



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

DENUTRITION DU SUJET AGE :
DEPISTAGE EN MEDECINE GENERALE ET APPLICABILITE DES
RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2017 à 18h
au Pôle Formation
Par Sara LOTOI DUMAS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur David SEGUY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DU	Diplôme Universitaire
EBM	Evidence Base Medecine
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin Généraliste
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment Short Form
MSU	Maître de Stage Universitaire
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
SFNEP	Société Francophone de Nutrition clinique et métabolique

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	3
I. POPULATION ETUDIEE	3
II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS ET ANALYSE.....	3
RESULTATS	5
I. PARTICIPANTS	5
II. DEPISTAGE DE LA DENUTRITION.....	5
A. Sensibilisation des médecins	5
B. Les outils utilisés	6
1. Le poids.....	6
2. La biologie.....	7
3. Un travail pluridisciplinaire.....	7
4. Les habitudes alimentaires.....	8
5. L'appui des aidants dans le dépistage.....	8
6. Mesures anthropométriques.....	8
C. Population ciblée	8
D. Les freins au dépistage	9
1. Freins liés au médecin	9
2. Freins liés au patient	9
III. LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS	10
A. Les recommandations en général	10
B. Recommandations sur le dépistage de la dénutrition.....	10
1. Connaissances.....	10
2. Applicabilité en médecine générale.....	11
a) MNA	11
b) IMC.....	13
c) Biologie.....	14
d) Poids	15
3. Mise en pratique des recommandations.....	16
a) Médecins réticents	16
b) Modification des pratiques.....	17
c) Mise en pratique du MNA.....	17
d) Pistes pour améliorer le dépistage	18
DISCUSSION	19
I. DISCUSSION SUR LES METHODES.....	19
A. Type d'étude et question de recherche	19
B. Echantillonnage et recrutement.....	19
C. Recueil des données.....	20
D. Analyse des données	20
II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.....	20
A. Dépistage de la dénutrition en médecine générale	20
1. Sensibilisation	20
2. Outils utilisés	21
a) Les aidants	21

b) Le poids.....	22
c) La biologie	22
d) IMC.....	23
e) Les habitudes alimentaires.....	23
3. Population ciblée	23
4. Freins au dépistage.....	23
B. Applicabilité des recommandations	24
1. MNA	24
2. IMC.....	25
3. Biologie	26
4. Poids	26
C. Pistes pour une amélioration des pratiques	27
CONCLUSION	29
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	30
ANNEXES	32
<i>Annexe 1 : Répartition dans le Nord Pas-de-Calais des médecins interrogés</i>	<i>32</i>
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien</i>	<i>33</i>
<i>Annexe 3 : Recommandations HAS sur le dépistage de la dénutrition des sujets âgés, synthèse</i>	<i>34</i>
<i>Annexe 4 : MNA</i>	<i>38</i>
<i>Annexe 5 : Verbatims</i>	<i>39</i>

RESUME

Contexte : La dénutrition des sujets âgés représente un réel problème de santé publique actuel et futur car la population vieillit et cette dénutrition est en lien avec de nombreuses complications. Il est donc important de savoir la dépister et la traiter afin de maintenir nos patients âgés à domicile dans les meilleures conditions. Malgré des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2007, la dénutrition du sujet âgé reste sous-diagnostiquée en France.

L'objectif de ce travail était de recenser les freins au dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées par les médecins généralistes, en discutant de leurs méthodes de dépistage et de l'applicabilité des recommandations de l'HAS à ce sujet.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais a été réalisée. Ces entretiens ont été retranscrits intégralement et menés jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique triangulée des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel QSR NVivo 10.

Résultats : La sensibilisation des médecins généralistes ainsi que leur méthode de dépistage de la dénutrition étaient très variables, principalement à cause du manque de communication et de formation sur le sujet. Les médecins interrogés ne connaissaient pas l'existence de recommandations HAS sur la dénutrition du sujet âgé. Après nos entretiens, certains interviewés semblaient en faveur de ces dernières, envisageant de modifier leur pratique. D'autres émettaient certaines réserves notamment sur l'Indice de Masse Corporel (IMC) et le Mini Nutritional Assessment (MNA).

Conclusion : Le manque de communication sur la dénutrition du sujet âgé semble constituer le frein principal à un dépistage optimal. Le poids et la biologie constituent les outils les plus utilisés par les médecins généralistes. La plupart d'entre eux sont favorables aux recommandations de l'HAS sous certaines réserves.

INTRODUCTION

Avec l'amélioration des conditions de vie en France et les progrès de la médecine, la population vieillit. En 2050, 35% de la population aura plus de 60 ans.

(1) Un grand nombre de personnes âgées faisant le choix de rester le plus longtemps possible à domicile, les médecins généralistes seront plus souvent impliqués dans leur prise en charge dans le cadre de soins primaires.

Il est établi que 3 à 10% des personnes âgées de plus de 75 ans vivant en ville souffrent de dénutrition. (2) Cette dénutrition implique de nombreuses complications physiques et psychologiques, prolonge les durées d'hospitalisation et entraîne une mortalité accrue. Elle favorise également la perte d'autonomie. (3) Le coût estimé de la dénutrition en Europe avoisine les 120 milliards d'euros/an ce qui majore son impact en santé publique. (4)

Des recommandations de l'HAS concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées vivant en ville, ainsi qu'en institution, existent depuis 2007. Ces recommandations visent à faciliter et à standardiser ce dépistage. Malgré cela, la dénutrition reste sous-diagnostiquée. (2)

L'objectif de ce travail est de recenser les freins au dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées par les médecins généralistes, en recueillant leurs méthodes de dépistage et en discutant de l'applicabilité des recommandations de l'HAS à ce sujet.

MATERIELS ET METHODES

I. POPULATION ETUDIEE

Le recrutement des médecins généralistes a été fait en recherche de variation maximale sur les critères d'âge, de sexe, de lieu, de formation et de durée d'installation. La zone géographique étudiée comprenait l'ensemble du Nord-Pas de Calais (annexe 1). Les sujets ont été contactés par courrier par le biais d'un questionnaire de recrutement à retourner, leur adresse ayant été trouvée sur un annuaire de professionnels (pages jaunes®). Leur participation se faisait sur la base du volontariat. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement car elle dépendait de la saturation de données.

II. DEROULEMENT DES ENTRETIENS ET ANALYSE

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés avec l'accord des participants. Le Correspondant Informatique et Liberté a donné son accord pour la réalisation de cette étude le 21 mai 2015. Un canevas d'entretien a été réalisé et expérimenté par l'investigateur auprès de son entourage (annexe 2). L'entretien se déroulait en plusieurs phases : une première recueillant l'opinion des médecins concernant la dénutrition des sujets âgés, une deuxième abordant les connaissances des recommandations de l'HAS à ce sujet et une troisième discutant de leur applicabilité. Un exemplaire de ces recommandations était remis au participant s'il n'en avait pas connaissance (annexe 3). Le MNA était également remis sur papier (annexe 4).

Une retranscription anonymisée des entretiens a été réalisée sur Microsoft Word. Les éléments de communication non verbale perçus lors de l'entretien ont été notés entre parenthèses dans les verbatims.

Une analyse qualitative thématique des verbatims a été réalisée avec le logiciel QSR NVivo 10. Un codage ouvert a été réalisé, puis des relations entre les différentes catégories ont été identifiées permettant de les regrouper, formant un codage axial.

Une triangulation de l'analyse des données, par codage d'un autre chercheur, a été réalisée afin d'optimiser leur interprétation.

RESULTATS

I. PARTICIPANTS

13 médecins généralistes (MG) ont participé, 5 femmes et 8 hommes, âgés de 32 à 66 ans dont 4 étaient maîtres de stage universitaire (MSU) et 2 étaient diplômés universitaires (DU) de gérontologie. Leurs caractéristiques sont reportées dans le tableau 1. Les entretiens ont duré de 30 à 45 minutes, 11 ont eu lieu au cabinet médical et 2 à la faculté de médecine de Lille.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

MG	Genre	Tranche d'âge	MSU	DU de gérontologie	Milieu d'exercice
1	M	30-39	non	non	Semi-rural
2	M	20-29	non	non	Semi-rural
3	M	50-59	non	oui	Urbain
4	M	50-59	non	non	Urbain
5	M	50-59	oui	non	Semi-rural
6	M	50-59	oui	non	Rural
7	F	40-49	oui	oui	Rural
8	F	30-39	oui	non	Rural
9	M	30-39	non	non	Urbain
10	F	40-49	non	non	Semi-rural
11	M	60-69	non	non	Semi-rural
12	F	30-39	non	non	Rural
13	F	50-59	non	non	Rural

La saturation des données a été obtenue au douzième entretien et confirmée par le treizième.

II. DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

A. Sensibilisation des médecins

La plupart des médecins estimaient que la dénutrition était fréquente chez les sujets âgés. « *La dénutrition [...] je pense que ça touche beaucoup de patients* » (MG 13). Paradoxalement elle semblait sous-estimée pour d'autres médecins. « *Je pense que c'est plus fréquent qu'on ne croit* » (MG 5). Il manquait des preuves de l'importance de la dénutrition. « *Il faudrait peut-être avoir des notions très précises en épidémiologie [...] pour apprécier la dangerosité d'une dénutrition [...] et la morbidité*

de la dénutrition » (MG 4). D'autres médecins estimaient le dépistage utile. « *On a déjà repéré [...] qu'il y avait des soucis concernant la personne âgée qui a des problèmes de nutrition [...] qu'on pourrait éviter* » (MG 1). Car traiter la dénutrition impactait la vie des patients. « *La plupart du temps ça améliore grandement leur qualité de vie d'être pris en charge* » (MG 2). La dénutrition pouvant, dans certains cas, marquer une pathologie infra-clinique. « *Ca cache derrière ben... des maladies qu'on n'a pas vues* » (MG 7).

Le médecin généraliste avait dans tous les cas un rôle privilégié dans ce dépistage. « *Le médecin c'est un peu comme le facteur en campagne, c'est une personne qui vient, qui rentre chez les gens, qui prend le temps de discuter avec eux* » (MG 6). En complément des autres spécialités. « *C'est le rôle du médecin généraliste de dialoguer avec son malade, au contraire des institutions ou des spécialistes* » (MG 10).

La dénutrition des personnes âgées représentait pour beaucoup de médecins un sujet d'actualité local. « *C'est un sujet d'actualité en fait ici* » (MG 1). Avec un lien évident sur le plan économique. « *Est-ce que ça entraîne un coût, est-ce qu'on pourrait diminuer le coût de personnes chez qui on pourrait peut-être éviter l'institutionnalisation ?* » (MG 7).

Les médecins s'estimant sensibilisés au problème de la dénutrition chez les patients âgés l'avaient été par divers moyens, tels que des revues médicales. « *Dans les livres de vulgarisation médicale type « LE QUOTIDIEN » ou « LE GENERALISTE » il y a des articles sur la dénutrition* » (MG 6). Par les formations médicales continues (FMC). « *Les FMC on en a beaucoup parlé* » (MG 5). Lors de stages réalisés pendant la formation. « *C'est des réflexes que j'ai acquis pendant mon stage en tant qu'interne, j'étais en court séjour gériatrique et ils nous ont fort sensibilisé à ça* » (MG 8).

B. Les outils utilisés

Les médecins interrogés qui dépistaient la dénutrition chez leurs patients âgés utilisaient différentes méthodes de dépistage.

1. Le poids

La plupart des médecins utilisaient la surveillance du poids comme outil de dépistage. « *Je les pèse de façon très systématique* » (MG10). « *Ce que j'utilise le plus c'est évidemment le poids, la surveillance du poids* » (MG 2). Il était souvent

associé à d'autres marqueurs de dénutrition. « *En ville je fais l'albumine et puis heu surveillance du poids, je pense que c'est à mon sens le plus important* » (MG 5). Certains médecins avaient adapté leur matériel pour faciliter la pesée des patients âgés. « *J'ai bien réfléchi avant d'acheter un pèse-personne. Je l'ai pris avec un plateau très large [...] autour de ce pèse-personne j'ai installé un déambulateur pour que les personnes puissent s'y agripper* » (MG 10). Cependant le poids n'était pas utilisé par tous les médecins. « *Je ne pèse pas mes personnes âgées, techniquement parfois c'est pas facile [...] le poids, j'ai encore du mal à le faire de façon systématique* » (MG 9).

2. La biologie

La majorité des interviewés utilisaient la biologie en complément de signes physiques de dénutrition. « *Le message clef que j'avais retenu c'était plutôt heu... poids, IMC, mesures anthropométriques, et puis après l'albumine [...] si on a une suspicion de dénutrition* » (MG 2). Peu de médecins dosaient systématiquement les marqueurs de dénutrition. « *Après je fais l'albumine à peu près une fois par an et la préalbumine quand c'est bas* » (MG 5). Pour d'autres, le dépistage biologique de la dénutrition semblait systématique lors de la prise en charge initiale de patients âgés. « *Quand je rencontre une nouvelle personne âgée [...] je fais toujours l'albumine et la préalbumine* » (MG 8). Certains médecins considéraient que la biologie seule suffisait à dépister la dénutrition. « *Alors quand je le fais c'est plus par prise de sang, dosage de l'albumine ou de la préalbumine* » (MG 9). Servant également de suivi lors de son traitement. « *Je la fais surtout quand je veux suivre un patient dénutri, pour avoir une base* » (MG 13). Peu de médecins y associaient un dosage de la CRP. « *Ben... albumine, préalbumine et CRP* » (MG 7). La préalbumine seule pouvait être dosée au dépend de l'albumine. « *En fait cliniquement c'est plutôt la perte de poids, et biologiquement la préalbuminémie* » (MG 4). Considérée comme plus sensible. « *En fait je pensais que préalbumine [...] c'était plus sensible* » (MG 8).

3. Un travail pluridisciplinaire

La plupart des médecins valorisaient le fait que le dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé soit un travail pluridisciplinaire. « *Faut travailler en équipe, le médecin, l'infirmière, le kiné* » (MG 1). Quelques interviewés constataient que le dépistage pouvait se faire lors d'une hospitalisation. « *Parfois t'es surpris, quand les*

gens ils reviennent de l'hôpital pour une chute [...] c'est noté « dénutris » et t'aurais jamais pensé qu'ils étaient dénutris » (MG 8).

4. Les habitudes alimentaires

Les habitudes alimentaires étaient parfois utilisées pour repérer les sujets à risque de dénutrition. *« Je demande toujours ce qu'ils mangent ou bien si ils sont livrés quoi. Si ils mangent de la viande, ou des laitages » (MG 8).* Parfois selon le contexte. *« Si je trouve qu'un patient devient plus fragile : décès de sa femme ou du mari, perte de mémoire, personne isolée [...] j'aurais tendance à être plus vigilant, à discuter de ce qu'ils mangent » (MG 13).* L'alimentation des patients pouvant d'ailleurs constituer une plainte. *« Ça arrive que certains patients le disent d'eux même qu'ils n'ont plus envie de manger de viande parce que c'est trop difficile à digérer » (MG 12).*

5. L'appui des aidants dans le dépistage

Certains médecins remarquaient l'importance de l'appui des aidants. *« Il y a l'entourage [...] qui nous indique si la personne continue à manger ou pas [...] qui nous alerte sur la diminution d'appétit et sur l'amaigrissement » (MG 11).* Un cahier de liaison à domicile était d'ailleurs parfois mis en place. *« J'insiste pour qu'il y ait un cahier de liaison au domicile » (MG 6).*

6. Mesures anthropométriques

Le brassard du tensiomètre pouvait être utilisé comme repère concernant le périmètre brachial. *« J'ai volontiers l'œil accroché par le fait de devoir serrer d'avantage le brassard » (MG 10).*

C. Population ciblée

Le dépistage de la dénutrition était souvent orienté par certains facteurs, définissant un sujet à risque.

- Des facteurs intrinsèques tels que les troubles cognitifs. *« Ce sont souvent des personnes atteintes de certaines pathologies, notamment tout ce qui est pathologie Alzheimer » (MG 1).* Ou bien encore la perte d'autonomie. *« On a beaucoup de patients qui ne sortent plus de chez eux, alors ils ne vont plus faire leurs courses » (MG 13).*

- Des facteurs extrinsèques comme l'isolement. « *C'est vraiment l'isolement qui fait que les gens ne se nourrissent plus* » (MG 1). Ainsi que la précarité. « *Ou par des gens qui associent une dénutrition et puis misère sociale* » (MG 4). Certains médecins estimaient que le lieu de la consultation définissait un risque de dénutrition, comme les institutions. « *L'EHPAD peut être une cause de dénutrition* » (MG 2). Les patients vus au cabinet seraient moins à risque de dénutrition. « *Ceux qui viennent ici [...] je ne pense pas [...] Je pense que ceux qui sont le plus à risque c'est ceux qui restent à domicile* » (MG1).

D. Les freins au dépistage

1. Freins liés au médecin

La plupart des interviewés trouvaient que le manque de temps en médecine générale gênait le dépistage. « *On manque de temps dans la consultation [...] donc y a des fois où on élimine certaines choses* » (MG 9). « *On est quand même fatigué, et même si parfois on a envie [...] d'être plus perfectionniste, ben on n'a pas le temps* » (MG 7).

Certains médecins constataient le manque de formation sur le sujet. « *On n'a pas forcément reçu d'information là-dessus. De formation et d'information* » (MG 5).

Le manque de sensibilisation était cité par certains interviewés. « *Je pense que c'est pas forcément recherché par le médecin* » (MG 8). « *Je m'en rends compte quand il y a déjà une perte de poids assez importante. Donc il doit y avoir déjà une dénutrition assez importante. Donc je pense que je la sous-estime, ça pour moi c'est sûr* » (MG 9).

2. Freins liés au patient

Le fait que la personne âgée fasse l'objet d'autres dépistages semblait gêner celui de la dénutrition. « *Le sujet c'est la dénutrition mais de manière globale on doit le faire pour d'autres risques, le risque de chute... voilà il y a plein d'autres risques* » (MG 1).

