than two million French people are undernourished, including 400,000 living at home. The aging of the population leads to an increase in chronic pathologies. As undernutrition is an integral part of the care of the elderly, it seems important to me to see how the IPA will be able to integrate a multi-professional dynamic on the territory.

Method: Qualitative study, by semi-directed interviews carried out with medical and paramedical professionals of the CPTS of Pévèle du Douaisis involved in the management of undernutrition.

Results: 43 professionals of the CPTS were contacted. 5 refused to be interviewed due to lack of time or lack of patients concerned by the study. And 18 did not respond. 20 professionals agreed to conduct an interview with the IPA. The analysis of this work allowed the categorization of 4 themes: the care pathway, the link between the physician and the IPA, the difficulties, the place of the IPA in the care.

Conclusion: The realization of a procedure of global care and coordination could be one of the solutions in order to palliate the difficulties met by the professionals of the territory. We all have a role to play in the care and the IPA is undoubtedly one of the levers to be appropriated to evolve towards a new practice.

Supervisor: Dr. Sylvain DURIEZ

AUTEUR(E) : Nom : MOREAU

Prénom : VALÉRIE

Date de soutenance : 30 JUIN 2022

Titre du mémoire : Comment l'IPA peut travailler avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire pour améliorer la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de plus 70 ans en soins primaires ?

Mots-clés libres : Infirmier en Pratique Avancée (IPA), dénutrition, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Résumé :

Contexte : La dénutrition est un enjeu de santé publique. En France la prévalence de la dénutrition est estimée à 4%, pouvant monter jusqu'à 30% s'il y a perte d'autonomie. On estime que plus de deux millions de Français sont dénutris, dont 400 000 vivent à domicile. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies chroniques. La dénutrition faisant partie intégrante de la prise en charge des personnes âgées, il me paraît important de voir comment l'IPA va pouvoir intégrer une dynamique pluri professionnelle sur le territoire.

Méthode : Étude qualitative, par entretiens semi dirigés réalisée auprès des professionnels médicaux et paramédicaux de la CPTS du Pévèle du Douaisis, impliqué dans la prise en charge de la dénutrition.

Résultats : 43 professionnels de la CPTS ont été contactés. 5 ont refusé les entretiens faute de temps ou de patients concernés par l'étude. Et 18 n'ont pas répondu. 20 professionnels ont accepté de réaliser un entretien avec l'IPA. L'analyse de ce travail a permis la catégorisation de 4 thématiques : le parcours de soin, le lien entre le médecin et l'IPA, les difficultés, la place de l'IPA dans la prise en charge.

Conclusion : La réalisation d'une procédure de prise en charge globale et de coordination pourrait être une des solutions afin de pallier aux difficultés rencontrées par les professionnels du territoire. Nous avons tous un rôle à jouer dans la prise en soin et L'IPA est sans doute un des leviers à s'approprier pour évoluer vers une nouvelle pratique.

Directeur de mémoire : Dr. Sylvain DURIEZ