

UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023-2025

Mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée
Mention :

Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires

Optimisation de la prise en charge nutritionnelle : enjeux et perspectives des infirmières en pratiques avancées, auprès des patients atteints de pathologies chroniques intestinales.

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2025, à 17h à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Amandine LEDOUX

MEMBRES DU JURY :

Président du jury :

Monsieur le Professeur : GLOWACKI François-Xavier

Directeur de mémoire :

Madame le Docteur : VERLYNDE Juliette

Enseignant Infirmier :

Madame l'infirmière en pratique avancée : SAMYN Marie-Cécile

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

Remerciements

Je tiens à remercier, mon directeur de mémoire, le **Docteur VERLYNDE Juliette**, pour son accompagnement lors de la réalisation de ce mémoire et la confiance qu'elle m'a accordé.

Je tiens à exprimer ma gratitude au **Docteur Thierry PAUPARD**, qui a été à l'origine de ce projet au sein du service de gastro-entérologie de l'hôpital Alexandra Lepève. Son soutien tout au long de cette formation a été précieux et inspirant.

Je remercie également, le centre hospitalier Alexandra lepève pour m'avoir offert l'opportunité de suivre cette formation.

Je tiens à adresser mes remerciements au **Professeur PUISIEUX François**, à Madame **ACOULON Gwladys**, ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique, pour m'avoir offert l'opportunité de suivre cette formation et pour leur soutien tout au long de ces deux années.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers tous les médecins qui ont contribué à cette recherche, ainsi qu'à ceux qui m'ont accueillie et encadrée durant mon stage au cours de ces deux années de formation, notamment le **Docteur BORUCHOWICK** et **Coraline LAVALLEY**. Ces moments d'échanges et de partage autour de la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée ouvrent la voie à de belles perspectives pour notre métier.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance envers certaines de mes collègues de promotion qui sont devenues bien plus que de simples camarades de classe : **Claire, Anne, Sarah, Lise et Alicia**. Sans elles, cette formation n'aurait pas eu la même saveur.

Leur soutien inébranlable, leur présence réconfortante durant les moments de doute, ainsi que les heures passées ensemble à réviser et à travailler en groupe, ont été des éléments essentiels de mon parcours.

Madame **SAMYN Marie-Cécile**, Monsieur le **docteur GLOWACKI François-Xavier**, je souhaite vous remercier sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de mémoire et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Et enfin, merci à mon époux **Anthony** et à mes deux enfants **Enora et Alice** pour le soutien sans faille, leur patience, et leur encouragement. Merci également à mon beau-frère **Andrew** pour m'avoir encouragé, et relu mon travail.

Sommaire

Remerciements

Sommaire

I. Glossaire.....	1
II. Avant-propos	2
III. Introduction	3
IV. Problématique et hypothèse	18
V. Méthode et matériel.....	19
VI. Résultats et analyse de l'étude	23
VII. Analyse.....	27
VIII. Discussion	36
IX. Conclusion.....	46
X. Bibliographie	
XI. Table des matières détaillées	
XII. Table des illustrations	
XIII. Annexes.....	I
XIV. Résumé	

I. Glossaire

ALD : Affection de longue durée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CREGG : Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie

DPO : délégué à la protection des données

ESPEN : La société européenne de nutrition clinique et de métabolisme

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : indice de masse corporelle

IPA : infirmière en pratique avancée

MC : Maladie de Crohn

MICI : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

OMS : L'Organisation mondiale de la santé

PNNS : Programme national nutrition santé

RCH : Rectocolite hémorragique

SII : syndrome de l'intestin irritable

UEG : United European Gastroenterology (fédération européenne de gastro-entérologie)

II. Avant-propos

Au cours de mes quatorze années d'expérience au sein du service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier Alexandra Lepève, j'ai accompagné de nombreux patients présentant des pathologies chroniques, en particulier ceux souffrant de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Ces dernières regroupent notamment la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH).

Ces maladies, dont l'évolution est imprévisible, s'alternent entre des poussées marquées par une aggravation des symptômes et des périodes de rémission. Elles ne se limitent pas à la sphère digestive : elles impactent également la qualité de vie globale des patients, leur bien-être psychologique et leur état nutritionnel (1).

Ces maladies touchent de plus en plus les pays occidentaux, affectant plus de 250 000 patients en France, en particulier les jeunes adultes. Leur prévalence ne cesse d'augmenter, ce qui constitue un défi pour le système de santé, tant au niveau nationale qu'internationale (2,3).

Les MICI sont souvent associées à des déséquilibres nutritionnels, allant de la dénutrition qui touche entre 20 et 75 % des malades particulièrement ceux atteints de maladie de Crohn, jusqu'au surpoids et à l'obésité, qui affectent entre 15 et 40% des patients (4).

Ces complications nutritionnelles influencent l'évolution de la maladie et augmentent le risque de carences, d'infections, et de sévérité des symptômes.

Pourtant, malgré ces enjeux, moins de la moitié des patients bénéficient de conseils nutritionnels appropriés, et dans près d'un quart des centres (24%), aucune diététicienne n'est disponible pour les accompagner (5).

Dans ce contexte, la prise en charge nutritionnelle devrait être intégrée de manière systématique et optimisée tout au long du parcours de soins, le rôle de l'infirmière en pratique avancée (IPA) apparaît comme un levier, grâce à sa formation spécialisée et son approche holistique.

Cette recherche qualitative explore cette problématique et cherche à comprendre les enjeux et perspectives des IPA, dans l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI, en s'appuyant sur les avis de gastro-entérologues et de diététiciens.

III. Introduction

1. Contexte

En 2022, on a enregistré 303 800 individus traités pour des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (6). Parmi ces patients, 53 % sont des femmes, l'âge moyen et médian est de 50 ans.

Les MICI sont généralement identifiées chez les personnes âgées de 20 à 30 ans, bien qu'elles puissent se manifester à n'importe quel âge. De plus, 10 % des patients ont plus de 75 ans.

La fréquence des MICI varie considérablement d'un pays à l'autre, avec les taux les plus élevés observés dans les pays industrialisés, en particulier les pays du Nord-Ouest de l'Europe et aux États-Unis. En règle générale, l'incidence augmente avec le niveau de développement socio-économique des pays, ce qui explique une forte hausse observée en Asie, au Moyen-Orient, en Afrique du Sud et en Inde (7,8)

Tableau 1: effectifs et taux bruts des personnes prise en charge pour une MICI par classe âge en 2022

	0 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 ans et +	Total
Hommes							
Effectif	1 700	30 500	49 400	25 800	21 900	13 900	143 200
Taux brut	0,28‰	3,72‰	5,77‰	6,18‰	6,2‰	4,86‰	4,3‰
Femmes							
Effectif	1 500	34 200	61 400	28 400	19 900	15 300	160 700
Taux brut	0,26‰	4,13‰	6,93‰	6,45‰	4,99‰	3,64‰	4,54‰
Total							
Effectif	3 200	64 700	110 800	54 200	41 700	29 200	303 800
Taux brut	0,27‰	3,93‰	6,36‰	6,32‰	5,56‰	4,13‰	4,42‰

Source : SNIRAM/SNDS / Tous régimes confondus

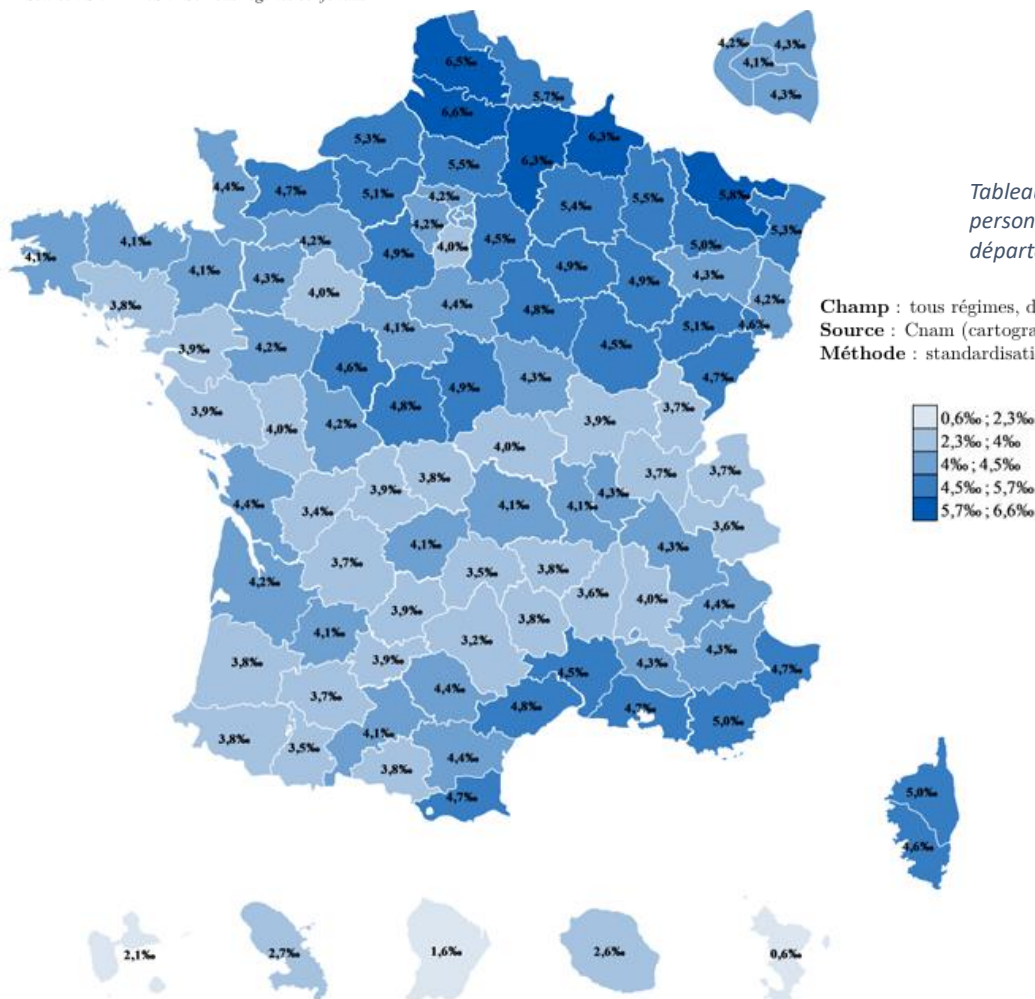


Tableau 2: prévalences standardisées des personnes prise en charge pour une MICI par département en 2022

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2024)

Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee

2. Les pathologies Chroniques intestinales

a) Définition

A L'échelle mondiale, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les maladies chroniques comme « *des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme* ».

À l'inverse, le ministère de la Santé définit la maladie chronique comme « *une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement* », ajoutant ainsi une nuance sur le caractère évolutif et les conséquences de ces maladies.

Les maladies chroniques sont définies de manière différente selon les sources, avec des niveaux de précision qui varient. L'OMS propose une description globale de ces pathologies, en soulignant leur nature durable et progressive, tandis que le ministère de la Santé met davantage l'accent sur leur évolution et leurs impacts sur la vie quotidienne des patients (9).

Les MICI sont reconnues comme des affections de longue durée (ALD) dans leurs formes évolutives depuis la création de la liste des ALD par le Haut Comité de la Sécurité Sociale, en 1986.

b) Physiopathologie

Les MICI se manifestent par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, provoquée par une dysrégulation du système immunitaire intestinal. Cette inflammation persistante entraîne des lésions tissulaires et contribue à la nature chronique de la maladie. L'origine de ces troubles reste inconnue mais est liée à une interaction complexe entre des facteurs environnementaux, une prédisposition génétique du patient et la réponse immunitaire spécifique de celui-ci, représenté selon cette figure (3,10).

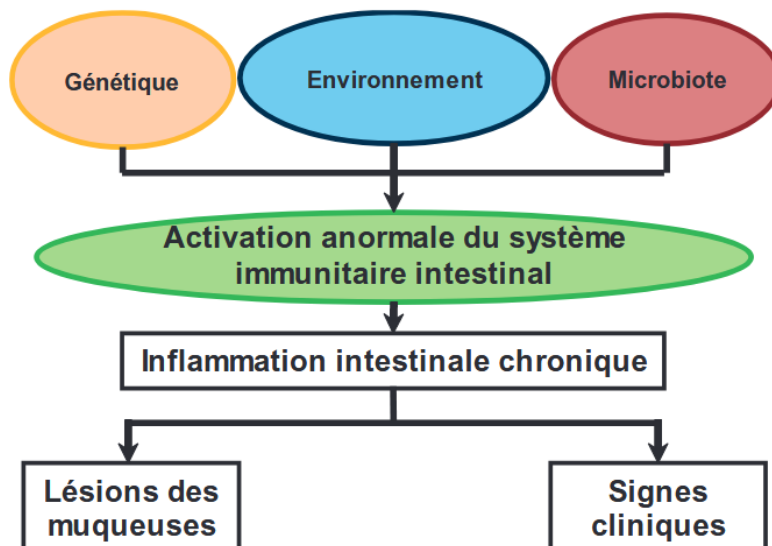
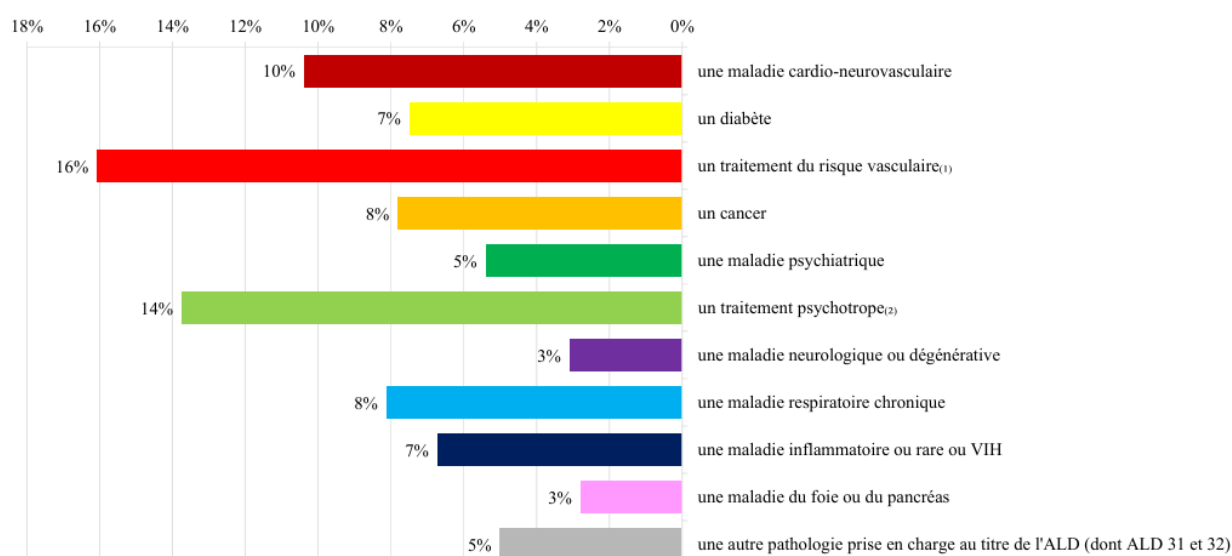


Figure 1: représentation schématique de la physiopathologie des MICI

c) Les facteurs de risque et comorbidités

Ce graphique illustre la poly-pathologie chez certaines personnes atteintes de MICI. On y observe que 7 % des patients souffrent de diabète, 16 % reçoivent un traitement pour des risques vasculaires, 3 % présentent des maladies du foie ou du pancréas, et 10 % ont des affections cardio-neurovasculaires. Ces données soulignent l'importance d'une approche multidisciplinaire adaptée, compte tenu des comorbidités associées. En effet, la présence simultanée de maladies telles que le diabète, les troubles cardiovasculaires et les pathologies hépatiques ou pancréatiques complique la gestion des MICI et peut avoir un impact sur la qualité de vie des patients (6).

Figure 2: parmi les personnes PEC pour une MICI, pourcentage de personnes avec au moins...



Source : SNH/AM/SNDS / Tous régimes confondus

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

⁽¹⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronaire, un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque - ni aigus ni chroniques -, ou une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou une insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou un diabète

⁽²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

d) Conséquences des MICI sur la santé

Les MICI ont un impact significatif sur la qualité de vie des patients, influençant leur bien-être physique, psychologique et social (11). Les symptômes, tels que la diarrhée persistante, les douleurs abdominales, la fatigue et la perte de poids, affectent la perception de la qualité de vie liée à la santé. Les patients jugent plus durement leur qualité de vie pendant les phases de poussées par rapport aux périodes de rémission.

La qualité de vie liée aux MICI peut être comprise de différentes manières et dépend de plusieurs aspects, comme la santé physique, le bien-être mental et la vie sociale. Une compréhension fine des composantes associées à la qualité de vie nécessite des approches psychosociales ou intégratives (11). Les interventions thérapeutiques prennent en compte ces dimensions afin d'améliorer le bien-être global des patients.

Les principales craintes des patients MICI concernent l'aspect imprévisible et incontrôlable de la maladie, la virulence des symptômes, et la nécessité de subir des interventions chirurgicales (11).

En effet, les patients présentent souvent des symptômes d'anxiété (35 %), des troubles anxieux (22 %), et des symptômes dépressifs (50 %). Ces troubles entraînent des répercussions socio-professionnelles, augmentent les arrêts de travail et sont des facteurs de non-observance du traitement, d'accroissement de la fatigue et des troubles du sommeil (12).

Voici un aperçu des principaux défis et aspects de la vie avec la maladie de Crohn(13):

- Les symptômes digestifs et extradigestifs : Les douleurs, l'anxiété, et les urgences fréquentes aux toilettes peuvent isoler les patients.
- La vie sociale et professionnelle : Gérer les symptômes peut rendre les interactions avec les autres ainsi que l'exercice d'une activité professionnelle difficiles à gérer.
- L'auto-confinement : Les urgences d'accès aux toilettes peuvent conduire les patients à s'auto-confiner, réduisant ainsi leur qualité de vie.

e) Prise en charge non médicamenteuse des patients atteints de MICI

La prise en charge des MICI dépasse les traitements médicamenteux et inclut (12) :

- L'alimentation : Une alimentation adaptée peut aider à pallier certains symptômes, même si elle ne prévient ni ne guérit les poussées.
- L'activité physique adaptée : La gestion de la fatigue et l'encouragement à une activité physique adaptée sont essentiels.
- Un soutien psychologique : La prise en charge psychologique et le soutien des proches sont importants pour le bien-être mental des patients.