Les représentations des patients concernant la perte de poids pouvaient impacter le dépistage. Il était constaté que certains patients âgés souhaitaient perdre du poids. « *C'est pas rare que quand je pèse une vieille dame qu'elle me dise qu'elle est contente de perdre du poids [...] j'suis pas sûr que le problème vienne du*

dépistage en fait » (MG 10). Un médecin signalait que la perte d'autonomie et de poids était vécue comme une fatalité par le sujet âgé. « *Et puis après on se dit « j'suis vieux, c'est normal » »* (MG 6).

III. LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS

A. Les recommandations en général

Les opinions sur les recommandations de l'HAS étaient très partagées.

Certains médecins les jugeaient nécessaires. « *Il faut conserver des recommandations, c'est de l'EBM (Evidence Base Medecine), il y a la référence donc ici l'HAS et puis le patient et ce qu'on peut en tirer parce que les patients sont très variables »* (MG 6). Pour s'en inspirer. « *L'HAS j'aime bien parce que ça cadre les choses mais on n'est pas obligé de suivre de A à Z une recommandation, c'est impossible »* (MG 6). L'accès aux recommandations était décrit comme facile. « *Je pense qu'elles ne sont pas très dures à trouver celles de l'HAS, leur site est quand même pas terrible mais [...] par Google c'est bien référencé »* (MG 2).

D'autres médecins ne lisaient pas ces recommandations. « *Les papiers de l'HAS ou les mails qu'on reçoit c'est bien mais on en reçoit beaucoup, alors je ne les lis pas forcément »* (MG 13). Leur reprochant un manque de communication. « *Les recommandations elles ne viennent jamais jusqu'au terrain, ça c'est de manière générale »* (MG 1). Un des interviewés y était opposé. « *J'avoue que les recommandations de l'HAS j'ai plutôt tendance à m'asseoir dessus [...] moi personnellement c'est un repoussoir les recommandations de l'HAS »* (MG 4). Jugées le plus souvent inadaptées à la médecine générale. « *Elles sont faites pour ne pas être appliquées justement parce qu'elles sont, elles sont tout à fait inapplicables [...] ça vient toujours de là-haut mais sans forcément connaître le terrain » »* (MG 1). « *L'HAS il faudrait des fois qu'ils viennent faire nos visites avec nous pour voir, et pour comprendre nos problématiques »* (MG 7).

B. Recommandations sur le dépistage de la dénutrition

1. Connaissances

La majorité des interviewés ignoraient l'existence de ces recommandations. « *Non je ne les connais pas [...] mais je suis ravi d'apprendre qu'il y en a »* (MG 8).

Certains médecins connaissaient leur existence, sans en connaître les différents items. « *J'ai dû le lire mais j'avoue que là, je ne l'ai plus en tête* » (MG 10).

2. Applicabilité en médecine générale

L'actualité des recommandations, datant de 2007, était remise en cause. « *Parfois ça évolue beaucoup et là, ça fait déjà 8 ans* » (MG 8).

a) MNA

Certains médecins étaient en faveur du MNA :

- Le trouvant pertinent. « *Les questions ont l'air intelligentes, parce que des fois ce genre de test ça me laisse rêveur* » (MG 6).
- Le MNA pouvait servir de guide pour discuter de l'alimentation. « *En médecine générale [...] des outils de mesures et de dépistages sont produits, heu... la plupart du temps ils servent surtout de trame subliminale à la consultation du généraliste* » (MG 10). D'une manière générale, l'évaluation de l'alimentation réalisée dans le MNA semblait être faite de manière implicite lors de la consultation. « *Ces choses-là peuvent tout à fait se faire de façon subliminale dans les consultations standards sans avoir besoin d'une cotation précise* » (MG 10). « *On demande les choses mais pas forcément comme ça, sans forcément faire un test. C'est du bon sens* » (MG 11).
- Le MNA comme outil de suivi. « *Si ils sont suivis vraiment pour un état de dénutrition type cancer [...] pourquoi pas le faire à ce moment-là une fois par an, dans le cadre d'un suivi* » (MG 9).
- Il était parfois considéré comme un argument pour adresser un patient chez un spécialiste ou en hospitalisation. « *Ca peut être un argument auprès des confrères, si on a besoin d'un avis ou qu'on veut hospitaliser la personne* » (MG 6).
- Certains médecins envisageaient de l'utiliser lors de consultations, avec l'aide des internes de médecine générale pour les maîtres de stage. « *Je pourrais demander à mes internes de le faire. Si j'ai un souci nutritionnel ça peut être intéressant* » (MG 6).
- Quelques-uns pensaient que le test ne concernait pas tous les patients. « *Je ne sais pas si je le ferai à tous mes patients âgés, ceux qui vont bien [...] je ne leur ferai pas le test* » (MG 13).

D'autres médecins étaient contre l'utilisation du MNA pour différentes raisons :

- Le manque de temps en médecine générale revenait principalement comme frein à l'utilisation du MNA. « *Si on doit le faire à domicile une fois par an c'est toujours une question de temps, dans nos régions la désertification fait qu'on a beaucoup de patients et puis on ne voit pas tant de bobologie que ça, on fait surtout du chronique et ça prend du temps [...] Alors j'avoue que le dépistage oui, le MNA global à domicile ça me semble difficile, au cabinet aussi d'ailleurs* » (MG 7). De même que la longueur du test. « *Alors ça déjà on oublie [...] quand on est dans des villes comme la nôtre où un médecin sur deux va partir en retraite dans 10 ans, c'est débile de recommander de faire ça, ça ne sera jamais fait [...] Ça prend trop de temps* » (MG 4).
- La plupart des médecins jugeaient que le MNA n'était pas adapté à la médecine générale. « *Ce genre de chose me paraît avoir été élaboré par des heu... comment dire, par des gens qui ne sont pas au plus près des patients* » (MG 10).
- Le MNA était considéré par certains interviewés comme un outil dédié aux gériatres ou aux institutions. « *Je le vois mieux en institution, ou par un confrère gériatre qui aurait le temps, j'sais pas si ils l'ont* » (MG 6).
- Ce questionnaire ne semblait pas indispensable au dépistage de la dénutrition. « *S'il y a des nouvelles recommandations HAS qui sortent en 2016 où on nous dit qu'il y a des études qui ont montré que le MNA c'est le truc indispensable à faire, j'avais le faire [...] mais j'ai jamais cherché franchement à l'utiliser quoi* » (MG 2).
- Il était vécu comme un frein à la dynamique de la consultation. « *Il est plus simple [...] de demander à une mémé si elle finit bien sa viande à table que de euh... commencer à pointer sur une feuille de papier un test etcétera. Ça casse le relationnel* » (MG 10).
- Quelques médecins s'interrogeaient sur l'accessibilité du MNA. « *Si on le met dans le dossier on sera plus tenté d'y penser quoi. Ou bien dans l'ordi, parce que si c'est un truc que je dois chercher heu... ben ça va être compliqué. Après il est sur internet aussi ? On peut le faire comme le MMS sur internet ?* » (MG 8).

- D'autres sur sa validité. « *Il faudrait regarder quelle est la validation de ce truc-là [...] Faudrait que j'étudie ça savoir, que je regarde un petit peu l'intérêt et heu la validation* » (MG 5).

Le MNA SF (short form) avait pour avantage de pouvoir être fait sans la participation du patient. « *Et puis le court ce qui est bien c'est que t'es pas obligé de le faire avec le malade* » (MG 10). Le rendant plus pratique pour les patients présentant des troubles cognitifs. « *C'est vrai que pour les patients qui sont un peu déments, c'est un test qui peut prendre du temps, heu... le plus court serait plus adapté* » (MG 13). La plupart des médecins se limiteraient dans leur dépistage au MNA SF. « *La short form c'est plus sympa, on est capable de répondre sans interroger 3 heures le malade, on l'a examiné, on l'a pesé, il mange... La forme courte comme ça c'est mieux* » (MG 6).

b) IMC

Les opinions étaient partagées concernant l'IMC. Certains médecins étaient en faveur :

- Certains interviewés incluait l'IMC dans un protocole de dépistage. « *Je me contente du poids, IMC et puis l'albumine, qui me satisfait pas mal sur la prise en charge thérapeutique* » (MG 2).
- Le calcul automatique de l'IMC avec certains logiciels médicaux en faisait un outil accessible. « *Ce sont des choses que j'ai dans l'ordinateur ça hein, le poids je le rentre automatiquement dans mon logiciel et dès que j'ai complété la taille à un moment donné l'IMC se fait automatiquement* » (MG 10).
- La variation d'IMC était considérée comme plus pertinente qu'une valeur absolue. « *Il y a des dames qui font 42 kilos, et qui l'ont toujours fait, leur IMC il est peut-être pas à 21 mais bon je suppose que c'est plus les variations d'IMC qui doivent nous alerter* » (MG 11).

D'autres médecins avaient un avis défavorable :

- La taille était l'élément déterminant dans son utilisation. « *Comme j'ai dit le poids c'est faisable, l'IMC aussi je pense à condition d'avoir la taille* » (MG 13).

- Mesurer les patients âgés semblait être un frein majeur à son utilisation. « *Pour calculer l'IMC il faut les mesurer, on a le même problème heu... Mesurer une personne âgée c'est pas évident parce que là au domicile c'est impossible il faut le faire au cabinet [...] c'est vraiment ça qui limite le truc* » (MG 9). « *L'IMC c'est plus difficile parce qu'on a du mal à mesurer les gens* » (MG 6).
- Parfois l'IMC était décrit comme inapproprié au dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé. « *Je pense que ça a plutôt tendance à fausser le résultat parce que vous prenez une personne âgée qui a des tassements vertébraux heu... on va avoir un IMC qui va augmenter [...] si la taille baisse, l'IMC monte* » (MG 4).
- Certains médecins estimaient que lorsque l'IMC atteignait 21 la dénutrition était déjà installée depuis longtemps. « *l'IMC inférieur à 21 bon, la plupart des vieilles dames que je suis ont déjà un IMC aux alentours de 28 [...] avant qu'elles n'arrivent à 21 ben il y aura eu d'autres signes d'alerte* » (MG 10).

c) Biologie

Le dosage de l'albumine avait certains intérêts pour les médecins interrogés :

- Il était décrit comme facile à réaliser. « *La biologie c'est pas très compliqué* » (MG 3).
- La biologie servait aussi de preuve diagnostic. « *C'est vrai que la biologie c'est le seul paramètre pour objectiver une dénutrition* » (MG 8).
- L'albuminémie permettait pour certains de dépister une dénutrition infra-clinique. « *Si on dose l'albuminémie à tous les patients qui ont plus de 75 ans, on va retrouver pleins de dénutris, alors que cliniquement sur leur poids et leur IMC on ne l'aurait pas forcément vu* » (MG 2).
- La biologie aidait à diagnostiquer une dénutrition lorsque la recherche des autres marqueurs n'était pas faisable. « *C'est très difficile d'avoir son poids [...] donc on l'évalue plutôt sur des critères biologiques* » (MG 7).
- Le fait que le dosage de l'albumine fasse partie des recommandations lui donnait un sens économique. « *C'est pas gratuit une albuminémie, ils n'insisteraient pas à faire un bilan biologique inutile quoi* » (MG 2).

Les circonstances du dosage biologique divisaient les médecins interrogés :

- La plupart des médecins profitaient d'un bilan biologique global pour doser l'albuminémie une fois par an. « *Toutes les personnes âgées ont une prise de sang de temps en temps. C'est facile à vérifier* » (MG 4).
- Le dosage de l'albumine s'inscrivait dans un protocole de dépistage, en association avec la pesée. « *Je fais l'albuminémie et puis heu surveillance du poids, je pense que c'est à mon sens le plus important* » (MG 5).
- Le bilan biologique venait appuyer la clinique. « *Quand mon œil est attiré par un amaigrissement, là je dose l'albumine pour qu'elle me renseigne sur la gravité et l'évolution de cette dénutrition* » (MG 10).
- En complément de l'interrogatoire et de l'examen physique ou pour des patients peu suivis. « *Je le ferais plutôt si point d'appel physique ou si on voit la vieille personne de façon plus sporadique. On a donc une moins bonne idée de son mode de vie* » (MG 10).
- Néanmoins le prélèvement sanguin systématique chez le sujet âgé était parfois critiqué, décrit comme de la maltraitance. « *J'essaie de faire peu de prise de sang aux personnes âgées. Heu... ce sont toujours des éléments traumatisants [...]. Une prise de sang systématique qui n'apportera aucun changement thérapeutique [...] je dirai presque que c'est de la maltraitance* » (MG 10).

Par ailleurs, certains interviewés estimaient que l'albumine était un marqueur trop tardif de dénutrition. « *Le bilan protéique il faut déjà une vraie franche dénutrition pour qu'il soit perturbé [...] quand on a déjà perdu 5 à 6 kilos ça ne sert plus à grand-chose d'aller faire une prise de sang. Heu le diagnostic est posé* » (MG 10).

Notons que quelques médecins s'interrogeaient de l'absence de la préalbuminémie dans les recommandations. « *Je suis surpris, il n'y a pas du tout la préalbumine. Moi je mettais les deux* » (MG 8).

d) Poids

La plupart du temps le poids recueillait des avis favorables :

- Le suivi du poids ne semblait pas poser de problème. « *La perte de poids ça heu... si on a la balance facile et que c'est facile, c'est pas compliqué à faire une fois par an* » (MG 12).

- Comme pour les précédents items, le suivi du poids faisait partie d'un protocole de dépistage, associant poids, IMC et albuminémie. « *En fonction de ses facteurs de risque bien surveiller le patient, notamment pour dépister avec l'albuminémie, le poids, l'IMC* » (MG 1).
- Pour quelques médecins le poids était le critère physique principal. « *Bah le poids c'est déjà pas mal non ?* » (MG 11).
- Il était considéré plutôt comme un élément de suivi que de dépistage. « *Je ne pèse pas tous mes patients. Heu... je ne pèse que quand ils maigrissent* » (MG 9).
- Ce suivi étant facilité par l'outil informatique. « *Le poids est un paramètre de mon logiciel informatique [...] On a des courbes et puis avec l'informatique c'est dans le logiciel* » (MG 6).

Certaines limites étaient remarquées par les médecins interrogés :

- Peser un patient en perte d'autonomie pouvait être difficile. « *Les personnes âgées ben... elles ont quand même souvent du mal à tenir debout sur une balance* » (MG 9).
- Concernant les visites à domicile, quelques médecins remarquaient l'absence de balance. « *Pour ceux que je vois à domicile c'est toujours difficile de les peser. On n'a pas de balance, ou bien ils ne marchent plus* » (MG 13).
- Pour certains médecins la perte du premier kilo n'avait pas de signification. « *La perte du premier kilo ça n'engendre rien. Il faut déjà une franche dénutrition pour que ça ait une conséquence physique* » (MG 10).

3. Mise en pratique des recommandations

a) Médecins réticents

A la suite de notre entretien quelques médecins semblaient encore réticents à appliquer les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé. « *La personne âgée chez qui ça se passe bien on n'a pas besoin de mesurer leur état de dénutrition à priori* » (MG 4).

b) Modification des pratiques

D'autres envisageaient de modifier leur pratique. « *Si on a le temps de le faire aux périodes où on est moins débordés, quand il y a moins d'aigu par exemple en été, c'est pas mal. J pense qu'une fois par an c'est gérable* » (MG 12). Estimant qu'il faudrait rendre obligatoire le dépistage. « *Si on avait l'obligation de le faire ça serait peut-être bien* » (MG 11).

Concernant son organisation, la plupart des interviewés étaient en faveur d'une consultation dédiée s'ils constataient un amaigrissement. « *On ne peut aborder un problème [...] que quand il y a un point d'appel spécifique lors d'une consultation. [...] Par contre si vous constatez une perte de poids [...] Là les questions paraissent légitimes et ne semblent pas intrusives du tout* » (MG 10). La consultation dédiée systématique n'était pas adaptée à la médecine générale. « *C'est assez difficile quand même de dédier une consultation pour un dépistage parce que, par définition, les patients ne se plaignent de rien* » (MG 2).

D'autres médecins pensaient profiter d'une consultation pour un renouvellement de traitement. « *C'est gérable de se dire que une fois par an si je vois que c'est un renouvellement et qu'il n'y a pas de problème, ben... dans ce cas-là de prendre le temps de la faire* » (MG 12).

c) Mise en pratique du MNA

La mise en pratique du MNA était également discutée : pour quelques médecins il était utile si le patient était peu connu. « *Ce test me paraît plus utile en institution, euh... ou lors d'hospitalisation quand le soignant ne connaît pas spécialement le patient* » (MG 10). Plus accessible s'il était intégré au logiciel médical utilisé. « *Si on le met dans le dossier on sera plus tenté d'y penser quoi. Ou bien dans l'ordi, parce que si c'est un truc que je dois chercher heu... ben... ça va être compliqué* » (MG 8).

D'autres envisageaient un auto-questionnaire à faire remplir par le patient. « *Un des trucs que je ferais le plus c'est éventuellement un auto-questionnaire quoi, à laisser à disposition des patients en salle d'attente [...] c'est un peu plus simple à utiliser en médecine générale un auto-questionnaire qu'un hétéro-questionnaire* » (MG 2).

La rémunération du test MNA était une éventuelle source de motivation. « *Ben...le fait que ça soit côté ça pourrait motiver les médecins à le faire, comme le MMS* » (MG 6).

d) Pistes pour améliorer le dépistage

Il était proposé de synthétiser les recommandations. « *Peut-être se limiter à quelques lignes ça permet d'être intégré plus facilement* » (MG 5).

Certains médecins constataient la nécessité de créer un outil d'aide au suivi du dépistage. « *Ça serait bien d'avoir une fiche simplifiée où on puisse noter heu... le poids, le bilan nutritionnel avec albumine, préalbumine et CRP, enfin d'avoir peut-être quelque-chose de formalisé mais simplifié, qu'on pourrait laisser au domicile en coordination avec les différents intervenants* » (MG 7).

DISCUSSION

Cette étude a permis de recenser différents freins au dépistage de la dénutrition des personnes âgées vivant en ville. Les médecins généralistes semblaient utiliser les mêmes outils de dépistage avec, cependant, une organisation différente.