Vivre avec une MICI nécessite une gestion globale et intégrative, prenant en compte les aspects médicaux, nutritionnels, psychologiques et sociaux pour améliorer la qualité de vie des patients. La complexité de la maladie et son impact sur la vie quotidienne invitent à une approche multidimensionnelle et personnalisée de la prise en charge.

3. La nutrition dans les pathologies chroniques intestinales

a) Généralité

Les MICI, en entraînant une inflammation de la muqueuse intestinale, complexifient la gestion nutritionnelle des patients, qui peuvent souffrir de malnutrition et de sarcopénie. Selon les critères de l’HAS (Haute Autorité de Santé), la dénutrition est l’association d’un critère phénotypique et d’un critère étiologique (14) :

Parmi les critères, on retrouve :

Les critères phénotypiques	Les critères étiologiques
<ul style="list-style-type: none">- La perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie- IMC < 18.5 kg/m²- Réduction quantifiée de la masse musculaire et /ou de la fonction musculaire	<ul style="list-style-type: none">- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d’1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins proteino-énergétiques estimés- Absorption réduite (mal digestion /malabsorption)- Situation d’agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire)

Quant à l’obésité, elle est calculée selon IMC du patient (poids en kilo / (taille en mètre)²).

DENOMINATION	IMC (kg/m ²)
Insuffisance pondérale	$< 18,5$
Valeur de référence	18,5-24,9
Surpoids	25,0-29,9
Obésité grade I (modérée)	30,0-34,9
Obésité grade II (sévère)	35,0-39,9
Obésité grade III (massive, morbide)	$\geq 40,0$

Figure 3 classification de l’obésité selon l’OMS

Cette partie vise à examiner comment l’alimentation influence la gestion des MICI, en abordant des recommandations nutritionnelles, des difficultés alimentaires et des implications sur la santé.

La nutrition joue un rôle essentiel dans le maintien de la santé et le bien-être général. Elle consiste en l’apport de nutriments essentiels nécessaires au fonctionnement optimal de l’organisme (15).

Ces nutriments comprennent 2 catégories, les macronutriments, tels que les glucides, les protéines et les lipides, qui apportent de l’énergie, et les micronutriments, comme les vitamines et les minéraux, qui aident le corps à bien fonctionner.

b) Impact des MICI sur l'état nutritionnel

Les MICI provoquent une destruction de la muqueuse épithéliale, ce qui augmente la perméabilité de la barrière intestinale et favorise l'inflammation.

Cette situation entraîne une malabsorption des nutriments et permet le passage de molécules pro-inflammatoires (bactéries, fragments alimentaires) dans la circulation sanguine (16), ce qui aggrave les symptômes.

Même en période de rémission, les MICI peuvent provoquer des déficits nutritionnels (17). Ces carences, si elles ne sont pas corrigées, entraînent des complications supplémentaires, telles que l'ostéoporose ou encore des maladies thromboemboliques.

Les patients atteints de MICI présentent souvent des états nutritionnels dégradés, avec un risque accru de malnutrition et de dénutrition. La prévalence de la dénutrition, au cours de la maladie, peut atteindre jusqu'à 75 % dans le cas de la maladie de Crohn et 62 % dans la rectocolite hémorragique (18).

Par ailleurs, la sarcopénie, qui est la perte de masse et de fonction musculaire, peut toucher jusqu'à 52 % de ses patients, en raison de facteurs tels que l'inflammation chronique, la malabsorption, les carences en vitamine D, l'adiposité viscérale, la dysbiose, l'absence d'activité physique et l'utilisation de traitements à risque comme les corticoïdes. Elle peut être évaluée par dynamomètre ou impédancemétrie, et bénéficie de programmes de soins multimodaux associant traitements médico-chirurgicaux, suppléments nutritionnelles et activités physiques adaptées (19).

De plus, les traitements médicaux et les interventions chirurgicales contribuent également à la perte de poids et aux carences nutritionnelles.

La dénutrition est caractérisée par un bilan énergétique et/ou protéique négatif, qui peut être causé par une alimentation insuffisante, d'une augmentation des besoins énergétiques, ou d'une perte de nutriments (20). Ces mécanismes entraînent des effets nocifs sur la santé et aggravent l'évolution de diverses maladies.

La dénutrition est fréquente parmi les patients hospitalisés, affectant jusqu'à la moitié de ceux ayant subi une opération chirurgicale.

Il existe deux formes principales de dénutrition : le marasme (sans œdèmes) et le kwashiorkor (avec œdèmes).

c) Carences nutritionnelles et risques associés

Les patients atteints de MICI présentent souvent des carences en minéraux et en vitamines (fer, zinc, sélénium), en raison de diarrhées, de malabsorption et de pertes sanguines. Les régimes inadaptés et prolongés d'exclusion alimentaire entraînent des carences en nutriments essentiels, comme le fer, les folates, la vitamine B12, ainsi que d'autres minéraux tels que le calcium, le zinc, le sélénium et la vitamine D (16). Un dépistage précoce est essentiel, notamment par des tests de ferritine et de saturation de la transferrine, et un suivi régulier du poids et des paramètres biologiques est conseillé pour prévenir la dénutrition.

d) Comportements alimentaires inappropriés

Le comportement alimentaire se réfère à l'ensemble des attitudes d'un individu concernant la consommation d'aliments. Il s'agit d'un système complexe contrôlé par des processus physiologiques, psychologiques, socio-environnementaux et émotionnels, qui répond à une triple fonction (21):

- Subvenir aux besoins énergétiques et en nutriments (macro- et micronutriments) pour assurer l'homéostasie de l'organisme.
- Répondre aux besoins émotionnels et affectifs, contribuant de manière significative à l'équilibre mental.
- Favoriser les interactions sociales et les symboles partagés, contribuant à maintenir un équilibre au sein de la société.

Cependant, un comportement alimentaire peut être considéré comme pathologique lorsqu'il entraîne des conséquences néfastes sur la santé (physique et/ou psychique) et/ou témoigne d'une difficulté existentielle.

Les problèmes d'alimentation et de nutrition sont fréquents chez les patients atteints de MICI, qui rapportent souvent une corrélation entre leurs symptômes et leur alimentation (22).

Les facteurs de risque liés à ces restrictions alimentaires comprennent (17) :

- La pathologie elle-même.
- L'activité de la maladie.
- La santé psychique des patients.
- Les sources d'information nutritionnelles divergentes.

Ces croyances peuvent engendrer des comportements alimentaires restrictifs qui aggravent leur état nutritionnel.

Une part significative des patients (près de 64 %) n'est pas consciente du fait que leurs choix alimentaires peuvent mener à des carences nutritionnelles, soulignant ainsi l'importance d'une éducation diététique adéquate (17).

Une étude menée auprès de 82 adultes souffrant de MICI (48 atteints de maladie de Crohn et 34 de colite ulcéreuse) examinait leurs croyances alimentaires et comportements, en mettant l'accent sur les exclusions alimentaires durant les phases de rémission et de rechute (23).

Les résultats montrent que 85 % des participants considèrent que leur alimentation peut provoquer des rechutes, et 82 % pensent qu'il est nécessaire d'éliminer certains aliments de leur régime. Par ailleurs, des pratiques d'exclusion alimentaire sont rapportées chez 90 % des participants pendant les phases inflammatoires, et chez 88 % pendant les périodes de rémission. Les aliments fréquemment évités incluent notamment :

- Les produits épicés ;
- Les aliments gras ;
- Le lait et les produits laitiers ;
- Les fruits et légumes crus ;
- Les légumineuses et les céréales complètes ;
- L'alcool et le café.

D'après les conclusions de l'étude, il n'est pas conseillé de recommander un régime spécifique aux personnes souffrant de MICI. Il est également déconseillé d'exclure certains aliments de leur alimentation.

Une stratégie d'exclusion fondée sur des expériences individuelles risque d'accroître le risque de carences nutritionnelles et de dénutrition. Les auteurs insistent sur l'importance de l'accompagnement par des professionnels de la nutrition et soulignent que l'éducation des patients doit être au cœur de la prise en charge de cette maladie.

Selon nos recherches, il s'agit de la première étude polonaise à analyser les comportements et les croyances alimentaires chez les patients adultes atteints de MICI. Ces résultats démontrent que les patients atteints de MICI perçoivent l'alimentation comme un facteur influençant l'évolution naturelle de la maladie, bien que les preuves scientifiques soient encore limitées.

e) Obésité chez les patients MICI

L'augmentation de la proportion de patients atteints de MICI et d'obésité, estimée entre 15 et 40 %, représente un véritable enjeu thérapeutique. L'obésité a des conséquences néfastes sur le cours naturel de la maladie, entraînant une moins bonne réponse aux biothérapies et augmentant les complications chirurgicales (24). Par conséquent, une évaluation nutritionnelle est essentielle.

Prise en charge

Il est important de proposer une prise en charge pluridisciplinaire qui inclut une modification des habitudes alimentaires, tout en veillant à ne pas causer ou aggraver des carences nutritionnelles, surtout pendant les poussées inflammatoires. De plus, l'intégration d'une activité physique régulière est recommandée (24).

L'impact

Les patients obèses souffrant de MICI peuvent connaître une activité clinique plus intense de leur maladie, avec un risque accru de rechutes et de persistance des symptômes comparé à ceux qui ne sont pas obèses (25). La corticothérapie, souvent prescrite durant les poussées, ne doit pas être utilisée de manière prolongée en raison du risque de prise de poids chez environ 70 % des patients suivis à long terme.

L'effet sur les traitements et la chirurgie

Des études révèlent que l'obésité pourrait être un facteur prédictif d'une réponse incomplète aux traitements anti-TNF alpha, en raison de modifications de la pharmacocinétique (24).

Les patients atteints de MICI ont tendance à adopter des régimes riches en graisses saturées et en sucres, car ces aliments sont plus simples à digérer et procurent rapidement une sensation de satisfaction (25). Cependant, une telle approche peut entraîner une prise de poids qui pourrait nuire à l'efficacité des traitements.

L'obésité impacte également les interventions chirurgicales, augmentant le risque de complications post-opératoires à court terme. En 2022, l'ESPEN(La société européenne de nutrition clinique et de métabolisme) et l'UEG (fédération européenne de gastro-entérologie) ont publié des recommandations concernant la prise en charge de l'obésité chez les patients en hépato-gastro-entérologie, notamment ceux souffrant de MICI (25):

f) L'importance d'une alimentation équilibrée

Une surveillance de l'alimentation semble importante pour les personnes atteintes de MICI notamment en cas de surpoids. En effet, l'obésité peut aggraver les symptômes de la maladie et rendre les traitements moins efficaces. Une alimentation équilibrée, comprenant des fruits, des légumes, des fibres et des protéines maigres, tout en limitant les graisses saturées et les sucres, peut améliorer la santé générale des patients et à réduire la fréquence ainsi que la sévérité des poussées inflammatoires.

Il est donc fondamental de personnaliser les recommandations nutritionnelles pour les patients atteints de MICI, afin d'assurer un équilibre entre la gestion des symptômes et le maintien d'un poids sain. En adaptant spécifiquement la gestion nutritionnelle aux patients atteints de MICI, notamment ceux souffrant d'obésité, il devient possible de mieux contrôler les symptômes, de maximiser l'efficacité des traitements et d'améliorer significativement leur qualité de vie.

De plus, cette approche ciblée peut également limiter les complications liées à l'obésité, comme les risques cardiovasculaires, soulignant l'importance d'une intervention nutritionnelle adaptée et globale pour ces patients.

g) L'importance de l'accompagnement

Il est essentiel que les médecins intègrent des conseils nutritionnels lors de la première consultation et dirigent les patients vers des ressources éducatives fiables. Les recommandations diététiques peuvent jouer un rôle important dans la prévention des comportements alimentaires restrictifs et l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients souffrant de MICI.

Cependant, il est inquiétant de constater que moins de la moitié des patients a reçu des conseils nutritionnels de la part de professionnels de santé, et que les ressources éducatives obtenues par d'autres moyens sont souvent jugées insuffisantes (17).

Certaines approches diététiques, comme le régime à base de glucides spécifiques et la diète FODMAP, montrent de bons résultats (16). Toutefois, il est important d'adopter une stratégie individualisée pour chaque patient. Pour cela, il est conseillé de mettre en place une éducation thérapeutique ciblant les croyances et les comportements alimentaires, afin d'aider les patients à mieux comprendre et gérer les aspects nutritionnels de leur maladie.

h) L'évaluation nutritionnelle

La dénutrition a des conséquences importantes, non seulement sur la qualité de vie et l'autonomie des individus, mais aussi sur les coûts des soins de santé, notamment en raison de l'augmentation de la durée et des complications d'hospitalisation.

Le dépistage précoce des carences nutritionnelles est capital. Des outils tels que le Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) permettent d'identifier les patients à risque. Un suivi du poids, de l'IMC et des paramètres biologiques est recommandé pour prévenir la dénutrition (20).

Pour traiter la dénutrition, il est important d'adopter une approche personnalisée. Cela implique la mise en place de conseils alimentaires adaptés, l'amélioration de l'apport nutritionnel des repas et, dans les cas les plus sévères, le recours à la nutrition artificielle.

Une approche multisectorielle qui englobe la nutrition, l'activité physique et les soins médicaux pour améliorer la qualité de vie et réduire les risques pour les patients souffrant de MICI semble indispensable.

L'évaluation des prises alimentaires repose sur des enquêtes alimentaires qui ont pour objectif de connaître les habitudes de la personne, tant qualitativement que quantitativement. Il est important d'évaluer les sensations alimentaires avant et après les repas ainsi que les circonstances émotionnelles des prises alimentaires (21).

Changer les habitudes alimentaires, demande de suivre plusieurs étapes :

- Évaluer la motivation au changement.
- Évaluer la consommation alimentaire spontanée et conseiller selon les résultats.
- Fixer des objectifs réalistes et progressifs en accord avec la personne.
- Suivre l'application des conseils.

i) Les Recommandations

La société européenne de nutrition clinique et de métabolisme (ESPEN) publie, à destination des professionnels de santé, ses dernières recommandations concernant les liens existants entre nutrition et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (26).

Comme l'ESPEN le recommande, chaque patient atteint de MICI doit bénéficier d'un suivi diététique par un professionnel de santé dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Cela permet de fournir des conseils nutritionnels personnalisés, d'éviter les régimes restrictifs dangereux et d'assurer une prise en charge nutritionnelle adéquate.

Ces recommandations visent à aider les professionnels de santé à mieux comprendre l'impact de la nutrition sur les maladies comme les MICI et de fournir un cadre pour améliorer la gestion nutritionnelle des patients concernés.

Il est recommandé aux professionnels de santé d'intégrer ces conseils dans leur pratique clinique afin d'améliorer la santé et le bien-être global de leurs patients.

Dans cette optique, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) inclut également des recommandations spécifiques pour les personnes atteintes de MICI, visant à améliorer leur qualité de vie par l'adaptation de leur alimentation et la promotion d'une activité physique appropriée (27).

Les principaux axes du PNNS pour les MICI comprennent les points suivants :

- Encourager une alimentation équilibrée en favorisant les aliments riches en nutriments et en évitant ceux susceptibles de déclencher des symptômes,
- Assurer un suivi régulier pour détecter et corriger les éventuelles carences nutritionnelles chez les patients atteints de MICI,
- Et promouvoir une activité physique modérée pour maintenir la santé globale et réduire le stress.

Ces mesures s'intègrent dans le cadre plus large des recommandations de l'ESPEN, qui soulignent plusieurs points clés (26):

- Évaluation nutritionnelle : Une évaluation nutritionnelle complète est essentielle pour tous les patients atteints de MICI, car ces maladies entraînent des carences nutritionnelles dues à des malabsorptions et à des changements alimentaires.
- Régime alimentaire adapté : Les patients bénéficient de régimes spécifiques, tels que des régimes faibles en résidus ou des régimes d'exclusion, qui permettent de réduire les symptômes et les poussées.
- Nutrition entérale : Dans certains cas, la nutrition entérale (alimentation par sonde) est recommandée, surtout lors des phases sévères de la maladie, car elle aide à réduire l'inflammation et à améliorer la guérison de la muqueuse intestinale.
- Suivi et personnalisation : Les recommandations insistent sur l'importance de personnaliser les approches diététiques en fonction des besoins individuels des patients, de leurs tolérances alimentaires et de leurs préférences.
- Suppléments nutritionnels : L'utilisation de suppléments nutritionnels, notamment de vitamines et de minéraux, est souvent nécessaire pour combler les déficits, surtout en fer, en vitamine D et en calcium.

Enfin, la prise en compte du microbiote intestinal dans la gestion des MICI est essentielle. Une alimentation adaptée, riche en nutriments bénéfiques et pauvre en produits ultra-transformés, combinée à une bonne hygiène de vie, améliore la santé du microbiote et réduit le risque et la sévérité des MICI (28).

La prise en charge holistique des MICI se concentre sur le patient dans sa globalité, prenant en compte l'environnement et les proches, et pas seulement les symptômes cliniques (19).

4. L'intervention en pratique avancée

a) Définition et cadre législatif

La loi de modernisation du système de santé français de 2016 propose « *d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique* », via notamment la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA), rendu effectif en 2019 (29).

Les infirmières en pratique avancée, soutenues par de nombreuses données scientifiques démontrant leur efficacité dans divers types de soins, jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des parcours des patients (30) (Légifrance, Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée).

En effet, les IPA contribuent à :

- L'amélioration des résultats de santé : Elles permettent une meilleure gestion des maladies chroniques, une réduction des hospitalisations et une amélioration de la qualité de vie des patients (29).
- L'accès aux soins : Elles jouent un rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-desservies (31).
- La satisfaction des patients : Elles sont souvent plus élevées chez ceux suivis par des IPA, grâce à leur approche globale et personnalisée des soins.
- Le coût-efficacité : Les interventions des IPA sont souvent associées à une réduction des coûts de santé grâce à une prévention accrue et à une gestion efficace des soins (31).

L'intégration d'une IDEC-IPA MICI spécialisée dans les MICI dans le parcours de soins est importante pour une meilleure organisation et coordination des prises en charge (19). En travaillant en étroite collaboration avec l'équipe médicale, elle facilite la communication entre les différents professionnels de santé et les patients. Son intervention est particulièrement précieuse lors d'étapes comme l'annonce d'un diagnostic, l'éducation thérapeutique, la mise en place de traitements, la réalisation d'examen complémentaires et le suivi à distance via la téléconsultation et les outils numériques.

b) Évaluation clinique

Les IPA reçoivent une formation de type master qui leur permet de réaliser des évaluations cliniques approfondies. Elles sont formées pour interpréter les signes et symptômes cliniques de manière détaillée, effectuer des diagnostics différentiels, et utiliser des outils d'évaluation sophistiqués.