Concernant les recommandations de l'HAS à ce sujet, le principal frein à leur mise en pratique semblait être un manque d'information des médecins interviewés. Peu d'entre eux en avaient connaissance. Par ailleurs, leur applicabilité était remise en cause :

- Le caractère systématique du dépistage était critiqué
- La plupart des médecins étaient en faveur du suivi du poids et de l'albuminémie.
- L'intérêt et la faisabilité de l'IMC étaient discutés
- Le MNA recueillait peu d'avis favorables, décrit comme trop long et non adapté à la pratique de la médecine générale.

I. DISCUSSION SUR LES METHODES

A. Type d'étude et question de recherche

L'approche qualitative semblait la plus appropriée pour explorer les pratiques des médecins généralistes sur le dépistage de la dénutrition. La réalisation d'entretiens a permis d'explorer leurs connaissances sur le sujet, sans crainte du jugement de leur confrère.

Un certain nombre d'études quantitatives ont exploré les méthodes de dépistage de la dénutrition des sujets âgés (5) (6), dont une réalisée dans la même région. (7) Ces résultats ont été pris en compte dans cette discussion. Aucuns travaux concernant l'applicabilité des recommandations de l'HAS à ce sujet effectués dans la région n'ont été retrouvés lors de ma recherche bibliographique.

B. Echantillonnage et recrutement

L'échantillon compte 13 participants. Du fait de sa taille, il ne peut pas être représentatif de la population des médecins généralistes. Cependant, des informations données spontanément lors d'un entretien peuvent avoir un poids équivalent à celles répétées plusieurs fois dans un questionnaire. Par ailleurs la

diversification de l'échantillon favorise le recueil d'informations variées. Enfin, la validité des résultats a été assurée par l'obtention de la saturation des données.

C. Recueil des données

La méthode par entretiens individuels semi-directifs a été choisie afin de favoriser l'expression libre des différents participants. Ces entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, permettant d'orienter le sujet sur le thème abordé tout en le laissant s'exprimer librement. Ce guide rend les données recueillies plus faciles à analyser en suivant la même démarche lors des entretiens.

La capacité du chercheur à conduire un entretien peut constituer un biais intrinsèque à la méthode, le premier entretien réalisé sur un proche du chercheur a permis de se familiariser avec le rôle. Le fait que le chercheur soit interne en médecine a pu faire craindre au sujet d'être jugé. Ce phénomène a été limité en se positionnant de façon naïve et en évitant toute critique.

D. Analyse des données

La difficulté est d'éviter les biais d'interprétation en ne trahissant pas la pensée des participants. La retranscription des entretiens a été réalisée de façon fidèle, cependant l'analyse a pu être influencée par notre propre lecture. Toutes les citations sur un même thème n'ont pas été reprises par souci de clarté, les plus courtes et les plus explicites ont été retenues.

Les biais d'interprétation ont été limités par une triangulation de l'analyse des données, correspondant à un second codage des verbatim par un autre chercheur, suivi d'une mise en commun de leurs analyses.

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS

A. Dépistage de la dénutrition en médecine générale

1. Sensibilisation

La plupart des médecins interrogés s'estimaient sensibilisés au problème de la dénutrition du sujet âgé.

Les méthodes de sensibilisation différaient selon les interviewés, avec toutefois une majorité d'avis favorables aux conférences ou FMC. Une étude réalisée en 2013 dans le Limousin, à l'initiative de la SFNEP (Société Française de Nutrition clinique et métabolique) sous l'impulsion du Ministère de la Santé, avait démontré que les

professionnels de santé étaient sensibles aux conférences organisées sur le sujet de la dénutrition des sujets âgés. L'évaluation avant/après avait été satisfaisante. Ce projet avait mis en évidence l'importance de la communication sur le sujet, non seulement auprès des professionnels de santé mais aussi auprès du grand public.

(8)

Le rôle privilégié du médecin généraliste dans le dépistage de la dénutrition était souligné par quelques médecins dans notre travail. Le cadre des visites à domicile, propre à leur profession, renforçait ce sentiment. La proximité du médecin généraliste avec son patient était également soulignée dans notre étude, lui attribuant un rôle complémentaire des autres spécialités médicales. Une enquête téléphonique réalisée sur 384 personnes âgées en France démontrait que 17% des sujets avaient été alertés sur leur dénutrition par leur médecin généraliste, et 90% des personnes interrogées considéraient qu'une perte de poids doit être signalée au médecin généraliste. (9)

L'intérêt économique de la prise en charge de la dénutrition restait à démontrer pour certains médecins de notre étude. Or, dans l'argumentaire publié par l'HAS concernant les recommandations, il était établi que la dénutrition prolongeait la durée d'hospitalisation, favorisait les maladies nosocomiales, ainsi que le risque de chutes et de fractures, entraînait la perte d'autonomie des sujets âgés. Ces implications de la dénutrition montrent bien l'intérêt économique d'un dépistage et d'une prise en charge précoces. (10)

Certains médecins inscrivaient la dénutrition des personnes âgées et sa prise en charge dans un projet local et d'actualité. A noter que des campagnes de sensibilisation des médecins généralistes et des professionnels de santé sont organisées régulièrement par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). La dernière dans la région ayant eu lieu en 2015 dans le Hainaut. Des délégués de l'assurance maladie intervenaient auprès des médecins généralistes en leur remettant des brochures de sensibilisation et de prise en charge de la dénutrition. (11)

2. Outils utilisés

a) Les aidants

Certains médecins remarquaient l'importance des aidants dans le dépistage de la dénutrition. Or, d'après une enquête réalisée auprès des sujets âgés dénutris,

l'alerte du médecin généraliste par l'entourage du patient ne constituait que 7% des cas. Dans la majorité des cas, la dénutrition avait été diagnostiquée sur des signes physiques (25%) et suite à un entretien nutritionnel (22%). (9). Il semble pourtant important de sensibiliser les patients mais aussi leurs proches à ce sujet, afin d'agir rapidement et en amont de toutes complications.

b) Le poids

Le suivi du poids était fréquemment mentionné dans notre étude comme outil de dépistage déjà mis en place. Ce résultat concorde avec la thèse quantitative de Caroline COUSIN RICOUR étudiant les méthodes de dépistage de la dénutrition des personnes âgées dans la région Nord-Pas de Calais. Elle avait établi que 90% des médecins généralistes pesaient leurs patients. (7) De même dans la thèse de Lucile GACHIGNARD, le poids était utilisé par 96% des médecins interrogés. (5) Notre étude a apporté la notion de fréquence, la plupart des médecins déclaraient peser leurs patients âgés régulièrement et au moins une fois par an. Il a également été mis en évidence que les médecins qui ne suivaient pas le poids de leurs patients le faisaient par manque de matériel adapté, quelques-uns n'ayant pas de balance dans leur cabinet. Ou par manque d'habitude. Notre étude a démontré que les médecins avaient tendance à considérer la perte de poids comme un signe d'alerte de dénutrition, plutôt que comme un élément faisant parti du diagnostic.

c) La biologie

Le dosage de l'albumine était réalisé par la majorité des médecins interrogés dans notre étude. Le travail de Caroline COUSIN RICOUR avait mis en évidence que 84% des médecins généralistes interrogés utilisaient ce marqueur comme critère diagnostic. (7) Notre étude apportait des précisions sur l'utilisation de ce marqueur : de façon non systématique pour certains, la dosant en complément de signes physiques de dénutrition ou en cas de signes d'alertes. Pour d'autres l'albuminémie constituait le seul marqueur de dénutrition.

Dans notre étude, quelques médecins associaient le dosage de la CRP à celui de l'albumine, comme le recommande l'HAS (12) et la Revue Francophone des Laboratoires. Dans cette dernière, il était signalé qu'une inflammation aiguë ou chronique pouvait faire diminuer le taux plasmatique de ces protéines. De même que d'autres situations cliniques pouvant influencer les taux circulants de protéines, tels que l'insuffisance hépatique, les syndromes néphrotiques, une hémodilution ou

hémococoncentration. (13) Cependant, d'après l'HAS il est recommandé d'associer uniquement le dosage de la CRP à celui de l'albumine. (12)

d) IMC

Dans notre travail, le calcul de l'IMC n'avait jamais été cité spontanément comme outil de dépistage de la dénutrition. Or, Caroline COUSIN RICOUR démontrait que 74% des médecins utilisaient l'IMC comme critère diagnostique, (7) de même que Lucie GACHIGNARD pour qui 67% des médecins inclus utilisaient l'IMC en première intention dans le dépistage de la dénutrition. (5) Notons que les deux études précédemment citées avaient recueillis leurs données à l'aide d'auto-questionnaires, pouvant surévaluer l'utilisation de certains indices.

e) Les habitudes alimentaires

Dans notre étude, quelques médecins déclaraient discuter des habitudes alimentaires de leurs patients âgés afin d'évaluer leur risque de dénutrition. Cette pratique avait déjà été identifiée dans une thèse réalisée en 2011, recensant les méthodes de dépistage de la dénutrition des patients âgés en Indre. (6)

3. Population ciblée

L'isolement, la précarité et la perte d'autonomie étaient des facteurs de risque régulièrement cités dans notre étude, référencés parmi les situations à risque de dénutrition dans les recommandations de l'HAS. (12) Ces éléments étaient également mentionnés dans la thèse de Maud FALINE. (6) Par ailleurs, quelques médecins interrogés dans cette étude constataient que les patients vus au cabinet présentaient moins de risque de dénutrition, alors que ceux vivants en EHPAD y étaient plus exposés. Opinion également développée dans notre travail, avec de plus l'idée que les patients vus au domicile étaient plus à risque de dénutrition car plus fragiles.

Dans notre étude, les troubles cognitifs étaient peu évoqués comme situation à risque de dénutrition, mais plutôt comme facteur limitant la qualité du dépistage. Pourtant dans le travail de Lucile GACHIGNARD précédemment cité, ces troubles constituaient une situation induisant un dépistage pour 38,8% des médecins. (5)

4. Freins au dépistage

Le manque de formation au sujet du dépistage de la dénutrition était régulièrement mentionné par les interviewés. Ce point faisait pourtant parti du plan

d'action 2011-2015 de la PNNS avec davantage de formations destinées aux professionnels de santé, la conception d'outils pratiques pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. (14) Notons par ailleurs que la gériatrie fait partie depuis plusieurs années du programme de l'ECN (Epreuves Classantes Nationales), avec notamment l'item n°61 : troubles nutritionnels chez le sujet âgé.

L'autre obstacle cité lors de nos entretiens était le manque de temps. Ce résultat concorde avec les thèses de Caroline COUSIN RICOUR et de Maud FALINE, qui montraient que le manque de temps en médecine générale gênait 31% des médecins inclus. (7) (6)

Dans notre étude, le fait qu'il y ait chez la personne âgée plusieurs pathologies intriquées pouvait rendre le dépistage de la dénutrition plus complexe. Résultats concordants avec une étude téléphonique réalisée sur 301 médecins généralistes de France : 56% des interviewés estimaient que le fait que le sujet âgé souffre de pathologies plus graves faisait passer la dénutrition au second plan. (15)

B. Applicabilité des recommandations

On peut s'interroger sur les facteurs influençant la mise en pratique des recommandations de l'HAS au sujet du dépistage de la dénutrition des patients âgés.

1. MNA

La plupart des médecins ne connaissaient pas le MNA, comme dans la thèse de Maud FALINE. (6) Pour ceux qui en connaissaient l'existence ils ne l'utilisaient pas, résultat concordant avec le travail de Lucile GACHIGNARD, où 73% des médecins déclaraient ne pas utiliser le MNA. (5)

Les médecins intéressés par le MNA dans notre étude n'envisageaient pas de l'utiliser comme tel, mais de s'en inspirer pour guider leur interrogatoire concernant la dénutrition. Ce questionnaire était plus adapté, selon certains interviewés, aux spécialités médicales telles que la gériatrie ou la nutrition.

Certains médecins s'interrogeaient sur la validité de ce questionnaire, concernant notamment son niveau de preuve. Une étude réalisée en 2009, à échelle mondiale, a permis de démontrer un lien significatif entre MNA et albuminémie ou mesure du périmètre brachial. Cette étude a été menée grâce à différentes bases de données, concernant 6257 sujets âgés de 82,3 ans en moyenne. (16)

Dans notre étude comme dans celle de Caroline COUSIN RICOUR, le MNA était critiqué pour son côté chronophage, décrit comme trop long et inadapté à la

médecine générale. (7) Idée également émergente du travail d'Emmanuelle BLANCHET, évaluant l'utilisation des tests gériatriques en médecine générale en Meurthe et Moselle. Ces tests, tels que le MNA, étaient peu utilisés par les praticiens à cause du manque de formation et de pratique. (17) La plupart des médecins de notre étude envisageant d'utiliser le MNA ne pensaient pas le faire seul. Ils prévoyaient de le faire réaliser par leurs internes en complément d'une consultation.

La longueur du MNA était régulièrement reprochée dans notre étude. En 2009 une forme simplifiée a été élaborée. Cette version constitue d'ailleurs la première partie du test, basée sur 6 items, à utiliser lors du dépistage. Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés utiliseraient ce MNA SF pour poser le diagnostic de dénutrition. La forme globale leur semblait trop longue et non adaptée aux patients présentant des troubles cognitifs. La concordance entre MNA global et MNA-SF a été démontrée dans une étude réalisée en 2015 en Turquie. Sur 236 sujets de plus de 65 ans, le MNA-SF présentait une sensibilité de 94% concernant le risque de dénutrition, contre 92% pour le MNA global. (18)

2.IMC

Certains médecins remarquaient que l'IMC n'était pas approprié à évaluer la dénutrition chez le sujet âgé, entraînant de faux négatifs. Il avait été noté que la limite fixée à 21 par l'HAS était tardive. Il est d'ailleurs établi que la composition du corps du sujet âgé change. Après 65 ans, un individu perd 40% de sa masse musculaire et 20% de sa masse hydrique. Pour certains auteurs, la dénutrition devrait être évoquée à partir d'un IMC à 24. (19)

La taille représentait souvent un frein au calcul de l'IMC, certains médecins de notre étude remarquant les difficultés à mesurer un sujet grabataire ou encore l'absence de toise lors de visite à domicile. Notons que différentes formules permettent d'estimer la taille du patient, telle que la formule de Chumlea qui détermine la taille du patient à partir de la hauteur talon-genou. (20)

Il avait été démontré que certains critères influençaient la réalisation d'un IMC dans la thèse de Caroline COUSIN RICOUR. (7) Dans cette étude, aucun lien n'avait été établi entre outil informatique et réalisation de l'IMC, contrairement à notre travail où quelques médecins voyaient un encouragement dans l'outil informatique pour le calcul de l'IMC.

3. Biologie

Dans notre étude, la plupart des médecins qui dosaient l'albumine le faisaient devant un amaigrissement, résultat retrouvé dans le travail de Maud FALINE. (6) Cette méthode concorde avec les recommandations de l'HAS, le dosage de l'albumine étant un facteur diagnostique de dénutrition et non de dépistage. (12) Doser l'albumine de façon systématique était d'ailleurs décrit comme traumatisant et inutile dans notre travail.

Au cours des entretiens, la plupart des médecins reconnaissaient l'intérêt du dosage de l'albumine dans le diagnostic de la dénutrition du sujet âgé. D'ailleurs, les recommandations de l'HAS définissent l'hypoalbuminémie comme marqueur du diagnostic de dénutrition chez le sujet âgé, avec deux seuils : $< 35\text{g/l}$ et $< 30\text{ g/l}$ marquant respectivement une dénutrition modérée et sévère. (12) Pourtant, d'après une étude menée en unité de soin de suite et réadaptation sur 125 patients âgés de la région parisienne publiée en 2011 dans la revue Nutrition, l'albumine était davantage un marqueur de morbi-mortalité que de diagnostic de la dénutrition. L'hypoalbuminémie marquerait donc un risque de complication de la dénutrition. (13) Une méta-analyse regroupant 90 études sur 300000 patients montrait d'ailleurs que le risque de décès augmentait de 137% pour chaque perte de 10g/l d'albumine. (21)

On peut également s'interroger sur les valeurs seuil recommandées par l'HAS, car elles sont issues d'articles reliant hypoalbuminémie et morbi-mortalité. (22)

Quelques médecins s'interrogeaient sur l'absence de la préalbumine dans les recommandations HAS, d'autres considéraient que ce marqueur, étant le plus précoce, était celui à utiliser. Il a été démontré dans une étude qu'il s'agissait d'un marqueur de choix pour un diagnostic précoce de dénutrition et pour le suivi de la renutrition, la principale limite de cette étude étant que la population étudiée était hospitalière. (13)

4. Poids

Le suivi du poids était majoritairement mis en place par les médecins interrogés, facilité par l'outil informatique permettant d'établir des courbes de poids. Cet argument avait déjà été mis en relief dans la thèse de Maud FALINE. (6)

La difficulté de la pesée à domicile citée dans notre étude par certains médecins concorde avec la thèse de Caroline COUSIN RICOUR, où la raison évoquée était l'absence de balance. (7) Notre étude a également souligné que le

suivi du poids à domicile dépendait de l'autonomie du patient et des aidants potentiels.

Notre travail a objectivé une hiérarchie dans le dépistage de la dénutrition, la plupart des médecins utilisant en première intention le suivi du poids. Devant un amaigrissement, l'IMC et le dosage de l'albuminémie étaient alors réalisés. Or d'après les recommandations de l'HAS le dépistage doit se composer à l'examen physique de la pesée et du calcul de l'IMC. Le dosage de l'albumine faisant parti des critères diagnostic de la dénutrition. (12)

C. Pistes pour une amélioration des pratiques

Certains médecins interrogés avaient l'intention de modifier leur pratique concernant le dépistage de la dénutrition après notre entretien. Cet élément prouve qu'un échange sur le sujet permet de sensibiliser d'avantage les médecins et donc d'améliorer ce dépistage.