Grâce à leur savoir-faire, les IPA peuvent repérer rapidement des complications potentielles, adapter les plans de soins en fonction de l'évolution de l'état des patients et mettre en place des interventions appropriées dans les délais requis. Leur formation les rend capables de gérer des évaluations cliniques complexes qui vont au-delà des compétences des infirmières.

En France, la loi de modernisation du système de santé pose le cadre juridique pour la pratique avancée des infirmières (32).

Cette loi permet aux IPA d'exercer des activités d'évaluation clinique approfondie, de surveillance clinique et paraclinique, ainsi que de prescription de certains produits de santé.

c) Gestion des cas complexes

Les IPA ont un rôle dans la gestion des cas complexes grâce à leur formation.

Elles sont également chargées de coordonner les soins pour les patients souffrant de maladies chroniques ou ayant plusieurs comorbidités. Leur rôle consiste à travailler en collaboration avec différents spécialistes, à gérer les traitements médicamenteux et à surveiller les effets secondaires.

De plus, elles dispensent des soins holistiques qui prennent en compte les aspects physiques, émotionnels et sociaux de la santé des patients. Grâce à cette approche, elles garantissent une prise en charge continue et de qualité, ce qui entraîne de meilleurs résultats pour les patients.

Des recherches montrent que les IPA améliorent la gestion des cas complexes, en offrant des soins spécialisés et en réduisant la charge de travail des médecins (33).

Le parcours patient MICI est long, imprévisible, et implique de multiples acteurs (médecins, IDEC-IPA, diététiciennes, psychologues, stomathérapeutes, etc.). La prise en charge devient complexe en raison de la multiplication de nouvelles molécules, des objectifs thérapeutiques ambitieux et de l'essor de la recherche clinique (19).

d) *Coordination avec les professionnels de santé*

Les IPA aident à organiser les soins en travaillant avec différents professionnels de santé. Grâce à leur formation avancée, elles collaborent efficacement avec des médecins, des diététiciens, des psychologues et d'autres spécialistes pour créer un plan de soins holistique.

Pour assurer une prise en charge complète des patients, les IPA partagent des informations médicales, participent à des réunions interdisciplinaires et gèrent les dossiers des patients. Grâce à une communication fluide et à une coordination efficace entre les professionnels de santé, les IPA assurent une continuité des soins, ce qui améliore la santé générale des patients.

e) *Collaboration dans la mise en place du plan de soins*

Les IPA sont également essentielles dans la collaboration pour la mise en place des plans de soins. Ils travaillent avec l'équipe médicale pour créer et adapter les thérapeutiques selon les besoins des patients. Leur mission inclut l'analyse des effets indésirables des traitements, la modification des protocoles si nécessaire, ainsi que l'intégration des recommandations diététiques, pharmacologiques et psychologiques.

Les IPA sont souvent les points de contact principaux pour les patients, ce qui leur permet de recueillir des informations précieuses sur l'efficacité des interventions et de les communiquer aux autres professionnels de santé pour un ajustement optimal du plan de soins (34).

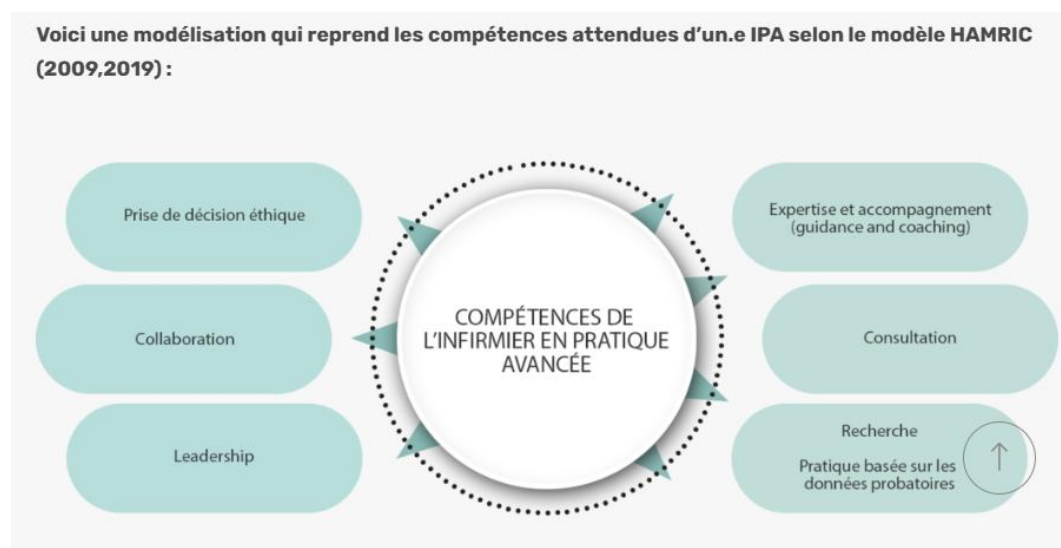


Figure 4: modélisation des compétences IPA selon le modèle HAMRIC

Cette intégration souligne l'importance des IPA dans le système de santé et de leur impact sur le parcours de soins.

IV. Problématique et hypothèse

La profession infirmière évolue continuellement, notamment avec l'émergence de nouvelles pratiques avancées. L'IPA, est un professionnel de santé titulaire d'un master, lui permettant d'exercer des missions élargies, en particulier dans la gestion de soins complexes.

Dans le contexte des MICI, la nutrition joue un rôle : elle peut à la fois prévenir certaines complications et, paradoxalement, en aggraver d'autres.

Selon l'étude GETAID (5) , l'incidence des MICI ne cesse d'augmenter, entraînant une prise en charge de plus en plus complexe, qui affecte la qualité de vie des patients. Elle engendre également des coûts importants pour la société, notamment avec l'augmentation de l'utilisation des biothérapies. Cette étude nous indique qu'il existe un manque de multidisciplinarité, et l'éducation thérapeutique. Seulement 61 % des centres proposent une activité dédiée à l'éducation thérapeutique, avec un manque de diététiciens également noté dans 24 % des centres.

L'étude révèle plusieurs défis à venir, tels que :

- Le Vieillissement de la population MICI : L'âge médian est maintenant de 40 ans.
- Une augmentation constante du nombre de patients : une prise en charge adaptée devient indispensable.
- Une transition vers des soins ambulatoires : il est nécessaire de réduire les hospitalisations au profit des consultations en ambulatoire.

Dans ce contexte, l'IPA pourrait jouer un rôle dans l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses :

- Son expertise lui permet d'intervenir à différentes étapes du parcours de soins, du diagnostic au suivi post-hospitalisation, en passant par l'adaptation des traitements nutritionnels.
- Une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé (gastro-entérologues, diététiciens, pharmaciens, psychologues) pourrait renforcer l'efficacité des interventions nutritionnelles et améliorer la qualité de vie des patients.
- L'intégration de l'IPA au sein d'équipes pluridisciplinaires contribuerait à proposer des stratégies nutritionnelles personnalisées et à prévenir les complications liées à la dénutrition.

Ainsi, grâce à son approche globale et sa capacité d'adaptation aux besoins individuels des patients, l'IPA apparaît comme un acteur pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de MICI.

La question de recherche est donc : **Dans quelle mesure, les interventions des IPA pourraient-elles contribuer à optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale ?**

V. Méthode et matériel

1. Type d'étude

Pour aborder cette problématique, une étude rétrospective non interventionnelle a été réalisée, adoptant une approche qualitative multicentrique.

Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés auprès des hépato-gastro-entérologues et des diététiciens, jusqu'à atteindre la suffisance des données.

Cette approche a permis d'identifier les perceptions et les attentes liées au rôle des IPA en matière de nutrition, tout en soulignant la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire pour assurer un suivi optimal des patients.

La démarche méthodologique a été basée sur une analyse thématique hypothético-déductive et inductive.

2. Objectif principal

Cette recherche, avait pour objectif principal de démontrer que les compétences de l'IPA permettraient d'améliorer le suivi nutritionnel chez les patients atteints de MICI.

3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- D'identifier les obstacles ou freins potentiels que pourrait rencontrer l'IPA lors de la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles auprès des patients souffrant de pathologies chroniques intestinales.
- D'évaluer la collaboration interprofessionnelle entre IPA, diététiciens et autres professionnels de santé pour optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients concernés.
- De développer un guide pour aider les IPA à améliorer la prise en charge nutritionnelle.

4. Législation

Il s'agissait d'une étude rétrospective non interventionnelle car nous avons analysé les expériences et les ressentis des professionnels de santé, sans intervenir dans les traitements ou les conditions des participants.

Conformément à la loi Jardé en France, ce type d'étude n'a pas nécessité l'approbation d'un comité éthique ou de déclaration au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Une demande a été établie uniquement auprès du DPO (délégué à la protection des données) de l'Université, (mis en annexe I) sous la Référence Registre DPO : 2024-219.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis transcrits pour une analyse approfondie. Les fichiers audios seront supprimés après la soutenance de l'étude. Les transcriptions ont été rendues anonymes pour assurer la confidentialité et la protection des données personnelles des participants.

5. Choix de la population

La population choisie pour cette étude a été composée d'hépatogastro-entérologue et d'une diététicienne.

Les critères d'inclusion ont été :

1. Professionnels de santé qualifiés :

- Gastro-entérologues ayant terminé leur formation spécialisée.
- Diététiciens agréés avec une formation pertinente en nutrition clinique.

2. Expérience professionnelle :

- Au moins 3 ans d'expérience dans les domaines de la gastro-entérologie ou de la nutrition.

3. La pratique :

- Avoir travaillé dans un cadre clinique (hôpital, clinique, cabinet) traitant des patients avec des troubles gastro-intestinaux.

4. Consentement éclairé :

- Avoir donné leur consentement pour participer à l'étude et partager des informations relatives à leur pratique.

Les critères d'exclusion ont été :

- Les gastro-entérologues en formation ou non certifiés. Les diététiciens n'ayant pas une spécialisation ou une expérience pertinente en gastro-entérologie.
- Les professionnels qui travaillent uniquement dans des domaines non cliniques, comme la recherche fondamentale ou les tâches administratives.

- Les professionnels participant déjà à une étude similaire qui pourrait influencer les résultats de la recherche.
- Un potentiel de conflit d'intérêts qui pourrait compromettre l'intégrité de l'étude (partenariats avec des entreprises de produits gastro-intestinaux, etc.).
- Non consentement à l'étude

6. Méthode de recrutement

Les établissements soumis à l'étude étaient tout simplement l'établissement dans lequel j'ai exercé en tant qu'infirmière ainsi que celui dans lequel j'ai réalisé mon stage de 2eme année en tant qu'étudiante en pratique avancée.

Les participants de l'étude ont été joints par email ou directement sur leur lieu de travail. Ils ont reçu une lettre d'information (mis en annexe II) concernant les objectifs de l'étude ainsi que les modalités de mise en œuvre (enregistrement, anonymisation et sécurisation des données). Après avoir obtenu leur consentement pour participer à l'étude, un rendez-vous a été fixé entre l'investigateur et le participant.

7. Recueil et retranscription des données

Pour aborder la question de recherche, nous avons estimé que la réalisation d'entretiens semi-directif était la méthode la plus adéquate. Le guide d'entretien utilisé pour cette étude est disponible en Annexe III. Il a été réajuster après le 1^{er} entretien pour apporter une meilleure qualité des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel sur le lieu d'exercice de celui-ci. Les entretiens ont été anonymisés et enregistrés sur un dictaphone numérique.

Les participants ont été avertis que les enregistrements et les transcriptions seraient détruits à la fin de l'étude. Ils n'ont pas eu accès à la retranscription.

Les thèmes suivants ont été abordés :

- La prise en charge nutritionnelle
- L'impact potentiel des IPA sur la prise en charge nutritionnelle
- Perceptions et recommandations de la collaboration interprofessionnelles
- Les barrières potentielles

Il a été obtenu une suffisance des données permettant d'explorer la problématique et de mettre en évidence des tendances cohérentes parmi les professionnels interviewés. Toutefois, nous n'avons pas prétendu atteindre une saturation des données, car de nouveaux points de vue auraient pu émerger.

8. Analyse des données et validité des résultats

L'analyse des données a été faite selon la méthodologie du livre "initiation à la recherche qualitative en santé" sous la direction de Jean -Pierre LEBEAU(35).

Une triangulation des données a été effectuée, comprenant d'abord une analyse des résultats par l'investigateur principal, suivie d'une évaluation indépendante par deux autres chercheurs (une IPA d'oncologie et une étudiante IPA 2^{ème} année mention pathologies chronique stabilisée et polypathologie courante en soins primaires). Leurs analyses se trouve en Annexe IV et celle de l'investigateur en Annexe V. Ensuite, une discussion entre les chercheurs a eu lieu pour confronter leurs analyses et identifier les principaux thèmes émergents de l'étude.

9. Qualité de l'étude

L'évaluation de la qualité méthodologique de cette étude a reposé sur la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (mis en Annexe VI), permettant d'assurer une rigueur scientifique et une transparence optimale dans la présentation des résultats.

VI. Résultats et analyse de l'étude

Cette étude est menée auprès de six gastro-entérologues et d'une diététicienne.

En effet ce choix est fait car les gastro-entérologues étaient essentiels dans la prise en charge des MICI, en prenant en charge les patients sur les plans médical et thérapeutique, ce qui incluait souvent des aspects liés à la nutrition. Leur point de vue est crucial pour comprendre comment les interventions nutritionnelles s'intègrent dans le suivi des patients.

Les trois années d'expérience requise, permettent aux professionnels de santé interrogés d'avoir une connaissance approfondie des MICI, et d'avoir du recul sur la prise en charge nutritionnelle.

Sur les deux établissements interrogés, il y a 17 Gastro-entérologues. Parmi ces 17 professionnels :

- Un est en congé maternité,
- Une n'a pas les trois années d'expérience requis,
- Neuf ne répondent pas aux relances ou refusent de participer à l'étude (par manque de temps)
- Six acceptent de participer à l'étude

L'entretien avec la diététicienne explore quant à lui, son rôle spécifique dans le parcours des patients atteints de MICI et permet d'obtenir un point de vue sur cette question.

Les six entretiens menés auprès des gastro-entérologues permettent d'obtenir une suffisance des données, tandis que l'entretien avec la diététicienne met en avant un rôle spécifique en privilégiant la diversité des points de vue plutôt que la saturation.

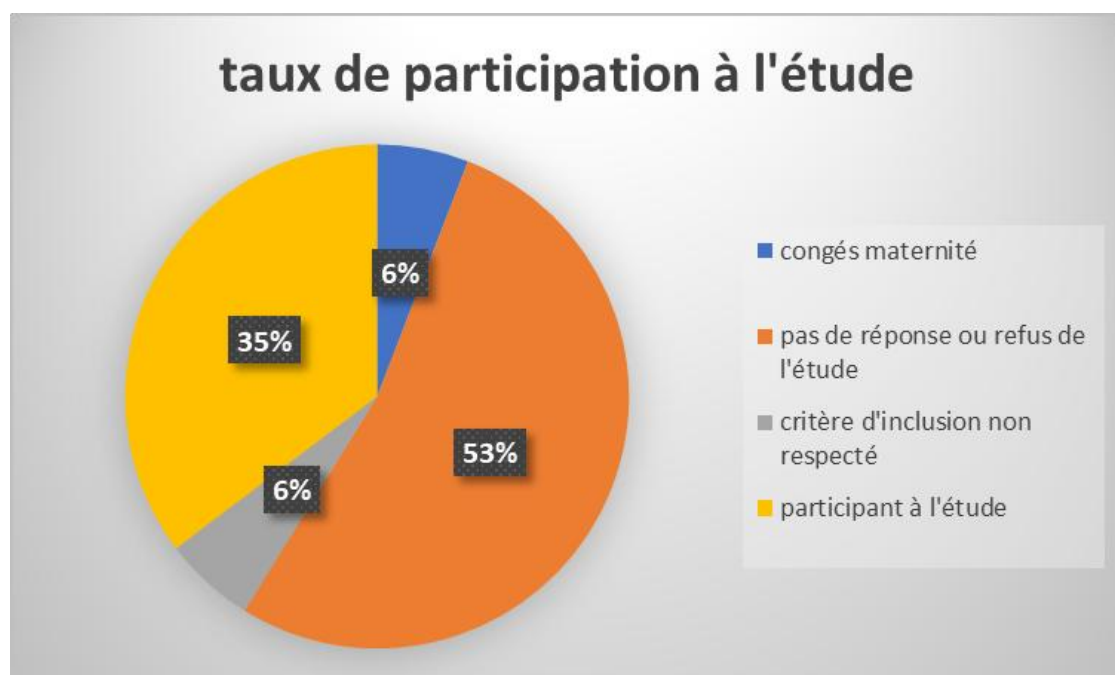


Figure 5: Taux de participation à l'étude

Les entretiens se déroulent entre décembre 2024 et mars 2025, en présentiel.