La rémunération du dépistage avait été mise en avant dans notre étude, en soumettant l'idée d'une cotation pour la réalisation du MNA. Cette idée avait été évoquée dans le travail de Caroline COUSIN RICOUR par 9% des médecins inclus. (7)

La consultation dédiée à la nutrition du sujet âgée a été mentionnée dans certains entretiens, avec des avis partagés. Réaliser une consultation dédiée aux dépistages chez les plus de 70 ans avait été testé dans 3 départements de France, en 2007. Cette pratique n'a pas été généralisée, à cause du caractère chronophage de cette consultation et du manque de formation des médecins généralistes. (23). Le caractère systématique d'un tel dépistage avait été critiqué dans notre travail. La plupart des médecins considérant qu'un dépistage au cas par cas, selon les facteurs de risque, serait plus réalisable.

La plupart des médecins interrogés dans notre travail utilisaient deux critères pour dépister la dénutrition, le poids et l'albumine étant les plus souvent cités. Il a été démontré dans le travail de Gaëlle BARTOLI, étudiant la prévalence de la dénutrition des sujets âgés en médecine ambulatoire, que l'emploi concomitant des quatre critères recommandés par l'HAS favorisait la sensibilité du dépistage. (24)

La création d'un outil d'aide au dépistage et au suivi de la dénutrition avait été suggérée dans notre étude. Concernant le MNA, dans notre étude il a été remarqué que son intégration à des logiciels informatiques le rendrait plus accessible et plus

automatique. Ces deux suggestions d'amélioration étaient confirmées dans le travail de Maud FALINE. (6)

Dans notre travail, certains médecins jugeaient ces recommandations non adaptées à la médecine générale. Cette remarque peut être expliquée par le fait que parmi les 18 intervenants ayant travaillé sur l'élaboration de ces recommandations, un seul était un médecin généraliste, également gériatre. La participation de plus de médecins généralistes à leur rédaction pourrait les rendre plus accessibles à la pratique quotidienne.

CONCLUSION

Les méthodes de dépistage de la dénutrition des sujets âgés par les médecins généralistes semblent varier d'un praticien à l'autre. La fréquence de ce dépistage, ainsi que les outils utilisés (évaluation des habitudes alimentaires, situation à risque), diffèrent selon les médecins interrogés. Ceci est dû principalement à un manque de communication et de formation sur le sujet. L'objectif de l'HAS en recommandant certaines pratiques standardisées n'est pas atteint car peu de médecins en connaissent l'existence. Les principaux outils du diagnostic de dénutrition recommandés (poids, IMC et albumine) semblent être utilisés, avec cependant une organisation propre à chaque médecin. Par ailleurs, la mise en pratique exacte des recommandations ne paraît pas indispensable à un dépistage de bonne qualité pour les médecins interrogés. En améliorant la communication sur ces recommandations et donc sur la dénutrition du sujet âgé, ne pourrait-on pas en améliorer le dépistage et la prise en charge anticipée ? Il semble nécessaire de rendre ces recommandations plus adaptées à la médecine générale, en y apportant certaines modifications. Concernant le MNA, la recommandation par l'HAS de la réalisation du MNA-SF uniquement favoriserait-elle son utilisation ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

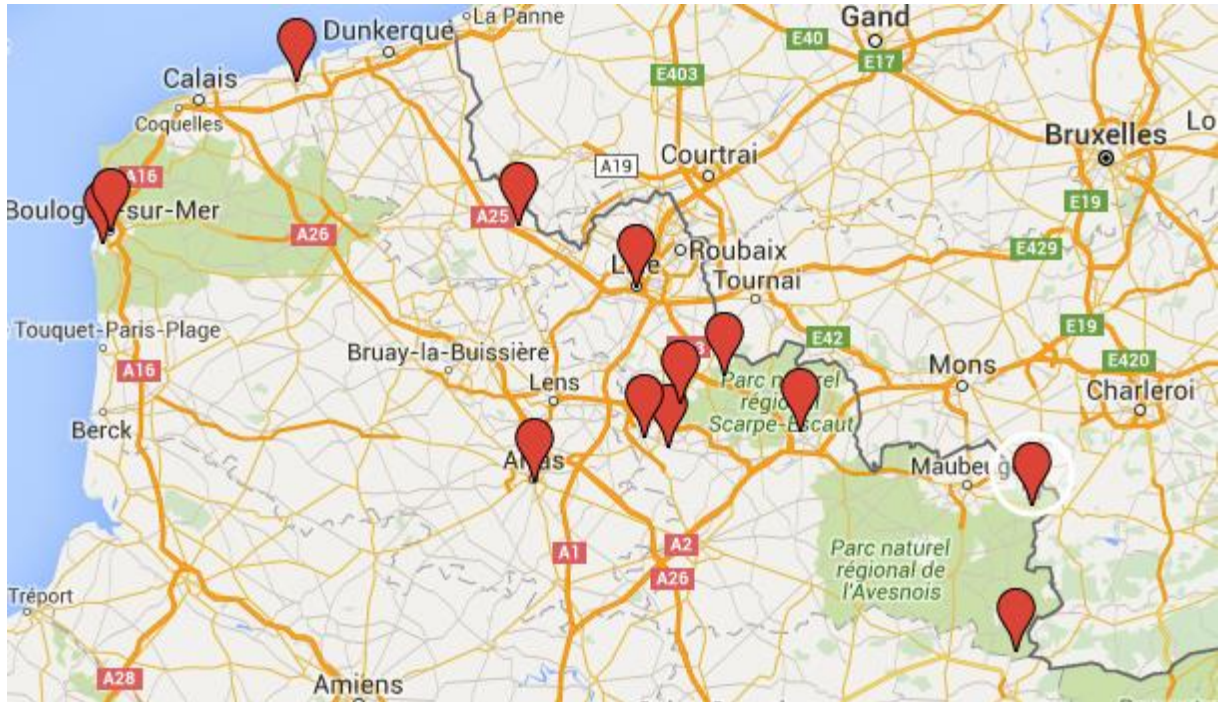
1. Haute Autorité de Santé. Table ronde dénutrition du sujet âgé. 2007. <http://www.youscribe.com/catalogue/rapports-et-theses/sante-et-bien-etre/medecine/rencontres-has-2007-la-denuitration-du-sujet-age-un-enjeu-de-sante-2317591>. Consulté en juin 2016.
2. Brocker P. Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition au domicile. In: Masson E, éditeur. Nutrition De la Personne âgée (4e édition). 2012. p. 126-35.
3. Torres M. Statut nutritionnel et incidence des incapacités des sujets âgés vivant à domicile : étude des 3 Cités. Nutr Clin Métabolisme. déc 2014;28, Supplement 1:S190.
4. Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz ML, de Man F. The European fight against malnutrition. Clin Nutr. avr 2010;29(2):149-50.
5. Gachignard L. Étude des pratiques de dépistage de la dénutrition des sujets de plus de 70 ans en médecine générale dans la région Pays de la Loire [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Nantes; 2013.
6. Faline, M. Etat des pratiques des médecins généralistes de l'Indre en 2011 pour le dépistage de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. [Thèse pour le doctorat de médecine]. Université Tours; 2011.
7. Cousin Ricour, C. La dénutrition des personnes âgées au domicile: Etude des pratiques professionnelles auprès de 157 médecins généralistes de la région Nord - Pas de Calais. These de médecine générale [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Lille; 2015.
8. Desport J-C. Bilan d'un projet pilote d'actions de sensibilisation du public aux risques de dénutrition et de fragilité de la personne âgée en région Limousin (2013–2014). Nutr Clin Métabolisme. déc 2015;29(4):246-52.
9. Desport J. Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes. Nutr Clin Métabolisme. nov 2007;21, Supplement 2:40.
10. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée-argumentaire. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitration-proteino-energetique-chez-la-personne-agee. Consulté en juin 2016.
11. Ameli. Complémentation nutritionnelle orale. 2015. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/complementation-nutritionnelle-orale-cno.php>. Consulté en juin 2016.
12. Haute Autorité de Santé. Dénutrition des personnes âgées, synthèse. 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denuitration_personnes_agees.p

df

13. Aussel C. Évaluation de l'état nutritionnel. Rev Francoph Lab. sept 2014;(465, Part 1):53-60.
14. Ministère de la Santé. Programme National Nutrition Santé [Internet]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
15. Desport J, Dorigny B. Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine. Nutr Clin Métabolisme. nov 2007;21, Supplement 2:39-40.
16. Kaiser MJ, Bauer JM. World-wide data on malnutrition in the elderly according to the mini nutritional assessment (MNA) – insights from an international pooled database. Clin Nutr Suppl. 1 janv 2009;4(2):113-4.
17. Blanchet, E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale: intérêts et obstacles. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Nancy; 2011.
18. Derya, S., Meltem, H. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr. août 2015;61:56-60.
19. Mallay D. Simplification de la stratégie de dépistage de la dénutrition du sujet très âgé en EHPAD : un pari sur la pesée mensuelle. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. avr 2011;11(62):76-83.
20. Battu V. Définition et dépistage de la dénutrition. Actual Pharm. déc 2012;51(521):16-22.
21. Vincent J-L. Hypoalbuminemia in Acute Illness: Is There a Rationale for Intervention? Ann Surg. mars 2003;237(3):319-34.
22. Bouillanne O. Evidence that albumin is not a suitable marker of body composition-related nutritional status in elderly patients. Nutrition. févr 2011;27(2):165-9.
23. Direction Générale de la Santé. Consultations de prévention: constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. 2009 mars.
24. Bartoli, G. Importance de la dénutrition chez les personnes âgées suivies en médecine ambulatoire [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Lille ; 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition dans le Nord Pas-de-Calais des médecins interrogés



Annexe 2 : Guide d'entretien

1) Introduction :

- Description sujet de thèse
- Insister sur le fait que je juge pas les connaissances, recueil de données.

2) Quelle est votre opinion concernant la dénutrition du sujet âgé ?

3) Comment avez-vous été sensibilisé au problème de la dénutrition des personnes âgées ?

Comment devrait-on y être sensibilisés ?

4) Qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition chez le sujet âgé ?

5) Comment le fait de traiter la dénutrition améliore la qualité de vie de nos patients ?

6) Comment dépistez-vous la dénutrition chez vos patients âgés ?

7) Connaissez-vous les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition ?

OUI



NON

Comment y avez-vous eu accès ?

Comment les appliquez-vous ? (cs dédiée...)

Donner les recommandations (papier)

Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Que pensez-vous du MNA (papier)

Comment les appliqueriez-vous ?

8) Comment pourrait-on améliorer ces recommandations ?

Annexe 3 : Recommandations HAS sur le dépistage de la dénutrition des sujets âgés, synthèse



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF

Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge** : cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypcholestérolémiant • Sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires • Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ (poids en kg et taille en m)
Les personnes âgées à risque de dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment</i>® (MNA) 		

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

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

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

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- ♦ Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
<ul style="list-style-type: none"> • Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j • Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j 	<ul style="list-style-type: none"> • Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO) • Entérale • Parentérale

Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

Indications de la prise en charge

- L'alimentation par voie orale est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition entérale (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition parentérale est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
 - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
 - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
 - l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

¹. La réévaluation comporte :

- le poids et le statut nutritionnel ;
- la tolérance et l'observance du traitement ;
- l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).

SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
Albumine	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) • Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée • Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures) • Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient • Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable
L'enrichissement de l'alimentation
<ul style="list-style-type: none"> • Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...). • Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.
Les compléments nutritionnels oraux
<ul style="list-style-type: none"> • Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotéiques, de goûts et de textures variés. • Les produits hyperénergétiques ($\geq 1,5$ kcal/ml ou g) et/ou hyperprotéiques (protéines $\geq 7,0$ g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés. • Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas). • L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour). • Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps. • Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).
La nutrition entérale (NE)
<ul style="list-style-type: none"> • Indications de la NE : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles • Mise en route de la NE : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage) • Poursuite de la NE à domicile : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE • Prescription de la NE : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable • Surveillance de la NE : par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Prise en charge nutritionnelle en fin de vie	<p>L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien d'un bon état buccal • Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale) <p>L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.</p>
Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandée en cas de perte de poids • À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition • En cas de forme légère ou modérée : débiter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée • En cas de forme sévère : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications
Prise en charge nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres constituées	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie • À débiter par voie orale • En cas d'échec, nutrition entérale, en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et de considérations éthiques
Prise en charge nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> • Préserver une alimentation orale, même minimale, si le risque d'inhalation est jugé faible • NE indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels • Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 2 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde nasogastrique
Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de perte de poids, après un épisode médico-chirurgical aigu • Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux
Prise en charge nutritionnelle en cas de dépression	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de dénutrition ou de diminution des ingesta • Surveillance nutritionnelle régulière des patients

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

À domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants • Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques - Les centres communaux d'action sociale (CCAS) - Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - Les services sociaux • Pour la prise en charge financière de ces aides : <ul style="list-style-type: none"> - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - L'aide sociale départementale - L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles
En institution,
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge multidisciplinaire sous la responsabilité du médecin coordinateur
À l'hôpital,
<p>Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et veiller à la qualité de la prestation alimentation-nutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) • La création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition (UTN)

Annexe 4 : MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

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

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

Dépistage		
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires	<input type="checkbox"/>	
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>	
C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>	
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>	
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>	
F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluation globale		
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non	<input type="checkbox"/>	
H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	
I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>	
J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>	
K Consomme-t-il ? <ul style="list-style-type: none"> • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille . oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>	
M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>	
O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition	<input type="checkbox"/>	
P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>	
Évaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Appréciation de l'état nutritionnel		
de 24 à 30 points	<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
moins de 17 points	<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

Ref. Velaz B, Vilars H, Abellen G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harter JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M36-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 5 : Verbatim des entretiens

Entretien 1 :

I : Donc d'abord une question un petit peu plus générale sur la dénutrition du sujet âgé, Qu'est-ce-que... vous en pensez ? Qu'est-ce-que vous pouvez me dire à ce sujet ?

M : (tousse) Alors heu, ben c'est un sujet d'actualité en fait ici sur L et les environs, puisqu'on a lancé un projet de maison de santé, de pôle de santé avec différents professionnels de santé. Et la thématique personne âgée, heu, fait partie de notre projet de santé. Et donc dans cette thématique là il y a bien sur la thématique de la dénutrition, des problèmes alimentaires, des personnes âgées qui sont surtout isolées. Heu donc voilà, c'est un sujet que finalement on commence à travailler et heu... donc voilà parce qu'on pense qu'il faut quand même le réparer, heu parce que c'est plus fréquent que ce qu'on croit, c'est un peu notre constat. Et surtout aussi on est amenés à travailler avec les maisons de retraites aux alentours, qui sont plus sensibilisées au problème que nous médecins généralistes et donc on est amené à réfléchir plus sur cette thématique la parce qu'on travaille en EHPAD.

I : D'accord, alors moi c'est vrai que ma thèse elle est plus axée personnes âgées en ville, heu... c'est vrai que l'EHPAD c'est quelque chose un petit peu à part, moi c'est vraiment plus la personne âgée qu'on voit au domicile ou ici au cabinet. Heum... alors... du coup donc vous me disiez que c'est quelque chose d'assez fréquent, est-ce que vous connaissez une peu l'ordre de fréquence de la dénutrition du sujet âgé ?

M : (tousse) non en ville non, pas du tout... franchement moi personnellement je ne connais pas du tout les...heu la fréquence. On espère en tout cas être... un peu plus... curieux dans cette thématique-là, essayer de voir parmi déjà nos patients combien sont dénutris.

I : hum, c'est vrai que d'après l'HAS (haute autorité de santé) il y a 4 à 10% des personnes âgées en fait qui vivent à domicile qui sont dénutries.

M : D'accord.

I : hum, et du coup, vous... je pense que du coup vous êtes un petit plus sensibilisé parce que vous intervenez au sein d'une EHPAD. Heu qu'est-ce-qui vous a sensibilisé au problème de la dénutrition du sujet âgé ? C'est des formations ou est-ce que c'est au fil de votre apprentissage pendant les stages par exemple ?

M : ben c'est... d'abord c'était plus quand heu... on est chez certains patients et on se rend compte que, heu effectivement, ils ne mangent pas forcément, qu'ils sont seuls et donc pas envie de manger, qu'ils sautent des repas et donc à un moment donné on se pose la question de... ben de la dénutrition, est-ce qu'ils ne sont pas dénutris. Et puis on les voit qui s'amaigrissent, et donc là effectivement on se pose la question, on se pose les bonnes questions... mais on ne se les pose de façon systématique pour chaque patient. Et ensuite c'est vraiment, heu... moi je suis installé depuis sept mois ici, et donc je suis amené à travailler ben à m'intéresser de plus en plus à ce qui m'entoure et donc en EHPAD, eux par contre on a l'impression qu'ils sont vraiment en avance et heu... ils demandent par exemple des dépistages d'albuminémie, heu, et on sait que dans les EHPAD ils enrichissent de manière quasi systématique les repas pour justement éviter la dénutrition des personnes âgées. Donc c'est comme ça que j'ai été amené justement à me poser des questions et, on en parle aussi avec les autres collègues et les autres professionnels et peut-être commencer un travail la dessus sur le territoire.

I : D'accord, ok, heu alors du coup pour continuer un petit peu sur la dénutrition du sujet âgé, heu d'après vous, est-ce que la dénutrition est intriquée avec certaines complications ? heu ou est-ce que ça peut engendrer des complications chez la personne âgée ?

M : (tousse) heu oui surement, je pense hein, donc tout ce qui est faiblesse généralisée avec heu les risques de chute, heu bien sur tout ce qui est trouble infectieux, heu risque d'infection, de mauvaise cicatrisation, puis après infectieux au sens large voilà heu... toutes les pathologies infectieuses notamment pendant la période hivernale. Ouais voilà je pense que c'est ça, état cutané, infection, heu et risque de chute. Je pense que voilà ça doit être ça.

I : D'accord ok, donc vous êtes quand même assez sensibilisé au problème... je pense... (rire nerveux). Alors du coup on aborde la deuxième partie de l'entretien qui est plus axée sur les recommandations de l'HAS, au sujet du dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé en ville et en EHPAD, heu est-ce que vous avez notion de ces recommandations ?

M : pas du tout.

I : pas du tout ?

M : ouais absolument pas.