Tableau 3: caractéristiques des praticiens interviewer

Nom de l'interviewer	Année d'expérience	Profession	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien
PR1	3 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°1	9m46
PR2	10 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°1	9m10
PR3	3 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°1	8m32
PR4	25 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°2	8m47
PR5	25 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°2	10m40
PR6	3 ans	Gastro-entérologue	Centre hospitalier n°2	13m41
DIET 1	5 ans	Diététicienne	Centre hospitalier n°2	14m03

Moyenne

- Année d'expérience 10.5
- Durée d'entretien 10m45

Les résultats de ses entretiens permettent de faire ressortir plusieurs concepts :

- L'intégration de la nutrition dans la prise en charge des MICI
- Les difficultés rencontrées
- Le rôle des diététiciennes
- L'importance de l'éducation nutritionnelle
- La collaboration interdisciplinaire
- Le rôle des IPA
- L'impact sur la qualité de vie
- Les obstacles et les défis
- Les perspectives futures

Tableau 4: analyse des verbatims par thématique inductive

Verbatim	Etiquette thématique	Proposition de catégorie
Question 1 Comment intégrez-vous la nutrition dans la prise en charge des patients atteints de MICI Relance : utiliser vous des outils ou des questionnaires spécifiques ?	Albumine, Pré albumine Alimentation ultra-transformée Dénutrition, obésité IMC Poids Activité physique PEC globale	Dosage biologique Conseils diététiques Evaluation initiale Suivi clinique Recueil des habitudes alimentaire Outils de sensibilisation Promotion du mode de vie active Population spécifique(obésité)
Question 2 Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?	L'adhérence du patient Formation à la nutrition Absence études claires Manque de temps Disponibilité et l'interactivités des diététiciennes Régimes fantaisistes Informations médiatiques Fin des consultations en externes	Limites dans la formation des professionnels Manque de temps Adhérence du patient Accès aux diététiciennes Pratiques alimentaires, de régimes non recommandés Contraintes institutionnelle
Question 3 Quelle est l'implication actuelle des diététiciennes dans la gestion nutritionnelle des patients atteints de MICI ? Comment leur expertise s'intègre-t-elle dans le parcours de soins des patients? Relance : A quelle fréquence recommander vous un suivi nutritionnel ?	Implication limitée des diététiciennes en consultations Prise en charge nutritionnelle insuffisante Suppression des consultations en externe	Problème de coordination dans le suivi Contraintes institutionnelle
Question 4 Avez-vous remarqué des croyances ou des traditions alimentaires spécifiques parmi vos patients atteints de MICI ?	Restrictions alimentaires Adaptation de régimes Alimentation ultra-transformés Impact socio-économique	Effets négatifs des restrictions Qualité de vie altérés Croyance ou habitudes alimentaire
Question 5 Quelle est l'importance de l'éducation nutritionnelle dans la gestion des MICI ? Comment cette éducation est-elle dispensée aux patients dans votre pratique ?	Manque de connaissance et de temps Education nutritionnelle importante mais non faites Mise en place difficile Manque de coordination	Education nutritionnelle Collaboration insuffisante Manque de coordination Défis organisationnels (manque de temps)

<p>Question 6</p> <p>Racontez-moi, selon vous, Pourquoi la collaboration et essentielle pour la Prise en charge et les conséquences d'un manque de collaboration?</p>	<p>Prise en charge globale</p> <p>Importance du travail équipe</p> <p>Compétences complémentaires</p> <p>Prise en charge personnalisé</p>	<p>Collaboration importante pour la prise en charge du patient</p>
<p>Question 7</p> <p>Quelles tâches spécifiques pourraient leur être transférées aux IPA afin de renforcer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?</p>	<p>Ecoute</p> <p>Vérification des prescriptions</p> <p>Conseils nutritionnels, ETP</p> <p>Collaboration, coordination</p> <p>Complémentarité des diététiciennes</p>	<p>ETP</p> <p>Coordination</p> <p>Collaboration</p> <p>Disponibilité</p>
<p>Question 8</p> <p>Comment la prise en charge nutritionnelle influence-t-elle la qualité de vie des patients atteints de MICI ?</p>	<p>Problèmes de tolérance alimentaire</p> <p>Impact sur l'entourage</p> <p>Isolement social</p> <p>Conséquence sur la santé</p>	<p>Impact des troubles digestif sur la qualité de vie (psychologique, sociale)</p>
<p>Question 9</p> <p>Selon vous, quelle(s) serait(en)t la ou les principale(s) barrière(s) à l'intervention des IPA dans la prise en charge nutritionnelle des patients ?</p>	<p>Identification des rôles de chacun</p> <p>Profession émergentes difficulté a trouvé sa place</p> <p>Effet positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lien ville hôpital • Pas de barrière 	<p>Clarté des rôles</p> <p>Effet positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination • Fluidité de prise en charge
<p>Question 10</p> <p>Connaissez-vous ou avez-vous observé des cas où l'activité des IPA a eu un impact positif sur la prise en charge nutritionnelle des patients ? Si oui, pouvez-vous le décrire ?</p>	<p>Rôle de IPA bénéfique dans d'autre domaine</p> <p>Rôle historique des infirmières coordinatrices</p> <p>Fluidité du parcours</p>	<p>Coordination</p> <p>Evolution du rôle de coordinatrice vers IPA</p>
<p>Question 11</p> <p>Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder concernant ce sujet, ou des suggestions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?</p>	<p>Disponibilité</p> <p>Relais ville-hôpital</p> <p>Education thérapeutique</p> <p>Autre thématique à approfondir</p> <p>Redynamiser les services</p> <p>Manque de temps</p>	<p>Patient complexe</p> <p>Freins financiers à la consultation diététique</p> <p>Manque de temps</p>

VII. Analyse

La recherche qualitative menée auprès de six gastro-entérologues et d'une diététicienne a permis de faire ressortir des éléments concernant la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI. La problématique de cette étude, je le rappelle était de déterminer comment les IPA pourraient optimiser cette prise en charge. À travers les entretiens, plusieurs concepts ont émergé.

1. L'intégration de la nutrition dans la prise en charge des MICI

Les réponses des professionnels de santé concernant l'intégration de la nutrition ont révélé une diversité de pratiques.

Bien que cette dimension soit jugée importante par les gastro-entérologues, son intégration dans la pratique clinique demeure incomplète. Cela s'explique par le manque de formation en nutrition dans le cursus médical, comme l'indique PR2.

PR2 : « *ils ont tous des questions sur leur alimentation, mais j'avoue que nous on n'a pas dans notre cursus vraiment de formation à la nutrition* » lignes 19-20

Certains, comme PR1, PR3, PR4, PR6 utilisent des outils comme les dosages d'albumine, de préalbumine, la cinétique du poids, IMC pour évaluer la nutrition, tandis que d'autres, comme PR2 ne semblent pas utiliser d'outils standardisés, ni l'intégrer dans la prise en charge.

Concernant les outils utilisés, seul PR5 a mentionné l'utilisation de l'échelle SEFI.

PR1 : « *Moi, je fais des albumines à 100% de mes patients* » ligne 13 « *(...)C'est vraiment, moi cinétique du poids et l'albumine* » ligne 24

PR3 : « *le poids et l'IMC a chaque consultation* » ligne 17

PR4 : « *on fait un dosage de préalbumine.(...) Puis après, on calcule l'IMC aussi, qui est un bon indicateur* » lignes 34-35

PR6 : « *Je me base sur des critères (Euh) classiques type perte de poids et bilan biologique* » lignes 16-17 »

La prise en charge nutritionnelle était souvent perçue comme complémentaire au traitement médical, comme le souligne PR5 en affirmant que la nutrition doit être traitée au même titre que le traitement de fond.

PR5 : « *Au même titre que le traitement de fond* » ligne 12 ;
« *Je le dépiste et je le traite.* » Ligne 14

De plus, selon PR6, la prise en charge nutritionnelle devrait commencer dès le premier contact avec le patient, ce qui est crucial pour prévenir la dénutrition, fréquente dans cette population.

PR6 : « *La prise en charge nutritionnelle est très importante* » ligne 12
 « *prise en charge depuis le premier contact,* » lignes 12-13

Enfin, tous les professionnels de santé ne sont pas unanimes sur la fréquence de suivi :

PR1	1 fois / mois
PR2	2 fois/ ans
PR3	1 fois/ ans
PR4	2 fois/ ans
PR5	A chaque consultation se poser la questions
PR6	Pas forcément de suivi, sauf si ça vient du patient
DIET 1	Surveillance et alerte de la part de l'équipe a chaque consultation

Certains recommandent un suivi mensuel ou biennuel, tandis que d'autres l'envisagent uniquement lorsque le patient en fait la demande. Ce qui nous montre l'intérêt, d'avoir des recommandations professionnelles sur ce sujet, pour avoir une prise en charge universelle.

2. L'intégration de l'activité physique

Certains professionnels insistent sur l'importance de la remise en activité physique pour lutter contre l'obésité, la dénutrition ou la sarcopénie, qui impactent la qualité de vie et le pronostic de la maladie.

PR4 : « *il faut absolument les remettre en activité physique* » ligne 27 « *Donc c'est vraiment les deux pendants, nutrition et activité physique.* » Lignes 28-29

Les intervenants insistent également sur le rôle de l'alimentation dans la gestion des MICI, notamment en évitant les régimes restrictifs et en favorisant une alimentation équilibrée.

PR1 : « *On a certains patients qui continuent à se restreindre dans la prise de légumes* » lignes 57-58
PR4 : « *Oui, il y en a plein. (Euh) La plupart du temps, elles ne nous sont pas dévoilées* » ligne 51
PR5 : « *Des régimes d'exclusion inutilement prolongés* » ligne 55
PR6 : « *Je pense qu'il y a beaucoup* » ligne 54
DIET1 : « *souvent, beaucoup de restrictions, souvent des observances d'anciennes recommandations du siècle dernier* » lignes 48-49

Malgré cette reconnaissance, plusieurs obstacles persistent. La coordination entre professionnels, notamment entre diététiciens, médecin et spécialistes de l'activité physique, reste à renforcer.

Il apparaît donc important d'instaurer une démarche interdisciplinaire, où l'activité physique serait systématiquement associée aux recommandations nutritionnelles, dans le cadre d'un suivi personnalisé. La sensibilisation des équipes et la formation continue pourraient également faciliter cette intégration.

3. Les difficultés rencontrées

Les entretiens ont révélé plusieurs difficultés dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI. Tous ces éléments freinent une prise en charge optimale.

- L'adhérence des patients aux recommandations alimentaires, (**PR 1** : « *L'adhérence du patient* » ligne 29)
- Le manque de formation des gastro-entérologues en nutrition, (**PR 2** : « *j'avoue que nous on n'a pas dans notre cursus vraiment de formation à la nutrition* » lignes 19-20)
- Le temps limité consacré à cette dimension lors des consultations, (**PR 4** : « *c'est le manque de temps* » ligne 37)
- La disponibilité restreinte des diététiciennes et leur implication (PR2, PR4, PR5)
PR4 : « *insuffisante (pause) et pas coordonnée.* » Ligne 44 **PR5** : « *Pas, (pas) assez d'implications parce qu'elles ne sont pas assez nombreuses* » ligne 27
- Les croyances alimentaires des patients et les informations médiatiques souvent erronées, qui générèrent de la confusion et une certaine résistance. A ce sujet, tous les PR sont unanimes, et PR5 rajoute qu'il y a aussi des croyances chez les soignants. (**PR5** : « *Oui, ou chez les soignants* » ligne 55)
- Les contraintes institutionnelles, notamment la suppression des consultations externes, limitent encore davantage l'accès à un suivi nutritionnel approprié. **PR5** : « *notre directeur a supprimé les consultations diététiciennes* » lignes 41-42

4. Le rôle des diététiciennes

Malgré leur expertise reconnue, l'implication des diététiciennes demeure insuffisante, notamment en consultation externe (PR4, PR5).

PR4 : « *insuffisante (pause) et pas coordonnée.* » Ligne 44

PR5 : « *Pas, (pas) assez d'implications parce qu'elles ne sont pas assez nombreuses* » ligne 27

Les gastro-entérologues soulignent leur rôle mais insistent sur la nécessité d'une meilleure coordination et d'une communication fluide entre les différents acteurs impliqués (PR4, PR6). Une meilleure intégration des diététiciennes dans le parcours de soins pourrait améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients.

PR4 : « *et le manque, je dirais, d'interactivité avec les diététiciennes* » ligne 38-39 « *Quand on ne collabore pas bien, on ne fait pas bien* » ligne 63

PR6 : « *Parce que chacune et chacun d'entre nous, on voit en priorité notre partie* » ligne 69 « *parfois, on n'a pas le temps, on n'a pas l'approche nécessaire. On ne peut pas tout connaître en même temps.* » lignes 70-71

« *c'est important pour le patient de s'en sentir entouré dans une équipe.* » ligne 72

5. L'importance de l'éducation nutritionnelle

L'intégration de la nutrition dans la gestion des MICI, révèle des pratiques variées parmi les professionnels de santé.

L'éducation nutritionnelle apparut essentielle pour sensibiliser les patients atteints de MICI à l'importance d'une alimentation équilibrée et pour prévenir les comportements alimentaires inadaptés. Tous les professionnels sont unanimes à ce sujet.

PR3 : « *c'est important* » ligne 46

PR4 : « *Je pense qu'elle est très importante* » ligne 58

PR5 : « *c'est important* » ligne 67

PR6 : « *C'est un rôle central* » ligne 77

Cependant, malgré son importance, l'éducation nutritionnelle reste souvent mal intégrée dans la prise en charge des patients (PR2, PR4, DIET 1).

PR2 : « *C'est vrai que nous, on ne l'intègre pas* » ligne 45

PR4 : « *mais qu'on ne la fait pas très bien,* » ligne 58

DIET 1 : L'Education est-elle dispensée aux patients « *Malheureusement, non* » ligne 58

Les résultats mettent en évidence plusieurs obstacles à l'intégration de l'éducation nutritionnelle, notamment :

- Un manque de coordination entre les professionnels de santé
- Et le temps limité qui y est consacré lors des consultations

Les gastro-entérologues, tels que PR3 et PR4, soulignent également un déficit en ressources, ce qui complique la mise en œuvre de programmes éducatifs.

PR2 : « *Peut-être par manque de temps aussi* » ligne 47

PR3 : « *c'est difficile à mettre en place* » ligne 47-48

PR4 : « *mais qu'on ne la fait pas très bien, et notamment par manque de coordination* » lignes 58-59

PR6 : « *Pour nous, peut-être un travail à tous les jours* » lignes 81-82

Dans ce contexte, les IPA pourraient apporter des solutions. Leur rôle serait de sensibiliser les patients à travers des séances dédiées, de leur transmettre des informations fiables et de les guider dans la correction des idées reçues sur l'alimentation, souvent influencées par des sources peu fiables telles que les médias.

PR6 : « *Le nombre d'informations qu'on retrouve sur les médias, sur les différents régimes, soit très restrictifs,* » lignes 21-22

Cette approche favoriserait une meilleure compréhension et une mise en pratique des recommandations nutritionnelles, tout en améliorant la qualité globale des soins.

De plus, PR5 insiste sur une prise en charge précoce pour éviter les complications que confirme PR6 en le soulignant explicitement.

PR5 : « *c'est important, parce que le patient lui-même doit dépister ce qui ne va pas* » ligne 67

PR6 : « *C'est un rôle central parce que si on ne mange pas bien, ça peut déclencher des poussées.* » lignes 77-78

En structurant cette éducation et en l'intégrant pleinement dans le suivi des patients, les IPA renforceront l'efficacité de l'éducation nutritionnelle auprès des patients et combleront les lacunes actuelles.

6. La Collaboration interdisciplinaire

Cette recherche avait pour objectif secondaire, rappelons-le, d'évaluer la collaboration interprofessionnelle entre infirmières en pratique avancée, diététiciens et autres professionnels de santé pour optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients concernés.

Ce mémoire met en avant l'importance d'une approche interdisciplinaire pour assurer une prise en charge globale et efficace des patients atteints de MICI.

Les gastro-entérologues admettent que la collaboration en équipe est importante pour offrir une réponse adaptée aux besoins complexes des patients.

Ce mode de collaboration favorise également l'amélioration des pratiques cliniques et encourage l'innovation dans la prise en charge.

PR1 : « *C'est en fait, on travaille ensemble. Finalement, peu importe qui se rend compte* » lignes 95-96

PR2 : « *pour bien prendre en charge le patient, ils font une prise en charge globale et ça fait intervenir pas mal de compétences* » lignes 58-59

PR3 : « *Parce qu'ils peuvent répondre à des questions auxquelles moi, je ne peux pas répondre. Et je n'ai pas le temps de faire le point, de vérifier tous les problèmes.* » Ligne 59-60

PR5 : « *plus de chances de réussite du plan thérapeutique pour le patient,* » ligne 81

PR6 : « *c'est important pour le patient de s'en sentir entouré dans une équipe.* » Ligne 72

Dans ce contexte, les IPA ont un rôle stratégique à jouer. Grâce à leur capacité de leadership, elles renforceraient la coordination des soins et amélioreraient l'accès aux ressources nécessaires, notamment celles fournies par les diététiciennes (PR6, DIET 1).

PR6 : « *Parce que chacune et chacun d'entre nous, on voit en priorité notre partie* » ligne 69

« *parfois, on n'a pas le temps, on n'a pas l'approche nécessaire. On ne peut pas tout connaître en même temps.* » lignes 70-71

« *c'est important pour le patient de s'en sentir entouré dans une équipe.* » Ligne 72

DIET1 : « *C'est qu'en fait, le patient est regardé chacun par, on va dire, le trou de la serrure, ...Et du coup, quand il n'y a pas de synthèse..., on ne peut pas forcément s'entendre ...le projet thérapeutique..., c'est individualisé, personnalisé. Donc, normalement, on devrait être, (Euh) je trouve, davantage informé, Parce que souvent, on est appelé pour faire une prise en charge aiguë, ...Il n'y a pas de rendez-vous donné systématiquement. Donc, les gens sont perdus, ...Puis souvent, on a l'impression que du coup, on arrive, on doit mettre le gyrophare, ..., ça devient urgent. parce qu'on a manqué certainement de faire du dépistage, du risque, même du risque nutritionnel* » lignes 61-75

En somme, cette collaboration multidisciplinaire est un facteur essentiel pour optimiser la qualité des soins et répondre de manière holistique aux attentes des patients.

Une approche multidisciplinaire coordonnée est essentielle pour relever les défis de la prise en charge des MICI.

7. Impact sur la qualité de vie des patients

Les résultats ont montré que la prise en charge nutritionnelle a un impact direct sur la qualité de vie des patients atteints de MICI (PR2, PR4, PR5, DIET1).

PR2 : « *je pense que ça peut les aider dans leur quotidien* » ligne 76

PR4 : « *c'est un retentissement majeur* » ligne 79

PR5 : « *ils font souvent plus d'infections, ils sont souvent plus hospitalisés. S'ils sont hospitalisés, il n'y a plus de complications, la durée s'allonge, donc ça influence leur qualité de vie* » lignes 95-97

DIET1 : « *Souvent, elle atteint beaucoup, parce que déjà, si c'est un patient, ..., mais en plus, quand il a son entourage, il y a un impact avec l'entourage,* » lignes 84-86

Les troubles digestifs liés à une mauvaise nutrition peuvent conduire à un isolement social et à des problèmes psychologiques, ce qui renforce la nécessité d'une approche holistique.

Dans ce cadre, les IPA, en intégrant des conseils nutritionnels dans leur pratique, peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patients, en leur permettant de mieux gérer les symptômes, de réduire l'isolement social et de favoriser leur bien-être général.

8. Rôle des IPA

Cette recherche vise principalement à démontrer que les compétences des IPA peuvent contribuer à améliorer le suivi nutritionnel des patients atteints de MICI.

Rappelons les compétences de l'IPA :

- L'évaluation clinique
- La prescription
- Le suivi et l'adaptation des thérapeutiques
- La coordination des soins
- L'éducation et prévention
- La recherche et l'innovation
- La formation

Grâce à leur capacité d'écoute (PR2), les IPA sont en mesure d'évaluer régulièrement l'état nutritionnel des patients et de recueillir des informations sur leurs habitudes alimentaires. Cela leur permettrait d'ajuster efficacement les recommandations théoriques aux besoins pratiques individuels (PR3).