I : D'accord, heu donc c'est des recommandations qui on était publiées en 2007, heu et qui heu se déroulent en fait en quatre items, en fait à remplir normalement à partir de 70 ans, chez les patients vivant en ville c'est une fois par an, chez les patients vivant en institution c'est une fois par mois, il faudrait faire un dépistage par mois. Heu et donc ça se base sur : le poids, sur l'IMC, heu sur le MNA donc c'est le Mini Nutritionnal assesment, heu c'est en fait un test de dépistage où il y a 17 questions. Les premières questions qui sont plus axées sur l'état général du sujet constituent le questionnaire de dépistage. Et donc si il est positif il faut faire le test global. Et heu le dernier critère c'est l'albuminémie. D'après l'HAS il faudrait qu'on fasse de manière systématique dès 70 ans, au moins une fois par an, heu ces quatre choses-là. Heu alors du coup... qu'est-ce que vous en pensez de ces recommandations, est-ce que vous pensez qu'elles sont applicables en médecine générale?

M : Alors globalement... heu... ce que je pense des recommandations c'est qu'elles sont faites par des pseudo experts, heu, et elles sont faites pour ne pas être appliquées justement parce qu'elles sont, elles sont tout à fait inapplicables, et ... déjà on en a pas connaissance, les recommandations elles ne viennent jamais jusqu'au terrain, ça c'est de manière générale. Heu et après... donc pour ce qui est du dépistage, heu il faut dépister mais heu après c'est... dans quel intérêt ? parce que si on dépiste heu pour après retrouver 5 à 10% des personnes âgées dénutries, heu est-ce qu'il faut faire un dépistage large ou est-ce qu'il ne faudrait pas cibler le dépistage en fonction justement des personnes âgées, qu'on connaît, qui sont peut-être isolées, qui ont des troubles alimentaires, heu voilà... est-ce qu'il ne faut pas essayer de cibler le dépistage ? Donc, moi je pense, et c'est pour ça qu'on lance ici un projet localement, c'est... bon les recommandations je pense qu'on ira les lire heu... pour essayer de s'en inspirer, voir un peu ce qui se fait. Mais je pense qu'il faut toujours adapter au terrain, heu... au vécu, heu... à la dynamique pluridisciplinaire, avec les relations qu'on a heu donc notamment avec les EHPAD heu... pour essayer de mettre quelque chose d'applicable, de reproductible, vraiment localement. Parce que voilà, les recommandations, heu... c'est toujours voilà, ça vient toujours de là-haut mais sans forcément connaître le terrain... globalement c'est ce que je reproche aux recommandations.

I : hum

M : C'est pour ça moi je pense que la démarche qu'on peut avoir c'est vraiment réfléchir localement heu... tous ensemble, de manière pluriprofessionnelle, et aussi avec l'aide des EHPAD, à savoir... ouais, comment on peut faire, tous ensemble qu'est-ce qu'on peut faire pour mieux dépister, prévenir et mieux prendre en charge ?

I : Donc pour vous le dépistage serait peut-être plus adapté si c'était un dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque des patients que vous auriez en fait ?

M : ouais je pense. Voilà enfin, faire du repérage je pense, s'y mettre tous ensemble pour essayer de repérer les personnes les plus à risque.

I : D'accord.

M : Peut-être quand même lire les recommandations qui sont faite au niveau national, pour heu... Avoir une idée, pour mieux saisir, mieux connaître, mieux comprendre le sujet ; mais je ne pense pas que la meilleur solution c'est d'appliquer des recommandations toute faite sur un territoire. Il faut vraiment qu'on arrive à s'adapter heu... au terrain.

I : Et du coup pour détailler un petit peu chaque item, enfin si vous deviez, admettons, dépister une personne âgées qui vous semble à risque de dénutrition, vous voulez dépister la dénutrition, vous procédez comment ? Qu'est-ce que... quels vont être un petit peu vos signes d'alerte, vos repaires, vous procédez comment ?

M : Donc après dans les recommandations ce qui peut être intéressant c'est de voir, ben... de connaître justement ces facteurs de risque de dénutrition, heu bon... rapidement je pense que ce sont souvent des personnes atteintes de certaines pathologies, notamment tous ce qui est pathologie Alzheimer. Des personnes isolées, heu... donc je pense que tout ça c'est lié à des facteurs de risque qu'on doit pouvoir repérer, il faut bien connaître le patient, il faut réussir à parler avec les professionnels de santé pour heu... mieux comprendre, mieux connaître le patient. En fonction de ses facteurs de risque bien surveiller les patients, notamment pour dépister avec l'albuminémie, le poids, l'IMC... ça c'est des petites choses qui sont très simples. Le suivi de poids, ici je trouve qu'on le fait déjà assez régulièrement, donc ça c'est déjà un premier indicateur, qui nous permet d'être attentifs lorsqu'il y a une perte de poids. Heu donc voilà, et une fois qu'on a bien repéré... voilà je pense albuminémie et IMC c'est déjà pas mal et après c'est voilà, c'est comment on fait pour heu... souvent c'est l'isolement, enfin personnellement, c'est vraiment l'isolement qui fait que les gens ne se nourrissent plus ; plus tout ce qui est pathologie Alzheimer. Après à partir de ce moment-là, ils basculent du côté EHPAD, maison de retraite, c'est vraiment ... je pense que quand vraiment il y a de la dénutrition chez une personne qui vit encore chez elle, j' pense qu'effectivement c'est peut-être le moment de penser à une institutionnalisation, parce que ça commence vraiment à être critique quoi.

I : Et... par rapport au test, le MNA, qu'est-ce que vous en pensez?

M : Après faut voir quels items, hein faut pas que ça soit une usine à gaz, c'est toujours intéressant d'avoir des petites questionnaires, heu bien faits, bien ciblés, mais voilà faut que ça soit pas trop lourd ; enfin moi je ne le connais pas mais si c'est des questions qui ciblent un peu l'isolement... la pathologie Alzheimer... les risques de perte d'autonomie...

I : ça c'est les premières questions, en fait les 6 ou 7 premières questions c'est la dessus et après les questions c'est vraiment heu... combien de produits laitiers ils mangent par semaine, combien de viande par jour, c'est vraiment accès sur la nutrition en fait. Mais après, est-ce que c'est faisable en consultation, sur une consultation de 15 minutes, est-ce qu'il faut peut-être faire une consultation dédiée. Je ne sais pas ce que vous en pensez ?

M : Alors en général, je pense que ces personnes-là on les verrait plus à domicile, je pense que c'est vraiment des personnes en perte d'autonomie, isolée, à domicile, heu je pense que c'est vraiment ces personnes âgées la qui ont le profil du risque de dénutrition. Heu ce qui viennent ici... pfff... je ne pense pas. Après c'est une question, après il faut peut-être voir, je pense que ceux qui sont le plus à risque c'est ceux qui restent à domicile. Déjà et après oui, il faut ... si c'est important de dépister pour mieux prendre en charge, oui il faut qu'on le fasse, et ... voilà. Mais après je pense que, voilà, là le sujet c'est la dénutrition mais de manière globale on doit le faire pour d'autres risques, le risque de chute... voilà il y a plein d'autres risques heu... à cibler chez la personne âgée et donc oui... S'aider de questionnaires comme ça mais très simples. Alors moi j'aurais tendance n'utiliser que le questionnaire simplifié parce que ce qu'il faut c'est des choses

très très simples qui puissent être faciles d'utilisation et surtout reproductibles, qu'on ne se dise pas au bout de la cinquième personne âgée « ha ben mince ce test est trop lourd donc on arrête », il faut que ça soit vraiment quelque chose de reproductible, facile à faire pour qu'on puisse vraiment le faire à tout le monde.

I : ok.

M : De toute façon si on a lancé nous la réflexion ici c'est qu'on a déjà repéré comme ça, on va dire au feeling, heu... qu'il y avait des soucis concernant la personne âgée isolée qui a des problèmes de nutrition, de chute à domicile qu'on pourrait largement éviter, donc il faut se donner la peine d'avoir des discussions comme ça. Après bon, sous quelle forme... y a des pistes hein, mais voilà qu'est-ce qu'on va vraiment utiliser, qu'est-ce qui peut vraiment nous servir concrètement au quotidien ici sur le terrain. Voilà...

I : quelque chose qui soit adapté à la médecine générale.

M : oui aussi. Après mon sentiment en EHPAD par rapport aux recommandations, c'est qu'ils dépistent la dénutrition, ils font l'albuminémie... alors là ils ne la font pas tous les mois... je crois que c'est ça hein, c'est tous les mois ?

I : oui c'est ça.

M : là ils la font tous les 6 mois, donc (tousse) nous ce qu'on dit là c'est que quand c'est normal on la fait par exemple une fois par an, en plus là ils enrichissent les repas donc heu... ils mettent des laitages, de la crème fraîche dans les repas, ils mettent du gruyère en plus pour vraiment, pour enrichir ; voilà ils le font de manière systématique. Après la discussion qu'on a eu, donc là c'était à Orchies, avec la maison de retraite, c'est donc... ils ont fait le bilan, j'sais plus, c'est à un ou deux ans de recul, ils ont prouvés qu'en enrichissant de manière systématique les repas ils ont augmentés de manière significative l'albumine mais maintenant la question qu'on se pose c'est (tousse), c'est bien d'avoir augmenté l'albuminémie mais est-ce qu'on a un impact sur les problèmes cutanés, les infections, les chutes ; est-ce que le fait d'augmenter l'albuminémie grâce aux repas enrichis ça a vraiment un impact sur finalement la qualité de vie des résidents. Et ça on ne sait pas... donc j'sais pas si vous aurez la réponse dans votre biblio, ou à la suite de votre travail de thèse...

I : alors de ce que j'ai lu c'est que... j'ai plus les chiffres en tête mais il y a vraiment un gros état de cause à effet entre la dénutrition et heu les retards de cicatrisation, les infections, les troubles cognitifs, les risques de chute et heu les durées d'hospitalisation, les patients qui arrivent dénutris en hospitalisation restent beaucoup plus longtemps hospitalisés qu'une personne âgée non dénutrie... mais après est-ce qu'on peut généraliser et dire que le fait de traiter la dénutrition améliore heu... je pense.

M : ouais on pense... ben c'est une bonne hypothèse ... pour une nouvelle thèse.

Entretien 2 :

I : D'abord une question un peu plus globale sur la dénutrition du sujet âgé, heu, qu'est-ce-que ça évoque ?

M : heu... la dénutrition du sujet âgé... (Silence)

I : Est-ce que tu penses que c'est quelque chose de fréquent ?

M : alors juste en fait... j'veis essayer de réfléchir pour te dire le moins de truc possible parce que je sais que c'est long... Heu... (Rire)

I : Ha non non non, vas-y, ça me fait beaucoup de chose à retranscrire !

M : Donc heu... la dénutrition du sujet âgé, ce que ça m'évoque, là en mots clefs... heu... fréquent, compléments nutritionnels oraux, heu, hypoalbuminémie, préalbumine, heu... cancer, phlébite, infection, inflammation, recherche étiologique etcétera...

I : D'accord, et donc en ordre de fréquence ? Tu penses que ça représente à peu près combien de pourcentage de la population âgée ? En ville, donc hors EHPAD et milieu hospitalier ?

M : je dirai 20%, heu... 20 à 30 %

I : D'accord, ok... heu, est-ce que tu penses être sensibilisé à la dénutrition des personnes âgées que tu as dans ta patientelle ?

M : Je vais dire oui (rire nerveux), globalement oui, après heu... c'est un peu difficile de s'auto-juger. Mais j pense que oui.

I : D'accord, donc du coup tu penses à la dépister ?

M : oui oui oui, globalement oui.

I : Et du coup, heu, par qui et comment est-ce que tu as été sensibilisé ?

M : ...

I : Est-ce que c'est au fil des formations, ou plutôt dans la pratique en stage ou en ville ?

M : Alors heu, je dirai par la pratique, la pratique courante ; en stage, à la fac, en ville. Heu... voilà.

I : D'accord, et... alors du coup, est-ce que tu penses que la dénutrition engendre des complications chez les patients âgés ?

M : Ah oui

I : oui ?

M : oui clairement...

I : Quelles complications d'après toi ?

M : Alors heu, (silence), j'veais essayer de les classer pour ne rien oublier. Heu... première... déjà il va y avoir un risque ostéo-tendineux on va dire, un risque plus de fréquent de chute, un risque de fracture. Heu... qui dit fracture dit hospitalisation, hospitalisation avec toutes les complications de l'hospitalisation et de l'alitement prolongé, donc heu, escarre avec difficulté de cicatrisation, ulcère avec difficulté de cicatrisation des ulcères, heu... phlébite, embolie pulmonaire, mortalité. Voilà pour ce qui me vient en tête comme ça, après heu... dénutrition, hypoalbuminémie, ils sont aussi plus sujet à faire des heu... des infections il me semble. Heu... et puis... (Silence) voilà pour la partie physique, j'en ai sûrement oublié un tas. C'est pas grave. Et heu après il y a la partie sociale où les gens dénutris vont être moins sociable probablement puisqu'ils vont moins sortir de chez eux.

I : D'accord, du coup pour toi désocialisation ça serait plus une conséquence de la dénutrition qu'une cause ?

M : Ah ben les deux, ça fait un peu un cercle vicieux.

I : D'accord, et d'après toi est-ce que le fait de traiter la dénutrition ça a un impact sur la qualité de vie des patients ? Ou est-ce que ça ne change pas forcément grand-chose ?

M : Globalement si, après il y a des cas où... ça n'a pas d'impact parce qu'on est en train de renutrir un patient, notamment en EHPAD où heu... si déjà ils n'ont pas une très très grande socialisation, le fait de les renutrir parfois ça ne va rien changer... mais sinon, en dehors de quelques cas on va dire minoritaire, la plupart du temps ça améliore grandement leur qualité de vie d'être pris en charge... ça peut les aider à se... enfin à reprendre une masse musculaire, et puis à remarcher par exemple, à se redéplacer un peu, avoir un contact un peu plus présent... pour ceux qui sont vraiment très dénutris.

I : D'accord, ok, alors du coup, est-ce que tu connais les recommandations de l'HAS au sujet du dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : oui, je vois à peu près à quoi ça ressemble... heu... pfff... tu veux que j'essaie de te les citer un peu (rire) ?

I : oui (rire)

M : heu d'accord, je vois à peu près, il y a plein de trucs heu... à faire pour le dépistage de la dénutrition. En pratique ce que j'utilise le plus c'est évidemment le poids, la surveillance du poids parce que c'est ce qu'on utilise le plus en médecine générale je pense ; heu et l'IMC ; heu après il y a le MNA ; il y a les mesures anthropométriques type heu... le périmètre brachial, le périmètre au niveau des mollets, et heu... Non, voilà, ce que j'utilise le plus c'est vraiment poids et BMI. Et puis évidemment albumine et préalbumine avec la CRP pour vérifier qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire.

I : D'accord, ok, et au niveau de la fréquence du dépistage ? Heu, comment tu fais en pratique, est-ce que tu fais un dépistage systématique ? Ou est-ce que tu dépistes plutôt s'il y a des signes d'alerte ?

M : alors ça dépend, effectivement, il y a aussi les facteurs de risque, dans les recommandations, savoir qui il faut dépister etcétera... et puis il y a les traitements... et heu, non du coup en pratique ceux que je dépiste le plus, ceux que je dépiste en fait c'est tout le temps dans le sens ou le poids et la taille avec le BMI sont dans le logiciel, on rentre le poids à chaque consultation et ça te donne le BMI à chaque consultation donc c'est plus une surveillance du poids. Après effectivement les patients qui vont se plaindre ou ceux qui vont perdre du poids, heu ... j'avais fait facilement un bilan biologique avec albumine, préalbumine, et puis parfois une TSH et d'autres choses à côté...

I : ok, heu, alors en pratique les recommandations de l'HAS que moi j'ai trouvé, c'est des recommandations qui datent de 2007, qui établissent qu'on doit normalement chez les personnes de plus de 70 ans, vivant en ville, donc hors EHPAD et hospitalier, heu faire une fois par an quatre choses : poids, IMC, albuminémie et le MNA. Ça c'est pour les recommandations, après ils émettent quand même des réserves en disant que si on a quand même heu... des signes d'alerte ben faut pas hésiter à dépister plus qu'une fois par an.

M : oui évidemment.

I : et heu, du coup par rapport à ces recommandations la, toi tu me dis que tu fais le poids et l'IMC finalement systématiquement,

M : plus qu'une fois par an.

I : plus qu'une fois par an, heu l'albuminémie tu le feras plus si t'as des signes d'alerte ?

M : oui heu... en pratique ça va être... ça sera, il y a quelques patients où ça sera une fois par an, mais sinon c'est un peu les patients limite qui ont un BMI un peu bas ou qui ont d'autres pathologies à côté, pour lesquels on fait un bilan biologique. Parfois je leur fait une albuminémie, donc ça sera autour d'une fois par an. Après il y a clairement des patients qui ont 80 ans, mais qui physiologiquement en font genre 60, et eux, à la rigueur ils ont un bilan biologique une fois par an pour une créat' ou quelque chose comme ça mais je ne leur fait pas l'albuminémie si je ne juge pas que cliniquement ils n'ont pas perdu de poids, ils n'ont pas diminué leur IMC... il n'y a pas de raison que leur albumine chute. Heu et après il y a des patients effectivement qu'on... qui sont plus souvent par expérience on va dire en EHPAD... et là heu... ben l'albumine c'est tous les 3 à 6 mois, parce que on suit une dénutrition qu'on est en train de traiter quoi. Donc ils sont déjà sous compléments oraux etcétera.

I : D'accord, d'après toi en EHPAD ils sont plus sensibilisés à la dénutrition ?

M : heu, je sais pas.... Je voulais parler du MNA mais...

I : je vais y revenir après.