PR2 : « *d'avoir quelqu'un qui soit peut-être un peu plus à leur écoute* » lignes 64-65

PR3 : « *il peut y avoir de l'éducation nutritionnelle, pour faire le point.* » Lignes 68-69

PR4 : « *Donc, être un complément (Euhh) des diététiciennes* » ligne 70

PR5 : « *Vous pourriez être l'interlocuteur privilégié.* » lignes 90-91

PR6 : « *ça fait partie de l'éducation thérapeutique en fin de compte* » ligne 95

DIET1 : « *le rôle de coordination du parcours de tous ces patients* » ligne 78

De plus, les IPA, de par leur leadership, peuvent améliorer la communication avec les diététiciennes, garantissant ainsi le partage des informations essentielles tout au long du parcours thérapeutique.

Leur capacité à analyser des situations complexes leur permet également d'utiliser des outils spécifiques, tels que les dosages biologiques (albumine, préalbumine) ou des indicateurs comme l'IMC et le poids, afin de détecter les risques de dénutrition ou d'obésité.

Par leur intervention, et leurs compétences, elles renforceraient la prise en charge globale, répondant de manière optimale aux besoins des patients sur le plan nutritionnel.

9. Obstacles et défis

Nous avons identifié les obstacles et freins potentiels auxquels les IPA peuvent être confrontée dans la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles auprès des patients atteints de pathologies chroniques intestinales. Ce qui, pour rappel était un de nos objectifs secondaire.

Malgré les nombreux avantages que peut offrir l'implication des IPA dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI, plusieurs obstacles demeurent.

Parmi eux, on retrouve :

- Les perceptions de concurrence entre les diététiciennes et les IPA, ainsi que le manque de clarté concernant les rôles et responsabilités de chacun, ce qui constitua des freins importants à une collaboration efficace (PR4, PR6).
- Les tensions interprofessionnelles qui montrèrent qu'il était essentiel de clarifier les missions de chaque professionnel pour promouvoir un travail harmonieux.

PR4 : « *Il faudrait que les diététiciennes jouent le jeu et qu'elles ne voient pas l'IPA comme une concurrence* » lignes 82-83

PR6 : « *Parce que chacune et chacun d'entre nous, on voit en priorité notre partie* » ligne 69 « *parfois, on n'a pas le temps, on n'a pas l'approche nécessaire. On ne peut pas tout connaître en même temps.* » lignes 70-71 « *c'est important pour le patient de s'en sentir entouré dans une équipe.* » Ligne 72

La mise en place d'un cadre institutionnel structuré, encourageant le travail en équipe, est essentielle pour surmonter ces limitations et maximiser les synergies interprofessionnelles.

D'autres défis compliquent également la prise en charge nutritionnelle, notamment :

- Les contraintes institutionnelles,
- Le manque de formation spécifique des professionnels de santé,
- Les croyances alimentaires parfois erronées des patients.

VIII. Discussion

Les résultats de cette étude confirment ce qui est bien documenté dans la littérature : la prise en charge nutritionnelle chez les patients atteints de MICI reste marginale, malgré l'évidence de son importance.

En effet, la nutrition joue un rôle essentiel dans la prévention de la dénutrition, l'obésité, la réduction des symptômes inflammatoires et l'amélioration de la qualité de vie.

Pourtant, le manque de connaissances en nutrition parmi les professionnels de la santé constitue un obstacle dans leur travail quotidien. La variété des méthodes et le manque de directives accroissent la nécessité d'une approche plus structurée et uniforme.

1. Nécessité d'une prise en charge nutritionnelle intégrée

Les recommandations ESPEN (26), insiste sur l'évaluation systématique et personnalisée des besoins nutritionnels des patients. Cette approche permet de prévenir la dénutrition, d'optimiser la tolérance aux traitements et de réduire l'inflammation.

Ces principes rejoignent les conclusions de la littérature existante, qui souligne l'importance d'une évaluation nutritionnelle systématique chez les patients atteints de MICI pour améliorer les résultats cliniques (36).

Ainsi, les résultats confirment la nécessité d'une prise en charge nutritionnelle intégrée et coordonnée.

Toutefois, l'absence de régime universel applicable à tous les patients souligne l'importance d'une approche individualisée, adaptée aux différentes phases de la maladie et aux besoins spécifiques de chaque patient.

2. Rôle de l'activité physique et synergie avec la nutrition

L'intégration de l'activité physique constitue un levier complémentaire essentiel pour une prise en charge holistique. La pratique régulière d'une activité adaptée, comme la marche, contribue à réduire l'inflammation, améliore le bien-être psychologique, renforce la masse musculaire et limite la fatigue (37,38).

Lorsqu'elle est associée à des conseils nutritionnels pertinents, l'activité physique régulière présente un effet synergique : elle améliore la tolérance alimentaire, la force musculaire et améliore l'état psychologique, ce qui favorise une meilleure adaptation sociale et réduit l'impact psychologique de la maladie (37).

Pourtant, les patients atteints de MICI consacrent moins de temps à une activité physique modérée, comme la marche, par rapport aux recommandations pour la population générale (38).

3. Les obstacles rencontrés et le rôle des acteurs de santé

Malgré ces bénéfices potentiels, plusieurs obstacles freinent la mise en œuvre de ces stratégies, parmi eux on retrouve :

- Le manque de coordination interdisciplinaire, qui entraîne des difficultés dans la collaboration entre les différents professionnels de santé.
- La faible implication des diététiciennes, qui limite l'accès des patients à des conseils nutritionnels personnalisés.
- Le manque de ressources, qui réduit les possibilités de suivi et d'accompagnement nutritionnel.
- Les fausses croyances des patients ont un impact sur leurs choix alimentaires et nuisent à leur santé

La communication fluide et la collaboration entre les différents professionnels de santé sont essentielles pour surmonter ces défis. Les IPA jouent un rôle en tant que médiateurs ou facilitateurs, en assurant une meilleure coordination, en apportant leur expertise en évaluation et en éducation, et en renforçant la continuité des soins.

Face aux obstacles, tels que le manque de ressources ou la méconnaissance des bénéfices de la prise en charge nutritionnelle, il est primordial de mettre en place des stratégies éducatives ciblées, de sensibiliser patients et professionnels, et de clarifier les rôles de chacun. Ainsi, la mise en œuvre de stratégies éducatives et de sensibilisation, apparaît comme une étape essentielle qui améliore la qualité des soins et optimise la prise en charge globale des patients atteints de MICI (39).

4. Importance de l'éducation nutritionnelle et de la collaboration interprofessionnelle

L'éducation nutritionnelle, souvent négligée, doit être renforcée pour prévenir les comportements alimentaires inadaptés. La sensibilisation des patients par des séances d'information et d'échange, menées notamment par les IPA, améliorerait leur compréhension des recommandations et favoriserait leur adhésion aux traitements.

Dans cette optique, la collaboration interdisciplinaire, à travers des réunions régulières et une meilleure coordination, est également un facteur pour assurer une prise en charge cohérente, adaptée et efficace (40,41).

Les diététiciennes occupent une place centrale dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI, notamment dans l'évaluation nutritionnelle, la prévention des carences et l'éducation des patients. Leur expertise est précieuse pour adapter les régimes alimentaires en fonction des phases de la maladie (42).

Ces constats s'inscrivent dans la ligne des recommandations de l'ESPEN (26) , qui souligne le rôle des diététiciens dans la promotion d'une prise en charge nutritionnelle individualisée.

5. Impact sur la qualité de vie

Une prise en charge nutritionnelle adaptée a un impact positif significatif sur la qualité de vie des patients (11). Elle contribue à atténuer les troubles digestifs, à améliorer le bien-être psychologique et à favoriser une meilleure inclusion sociale.

En intégrant la nutrition et l'activité physique dans leur suivi, les professionnels de santé aident les patients à mieux gérer leurs symptômes, à réduire leur isolement social et à participer activement à leur traitement.

6. Rôle des IPA

Les IPA peuvent jouer un rôle dans l'amélioration du suivi nutritionnel.

Leur formation avancée et leur positionnement en interface entre patients, médecins et autres soignants leur permettent d'assurer :

- Un relais éducatif,
- Une coordination interprofessionnelle,
- Une vigilance sur les risques de dénutrition.

L'une des principales contributions des IPA réside dans leur capacité d'évaluation clinique approfondie, qui leur permet de détecter précocement des risques nutritionnels chez les patients MICI. Comme mentionne PR6, la nutrition joue un rôle fondamental dans la prévention et la gestion des poussées inflammatoires. Les IPA intégreraient des bilans biologiques systématiques (albumine, préalbumine, ferritine, vitamine D...) et surveilleraient l'évolution du poids, de l'IMC et des habitudes alimentaires.

Elles adapteraient et personnaliseraient les recommandations diététiques, en collaboration avec les diététiciens et les gastro-entérologues.

Il est essentiel d'identifier les régimes restrictifs inappropriés, car les croyances alimentaires ont un impact sur le traitement nutritionnel des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Selon PR5, il est important de souligner les risques liés à des régimes d'exclusion prolongés ainsi que l'importance d'une approche éducative pour éviter les carences nutritionnelles. Leur participation peut également compenser le manque d'accès aux diététiciens en proposant des séances éducatives et en s'assurant de la mise en pratique des recommandations nutritionnelles.

Un autre apport essentiel des IPA est leur capacité à éduquer les patients et à les accompagner sur le long terme dans leurs choix nutritionnels. Comme l'indiquent PR2 et PR5, les patients atteints de MICI reçoivent peu de conseils nutritionnels et ne bénéficient pas toujours d'un cadre éducatif structuré. Les IPA peuvent ainsi jouer un rôle dans l'éducation thérapeutique, en proposant des séances dédiées sur la nutrition et en aidant à déconstruire les croyances alimentaires erronées.

L'éducation peut notamment porter sur :

- Les principes d'une alimentation équilibrée, en évitant les régimes d'exclusion non justifiés.
- La gestion des symptômes digestifs et leur relation avec l'alimentation.
- L'importance de l'activité physique dans la prévention de la dénutrition et du surpoids.
- Les outils de suivi nutritionnel, tels que les applications ou carnets alimentaires.

Ce suivi permet aux patients de s'impliquer pleinement dans leur traitement, en les encourageant à suivre les recommandations et à adapter progressivement leur prise en charge en fonction de leurs besoins.

Enfin, l'intégration des IPA dans la prise en charge nutritionnelle des MICI permettent d'améliorer la qualité de vie des patients en réduisant les effets secondaires liés à la malnutrition et en les accompagnant vers des habitudes alimentaires adaptées. PR5 mentionne que la dénutrition impacte directement le bien-être physique des patients, augmentant le risque d'infections, de complications chirurgicales et d'hospitalisations prolongées.

Les IPA interviendraient pour :

- Anticiper les risques nutritionnels et prévenir la dénutrition avec un suivi régulier.
- Améliorer l'efficacité des traitements en adoptant des conseils nutritionnels aux besoins du patient.
- Favoriser une meilleure intégration sociale et émotionnelle, en travaillant avec les psychologues et les équipes de soin pour limiter l'impact psychologique de la maladie.

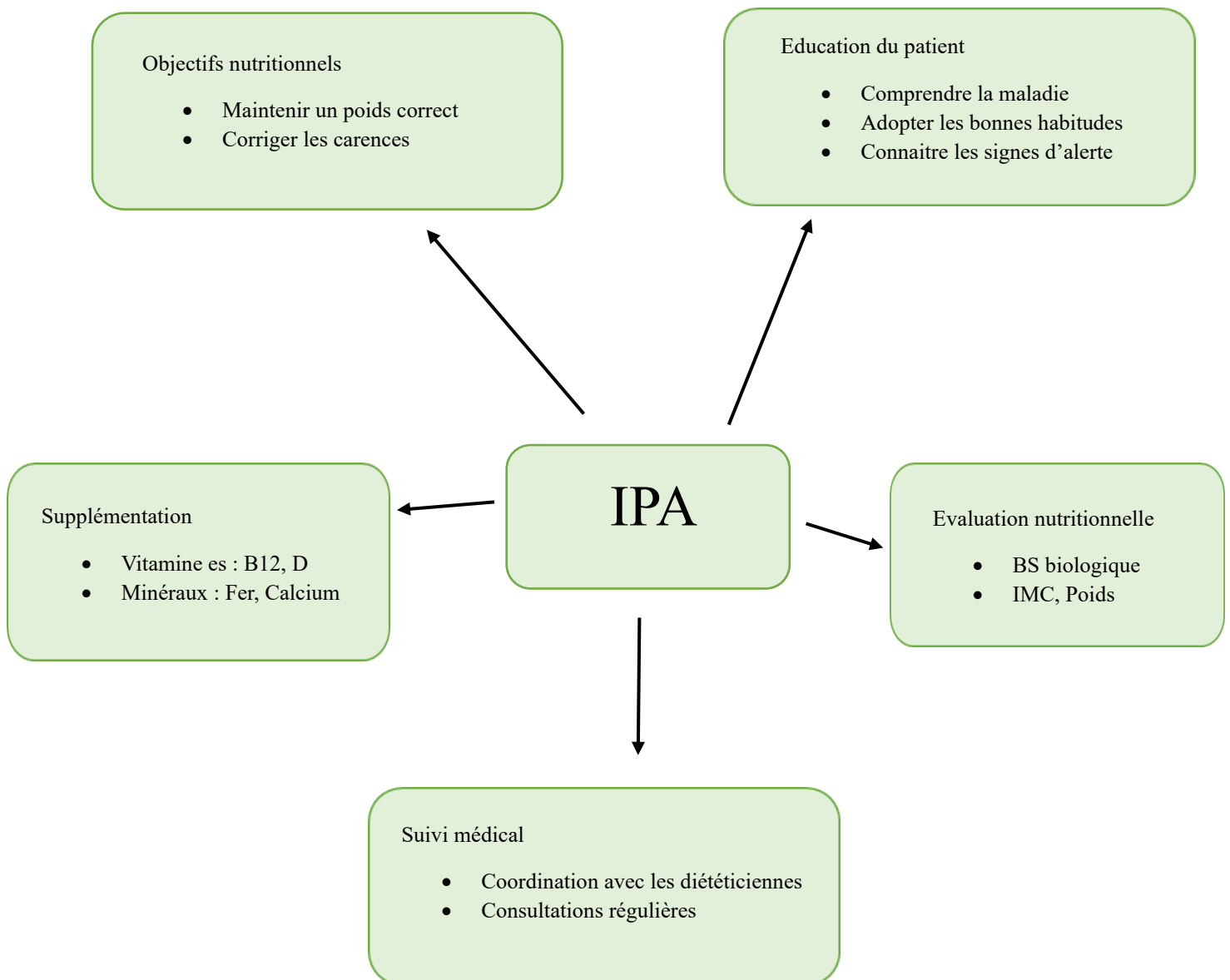
L'utilisation des IPA dans la prise en charge des patients atteints de MICI peut constituer une avancée importante. Leur rôle dans le suivi médical, la communication entre les différents professionnels de santé et l'éducation thérapeutique permettrait d'offrir un accompagnement personnalisé, plus efficace et mieux adapté aux besoins des patients.

7. Perspectives futures

Dans cette étude, un des objectifs secondaires est de développer un guide pour aider les IPA à améliorer la prise en charge nutritionnelle.

Ce que nous pouvons réaliser par un algorithme suivant :

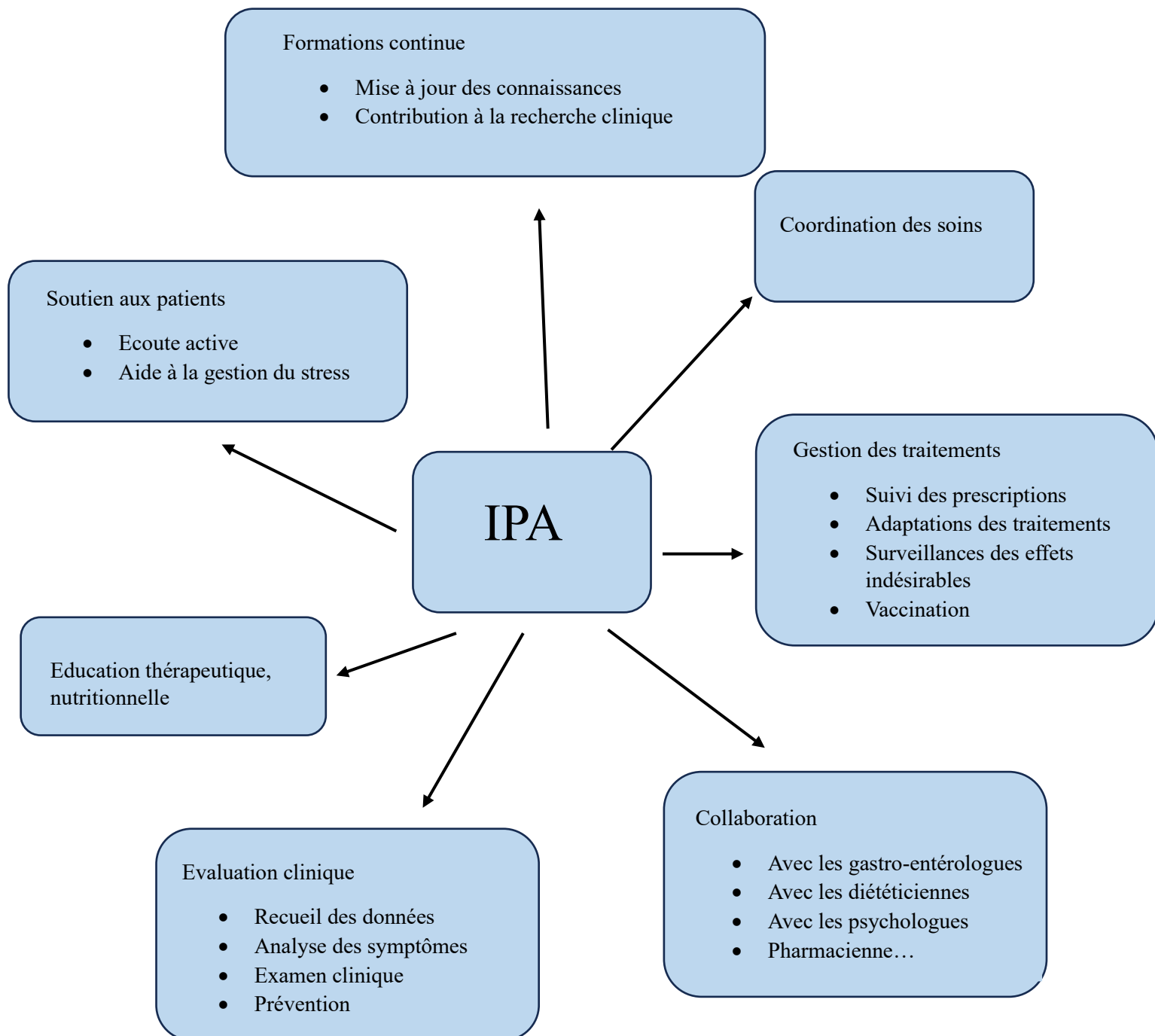
Figure 6 rôle de l'IPA dans la nutrition des patients atteints de MICI



Plus largement, cette étude met en évidence le rôle essentiel des IPA dans le suivi nutritionnel des patients atteints de MICI. Toutefois, les professionnels interrogés ont également souligné d'autre domaine où leur intervention pourrait être bénéfique, notamment en matière de prévention (vaccination, tabac) et dans l'accompagnement des aspects psychosociaux tels que la sexualité.

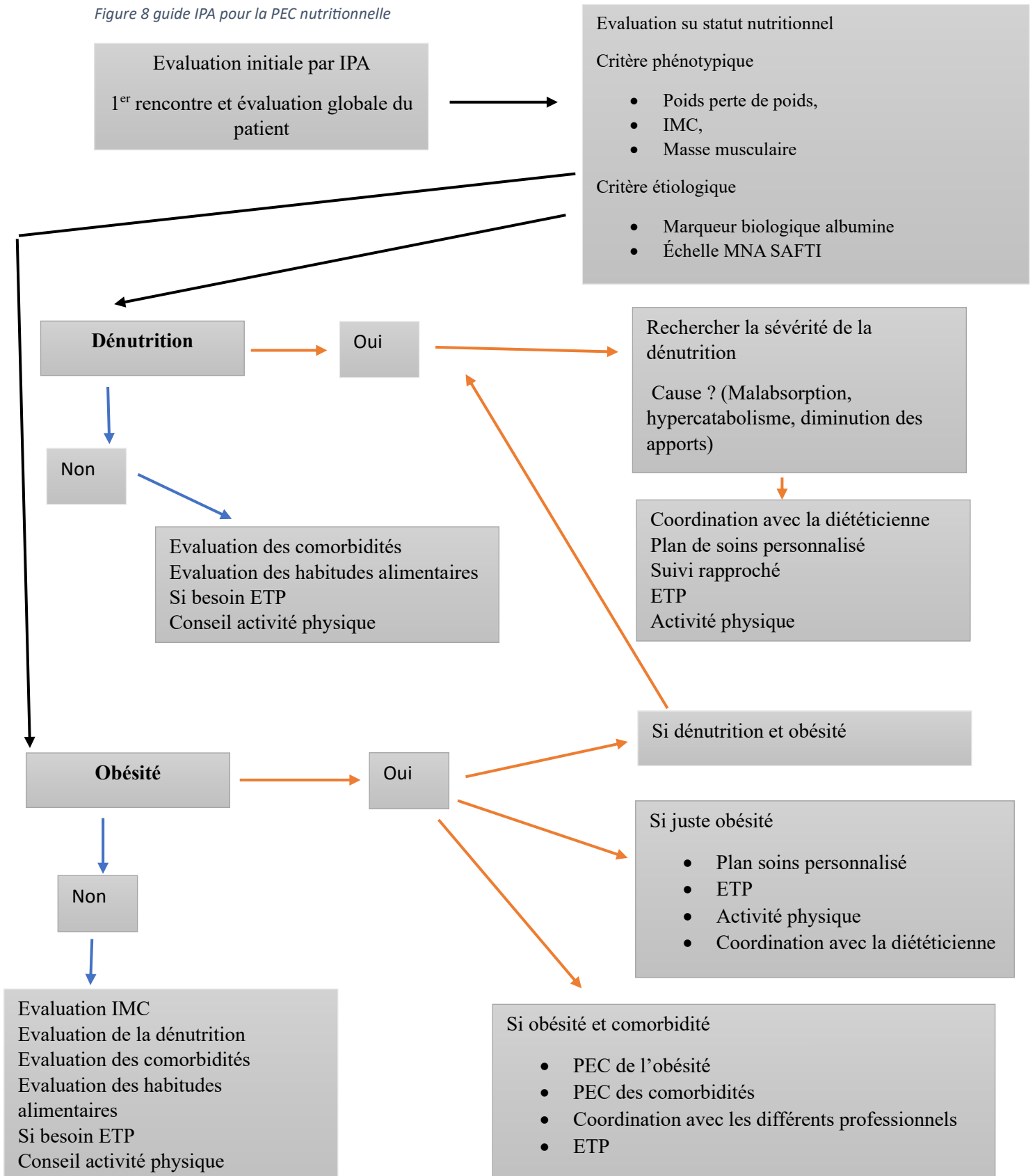
Ces observations, nous permettent d'élargir les champs d'intervention des IPA dans la prise en charge des MICI, ce qui a conduit à la conception d'un algorithme dédié à cette approche globale.

Figure 7 place de l'IPA chez les patients atteint de MICI



De même, un guide nutritionnel en suivant les recommandations professionnelles à été créé pour aider les IPA dans le suivi nutritionnel.

Figure 8 guide IPA pour la PEC nutritionnelle



8. L'IPA et MICI hors France

Dans plusieurs pays comme le Canada, les Etats-Unis, l'Australie, l'Allemagne, les infirmières « spécialisées » en MICI occupent une place au sein des équipes pluridisciplinaires. Leur rôle équivaut à celui des IPA en France, ce qui montre que l'intégration de ces professionnels dans la prise en soins des patients atteints de MICI est une approche déjà bien développée ailleurs.

En effet, les travaux de Rosso et al (43) ainsi que l'étude IBDBIO-ASSIST(44) illustrent l'impact de ces professionnels sur le parcours des patients atteints de MICI notamment sur le suivi personnalisé et l'éducation thérapeutique.

L'étude de Rosso et al. met en avant le rôle des « infirmières spécialisées » dans l'accompagnement des patients, en facilitant l'accès aux soins, en gérant les complications telles que les fistules, les stomies. De son côté, l'IBDBIO-ASSIST étude réalisée en Allemagne, vient renforcer ces observations en montrant que le suivi des patients par des « infirmières spécialisés » améliore leur qualité de vie sur le long terme.

Ces données viennent conforter les réflexions développées dans ce mémoire, en soulignant la nécessité d'une approche coordonnée et structurée des soins chez les patients atteints de MICI.

En intégrant d'avantage des IPA dans la prise en charge des patients atteints de MICI sur le plan nutritionnel et autre (vaccination, tabac, sexualité, psychologique), cela permettrait de répondre aux besoins croissants des patients.

En s'inspirant des modèles internationaux, le développement des IPA en hépato gastro-entérologie permettrait de :

- Améliorer l'accès aux soins en réduisant les délais de prise en charge
- Renforcer l'éducation thérapeutique
- Optimiser l'accompagnement des patients en assurant un suivi personnalisé

L'intégration des IPA dans la prise en soins des patients atteints de MICI pourrait contribuer à une meilleure qualité de vie et à une prise en soins plus efficiente, inspirée des modèles internationaux.

9. Forces et faiblesse (SWOT)

a) Forces

Les gastro-entérologues et diététiciennes travaillent ensemble pour une prise en charge complète des MICI.

Cette étude, nous montre l'importance de la nutrition mais, un manque de temps pour l'intégrer dans la prise en charge.

Travailler en équipe améliore la qualité des soins pour les patients.

b) Faiblesses

Les diététiciennes ne participent pas assez au suivi des patients, ce qui limite les soins nutritionnels. Par ailleurs, les gastro-entérologues manquent de formation en nutrition, ce qui peut impacter la prise en soins.

Le manque de temps et la disponibilité des diététiciennes compliquent encore davantage la coordination des soins.

En conséquence, les patients suivent souvent des régimes inappropriés, ce qui peut nuire à leur santé.

c) Opportunités

Pour améliorer la prise en charge des patients atteints de MICI, il est intéressant de proposer des formations professionnelles sur la nutrition, d'encourager les IPA à mieux coordonner le suivi nutritionnel, de développer des programmes éducatifs destinés aux patients, et d'utiliser des outils numériques pour suivre leur alimentation et leur état nutritionnel.

d) Menaces

Certains professionnels hésitent à changer leurs habitudes, ce qui freine l'intégration des IPA dans la prise en charge.

Les budgets réduits, la charge de travail et la diffusion d'informations dans les médias incorrectes rendent l'accès et le suivi des consultations diététiques difficile.

10. Limites et transférabilité de l'étude

Cette recherche qualitative présente des limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats et de leur applicabilité à d'autres contextes.

a) Limites de l'étude

Taille de l'échantillon : L'étude repose sur peu de participants (6 gastro-entérologues, 1 diététicienne), donc les résultats ne s'appliquent pas forcément à tous. Il n'a été obtenu que la suffisance des données et non la saturation. Bien que ces professionnels aient fourni des perspectives précieuses.

Biais de sélection : Le choix sélectif des participants lors du recrutement peut influencer les résultats et réduire la généralisation des conclusions.

Données qualitatives : Cette étude repose sur des entretiens semi-structurés, ce qui implique une certaine subjectivité dans l'analyse des réponses.

b) *Transférabilité des résultats*

Pour la recherche

- Approfondir l'impact des IPA avec des études quantitatives

Pour la pratique

- Intégrer les IPA dans le suivi des MICI pour un meilleur dépistage de la malnutrition
- Renforcer la collaboration entre IPA, diététiciens et gastro-entérologues
- Former les professionnels et créer des programmes d'éducation centrés sur la nutrition

Pour l'organisation des soins

- Améliorer la coordination ville-hôpital, avec un suivi régulier des patients MICI
- Personnaliser les soins

Pour l'enseignement et la formation

- Développer des modules spécialisés pour les IPA sur la prise en charge nutritionnelle

IX. Conclusion

Cette étude nous montre que la nutrition est essentielle dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Loin d'être un simple complément, elle doit devenir aussi fondamentale que le traitement de fond pour d'une prise en charge globale et efficace.

Cependant, certains obstacles subsistent, tels que le déficit en formation des professionnels de santé en matière de nutrition, une coordination insuffisante entre les équipes, ainsi que des croyances erronées concernant l'alimentation chez les patients.

Les IPA, peuvent améliorer le suivi nutritionnel des patients grâce à leur formation de niveau master, qui leur donne des compétences approfondies pour gérer des soins complexes.

En agissant comme le lien entre les médecins et les patients, et en offrant une éducation adaptée, elle aiderait à mieux gérer les symptômes et améliorerait la qualité de vie des patients.

Avec leur implication, elles peuvent jouer un rôle important dans l'optimisation des soins et le bien-être des patients atteints de MICI.

Il serait intéressant d'intégrer davantage d'IPA dans le suivi nutritionnel des patients atteints de MICI et de mener de futures recherches en incluant le point de vue des patients. Une telle approche pourrait transformer le parcours de soins et optimiser le bien-être des patients.

X. Bibliographie

1. Hamza S, Ayadi S, Mensi A, Bel Hadj Mabrouk E, Zaimi Y, Mouelhi L. Impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur la qualité de vie. Rev Médecine Interne. 1 déc 2023;44:A523.
2. Louis É, Marteau P. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Rueil-Malmaison: Doin; 2009. (Progrès en hépato-gastroentérologie).
3. Eric Ogier-Denis. Inserm. 2021. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/maladies-inflammatoires-chroniques-intestin-mici/>
4. Schneider SM. Nutrition et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : recommandations ESPEN. 2018;
5. de Chambrun GP, Rouillon C, Peyrin-Biroulet L, Bouhnik Y, Louis É, Laharie D, et al. ÉTAT DES LIEUX SUR LES MICI EN FRANCE: ENQUÊTE NATIONALE DU GETAID THE GETAID IBD NATIONAL SURVEY. 2019;
6. 2022_ assurance maladie: fiche_maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales Fiche pathologie Mise à jour le 26/06/2024 Cnam/DSES/DEPP.
7. Jean-Frédéric Colombel, Gwenola Vernier-Massouille, Antoine Cortot, Corinne Gower-Rousseau, Jean-Louis Salomez. Épidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. communication scientifique. 2007 .Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/epidemiologie-et-facteurs-de-risque-des-maladies-inflammatoires-chroniques-de-lintestin/>
8. 2022_carte-prevalence_maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales.pdf Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_carte-prevalence_maladies-inflammatoires-chroniques-intestinales.pdf
9. Méline F, Buysse M. Maladie chronique ou affection de longue durée ? Aide-Soignante. 1 févr 2023;37(244):10-1.
10. Kökten T, Hansmannel F, Melhem H, Peyrin-Biroulet L. Physiopathologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Hegel. 2016;N° 2(2):119.
11. Lourel M. La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin: Rech Soins Infirm. 1 mars 2007;N° 88(1):4-17.

12. Bonnaud G, Feuché N, Tesiorowski F, Costil G. Pratiques innovantes : l'accompagnement médical par le trépied du vivant dans les MICI/SII: Des recommandations en médecine intégrative. *Hegel*. 22 nov 2022;N° 4(4):404-10.
13. Témoignage de François Commentaire du Pr Stéphane Nahon Groupe hospitalier intercommunal Le RaincyMontfermeil, Montfermeil, France: vivre avec la maladie de crohn: la revue du praticien Vol. 73 _ Avril 2023 Disponible sur: https://solr.gmsante.fr/RDP/2023/4/RDP_2023_4_419.pdf
14. HAS Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus. nov 2021 .pdf . Disponible sur: https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
15. Séguy D. Nutrition. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. (Les référentiels des collègues).
16. Dr. A. D'Oro. Approches nutritionnelles des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI). mars 2017; Disponible sur: <https://www.lanutrition-sante.ch/approches-nutritionnelles-des-maladies-inflammatoires-de-lintestin-mici/>
17. Zallot C. Croyances et comportements alimentaires dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Sci Vivant Q-Bio* 2011 Hal-01733622.
18. Sarcopénie et MICI: *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 sept 2022;29(supplément 5):23-32.
19. MICI : vers une prise en charge holistique: *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 sept 2022;29(supplément 5):5-7.
20. Dossier élaboré selon les conseils scientifiques du Pr Éric Fontaine. titre: dénutrition de l'adulte. la revue du praticien oct 2022.pdf Disponible sur: https://solr.gmsante.fr/RDP/2022/8/RDP_2022_8_849.pdf
21. Doc Jean Baptiste Bonnet, Pr Ariane Sultan, Pr Antoine Avignon , Item 249 modification thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique)chez l'adulte et l'enfant la revue du praticien Vol. 74 _ Mai 2024 Disponible sur: https://solr.gmsante.fr/RDP/2024/5/RDP_2024_5_551.pdf
22. Chaabane NB, Amor SB, Mansour WB, Bouhleb W, Gueddiche A, Zakhama M, et al. Quel régime alimentaire pour les patients atteints de MICI ? *2020*;27.
23. Godala M, Gaszyńska E, Durko Ł, Małeczka-Wojcieszko E. Dietary Behaviors and Beliefs in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Med*. 14 mai 2023;12(10):3455.
24. Obésité et MICI : conséquences et prise en charge: *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 sept 2022;29(7):792-7.

25. Sequier L, Caron B, Caillo L, Altwegg R, Peyrin-Biroulet L, Meyre D, et al. IBD and obesity: the vicious cycle. *Hépatogastro Oncol Dig.* janv 2024;31(1):33-42.
26. Bischoff SC, Bager P, Escher J, Forbes A, Hébuterne X, Hvas CL, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr.* mars 2023;42(3):352-79.
27. 240618_bilan_pnns_4_impression.pdf . Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/240618_bilan_pnns_4_impression.pdf
28. Seksik P. Microbiote intestinal et MICI. *Gastroentérologie Clin Biol.* sept 2010;34(4):48-55.
29. Aghnatos M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique.* 2021;33(4):547-58.
30. Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
31. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé Publique.* 26 mars 2015;1(HS):105-10.
32. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
33. Recommandations implantation IPA: Guide d'implantation de la fonction d'infirmier en pratique avancée Version définitive 122019 ARS.
34. UNIPA. LE MÉTIER. UNIPA. Disponible sur: <https://unipa.fr/le-metier/>
35. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
36. McClave SA. Nutritional Assessment in Inflammatory Bowel Disease: Application of Nutrition Strategies to the Management of the Difficult Crohn's Patient. *Am J Gastroenterol.* juin 2007;102(s1):S88-93.
37. ACTIVITÉ PHYSIQUE PRÉVENIR LA SÉDENTARITÉ ET SES CONSÉQUENCES fiche 15 .pdf association AFA crohn RCH.pdf 2019.pdf.
38. Marie-Pierre PINGANNAUD (Marseille)CREGG MICI fiche-sport-et-mici.Révision 2018 N°22.pdf.
39. Prise en charge nutritionnelle et diététique dans les MICI C. Bergoin*, C. Chambrier*, G. Boschetti**, X. Roblin***, B. Flourié**, S. Nancey**, P. Faure**** *Service de Nutrition Clinique Intensive - CHU de Lyon - Services d'Hépatogastroentérologie

CHU de Lyon - *CHU de St Etienne et ****Clinique Saint Jean Languedoc de Toulouse Révision 2017 N°20.

40. Gagnier JP, Roy L. Réflexion sur la collaboration interdisciplinaire: Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 7 oct 2013;n° 50(1):85-104.
41. Le Bihan É. Avec et pour leurs patients, des équipes pluridisciplinaires se mobilisent...: Cliniques. 1 mars 2012;N° 3(1):58-83.
42. Association AFA, Alimentation-et-MICI-Les-rôles-du-diététicien-nutritionniste-.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.afa.asso.fr/wp-content/uploads/2021/11/Alimentation-et-MICI-Les-ro%CC%82les-du-die%CC%81te%CC%81ticien-nutritionniste-.pdf>
43. Rosso C, Aaron AA, Armandi A, Caviglia GP, Venero M, Saracco GM, et al. Inflammatory Bowel Disease Nurse—Practical Messages. Nurs Rep. 1 avr 2021;11(2):229-41.
44. Bokemeyer B, Plachta-Danielzik S, Steiner IM, Pohlschneider D, Urzica E, Hartmann P, et al. Inflammatory bowel disease (IBD) patients with impaired quality of life on biologic therapy benefit from the support of an IBD nurse specialist: Results of a randomised controlled trial in Germany (IBD_{BIO-ASSIST} study). Aliment Pharmacol Ther. mai 2024;59(9):1082-95.