M : ok , ben heu... en EHPAD, ils sont... heu, il y a une surveillance quotidienne, je pense qu'il y a pleins de problèmes, je ne sais pas si le terme problèmes est bien choisi mais... heu, il y a le fait que les patients qui sont en EHPAD sont plus fragiles donc plus souvent dénutris, peut-être que la dénutrition c'est une des raisons pour lesquelles ils sont en EHPAD... heu après il y a le fait que en EHPAD ils sont surveillés quotidiennement, après il y a le fait que en EHPAD il y a des repas qui sont prêts, et qui sont pas forcément au goût des patients. Heu, il peut y avoir des patients dépressifs qui sont en EHPAD, ou qui sont dépressifs parce qu'ils sont en EHPAD... donc heu, il peut y avoir plein de raisons pour lesquelles ils ne mangent pas en EHPAD et qu'ils soient dénutris, heu aussi ils ont une activité physique qui est moins importante donc heu... ils se musclent moins on va dire, ils mangent moins aussi. L'EHPAD peut être une cause de dénutrition, et puis c'est vrai que comme il y a une surveillance quotidienne, heu... ils vont le voir plus facilement, ils vont suivre éventuellement le poids plus facilement... ça dépend des EHPAD (rire) et heu, donc ils peuvent ... parfois ils insistent plus pour dire « elle mange pas, elle mange pas » et donc peut être qu'on prescrit plus facilement là-bas des compléments alimentaires.

I : d'accord, et donc du coup pour revenir au MNA, donc dans les recommandations : poids, IMC, albuminémie et MNA. Donc le MNA je ne sais pas ce que t'en connais ?

M : alors je sais qu'il y a une norme genre à 17 ou 21, non 17... voilà c'est tout ce que j'en sais (rire). Non c'est un questionnaire, c'est « mini nutritionnal assessment » c'est ça ?

I : oui

M : heu... je l'ai déjà lu mais heu... franchement, honnêtement je sais plus. Je ne l'ai jamais utilisé en fait... c'est une erreur je pense mais... heu voilà, je pense que les items c'est principalement... j'suis joueur (rire), c'est principalement de savoir ce que mange le patient, combien de fois par jour etcétera...

I : c'est ça, en fait les premiers items c'est plus accès facteurs de risque de dénutrition, avec les démences heu si c'est un patient chuteur... et à partir de la septième question c'est vraiment accès nutrition donc, combien de produit laitier ils ont mangé par semaines, combien de viande ils ont mangé par jour... heu, voilà c'est plus orienté la dessus. Et donc tu me disais que tu ne l'utilises pas ? Pourquoi ?

M : non, ben je ne l'utilise pas parce que... heu... parce que... (Rire), non je sais pas, je... je connaissais vaguement mais heu je me contente du poids, IMC et puis l'albumine, qui me satisfont pas mal sur la prise en charge thérapeutique... dans le sens ou dans les mêmes recommandations il me semble heu... on peut se passer du MNA quoi, c'est pas une donnée obligatoire et donc, quand en fait, ben souvent je m'en passe parce que j'ai pas le temps, c'est des questionnaires de... j'sais pas il y a combien de questions 18 ou 17 c'est ça ?

I : 17

M : les questionnaires à 17 questions ça peut être long quoi, les patients âgés souvent ils viennent pour pleins de trucs et c'est dur de glisser le questionnaire en plus sur une consultation de médecine générale c'est assez difficile. Mais, alors en pratique je ne l'avais jamais utilisé non plus à l'hôpital, en stage, donc ça joue aussi sur le fait que je ne l'utilise pas en consultation.

I : D'accord, en fait il y a une forme simplifiée à faire en première intention. Si il est positif, il faut faire le global. Est-ce que la forme simplifiée ça te semble plus facile à l'utiliser ou pas forcément ?

M : ça dépend, en fait pas forcément. Ça dépend de la façon dont heu... ça dépend un peu de la façon dont on va nous le vendre en fait. S'il y a des nouvelles recommandations HAS qui sortent en 2016 où on nous dit qu'il y a des études qui ont montré que le MNA c'est le truc indispensable à faire, j'vais le faire. Heu juste là en l'occurrence j'ai l'impression que c'est un questionnaire qui est à faire... heu éventuellement à proposer dans des recommandations mais j'ai jamais cherché franchement à l'utiliser quoi. Donc si il y a quelque chose qui sort et qui est, où on nous dit c'est

bien et faut vachement le faire je le ferai, en fait. Je ne suis pas opposé à faire un questionnaire. Je dirai... le heu... ce qui me ... un des trucs que je ferai le plus c'est éventuellement un auto-questionnaire quoi, à laisser à disposition des patients en salle d'attente... pourquoi, peut-être, c'est peut-être plus simple à utiliser en médecine générale un auto-questionnaire qu'un hétéro-questionnaire.

I : D'accord, et juste, une question par rapport aux recommandations de manière globale et plus précisément celle-ci, comment est-ce que tu y as eu accès, est-ce que c'est elles qui sont venues à toi ou est-ce que c'est toi qui a fait la démarche de les chercher ?

M : c'est plutôt moi qui ai fait la démarche de les chercher, parce que en 2005... heu 2007, j'étais en D1 donc heu... la HAS ne m'a rien envoyé. (Rire). Quand je préparais les ECN et puis par la suite quoi, quand j'ai eu des problèmes je suis retombé dessus plusieurs fois.

I : (rire) Et de manière globale, les recommandations tu trouves qu'on y a accès facilement en médecine générale ? Est-ce que c'est un outil vraiment utile finalement ?

M : Alors de manière personnelle je trouve que j'y ai accès facilement mais c'est un peu biaisé quand même... heu, de par mon statut à la fac je sais un peu les endroits où chercher les recommandations quoi. Heu... j'ai préparé le cours pour ça donc heureusement je sais où c'est, donc je sais où les trouver, mais heu... je pense qu'elles ne sont pas très dures à trouver celles de la HAS, leur site est quand même pas terrible mais heu ceci à part c'est quand même accessible ; par google c'est bien référencé...

I : D'accord, ok, alors pour revenir du coup sur le dépistage systématique de la dénutrition chez les personnes âgées, est-ce que toi tu penses que c'est une bonne chose de dépister systématiquement ou pour toi ce serait plutôt un dépistage au cas par cas ?

M : heu....

I : parce que comme tu disais il y a l'âge physique et l'âge réel...

M : ouais, heu, ben pffff, c'est toujours le problème des dépistages quoi, c'est-à-dire qu'à un moment il faut mettre un seuil. C'est vrai que c'est un peu difficile de dire aux gens ben faite le selon l'âge physiologique pour l'attribuer au patient que vous avez face à vous, c'est pas... c'est pas une recommandation qui tient la route, donc heu mettre 70 ans ça ne me semble pas farfelu quand même, donc dans l'absolu oui peut-être, probablement que c'est une bonne idée de faire une albuminémie à 70 ans et heu, à mon avis il y a plein de choses qui laissent présumer que si ils disent de faire une albuminémie à 70 ans c'est qu'ils ont quand même des arguments derrière, je pense pour justifier ça. Parce que c'est pas gratuit une albuminémie et heu, ils n'insisteraient pas à faire un bilan biologique inutile quoi.

I : D'accord.

M : donc je pense que c'est une recommandation qui est probablement justifiée et que si on dose l'albuminémie à tous les patients qui ont plus de 70 ans, on va retrouver pleins de dénutris, alors que cliniquement sur leur poids et leur IMC on ne l'aurait pas forcément vu, y compris peut-être sur le MNA ; ceci-dit les gens qui ne dosent pas l'albumine ne font pas le MNA... mais enfin je ne sais pas, je pense que le MNA c'est vraiment le truc pour ceux qui sont à fond sur la dénutrition.

I : hum, alors du coup si tu devais améliorer ces recommandations, quelle chose tu changerais ? Est-ce que tu ferais des modifications où est-ce que tu les laisserais comme ça ?

M : (silence) Ce que je garderais, pfff, non je pense que... ouais il faudrait peut-être que le message soit très clair de savoir ce qu'on fait à quel patient, mais heu... évidemment difficile à mettre en place, mais heu peut-être qu'avoir un message très clair sur : partir de 70 ans on fait l'albuminémie et puis tous les ans, c'est un message qui m'était un peu sorti de la tête... donc probablement qu'il est pas très clair. Probablement qu'il est pas très clair dans les

recommandations et que c'est un des messages clef de la recommandation. Moi le message clef que j'avais retenu c'était plutôt heu... poids, IMC, mesures anthropométriques, et puis après l'albumine si besoin, si on a une suspicion de dénutrition, et puis le MNA...heu

I : plus ou moins

M : oui c'est ça plus ou moins ! Le MNA plus ou moins.

I : et heu, alors pour revenir sur la consultation par rapport au dépistage, heu... toi tu vois ça plutôt comment ? Au cabinet avec un motif de consultation qui n'a finalement pas grand-chose à voir et c'est quelque chose auquel tu vas essayer de penser, ou est-ce que t'essaies de dédier une consultation à ça ? Est-ce que c'est des patients que tu vois plutôt au cabinet ou au domicile ?

M : Alors, c'est des patients... autant au cabinet qu'à domicile on va dire, parce que... y a pas de raisons particulières pour que... en restant dans le cadre du dépistage, c'est-à-dire avant qu'il y ait vraiment une dénutrition il n'y a pas de raison qu'ils se déplacent plus ou moins quoi, après une fois qu'ils sont dénutris c'est plus des patients qu'on va voir à domicile, on est plus au cabinet comme dans le dépistage. Heu... et ensuite... j'ai oublié la question (rire).

I : Est-ce que tu dédies une consultation ?

M : non, pas de consultation dédiée, pour le dépistage ; parfois par contre si j'ai dépisté une dénutrition, heu j'avais faire des consultations dédiées mais plus dans la prise en charge d'une dénutrition. Mais sinon non, je ne dédie pas de consultation. C'est assez difficile quand même de dédier une consultation pour un dépistage parce que par définition les patients ne se plaignent de rien sur un dépistage... donc c'est dure de leur dire « comme vous ne vous plaignez de rien, venez me voir pour que je vous fasse un questionnaire en 17 items sur savoir comment manger et si êtes dénutri »

I : D'accord, du coup le dépistage de la dénutrition tu l'inclurais peut-être dans un dépistage un peu plus global heu... de consultation personnes âgées ?

M : ouais, ça serait bien de faire des consultations de dépistage global personne âgée, en pratique c'est un peu difficile quoi... souvent les personnes âgées on les voit quand même régulièrement pour un problème, heu parce qu'ils sont hypertendus ou diabétique, ou ils ont du cholestérol, après il y a quelques personnes âgées qui échappent complètement aux consultations de médecine générale, mais... voilà ces personnes-là c'est sure que ça serait bien d'avoir une consultation dédiée prévention ; heu les autres patients qu'on voit régulièrement ... je trouve ça pas très grave qu'il n'y ait pas de consultation dédiée prévention et dépistage puisque au final c'est des choses qui se font... voilà la consultation, il vient en janvier on va parler un peu de la dénutrition parce que avec Noël il aura mangé plein de sel etcétera, et ce sera l'occasion de refaire le point sur l'hypertension et puis sur la nutrition de façon générale. Peut-être que là oui on en reparlera, mais on parlera d'autre chose quoi. On fera plutôt comme ça que plutôt une consultation dédiée à toutes les préventions parce que c'est difficile et heu... enfin voilà ; si on fait une consultation dédiée à toutes les préventions, et les dépistages... j'suis complètement désolé par le fait que tu vas devoir retranscrire pleins de trucs que je dis qui n'ont aucun sens (rire), donc heu... prévention et dépistage il y a vraiment plein de choses... cancer colorectal... dédier une seule consultation c'est compliqué.

I : d'accord, ok. Merci beaucoup.

M : ben de rien, bon courage.

Entretien 3 :

I : Alors d'abord une question un peu plus globale sur la dénutrition des personnes âgées, quelle est votre opinion sur le sujet, ce que vous en pensez ?

M : (silence)

I : Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose de fréquent ? D'important ?

M : c'est le prémice à l'institutionnalisation, ça peut être la traduction d'une pathologie infra-clinique, je crois... heu... généralement c'est la traduction d'un mal être. C'est fondamental, ça implique des tas d'organes, donc heu... Ne serait-ce que la thérapeutique.

I : d'accord, ok. Heu alors du coup vous pensez que c'est quelque chose de fréquent ?

M : (silence)heu j'ai du mal, j'vois pas... fréquent, je pense... mais heu fréquent ça dépend de ce qu'on appelle fréquent (il croise les bras). Ça dépend dans quelle population c'est toujours pareil.

I : Chez les personnes âgées que vous voyez en ville, si vous deviez donner par exemple un ordre de grandeur en pourcentage, vous diriez à peu près combien ?

M : pfff, j'en sais rien. J'vais dire 10%.

I : hum, d'après les recommandations de 2007 c'était 4 à 10% des personnes âgées vivant en ville.

M : ouais, après personnes âgées, c'est à partir de quand ?

I : alors dans les recommandations ils fixent l'âge à 70 ans, parce qu'ils se basent sur l'OMS qui fixe l'âge à 70 ans. Alors est-ce que vous pensez, vous en tant que médecin généraliste, être sensibilisé au problème de la dénutrition ?

M : oui

I : oui ? Par quel moyen vous l'avez été ?

M : (silence)

I : c'était via des formations, ou au fil de votre pratique ?

M : ben par la formation initiale et la formation en continue, les deux.

I : D'accord, ok. Parce que vous intervenez en EHPAD c'est ça ? Vous avez des patients que vous voyez en EHPAD ?

M : ben mes malades sont à domicile et j'en fais rentrer un certain nombre en EHPAD et je... déjà ceux-là je les vois puis j'en vois d'autre.

I : ok.

M : et encore je me limite (sourire).

I : oui, et donc quand vous dites que vous avez été sensibilisé par la formation, c'était par quelle formation ?

M : alors j'ai passé à l'époque un diplôme d'université de gériatrie, j'ai failli être médecin coordonnateur plein de fois mais j'ai refusé pour des raisons d'emploi du temps, et puis bon j'ai fait des formations, j'ai fait des cursus gériatrie en formation continue ce qui donnerait l'équivalent de la première année du DESS de la capacité. Mais je, j'ai pas validé parce que j'ai pas l'intention de rentrer en EHPAD. J'estime que j'ai déjà fort à faire comme ça.

I : D'accord.

M : J'ai pas envie de faire carrière hospitalière...

I : ok. Et heu... enfin, si sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de la dénutrition, si vous estimiez que c'était quelque chose d'important, ça devrait se faire par quel organisme ?

M : par les formations continues. Ouai... (Silence)

I : ok, heu alors la dénutrition d'après vous est-ce que ça engendre des complications, est-ce que c'est lié à certaines pathologies chez la personne âgée ?

M : vous pouvez répéter la question ?

I : Est-ce que d'après vous la dénutrition ça engendre certaines complications ?

M : oui.

I : oui ? Lesquelles ?

M : la dépression, c'est déjà une des premières. Heu, des troubles de cicatrisation, des troubles métaboliques, des interactions au niveau des médicaments parce que l'albuminémie n'est plus la même. Heu... et puis les escarres bien sûr ... c'est déjà pas mal hein.

I : D'accord, tout à fait. Hum, alors du coup est-ce que vous pensez que le fait de traiter la dénutrition ça améliore la qualité de vie des patients ?

M : oui mais c'est pas simple. (Téléphone sonne). (Conversation téléphonique).

I : alors on parlait des complications, enfin est-ce que vous pensez que le traitement de la dénutrition ça améliore la qualité de vie de vos patients ?

M : oui.

I : oui... par le biais des complications qu'on vient de citer ?

M : ben cause et conséquences, parce que si ils s'alimentent mieux c'est que ça va mieux dans leurs têtes, qu'ils se sentent plus stimulés, etcétera. Au niveau physique c'est pareil, ça ira mieux, enfin...

I : D'accord, alors du coup maintenant on va aborder un peu plus les recommandations de l'HAS, au sujet du dépistage de la dénutrition. Alors est-ce que vous connaissez ces recommandations ?

M : Non... faut bien que je dorme de temps en temps (sourire).

I : ok.

M : non mais d'abord on ne les reçoit pas, et elles sont de qualité variable. Et puis de toute façon il y a un problème du système de santé qui est fondamental, et je veux dire c'est bien gentil de faire des recommandations mais ils les font dans leur coin. Ils feraient mieux de donner les moyens de se les approprier, ceci dit généralement il y a un nombre de choses on les fait quoi.

I : hum, alors du coup je vais vous les donner ces recommandations. Heu... donc d'après les recommandations de l'HAS qui datent de 2007, chez une personne vivant en ville il faudrait faire un dépistage systématique de la dénutrition au moins une fois par an. A adapter en fonction des signes cliniques. Et ce dépistage il consiste en fait en une surveillance du poids, en calculant l'IMC, en dosant l'albuminémie et en utilisant le MNA c'est le mini nutritional assessment.

M : donc le MNA c'est pas la peine, je vous le dit tout de suite. Ça prend un certain temps ou un temps certain, et heu... bon il y a tellement longtemps que je ne l'ai pas fait, je ne m'en souviens même plus. Ca je pense que c'est ... heu... on peut toujours plus hein, dans tous les domaines, on peut toujours plus... mais on nous donne moins. Voilà c'est tout. Alors j'veux dire l'applicabilité, ce que je fais, heu peser les gens, alors déjà peser c'est une chose après faut suivre la courbe. Déjà même en établissement c'est pas facile, parce que même si c'est pesé il faut que l'information arrive au médecin. Donc ça c'est pas évident, parce que c'est dans leur ordinateur et puis ils sont pas là quand on arrive, on les a pas, faut réclamer après ; c'est compliqué en établissement. Si les gens viennent au cabinet ça va, j'arrive à faire des belles courbes avec l'informatique. A domicile c'est moins évident, alors moi j'embarque mon dossier papier, mais je suis marginal en faisant ça, et heu... chez les gens y a pas toujours de balance, ça change, les piles sont pas toujours en bon état. Et puis... après la biologie c'est pas très compliqué, heu... après c'est surtout la variabilité. Alors l'IMC ben moi je ne la calcule pas à domicile hein... on a une idée, on voit si les gens maigrissent c'est qu'il y a quelque chose quoi.

I : donc finalement l'outil que vous utilisez le plus c'est le poids en fait.

M : le poids et l'albuminémie. La variation du poids, de l'albuminémie et après le contexte. On sait bien que chez quelqu'un d'isolé socialement l'alimentation elle est plus en péril que si quelqu'un est en couple ou un entourage présent.

I : hum, ok. Et donc l'IMC vous ne le faites pas pour quelles raisons ?

M : je ne le fais pas à domicile, j'ai pas le temps.

I : d'accord, par manque de temps.