XI. Table des matières détaillées

Remerciements

Sommaire

I.	Glossaire.....	1
II.	Avant-propos	2
III.	Introduction	3
1.	Contexte	3
2.	Les pathologies Chroniques intestinales	4
a)	Définition	4
b)	Physiopathologie	4
c)	Les facteurs de risque et comorbidités	5
d)	Conséquences des MICI sur la santé.....	5
e)	Prise en charge non médicamenteuse des patients atteints de MICI.....	6
3.	La nutrition dans les pathologies chroniques intestinales	7
a)	Généralité	7
b)	Impact des MICI sur l'état nutritionnel.....	8
c)	Carences nutritionnelles et risques associés.....	9
d)	Comportements alimentaires inappropriés.....	9
e)	Obésité chez les patients MICI.....	11
f)	L'importance d'une alimentation équilibrée	12
g)	L'importance de l'accompagnement	12
h)	L'évaluation nutritionnelle	13
i)	Les Recommandations	13
4.	L'intervention en pratique avancée	15
a)	Définition et cadre législatif.....	15
b)	Évaluation clinique.....	16
c)	Gestion des cas complexes	16
d)	Coordination avec les professionnels de santé	17
e)	Collaboration dans la mise en place du plan de soins	17
IV.	Problématique et hypothèse	18
V.	Méthode et matériel.....	19
1.	Type d'étude	19
2.	Objectif principal.....	19

3.	Objectifs secondaires.....	19
4.	Législation.....	20
5.	Choix de la population	20
6.	Méthode de recrutement.....	21
7.	Recueil et retranscription des données	21
8.	Analyse des données et validité des résultats.....	22
9.	Qualité de l'étude	22
VI.	Résultats et analyse de l'étude	23
VII.	Analyse.....	27
1.	L'intégration de la nutrition dans la prise en charge des MICI	27
2.	L'intégration de l'activité physique.....	28
3.	Les difficultés rencontrées.....	29
4.	Le rôle des diététiciennes	30
5.	L'importance de l'éducation nutritionnelle	30
6.	La Collaboration interdisciplinaire.....	32
7.	Impact sur la qualité de vie des patients.....	33
8.	Rôle des IPA.....	34
9.	Obstacles et défis.....	35
VIII.	Discussion	36
1.	Nécessité d'une prise en charge nutritionnelle intégrée	36
2.	Rôle de l'activité physique et synergie avec la nutrition.....	36
3.	Les obstacles rencontrés et le rôle des acteurs de santé	37
4.	Importance de l'éducation nutritionnelle et de la collaboration interprofessionnelle...	37
5.	Impact sur la qualité de vie	38
6.	Rôle des IPA.....	38
7.	Perspectives futures.....	40
8.	L'IPA et MICI hors France	43
9.	Forces et faiblesse (SWOT)	44
a)	Forces	44
b)	Faiblesses	44
c)	Opportunités	44
d)	Menaces.....	44
10.	Limites et transférabilité de l'étude	45
a)	Limites de l'étude	45
b)	Transférabilité des résultats.....	45

IX. Conclusion.....	46
X. Bibliographie	
XI. Table des matières détaillées	
XII. Table des illustrations	
XIII. Annexes.....	I
Annexe I registre DPO	I
Annexe II lettre d'information.....	II
Annexe III grille d'entretien semi directif V1 et V2	III
Annexe IV QR code verbatim	V
Annexe V résultats des verbatims.....	VI
Annexe VI grille CORECQ	XV
XIV. Résumé	

XII. Table des illustrations

Tableau :

Tableau 1: effectifs et taux bruts des personnes prise en charge pour une MICI par classe âge en 2022	3
Tableau 2: prévalences standardisées des personnes prise en charge pour une MICI par département en 2022.....	3
Tableau 3: caractéristiques des praticiens interviewer	24
Tableau 4: analyse des verbatims par thématique inductive	25

Figure :

Figure 1: représentation schématique de la physiopathologie des MICI	4
Figure 2: parmi les personnes PEC pour une MICI, pourcentage de personnes avec au moins.....	5
Figure 3 classification de l'obésité selon l'OMS.....	7
Figure 4: modélisation des compétences IPA selon le modèle HAMRIC	17
Figure 5: Taux de participation à l'étude	23
Figure 6 rôle de l'IPA dans la nutrition des patients atteints de MICI	40
Figure 7 place de l'IPA chez les patients atteint de MICI	41
Figure 8 guide IPA pour la PEC nutritionnelle.....	42

XIII. Annexes

Annexe I registre DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Amélioration de la prise en charge nutritionnelle : Enjeux et perspectives des infirmières en pratiques avancées auprès des patients atteints de pathologies chroniques intestinales
Référence Registre DPO : 2024-219
Responsable scientifique : Mme Juliette VERLYNDE Interlocuteur (s) : Mme Amandine LEDOUX-SEVEN

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 21 novembre 2024

Délégué à la Protection des Données

Annexe II lettre d'information

Lettre d'information

Bonjour, je suis ledoux amandine, étudiante en Master infirmière en pratique avancée (IPA) en 2^{ème} année.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'optimisation que pourraient avoir les IPA sur la prise en soins nutritionnel dans la maladie chronique intestinale. Cet entretien sera enregistré au moyen d'un dictaphone numérique.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier comment l'IPA pourrait optimiser la prise en soins nutritionnelle dans les maladies inflammatoires chroniques intestinale .

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez :

Être un Professionnels de santé qualifiés :

- Gastro-entérologues ayant terminé leur formation spécialisée.
- Diététiciens agréés avec une formation pertinente en nutrition clinique.

Avoir une Expérience professionnelle :

- Minimum 3 années d'expérience dans le domaine de la gastro-entérologie ou de la nutrition.

Une Pratique clinique :

- Travailler dans un cadre clinique (hôpital, clinique, cabinet) traitant des patients avec des troubles gastro-intestinaux.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille (DPO) n°: 2024-219

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : amandine.ledoux.etu@univ-lille.fr

Annexe III grille d'entretien semi directif V1 et V2

Questionnaire Qualitatif : Impact des IPA sur la prise en soins nutritionnelles

Bonjour,

Actuellement en 2ème année de master pour devenir infirmière en pratique avancée, je réalise une étude qualitative multicentrique auprès des professionnels de santé sur les mesures que pourraient avoir les IPA sur la prise en charge nutritionnelle dans les maladies chroniques intestinales

Souhaiteriez-vous répondre à quelques questions ? (Consentement oral)

Cet entretien restera anonyme et sera utilisé uniquement dans le cadre de ce mémoire.

Informations générales

- Pouvez-vous me dire votre profession ?
- Depuis combien d'années prenez-vous en charge les pathologies chroniques intestinales ?

1. Pouvez-vous expliquer comment la prise en charge nutritionnelle est actuellement intégrée dans le traitement des patients atteints de MICI ? Relance : utilisez-vous des outils/questionnaire spécifique ?

2. Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge nutritionnelle de ces patients ?

3. Quelle est l'implication actuelle des diététiciennes dans la gestion nutritionnelle des MICI ?

Relance : A quelle fréquence recommander vous un suivi nutritionnel ?

4. Pourriez-vous décrire comment les habitudes alimentaires des patients atteints de MICI influencent la gestion de leur maladie au quotidien Relance : Y-a -t-il des aliments que les patients évitent, des croyances alimentaires ?

5. Quelles interventions les IPA pourraient apporter pour améliorer ses comportements alimentaires ?

6. Quelles interventions les IPA pourraient apportées de plus que la diététicienne pour la gestion nutritionnelle des MICI ?

7. Connaissez-vous ou avez-vous observer des cas où l'activité des IPA a eu un impact positif sur la prise en charge nutritionnelle du patient ? si oui pouvez vous le décrire

8. Racontez-moi, selon vous, quel est l'importance de la collaboration entre les différents professionnels de santé dans le cadre d'une approche nutritionnelle pour ces patients ?

9. Comment imaginez-vous que l'IPA pourraient faciliter cette collaboration ?

10. Y a-t-il des aspects de la prise en charge actuelle que vous pensez que les IPA pourraient particulièrement améliorer ?

11. Selon-vous, quelle(s) serai(en)t la ou les principale(s) barrière(s) à l'intervention des IPA dans le domaine nutritionnel ?

12. Comment pourrai(en)t être surmonté(s) ses barrières ?

13. Y-a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder concernant ce sujet ?

Merci de votre participation et de vos précieuses contributions.

Questionnaire Qualitatif : Impact des IPA sur la prise en charge nutritionnelle Version 2

Bonjour,

Je suis Amandine, infirmière étudiante en pratique avancée. Comme mentionné dans la lettre d'information, je mène une étude visant à explorer comment les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) pourraient optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

- Pouvez-vous me dire votre profession ?
- Depuis combien d'années prenez-vous en charge les pathologies chroniques intestinales ?

1. Comment intégrez-vous la nutrition dans la prise en charge des patients atteints de MICI Relance : utiliser vous des outils ou des questionnaires spécifiques ?

2. Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

3. Quelle est l'implication actuelle des diététiciennes dans la gestion nutritionnelle des patients atteints de MICI ? Comment leur expertise s'intègre-t-elle dans le parcours de soins des patients ? Relance : A quelle fréquence recommander vous un suivi nutritionnel ?

4. Avez-vous remarquer des croyances ou des traditions alimentaires spécifiques parmi vos patients atteints de MICI ?

5. Quelle est l'importance de l'éducation nutritionnelle dans la gestion des MICI ? Comment cette éducation est-elle dispensée aux patients dans votre pratique ?

6. Racontez-moi, selon vous, Pourquoi la collaboration est essentielle pour la Prise en charge et les conséquences d'un manque de collaboration ?

7. quelles tâches spécifiques pourraient leur être transférées aux IPA afin de renforcer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

8. Comment la prise en charge nutritionnelle influence-t-elle la qualité de vie des patients atteints de MICI ?

9. Selon vous, quelle(s) serait(en)t la ou les principale(s) barrière(s) à l'intervention des IPA dans la prise en charge nutritionnelle des patients ?

10. Connaissez-vous ou avez-vous observé des cas où l'activité des IPA a eu un impact positif sur la prise en charge nutritionnelle des patients ? Si oui, pouvez-vous le décrire ?

Autres points à aborder

11. Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder concernant ce sujet, ou des suggestions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

Merci beaucoup pour votre participation et pour vos précieuses contributions à cette étude. Votre expertise est essentielle pour enrichir la réflexion sur l'optimisation de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI.

Annexe IV QR code verbatim



Annexe V résultats des verbatims

Prise en charge nutritionnelle des MICI :

1. Comment intégrez-vous la nutrition dans la prise en charge des patients atteints de MICI
 Relance : utiliser vous des outils ou des questionnaires spécifiques ?

PR1	« <i>Moi, je fais des albumines à 100% de mes patients</i> » ligne 13 « <i>Non, pas du tout. C'est vraiment, moi cinétique du poids et l'albumine</i> » ligne 24
PR2	« <i>je l'intègre pas tellement !</i> » ligne 14 Pas d'outils spécifique utilisé
PR3	« <i>Selon les questions qu'ils me posent.</i> » Ligne 12 « <i>Pas de questionnaire, je leur conseille le site manger sans s'enflammer</i> » ligne 14 « <i>le poids et l'IMC a chaque consultation</i> » ligne 17
PR4	« <i>est-ce que le patient est dénutri ou en surpoids ?</i> » lignes 12-13 « <i>s'il est dénutri, (Euh) il va falloir faire une évaluation exacte sur le plan nutritionnel</i> » lignes 13-14 « <i>leur conseiller de ne pas avoir recours à l'alimentation transformée</i> » ligne 17 « <i>Il y a également la problématique de certains régimes.</i> » Ligne 19 « <i>C'est 20 à 30 % des malades maintenant, des MICI, obèses. Et donc là, il faut également les prendre en charge sur le plan diététique, mais sur le plan de l'obésité et là aussi sur le plan qualitatif parce qu'ils ont souvent forcément une alimentation néfaste.</i> » Lignes 22-25 « <i>il faut absolument les remettre en activité physique</i> » ligne 27 « <i>Donc c'est vraiment les deux pendants, nutrition et activité physique.</i> » Lignes 28-29 « <i>Non, pas d'outils spécifiques</i> » ligne 32 « <i>on fait un dosage de préalbumine le plus souvent pour pouvoir objectiver l'importance de la dénutrition. Puis après, on calcule l'IMC aussi, qui est un bon indicateur</i> » lignes 34-35
PR5	« <i>Au même titre que le traitement de fond</i> » ligne 12 « <i>Je le dépiste et je le traite.</i> » Ligne 14 « <i>La variation de poids systématique et l'échelle numérique SEFI pour les prises alimentaires</i> » ligne 18
PR6	« <i>La prise en charge nutritionnelle est très importante</i> » ligne 12 « <i>prise en charge depuis le premier contact,</i> » lignes 12-13 « <i>Je n'ai pas d'outils en particulier. Je me base sur des critères (Euh) classiques type perte de poids et bilan biologique</i> » lignes 16-17 »
DIET 1	« <i>C'est dans la prise en charge globale</i> » ligne 12 « <i>la règle du CEFI</i> » ligne 15 « <i>la feuille de surveillance alimentaire</i> » ligne 17 « <i>l'enquête alimentaire, le rappel des 24,48,72 heures</i> » ligne 18

2. Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

PR1	« L'adhérence du patient » ligne 29
PR2	« ils ont tous des questions sur leur alimentation, mais j'avoue que nous on n'a pas dans notre cursus vraiment de formation à la nutrition » lignes 19-20 « il y en a beaucoup qui restent sous régime sans résidu un peu au long cours, alors que c'est pas forcément recommandé. » Lignes 22-23
PR3	« L'absence d'études claires » ligne 20
PR4	« c'est le manque de temps » ligne 37 « La disponibilité des diététiciennes » ligne 38 « et le manque, je dirais, d'interactivité avec les diététiciennes » lignes 38-39
PR5	« Ils n'en parlent pas spontanément » ligne 24 « Ils suivent des régimes fantaisistes. » Ligne 25
PR6	« Le nombre d'informations qu'on retrouve sur les médias, sur les différents régimes, soit très restrictifs, » lignes 21-22 « il n'y a pas un régime miracle qui marche pour tout le monde. » Lignes 25-26
DIET 1	« des gens qui étaient en rupture de suivi » ligne 21 « depuis le 1er janvier 2025, notre direction ne souhaite plus que nous fassions de consultation externe. » Lignes 24-25

3. Quelle est l'implication actuelle des diététiciennes dans la gestion nutritionnelle des patients atteints de MICI ? Comment leur expertise s'intègre-t-elle dans le parcours de soins des patients?

Relance : A quelle fréquence recommander vous un suivi nutritionnel ?

PR1	« Nous, la diététicienne du service, elle répond quand même facilement » ligne 35 « Le top, c'est une fois par mois. » ligne 40
PR2	« Elles sont pas impliquées, elles sont impliquées en hospitalisation » lignes 27-28 « Après, la fréquence, je pense qu'une à deux fois par an, c'est bien » ligne 34
PR3	« Mais en pratique, comme ce n'est pas possible, moi je les envoie vraiment quand je vois qu'il y a des régimes restrictifs qui sont faits » lignes 27-28 « Mais en pratique, ça serait à chaque patient, idéalement. » Lignes 30-31 « Tous les ans. » Ligne 33
PR4	« insuffisante (pause) et pas coordonnée. » Ligne 44 « si au démarrage, il y avait une dénutrition ou une obésité. À ce moment-là, il faut qu'il y ait un suivi nutritionnel, idéalement, au moins deux fois par an. En revanche, le malade qui va bien et qui n'avait pas de soucis au démarrage, ce n'est pas un suivi systématique. » Lignes 46-49
PR5	« Pas, (pas) assez d'implications parce qu'elles ne sont pas assez nombreuses » ligne 27

	<p>« Il faut se poser la question à chaque consultation. » Ligne 40</p> <p>« encore une fois, un élément apparaît qui s'allume, adresser une consultation diététicienne. Mais là, notre directeur a supprimé les consultations diététiciennes, donc il faudrait glisser dans un hôpital de jour, » lignes 40-42</p> <p>En consultation : « Quand il n'y a pas de signes d'alerte, pas besoin » ligne 46</p>
PR6	<p>« Pour mes patients qui, entre guillemets, vont bien, qui sont contrôlés par les (les) traitements qu'on propose, il n'y a pas forcément de suivi nutritionnel, peut-être on a tort » lignes 32-33</p> <p>« Mais pour les patients qui sont hospitalisés,..... Les diététiciennes nous aident à choisir le produit et la voie d'administration » lignes 34-38</p> <p>En hospitalier : « Et après, c'est une fois tous les trois mois, on va dire » ligne 48</p> <p>En consultation : « Là, c'est vrai que je n'ai pas de réflexe à leur proposer de rencontrer une diététicienne, sauf si ça vient de leur part, pour avoir un petit peu plus d'astuces de quoi manger » lignes 50-51</p>
DIET 1	<p>« respect de la prescription médicale » lignes 31-32</p> <p>En hospitalisation : « il doit être systématique, dès l'entrée » ligne 37</p> <p>En consultation : « c'est plus une surveillance et une alerte de la part de l'équipe médicale et paramédicale » lignes 43-44</p>

4. Avez-vous remarqué des croyances ou des traditions alimentaires spécifiques parmi vos patients atteints de MICI ?

PR1	<p>« ils adaptent. Souvent, ils connaissent les régimes qu'il faut faire en cas de poussée. » Lignes 49-50</p> <p>« On a certains patients qui continuent à se restreindre dans la prise de légumes » lignes 57-58</p>
PR2	<p>« Après, ils ont chacun, je pense, identifié les aliments qu'ils tolèrent ou qu'ils tolèrent pas et ils les ont évincés de leur alimentation. » Lignes 41-42</p>
PR3	<p>« (Ah oué oué) Les tomates, ça ne va pas » ligne 36</p> <p>« Ça dépend, il y en a beaucoup, comme même, surtout les légumes et les fruits » ligne 39</p>
PR4	<p>« Oui, il y en a plein. (Euh) La plupart du temps, elles ne nous sont pas dévoilées » ligne 51</p> <p>« plein de malades qui suivent des régimes sans nous en faire part » ligne 52</p> <p>« Il y a des études qui ont montré que c'est 20 à 30 % des malades » lignes 53-54</p>
PR5	<p>« Oui, ou chez les soignants » ligne 55</p> <p>« Des régimes d'exclusion inutilement prolongés » ligne 55</p> <p>« Mais le souci, c'est le patient qui va sur des forums, des machins, et qui prend lui-même l'initiative de faire des régimes qui sont, en fait, inefficaces et carencés. » Lignes 63-65</p>
PR6	<p>« Je pense qu'il y a beaucoup » ligne 54</p>

	<p>« Je pense qu'il y a une bonne partie de toutes ces restrictions qui ne font pas justifier que le seul message central à retenir, les choses qui ne sont vraiment pas bonnes à manger quand tu as une MICI, c'est la malbouffe. » Lignes 59-61</p> <p>« C'est les aliments, ce qu'on appelle les ultra-transformés. » Lignes 61-62</p> <p>« ça devient très difficile au niveau social, économique et financier. » Lignes 63-64</p>
DIET 1	<p>« souvent, beaucoup de restrictions, souvent des observances d'anciennes recommandations du siècle dernier » lignes 48-49</p> <p>« du coup, des observances régulières, répétées, qui contribuent eux-mêmes à la dénutrition. » Lignes 50-51</p>

Education nutritionnelle

5. Quelle est l'importance de l'éducation nutritionnelle dans la gestion des MICI ? Comment cette éducation est-elle dispensée aux patients dans votre pratique ?