M : Ha ben oui, ici c'est calculé automatiquement avec l'ordinateur. Si je dois commencer à sortir ma calculatrice... pour bien faudrait faire ça à chaque fois hein mais enfin... pour moi le principal argument c'est la variation du poids et puis l'albuminémie. Déjà avec ça on a quand même une idée quoi.

I : D'accord et donc l'albuminémie vous la dosez à peu près tous les combien chez vos patients ?

M : pfff, j'ai aucune idée.

I : Est-ce que vous le faites systématiquement ou bien si vous avez des signes de perte de poids ?

M : non, dès que j'ai l'impression qu'il y a... c'est cliniquement, et puis en fonction de l'environnement... ben cliniquement... En médecine générale il y a trois choses : l'organe, la personne, l'environnement. Donc là à domicile pour l'albuminémie, on tient compte de la personne et après de son environnement. Si le conjoint vient de décéder et qu'elle est en phase de dépression sévère on va être un peu vigilant. Après les facteurs sont multiples hein... hier je voyais quelqu'un, c'est pas faute d'argent, mais elle veut pas plus d'heures d'aide à domicile, alors j'ai rouspété, j'ai dit non faut plus d'heure à domicile, faut quelqu'un le soir puis il faut demander les repas à domicile. Elle en prenait que trois par semaine parce que, on ne sait jamais, ça coûterait chère. J'ai eu même un couple une fois, ils prenaient un repas pour deux. C'est pas faute d'avoir l'argent hein, mais voilà fallait pas dépenser de trop. Donc on se bat contre ça.

I : D'accord, et donc le MNA pour revenir un peu dessus... ?

M : Je ne l'utilise pas, je l'ai déjà lu mais ça demande toute une batterie de trucs, concrètement non. Ça c'est bien pour la recherche ou pour des coupes statistiques dans une population etcétera. Pour ça c'est un outil intéressant, mais après... alors après dans les établissements c'est pour justifier les dépenses de CNO quoi, alors voilà on a compris mais j'veux dire heu... dans la pratique de tous les jours non. Si l'albumine est basse j'vois pas pourquoi on va faire le MNA hein, j'veux dire...

I : hum, c'est vrai que le MNA global a 17 items, les premières sont accès plus facteurs de risque de dénutrition et ensuite on aborde un peu plus la dénutrition, le nombre de produits laitiers consommés. Et heu... le nombre de viandes... normalement à partir de 17 il y a un risque de dénutrition.

M : (il effectue une recherche internet du MNA sur son ordinateur). Alors je ne l'utilise pas, je ne le connais pas. Dire 17 j'en sais rien, je ne le connais pas. Je n'en ressens pas le besoin, alors c'est pas un argument vous allez me dire. Alors déjà est-ce que j'ai MNA comme élément de suivi dans mon programme informatique ? (il cherche dans son programme, sur son ordinateur) Heu... alors ça veut dire quoi MNA ?

I : Mini nutritional assessment.

M : ha c'est en français (ironie), c'est pour faire simple. Alors le mini machin... j'ai pas de mini, j'ai le MMSE... heu, alors dans mon programme, et c'est un programme professionnel, il n'y est pas.

I : d'accord.

M : Ça donne déjà une information le fait qu'il n'y soit pas.

I : Et si il figurait sur votre programme, est-ce que vous l'utiliseriez plus ?

M : peut-être, du moins ça prouverait son utilité. Là ça prouve plutôt son inutilité.

I : alors en fait, dans un premier temps il faut faire la forme simplifiée à 6 items. Et si elle est positive on fait tout le questionnaire, les 17 questions...

M : 6 items pourquoi pas, mais le MNA j'ai abandonné parce que c'est impossible. Je ne dose pas non plus la préalbumine parce que c'est pas pertinent en médecine générale, il y a tellement de facteurs qui interfèrent derrière... j'veux dire, la préalbumine oui c'est intéressant mais en fait en pratique le rapport qualité prix n'est pas intéressant quoi. J'estime que déjà une albuminémie plus quelques bonnes paroles c'est bien plus important que de doser le reste.

I : ok, et donc du coup, vous faites un dépistage systématique ou au cas par cas ?

M : au cas par cas oui. Le poids et si j'ai des signes d'alerte l'albuminémie. Alors des fois je demande... j'veux dire, j'ai pas construit de protocole là-dessus, heu... si je demande une calcémie j'vais demander une albuminémie, voilà c'est l'occasion.

I : d'accord, et donc si on devait améliorer ces recommandations, vous changeriez quoi ?

M : (silence)

I : pour le rendre plus pratique, plus accessible ?

M : moi j'me pose la question de comment sont construites ces recommandations. J'ai été sollicité pour un truc sur la vitamine D qui était un peu mon dada à une époque... heu, j'ai des doutes sur la manière dont c'est composé. Il y a très peu de médecins généralistes et souvent ce sont des médecins généralistes caution. C'est-à-dire que voyez, il y avait un médecin généraliste dans le comité mais bon c'est quoi un médecin généraliste ? Est-ce qu'il est en exercice, est-ce qu'il est à temps plein ? Dans quel genre de population ? Faudrait déjà définir ce que c'est et après on discute, c'est pas forcément prendre celui qui a fait trente publications et qu'il avait que ça à faire, parce que publier faut avoir du temps. J'suis un peu négatif mais heu...

I : ok, donc pour vous les recommandations c'est pas forcément un outil pratique en médecine générale en fait ?

M : Elles sont utiles, elles ont l'avantage d'exister puisqu'avant il n'y avait rien. Donc c'est déjà un très gros progrès. Mais à mon avis elles ne sont pas adaptées à l'exercice de la médecine générale. Et deuxièmement après il ne suffit pas de faire de jolies recommandations, il faut qu'on se les approprie. C'est pas en diminuant les budgets pour la formation continue qu'on va aider les médecins à s'approprier les recommandations, surtout dans une situation démographique où ça devient difficile quoi.

I : hum.

M : J'veux dire, enfin j'vais pas vous raconter l'histoire locale mais bon on manque de médecins hein. Mais c'est pas grave on va avoir des infirmières cliniciennes, des réseaux qui vont faire tout ça, on va construire un plan, non pas un plan Alzheimer mais un plan dénutrition et on trouvera bien un comité local avec une association avec quelques élus qui seront contents de pouvoir briller dans l'association locale (ironie). Avec un budget qui ne sera pas pérenne, et on montrera aux informations qu'on utilise l'argent intelligemment en montrant que madame X est très contente et que franchement on a fait des progrès et que le système marche très bien. Donc ça je commence à connaître, dans tous les domaines. Parce que c'est vrai que les médecins sont très mal formés quoi, ils ont pas tout compris. Je suis un peu désabusé mais heu... moi j'veux bien... je pense que c'est le système qui est mal fait. Ça c'est intéressant, donc faire un questionnaire à 6 items pourquoi pas.

I : ok.

M : mais la formation continue c'est quand même un truc... j'suis allé deux jours la semaine dernière en formation en ophtalmo, j'étais allé la veille à une formation locale entre confrères, hier

soir il y avait un autre truc... j'en fais de la formation. Mais heu, il y a formation et formation quoi. Heu... la formation continue c'est pas de la pédagogie, j'veux dire je défonce des portes ouvertes hein, mais si c'est pour considérer les médecins comme quoi ils ne savent pas et qu'il faut leur apprendre, c'est sûrement pas la bonne méthode et c'est sûrement pas comme ça qu'ils vont apprendre. Le problème c'est pas d'apprendre, c'est de changer ses pratiques. Parce que lire des choses, le MNA j'vous dis, je l'ai lu, j'ai compris le principe mais je ne l'utilise pas, je n'ai pas pu me l'approprier parce que j'en ai pas perçu l'intérêt et heu... après pour faire quoi ? Si déjà on n'arrive pas à avoir des repas à domicile correctes ou on n'arrive pas à convaincre les gens, ben... c'est ce que je vous disais, il y a l'organe, la personne, l'environnement. On a déjà des difficultés avec la personne alors j'vous dis pas avec l'environnement. Si on considère l'albuminémie comme étant un organe, ou la nutrition comme étant un organe... heu (silence), il y a des tas de critères, il y a l'état dentaire.

I : C'est vrai que dans ce fameux MNA ils parlent des facteurs de risque, parce que ça c'est considéré comme des facteurs de risque : l'état bucco-dentaire, l'environnement avec l'isolement social... ils en parlent mais dans le MNA global ça représente 6 ou 7 questions. Mais dans les recommandations de l'HAS il y a le premier chapitre qui est justement consacré à ces facteurs de risque...

M : On n'arrive pas à avoir de dentiste en EHPAD. J'me souviens d'une année où j'ai eu 5 malades qui ont perdu leurs dentiers aux urgences de l'hôpital. Alors d'ailleurs un jour j'ai rigolé, j'ai dit vous avez pas amener le carton où il y a tous les dentiers et puis on va les essayer, bon alors j'ai appris que l'hôpital avait une assurance, qu'on pouvait payer des dentiers aux gens pour heu... c'était pourtant des gens fortunés, intelligent qui avaient compris l'intérêt d'avoir un dentier. Donc il a fallu payer le transport couché pour chez le dentiste, trouver un cabinet dentaire accessible aux handicapés. Et puis vous comprenez docteur, à mon âge, j'vais pas dépenser 1500 euros dans un dentier que je ne vais presque pas porter parce que j'vais mourir dans bientôt... Et puis on manque de dentistes.

I : En fait c'est la prise en charge globale et pluridisciplinaire qui commence à être difficile ?

M : alors heu, ouais non c'est pas... les dentistes ont le même problème démographique que nous et ici ça devient critique. Pourtant on est en ville. Enfin je ferme la parenthèse. Donc oui la dénutrition, c'est fondamental.

Entretien 4 :

I : Quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : (silence) En terme de quoi, statistique ? En terme de gravité ? En terme de fréquence ?

I : Comme vous voulez.

M : C'est certainement plus fréquent qu'on ne croit, c'est sans doute moins dangereux qu'on ne le pense. C'est mon avis parce qu'il y a des biais statistiques. Les personnes âgées chez qui ça se passe bien on n'a pas besoins de mesurer leur état de dénutrition à priori. Heu... que dire de plus, non je ne vois pas. Et puis ça dépend de ce qu'on appelle personne âgée, vous avez une définition ?

I : ben je voudrais plutôt votre définition.

M : Alors il y a un professeur de neurologie qui disait la personne âgée c'est quinze ans de plus que son interlocuteur alors... si on se fie à vous ça n'a pas de sens. Mais heu, ben moi je dirais personne vraiment âgée c'est au-delà de, au lieu de 75 je mettrais plutôt 80. Au-delà de 80 ans le pourcentage de dénutrition je dirai 30%.

I : D'accord, et quand vous disiez que c'est sans doute moins grave que ce qu'on pense, qu'est-ce que vous entendez par là ?

M : Parce que je pense qu'on attache facilement, on relie facilement des pathologies de la personne âgée, type fracture, heu... par exemple à un état de dénutrition mais en réalité je pense qu'il y a un tas de personnes âgées qui se portent parfaitement bien pour lesquelles on ne se pose pas la question ne serait-ce que parce qu'ils ne voient pas de médecin.

I : hum

M : je pense, je pense que le biais statistique il est là. Sans doute, il faudrait peut-être avoir des notions très précises en épidémiologie sur l'âge des gens... heu pour vraiment apprécier la dangerosité d'une dénutrition. (Silence). Et la morbidité de la dénutrition.

I : C'est-à-dire morbidité ?

M : Et ben le lien entre la dénutrition et son implication dans le décès des patients.

I : ok, et comment est-ce que vous avez été sensibilisé au problème de la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : heu... ben... C'est toujours pareil par le biais des pathologies de mes patients qui souffrent de fractures suite à des chutes et puis en fait on se rend compte qu'ils sont mal nourris. Ou des patients qui sont isolés, ça c'est des choses que nous on voit en médecine générale, des gens qui n'ont plus de famille. Heu... j'avais un exemple d'une brave dame, c'est l'infirmière qui venait lui remplir le frigo parce que sa famille ne s'en occupait pas. Voyez des choses comme ça, c'est des choses que nous on voit régulièrement. Pour ces gens-là c'est un vrai problème, cette patiente que j'ai en tête elle est morte presque centenaire, et elle était sérieusement dénutrie hein c'est évident. Elle aurait peut-être été centenaire si elle l'avait été moins vous me direz mais bon. Voilà c'est plutôt par ce biais là en fait, qu'on est sensibilisé. Ou par des gens qui associent une dénutrition et puis une misère sociale, ça peut arriver aussi. Ou des personnes âgées qui ont des addictions, on voit ça parfois des personnes âgées qui se mettent à boire au-delà de 80-85 ans, j'ai vu ça plusieurs fois. Des personnes qui étaient parfaitement tempérantes au préalable et puis voilà. Ça relève de la pathologie presque mentale finalement. Je sais pas si répond à votre question ?

I : si si. (rire). Donc du coup finalement vous avez été plus sensibilisé plus au contact de vos patients ?

M : oui, à l'HAS pas du tout non. En plus psychiquement je suis assez heu... imperméable à toutes ces structures administratives et para-administratives qui ont plutôt tendance à me ... à me gaver comme disent les jeunes.

I : Et qu'est-ce que vous reprochez à ces structures ?

M : et ben ce sont les mêmes personnes qui nous pourrissent la vie à longueur de temps. Alors j'avoue que les recommandations de l'HAS j'ai plutôt tendance à m'assoier dessus.

I : hum.

M : vous savez quand on voit que ce sont les mêmes qui nous expliquent qu'on ne peut plus prescrire de DEPAKINE et qu'il faut l'envoyer au neurologue pour qu'il la prescrive, voilà hein j'veux dire c'est simplement. Ils ont un défaut de crédibilité par rapport à nous. Heu... ils passent leur vie à compliquer la nôtre, donc heu, moi personnellement c'est un repoussoir les recommandations de l'HAS. Et je le dis courageusement sous le biais de l'anonymat (rires).

I : (rires). Alors pour revenir sur la sensibilisation des médecins concernant la dénutrition, d'après vous comment est-ce qu'on devrait être sensibilisés ?

M : c'est difficile... pfff... j'ai pas de réponse. Peut-être par des statistiques précises sur le... l'impact de la dénutrition sur le... sur des fractures par chute, sur des troubles psychiques, essayer de relier les pathologies entre elles. Ça peut être intéressant. Mais pas par le biais de recommandations, j'y crois pas, en médecine générale j'y crois pas. Et puis en médecine générale le domaine est tellement vaste que c'est pas la formation continue qui est importante, c'est la

formation initiale. Après à chacun de se débrouiller avec son bagage pour s'orienter vers telle ou telle chose. Je n'attends rien de la formation continue, hein, strictement rien. Si j'ai un cas, là j'ai eu un cas il n'y a pas longtemps d'une myosite à inclusion ben j'suis allé voir moi-même les myosites à inclusion. Si je devais faire une formation sur les myosites à inclusion pour en voir une dans ma carrière c'est quoi l'intérêt ? C'est récolter un peu d'argent sur la formation continue qu'on paye par ailleurs. Il faut... je trouve ça ridicule moi l'histoire des formations continues, les formations continues ça doit être une démarche personnelle, ça doit pas être une démarche encadrée administrativement, c'est ridicule.

I : Alors qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : (silence). Compliquer la dénutrition, vous voulez dire les conséquences de la dénutrition ?

I : hum.

M : Les conséquences de la dénutrition c'est d'arriver en bout de course à un état de dépendance. Par exemple une personne dénutrie qui se fracture, qui ne peut plus rester chez elle, qui vit seule, ou qui vit avec un conjoint qui ne peut plus assurer la charge de de de de son conjoint ou conjointe blessée ou diminuée ou impotente. Voilà. C'est surtout ça, c'est engendrer finalement des, en dehors de cet aspect médical, pour la société des coûts supplémentaire en terme de dépendance. Donc c'est surtout ça.

I : d'accord.

M : Les autres pathologies, heu... les autres dénitritions... pfff, j'vois pas. Les autres morbidités induites par la dénutrition j'vois pas. Ou alors ça rentre dans le cadre d'autres pathologies hein. Des gens qui sont dénutris parce qu'ils ont des pathologies œsogastriques, ou des choses comme ça. (Silence). Et finalement, l'aboutissement est le même, ça arrive à un état de dépendance. J'ai en tête une patiente qui a une dysphagie majeure, heu... finalement elle devient dépendante des aides à domicile parce qu'elle a une stomie. (Silence).

I : D'accord, donc vous parlez de perte d'autonomie à terme mais les étapes intermédiaires ?

M : Les étapes intermédiaires moi je trouve que c'est souvent les accidents de la vie, vous allez dire que je fais une fixette sur les chutes mais voilà la chute, la fracture... parce que la décompensation cardiaque par dénutrition heu... c'est pas très fréquent hein. Non je vois plutôt ça.

I : ok, heu... d'après vous, comment le fait de traiter la dénutrition améliore la qualité de vie des patients ?

M : ben en préservant leur autonomie. (Silence). Un mieux-être. Un plaisir de vivre sans doute. Réapprendre à diversifier son alimentation... c'est sans doute des choses comme ça. (Silence).

I : d'accord. Et comment est-ce que vous dépister la dénutrition chez vos patients âgés ?

M : En pratique moi je fais une préalbuminémie. En dehors de ça on peut pousser plus loin si on voit des gens qui ont des anomalies sur la prise de sang mais heu... non c'est surtout ça en fait. Quand j'ai un doute moi je demande une préalbuminémie.

I : Qu'est-ce que vous entendez par doute ?

M : ben une perte de poids par exemple, comme nous on voit les gens régulièrement d'un mois à l'autre ou tous les deux trois mois, on peut apprécier, on voit des gens parfois qui décrochent et on se dit tien vous avez maigri, est-ce que vous mangez bien, est-ce que vous mangez de tout, à heure fixe, vous vous laissez pas aller ? En fait cliniquement c'est plutôt la perte de poids, et biologiquement la préalbuminémie.

I : ok, le poids vous le suivez comment ?