PR1	Question non posée
PR2	<p>« Je pense qu'elle est... (Réfléchis) C'est vrai que nous, on ne l'intègre pas. Je ne sais pas si c'est par manque de... Je pense que c'est par manque de connaissances » lignes 45-46</p> <p>« Peut-être par manque de temps aussi » ligne 47</p> <p>« Elle est importante, elle est importante parce que chaque... Parce que c'est des pathologies chroniques, qu'il y a toujours un risque de dénutrition » lignes 51-52</p>
PR3	<p>« c'est important, je pense qu'il faudrait qu'ils aient tous au diagnostic un atelier (Euh) de diététique » lignes 46-47</p> <p>« c'est difficile à mettre en place » lignes 47-48</p> <p>« C'est moi qui l'ai fait en consultation. Il n'y a pas de temps spécifique dédié » ligne 50</p>
PR4	« Je pense qu'elle est très importante, mais qu'on ne la fait pas très bien, et notamment par manque de coordination » lignes 58-59
PR5	<p>« c'est important, parce que le patient lui-même doit dépister ce qui ne va pas » ligne 67</p> <p>« il doit lui-même tirer la sonnette d'alarme et appeler l'IPA ou son gastro, ou si c'est une grosse structure, la diététicienne. » Lignes 70-71</p>
PR6	<p>« C'est un rôle central parce que si on ne mange pas bien, ça peut déclencher des poussées. » Lignes 77-78</p> <p>« Pour nous, peut-être un travail à tous les jours » lignes 81-82</p> <p>« Et surtout, d'essayer au moment du diagnostic de (Euh) se réserver un moment » ligne 86</p>
DIET 1	<p>« en tant que diététicienne, je veux dire qu'elle est, qu'elle est importante, mais j'ai envie de dire, comme à la rigueur, tout à chacun. Et d'autant plus avec leur fragilité, ...la vulnérabilité, du fait déjà de la maladie » lignes 53-55</p> <p>L'Education est-elle dispensée aux patients « Malheureusement, non » ligne 58</p>

Perceptions et recommandations :

6. Racontez-moi, selon vous, Pourquoi la collaboration est essentielle pour la Prise en charge et les conséquences d'un manque de collaboration ?

PR1	« <i>C'est en fait, on travaille ensemble. Finalement, peu importe qui se rend compte qu'il y a une dénutrition tant qu'elle est mise en évidence (donc Euh).</i> » lignes 94-96
PR2	« <i>C'est hyper important</i> » ligne 56 « <i>pour bien prendre en charge le patient, ils font une prise en charge globale et ça fait intervenir pas mal de compétences</i> » lignes 58-59
PR3	« <i>Parce qu'ils peuvent répondre à des questions auxquelles moi, je ne peux pas répondre. Et je n'ai pas le temps de faire le point, de vérifier tous les problèmes.</i> » Lignes 59-60
PR4	« <i>Quand on ne collabore pas bien, on ne fait pas bien</i> » ligne 63
PR5	« <i>le patient est un acteur et on ne peut pas faire sans lui</i> » ligne 77 « <i>Son point de vue est fondamental</i> » ligne 79 « <i>plus de chances de réussite du plan thérapeutique pour le patient, puis une prise en charge globale</i> ». Lignes 81-82
PR6	« <i>Parce que chacune et chacun d'entre nous, on voit en priorité notre partie</i> » ligne 69 « <i>parfois, on n'a pas le temps, on n'a pas l'approche nécessaire. On ne peut pas tout connaître en même temps.</i> » Lignes 70-71 « <i>c'est important pour le patient de s'en sentir entouré dans une équipe.</i> » Ligne 72
DIET 1	« <i>C'est qu'en fait, le patient est regardé chacun par, on va dire, le trou de la serrure,Et du coup, quand il n'y a pas de synthèse..., on ne peut pas forcément s'entendre ...le projet thérapeutique..., c'est individualisé, personnalisé. Donc, normalement, on devrait être, (Euh) je trouve, davantage informé,..... Parce que souvent, on est appelé pour faire une prise en charge aiguë, ...Il n'y a pas de rendez-vous donné systématiquement. Donc, les gens sont perdus, ...Puis souvent, on a l'impression que du coup, on arrive, on doit mettre le gyrophare, ..., ça devient urgent.parce qu'on a manqué certainement de faire du dépistage, du risque, même du risque nutritionnel</i> » Lignes 61-75

7. Quelles tâches spécifiques pourraient leur être transférées aux IPA afin de renforcer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

PR1	« il faut que ça soit systématiquement discuté avec le patient. (Euh...) Ils pourraient vérifier que le médecin a bien prescrit une albu, une préalbu, a bien interrogé le patient sur son poids et ses habitudes alimentaires. Et (Euh...) et puis, solliciter la diététicienne en amont » lignes 62-65
PR2	« d'avoir quelqu'un qui soit peut-être un peu plus à leur écoute » lignes 64-65 « pouvoir fournir des conseils nutritionnels, même sur les différents traitements ou les complications des traitements » lignes 67-68 « quelqu'un justement à contacter en cas de souci ou alors aussi quand ils ont des interrogations » lignes 69-70
PR3	« Faire le point à l'interrogatoire sur les éventuels problèmes nutritionnels et orienter (Euh) après, il peut y avoir de l'éducation nutritionnelle, pour faire le point. » Lignes 67-69
PR4	« de faire un meilleur dépistage et d'être en lien avec les diététiciennes pour améliorer la prise en charge » lignes 67-68 « Donc, être un complément (Euhh) des diététiciennes » ligne 70
PR5	« Les MICI, en général, je ne sais pas trop, mais là, la dénutrition, c'est les marqueurs, je vous le disais. » Lignes 87-88 « Vous pourriez être l'interlocuteur privilégié. Et, (et) peut être re formulé aussi, un peu comme en oncologie ou en soin palliatif » lignes 90-92
PR6	« ça fait partie de l'éducation thérapeutique en fin de compte » ligne 95 « ça nous apporte, en tant qu'équipe, on a encore une personne qui va transmettre les messages, en sachant qu'elle retient d'une consultation probablement les patients 30% de ce qu'on dit » lignes 96-98 « Donc, on gagne du temps et on gagne un volume d'informations distribuées. » lignes 99-100
DIET 1	« le rôle de coordination du parcours de tous ces patients » ligne 78

Approche holistique et QDV

8. Comment la prise en charge nutritionnelle influence-t-elle la qualité de vie des patients atteints de MICI ?

PR1	Question non posée
PR2	« leur donner des conseils sur l'alimentation qui pourrait mieux leur convenir et justement aussi leur faire arrêter de faire des régimes inutiles, (Euh) je pense que ça peut les aider dans leur quotidien » lignes 74-76

PR3	« <i>Oui, ceux qui ont une tolérance de l'alimentation moins bonne, c'est très variable. Il y en a qui sont très handicapés par le fait que, dès qu'ils mangent, ils doivent aller aux toilettes</i> » lignes 72-73
PR4	« <i>Elle est très importante, puisque tous les malades s'en plaignent</i> » ligne 76 « <i>c'est un retentissement majeur</i> » ligne 79
PR5	« <i>Ça peut être une fatigue, s'il y a une (une) sarcopénie, ça peut être moins d'activité</i> » ligne 94 « <i>ils font souvent plus d'infections, ils sont souvent plus hospitalisés. S'ils sont hospitalisés, il n'y a plus de complications, la durée s'allonge, donc ça influence leur qualité de vie</i> » lignes 95-97
PR6	« <i>un lien direct, parce que (Euh) l'alimentation a un rôle central dans notre vie, au-delà du bien-être physique, du contrôle de la maladie</i> » lignes 103-104 « <i>c'est que tu es isolé chez toi parce que tu as peur d'aller au resto et d'avoir la diarrhée.</i> » Lignes 108-109
DIET 1	« <i>Souvent, elle atteint beaucoup, parce que déjà, si c'est un patient, ..., mais en plus, quand il a son entourage, il y a un impact avec l'entourage, puisqu'en général, ils mangent quand même ensemble, enfin. Et du coup, ben eux qui déjà se mettent soit en restriction, soit pas du tout, mais qui ont des souffrances et que l'acte alimentaire va forcément en engendrer et s'il n'est pas adapté</i> » lignes 84-88

Barrières à l'intervention des IPA :

9. Selon vous, quelle(s) serait(en)t la ou les principale(s) barrière(s) à l'intervention des IPA dans la prise en charge nutritionnelle des patients ?

PR1	« <i>Non Si, il y a peut-être des services où s'est compliqué d'avoir accès aux diététiciennes sur les dossiers un peu plus compliqués,</i> » lignes 105-106
PR2	« <i>En fait, il n'y a pas vraiment de barrières.</i> » Ligne 79 « <i>je pense qu'il n'y a aucun médecin qui va être contre le fait qu'il y ait une IPA qui soit disponible et qui fasse le lien entre justement la ville et l'hôpital. En fait, ça pourrait nous aider.</i> » Lignes 81-83
PR3	« <i>Je ne pense pas qu'il y en ait. Non, si tout est bien encadré</i> » ligne 79
PR4	« <i>Il faudrait que les diététiciennes jouent le jeu et qu'elles ne voient pas l'IPA comme une concurrence</i> » lignes 82-83
PR5	« <i>Au niveau du patient, il faut qu'il situe la personne qui va en face de lui</i> » ligne 100 « <i>pour les médecins, il faut trouver le juste milieu</i> » ligne 101
PR6	« <i>il y a un temps pour tout, et peut-être qu'on ne va pas aborder tout dans la même consultation, mais lors des consultations itératives, on peut toucher tous les sujets.</i> » Lignes 120-122
DIET 1	« <i>pour en fréquenter dans d'autres spécialités, enfin, en tout cas, si je dois me prononcer que pour moi, non. Après, au niveau institutionnel, c'est sûr que c'est une profession émergente</i> » lignes 92-94

Ouverture :

10. Connaissez-vous ou avez-vous observé des cas où l'activité des IPA a eu un impact positif sur la prise en charge nutritionnelle des patients ? Si oui, pouvez-vous le décrire ?

PR1	« oui plein, pas forcément que sur la nutrition » ligne 75 « Parfois on sent que (euh, sourire) si on donne des informations en plus, ça va vraiment soit pas être retenu, soit ce n'est pas le bon moment parce qu'ils sont déjà assommés. » Lignes 81-83
PR2	« je n'ai pas observé dans la prise en charge nutritionnelle en tant que telle, mais je vois, c'est vrai qu'en cardiologie, en nephro, ils ont des IPA et je pense que c'est bénéfique pour les patients d'avoir une personne un peu référente et qui est peut-être plus disponible que le médecin et avec laquelle ils peuvent aussi aborder d'autres points. » Lignes 89-92
PR3	« à Lille c'est chouette quand même. C'est l'IPA qui récupère les bilans, qui rappelle les patients pour leur dire qu'il y a une carence en truc. La CRP qui est un peu élevée, qui rappelle les patients en demandant au patient si ça va. Et si ça ne va pas, avancer le rendez-vous, récupérer les calpro, centraliser un peu le suivi » lignes 84-87
PR4	« Je pense que oui, il y a un impact, mais personnellement, je ne peux pas l'évoquer. » Ligne 88
PR5	« c'est l'oncologie. Donc là, oui, il y a un impact positif parce que généralement, elles posent la question, elles essayent de dépister » lignes 105-106
PR6	« ce n'était pas une IPA, c'était une infirmière coordinatrice, donc ça c'est, on va dire à l'ancienne, » lignes 123-124 « le numéro vert » ligne 125 « la première personne qui était contactée en cas de souci, » ligne 126 « Ça fluidifie un peu le parcours du patient. » Lignes 128-129
DIET 1	« en oncologie, mais pas, pas sur ce que je viens d'exprimer » ligne 99

11. Y a-t-il d'autres points que vous aimeriez aborder concernant ce sujet, ou des suggestions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de MICI ?

PR1	« je pense qu'on n'apporte pas forcément la même chose. Peut-être que parfois l'infirmière a plus de temps » lignes 86-87 « ça permettait justement de refaire le point sur tout ce qu'il y a en dehors de la maladie » ligne 112 « En fait, on est tellement pris par le temps dans nos consultes que parfois, les patients n'osent pas déranger » ligne 117 « ça permettrait pour eux d'avoir aussi une autre opportunité de poser leurs questions » ligne 119
-----	---

PR2	<p>« tout ce qui est éducation thérapeutique, délivrer l'information sur le traitement, parce que nous, c'est vrai qu'on donne les fiches GETAID aux patients, on explique vite fait, mais c'est vrai que peut-être se poser avec quelqu'un pour expliquer vraiment ce que c'est le traitement, à quoi il sert, quels peuvent être les effets indésirables, et ça peut être pas mal. (Euh) Avoir un numéro aussi à appeler si jamais on a des questions sur est-ce qu'on peut, pas faire le traitement, enfin, si on a des questions. (Euh) (Réfléchis) Enfin, voilà, et puis aussi pour pouvoir peut-être accélérer les prises en charge » lignes 98-104</p> <p>« un relais avec l'hôpital » ligne 108</p>
PR3	<p>« Il faut faire des ateliers même pluridisciplinaires avec une IPA, une pharmacienne » ligne 93</p> <p>« Je pense que tous les corps de métier sont importants pour un atelier éducatif optimal » ligne 96</p>
PR4	<p>« il faudra réfléchir sur des formations complémentaires, nutrition, sexualité » lignes 92-93</p> <p>« l'IPA, c'est le début de quelque chose, notamment par rapport aux thématiques, et autres, (Euh) sur la psychologie » lignes 96-97</p> <p>« Sur les vaccinations » ligne 98</p> <p>« je pense qu'il y a des thématiques à approfondir. » Lignes 98-99</p>
PR5	<p>« s'ils sont obèses, et là, si on ne se pose pas la question, on passe facilement à côté de la dénutrition » lignes 110-111</p> <p>« Il y a aussi le problème de tout ce qui est alimentation, ultra transformer. » Ligne 114</p> <p>« Nous, En un quart d'heure, c'est compliqué. Et il y a des échelles bien faites. Et puis il y a des thèmes qui ne sont jamais abordés. Alors vous, c'est peut-être plus délicat, la sexualité ou autre. » Lignes 122-124</p>
PR6	<p>« comment on peut coordonner une visite diète » ligne 135</p> <p>« de faire une espèce d'hôpital de jour, ou les consultations complexes dont on parle maintenant » ligne 136</p> <p>« ça serait l'éducation thérapeutique » lignes 137-138</p> <p>« la gestion des petites urgences, ça va être ça qui va nous aider. » Lignes 139-140</p>
DIET 1	<p>« j'espère que ça permettrait ici, du moins dans le service, de recréer ou de redynamiser quelque chose » lignes 102-103</p> <p>« Oui, il faut tout balayer... Donc, l'alimentation, c'est sûr, ça me paraît central, mais, mais pas que. Je veux dire, il n'y a pas que ça.. De toute façon, chez un patient MICI, il n'y a pas que la nutrition, le tabac, la sexualité, tu peux balayer tellement de trucs. De toute façon, déjà les sphères psychosociales, voilà, ça part de ton diagnostic de ton patient, et la négociation d'objectifs personnalisés » lignes 116-120</p> <p>« il n'y a pas de prise en charge SECU. Donc, il faut que tu aies une mutuelle qui te rembourse au moins la première consultation, qui est souvent considérée comme un bilan » lignes 129-131</p>

Annexe VI grille CORECQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteur	Ledoux Amandine
2	Titres académiques	Infirmière diplômée d'état
3	Activité	Infirmière étudiante en pratique avancée Diplôme état en master 2
4	Genre	Femme
5	Expérience et formation	Initiation à la recherche qualitative
Relation avec les participants		
6	Relation antérieure	L'enquêteur et 4 participants se connaissaient avant le commencement de l'étude
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	L'enquêteur est étudiant IPA
8	Caractéristiques de l'enquêteur	L'intérêt pour la prise en charge nutritionnel
Domaine 2 : conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Etude qualitative analysé par thématique inductive
Sélection des participants		
10	Echantillonnage	Participants sélectionnés par échantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Par email ou en face à face
12	Taille de l'échantillon	7 participants ont été inclus
13	Non-participation	9 participants ont refusé ou n'était pas intéresser
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	Les données ont été recueillies sur le lieu des participants
15	Présence de non participants	Non
16	Description de l'échantillon	6 gastro-entérologues et 1 diététicienne Moyenne d'expérience : 10.5ans Entretiens réaliser de décembre 2024 à mars 2025
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Il à été utilisé uniquement par le chercheur Les participants n'en avaient pas connaissance. Il n'avait pas été testé au préalable mais à été modifié suite au 1 ^{er} entretien
18	Entretiens répétés	Ils ont été répétés 7 fois
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique. Puis stockés sur un google drive, une fois retranscrits et anonymisés, ils étaient détruits
20	Cahier de terrain	N'a pas été effectué
21	Durée	Durée moyenne : 10m45
22	Seuil de suffisance	Il a été atteint au bout de 7 entretiens Due à une convergence des réponses
23	Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été retournées aux participants pour correction

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	Etudiant chercheur puis triangulation des données avec 2 autres professionnels de santé
25	Description de l'arbre de codage	Etiquetage par thématique puis par catégorisation pour en faire ressortir des grands thèmes effectuer selon le livre : "initiation à la recherche qualitative en santé" sous la direction de Jean -Pierre LEBEAUX
26	Détermination des thèmes	Définie par avance
27	Logiciel	Non
28	Vérification par les participants	Non
Rédaction		
29	Citations présentées	Extraits de verbatims utilisés pour illustrer les résultats
30	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