M : ha ben à domicile je ne pèse pas mes patients, et au cabinet honnêtement pas toujours, je n'y pense pas en fait. En revanche je leur demande facilement, et quand j'ai un doute je les pèse. Là

j'ai un patient en tête, c'est un vieux monsieur qui, son métier c'était de faire les autoroutes, donc il était toujours parti à respirer du goudron cet homme-là, et donc j'avais remarqué qu'il avait maigri et donc j'ai demandé qu'on surveille son poids et effectivement il maigrissait. Et il est dénutri. Alors c'est vrai que le suivi de poids en toute logique ça serait raisonnable de la faire systématiquement. Je sais pas... c'est pour ça que vous êtes là. (Sourire). Maintenant je vais le faire !

I : ok. Alors tout à l'heure vous me disiez que vous étiez anti-recommandations, mais est-ce que vous connaissez ces recommandations sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : non, pas du tout.

I : alors d'après ces recommandations qui datent de 2007, chez le sujet âgé de plus de 70 ans, qui vit en ville, il est recommandé de dépister au moins une fois par an la dénutrition à l'aide de 4 éléments : le poids, l'IMC, l'albuminémie et le MNA/ Donc le MNA c'est le mini nutritional assessment, c'est un questionnaire. Il est recommandé de le faire une fois par hors signe d'alerte ou facteur de risque de dénutrition. Qu'est-ce que vous pensez de cette recommandation ?

M : oui pourquoi pas, enfin le mini test là je ne sais pas à quoi ça correspond, je l'ai déjà lu quelque part mais...

I : Alors je vous donne le MNA (remise au sujet du MNA imprimé sur papier).

M : ho, ben ça donne envie de le faire ça ! c'est typiquement fait par l'HAS ça.

I : Donc en bleu vous avez le MNA short form, donc SF en fait.

M : D'accord.

I : Dans les recommandations de l'HAS il est recommandé d'utilisé le MNA SF en première intention. Et de faire le global si il est positif.

M : Alors déjà ça, on oublie. (Il lit le MNA). Je pense que c'est bien quand on vient de s'installer, mais quand on est dans des villes comme la nôtre où un médecin sur deux va partir en retraite dans 10ans, c'est débile de recommander de faire ça, ça ne sera jamais fait. C'est impossible, c'est techniquement impossible. Ça prend trop de temps. C'est pas... c'est typiquement le genre de truc pondu par des gars qui ne voient pas nos patients quoi. Vous savez moi j'ai des journées, c'est de la folie parfois, j'ai des journées à 60 – 80 personnes. Comment voulez-vous que ça soit... c'est irréalisable. C'est pfff... Pondre des trucs pareils.

I : Et que pensez-vous de la forme simplifiée, le MNA –SF ?

M : ouais encore à la rigueur ça serait un peu plus raisonnable. Mais ces gens-là sont fous. C'est des grands malades en fait. Et ils se mettent à combien pour pondre un truc comme ça ? (souffle). Je suis effondré quand je vois ça en fait, je me dis qu'ils n'ont aucune idée de ce qu'on fait quoi, ils n'ont aucune notion de ce qui se passe. Enfin... Non le mini encore à la rigueur ça c'est faisable, mais le global c'est bien du 12 juillet au 11 aout quand c'est vraiment super calme. Alors vous me direz c'est une fois par an, ça va quoi mais bon...

I : Concernant le poids et le suivi du poids ?

M : Non ça c'est facile, l'IMC ça m'arrive de la calculer. Mais bon ça veut dire qu'il faut mesurer la petite mamie, mais bon c'est faisable enfin je ne la fais pas, chez les personnes âgées j'le fais pas. Je vous le dis carrément.

I : Pourquoi ?

M : Parce que je ne vois pas l'intérêt de les mesurer. Si c'est pour calculer un IMC heu... en plus je me demande dans quelle mesure c'est très intéressant parce que je pense que ça a plutôt tendance à fausser le résultat parce que vous prenez une personne âgée qui a des tassements

vertébraux heu... on va avoir un IMC qui va augmenter de manière heu... ça va être un biais, enfin j'veux dire c'est son poids qui est important finalement. Si la taille baisse l'IMC monte.

I : hum.

M : Donc c'est une manière inappropriée d'apprécier la perte de poids, enfin à mon avis. Le poids d'accord mais la taille ? Si la taille baisse l'IMC augmente ? Forcément. Alors vous passez à côté d'un amaigrissement si on tient compte de l'IMC. Enfin je ne sais pas, ça me paraît un peu bizarre comme idée de prendre l'IMC, non ?

I : ben c'est votre opinion que je suis venue recueillir.

M : ben je sais pas ça me paraît bizarre, le poids d'accord mais l'IMC j'vois pas. Je trouve que c'est une manière de fausser, d'ignorer des dénutritions qui existe en fait. Bon le poids ça c'est intéressant.

I : Et l'albuminémie ?

M : C'est intéressant l'albuminémie, albuminémie et préalbuminémie ouais. Ça c'est faisable parce que toutes les personnes âgées ont une prise de sang de temps en temps. C'est facile à vérifier.

I : Dans cette recommandation concernant le dépistage de la dénutrition des personnes âgées, qu'est-ce que vous mettriez en pratique ?

M : Poids et albuminémie oui, MNA dans la mesure où il tient compte de l'IMC pfff, non.

I : Et comment est-ce que vous amélioreriez ces recommandations ?

M : En supprimant l'IMC. Ça me paraît une mauvaise idée. Parce que si vous prenez une personne âgée qui n'a pas perdu de poids mais qui s'est un peu tassée et a perdu 2 à 3 centimètres, finalement vous augmentez son IMC. Voilà c'était mon avis.

I : Merci beaucoup de m'avoir accordé un peu de votre temps.

Entretien 5 :

I : Alors quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : Mon opinion c'est-à-dire ? heu... c'est fréquent pas fréquent ? C'est ça ?

I : comme vous voulez. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

M : Heu, je pense que c'est plus fréquent qu'on ne croit. Je pense qu'on n'a pas... on n'a pas forcément reçu d'information là-dessus. De formation et d'information là-dessus. Je pense qu'on a des progrès à faire. C'est le sens de ta thèse je suppose. (Sourire).

I : hum, d'accord. Et comment avez-vous été sensibilisé au problème de la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : Alors heu... par les lectures heu médicales. Voilà, les lectures médicales. Les FMC on en a beaucoup parlé. Mais par contre, certainement aussi par le fait de heu... ben par la fac aussi hein. On a été interpellés là-dessus. Et puis après aussi ce qui nous encourage peut-être à faire attention c'est les, toutes ces personnes âgées qui sont en EHPAD et donc on voit que les médecins coordinateurs ont fait des, font des gros gros efforts là-dessus donc je pense que ça nous encourage aussi à la faire de notre côté.

I : hum.

M : Par contre aucun souvenir d'enseignement, lors de mes études, ciblés personnes âgées ou dénutrition. C'était pas d'actualité.

I : D'accord, comment devrait-on y être sensibilisés ?

M : ben la sensibilisation ça pourrait... heu... se faire par le biais de la formation médicale continue, la FMC. Et puis après peut-être aussi par heu... la formation médicale initiale, c'est-à-dire à la fac, peut-être qu'on n'insiste pas suffisamment là-dessus.

I : hum.

M : Voilà là-dessus. Et puis après, régulièrement j'sais pas, qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre, imaginer d'autre... heu, pfff. J'ai pas d'idée à priori, heu des petites plaquettes ou des alertes, des plaquettes d'information ça peut être aussi envisagé.

I : D'accord. D'après vous qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition des personnes âgées ?

M : Qu'est-ce qui peut compliquer heu la dénutrition... ouais c'est heu... à mon... à mon avis la principale chose c'est la chute et puis heu, toutes les complications qui vont avec. Trouble de l'équilibre, chute et puis tout le reste qui suit.

I : (silence) Vous pouvez développer « le reste » ?

M : (rire) ben le reste qui suit ben heu, après c'est immobilisation, escarres, infection, infection pulmonaire après infection urinaire etcétera. Les complications de l'escarre, les complications du décubitus, et heu... oui je vois ça surtout comme ça.

I : ok, du coup est-ce que le fait de traiter la dénutrition chez les patients ça améliore leur qualité de vie ?

M : Alors est-ce que ça améliore leur qualité de vie ? heu... Je pense oui, mais je ne sais pas... je ... j'avoue que je ne sais pas si ça a été étudié ou pas. Ça serait effectivement aussi un bon sujet de réflexion, pour une thèse. Heu... parce que si ils mangent mieux ils vont se sentir mieux. Ils vont faire plus de choses, donc ça paraît quand même relativement logique.

I : hum.

M : Ça te va comme réponse ? (sourire).

I : oui (sourire). Hum... alors comment est-ce que vous dépistez la dénutrition chez vos patients âgés ?

M : ben la surveillance du poids, poids et puis albumine et préalbumine. (Silence)

I : Et vous vous organisez comment ?

M : Ben je ne le faisais pas de façon systématique et heu... après réflexion, après lecture tout ça je me suis rendu compte qu'il fallait être plus systématique. Après ça dépend des gens s'ils sont en institution ou pas, si ils sont à la maison et puis heu... l'entourage, le fait qu'ils aient perdu du poids etcétera. Si ils sont seuls, pas seuls... stimulés pas stimulés. En ville je fais l'albuminémie et puis heu surveillance du poids, je pense que c'est à mon sens le plus important. La pesée au domicile c'est un bon sujet parce que c'est vraiment compliqué, ça me... ça m'intéresse parce que souvent c'est des trucs que vous... les internes et notamment ceux qui sont en stage la pesée déjà ils ont beaucoup de mal mais alors la pesée à domicile ils ne le font pas. Mais effectivement c'est pas simple parce qu'il faut demander où est la balance, si ils en ont une d'abord, où elle est, aller la chercher souvent parce que elle est sous un meuble, et puis il faut encore mettre les gens dessus. Donc ça demande du temps et puis un peu de temps et de patience. Après on n'a pas toujours non plus de balance fiable mais ça on n'a pas de solutions hein, on va pas demander aux gens d'acheter des balances... Mais les gens savent bien, enfin je heu... les personnes âgées chez qui je vais savent bien où se trouve la balance et je vais la chercher. De façon au moins annuelle je pense passé un certain âge, je sais pas, j'ai pas d'idée sur l'âge... j'ai fait exprès de ne pas lire la recommandation HAS avant de venir comme ça je suis... j'suis vierge de toute réflexion (rire).

I : hum (rire). Donc une fois par an ?

M : oui enfin si j'ai des valeurs limites ou basses à ce moment-là je rapproche les dosages bien sûr.

I : D'accord ok, Alors du coup est-ce que vous connaissez les recommandations de l'HAS au sujet du dépistage de la dénutrition chez les patients âgés ?

M : non je ne les connais pas, et heu, j'ai fait exprès de ne pas les lire.

I : D'accord, heu

M : Mais je suis ravi d'apprendre qu'il y en a.

I : Je les ai imprimées (remise au sujet des recommandations sur papier), donc c'est des recommandations qui datent de 2007, donc ici (je décris les chapitres figurants sur les recommandations) les facteurs de risque de dénutrition chez la personne âgée, ici les modalités de dépistage, ce qui est expliqué c'est que chez le sujet âgé qui n'a pas de facteur de risque de dénutrition on doit la dépister au moins une fois par an. Et les critères qui sont à surveiller, vous pouvez voir que ce sont le poids, l'IMC, l'albuminémie et le MNA. Le MNA c'est un questionnaire. Le reste des recommandations c'est plus accès traitement et suivi de la prise en charge d'une dénutrition.

M : Le MNA je connais pas.

I : Alors le MNA je l'ai ramené aussi (remise au sujet du MNA global et SF sur papier).

M : C'est une bonne idée.

I : Donc le MNA, tout ça (je montre l'ensemble du MNA) c'est le MNA global en fait, et à partir de 17 ça définit un sujet qui est plus à risque de se dénourrir. En fait il faut faire la forme simplifiée dans un premier temps, et si il est positif il faut faire le global.

M : D'accord et ça ça a été validé, t'as, t'as une validation là-dessus ou pas tu sais pas ?

I : Ben ça fait partie des recommandations de l'HAS en fait.

M : ok, il faudrait regarder quelle est la validation de ce truc-là. Heu... alors celui-là en entier heu non, éventuellement le court pourquoi pas. Après moi je trouve que... je pense qu'il y a des questions simples à poser aux gens hein... qu'est-ce que vous avez mangé hier soir, qu'est-ce que vous avez mangé ce matin ou ce midi ? On a déjà je trouve une idée intéressante hein.

I : c'est le genre de questions que vous posez à vos patients pour aborder le sujet de la nutrition ?

M : oui, bon enfin, je ne le fais pas tout le temps mais plus si je remarque qu'ils maigrissent. (Silence).

I : Et donc qu'est-ce que vous pensez de ces recommandations ?

M : ben ça c'est des choses qu'on fait déjà en fait, hors mis le MNA. Mais heu, ouais, faudrait que j'étudie ça savoir, que je regarde un petit peu l'intérêt et heu la validation... si on peut faire ça hein. Parce que faut pas se leurrer, hein, le questionnaire entier on peut pas faire ça. En consultation on a déjà trop de chose on a... à gérer dans une consultation...

I : hum.

M : je sais pas si tu es d'accord avec moi ?

I : Ben c'est votre opinion qui est importante.

M : (silence)

I : Alors concernant les autres paramètres ?

M : heu alors (il reprend la feuille avec les recommandations), ben le poids si tu veux j'ai un heu... un logiciel, un logiciel médical où tu mets le poids la taille et puis il te calcule l'IMC. Donc heu automatiquement heu... Donc je me promène avec mes dossiers informatiques chez les gens et je l'ai en live quoi. Je l'ai tout de suite, j'ai pas besoin d'aller voir dans le dossier des patients en rentrant au cabinet, ça se fait chez le patient. Après je fais l'albumine à peu près une fois par an et la préalbumine quand c'est bas, enfin... j'me souviens plus des reco, enfin ce qui est recommandé là-dessus.

I : hum.

M : Pour le MNA j'utiliserai plutôt seulement la forme légère, enfin la forme heu... short. Après je sais pas si tu as regardé si il y a d'autre test qu'on pourrait utiliser ?

I : ben le test de référence pour la dénutrition c'est le MNA, il n'y en a pas d'autre.

M : d'accord.

I : Du coup comment est-ce que vous amélioreriez ces recommandations ?

M : heu (silence), comment les améliorer... heu... ça c'est une question. Moi je pense qu'on a toujours intérêt à faire des messages, des trucs vraiment avec des messages simples et forts quoi. Quelques messages. Après tout ça c'est du bon sens hein, la plupart des trucs c'est du bon sens. Ouais, tout ça là (il reprend les recommandations sur papier), les facteurs de risque heu... je pense que la plupart des choses c'est du bon sens. Peut-être se limiter à quelques lignes ça permet d'être intégré plus facilement. Et pour le MNA, je te dis je connais pas donc heu... j'peux pas m'étendre là-dessus. Après je pense que si le niveau de preuve est suffisant et que l'efficacité du test est prouvée, ben j'te dis on peut l'intégrer à nos logiciels pour le faire plus facilement chez les patients.

I : hum. Et vous organiseriez ça comment ?

M : Ben en faisant une consultation accès nutrition enfin dénutrition. Tout en sachant que j'ai déjà fait ça et heu... on fait une consultation dédiée mais y a toujours une partie qui, autre qui vient parce que les gens, les patients ont toujours des trucs à demander ou à revoir. C'est très difficile de faire une consultation dédiée sur un sujet. Mais pourquoi pas demander aux internes (rires), comme j'en ai tout le temps au cabinet de cibler ça... Ça peut être intéressant.

I : ok (silence) ben merci beaucoup.

Entretien 6 :

I : Donc d'abord quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : Ben c'est un sujet fréquent, pour deux raisons : d'abord ils s'alimentent et ils s'hydratent très peu, et puis comme maintenant les périodes de canicules on leur passe le message à chaque fois de boire boire boire. Et chaque fois ils répondent : « j'ai pas soif ». Donc c'est un sujet quasi-quotidien hein, on cherche pour voir si tout va bien.

I : hum.

M : Il y a une patiente que j'ai hospitalisée, elle est décédée 15 jours après à l'hôpital parce qu'elle ne se nourrissait plus, c'était un Alzheimer en phase terminale. Donc les consignes elle ne les suivait pas. Et puis ça c'est mal terminé. (Silence).

I : Comment est-ce que vous avez été sensibilisé au problème de la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : Ben il y a eu cette fameuse canicule en 2006, ça a quand même été un électrochoc pour tout le monde, on s'est dit tient on a quand même un rôle à jouer là-dedans. Mais c'est sûr que le message de boire est devenu beaucoup plus fréquent depuis ce temps-là chez nos patients.

I : oui, alors boire ça serait plus déshydratation, mais j'aimerais qu'on parle de dénutrition, des apports alimentaires en fait.

M : ha oui, dénutrition... oui je suis sur la déshydratation là. Ben sur l'alimentation c'est venu progressivement parce que la clientèle vieillissant avec son médecin, comme j'ai 32 ans d'installation... (Sourire), j'ai de plus en plus de personnes âgées et puis c'est vrai qu'on se rend compte qu'ils ne se nourrissent pas. Et j'ai aussi mes internes qui me stimulent là-dessus, j'ai eu plusieurs messages par mes internes sur le bilan nutritionnel et je m'y intéresse un petit peu quoi. Voilà c'est comme ça. Pas par ma formation initiale, qui date de trente ans au moins, c'était pas

dans les modules. On a dû avoir aussi des FMC et puis bon on lit hein, on lit des choses, la revue « Prescrire », il y a pas mal de choses aussi là-dessus.

I : Et comment devrait-on sensibiliser les médecins généralistes au problème de la dénutrition des personnes âgées ?

M : Ben comme d'habitude hein, il y a des infos qui circulent par le biais de l'HAS, de l'institut de veille sanitaire et puis il y a des FMC qui sont proposées. Donc je pense que ça plus les lectures, si ils ont de bonnes lectures heu... même dans les livres de vulgarisation médicale type « LE QUOTIDIEN » ou « LE GENERALISTE » il y a des articles sur la dénutrition hein. La FMC c'est quelque chose de continue, j'espère (rire), et donc on lit hein, moi j'essaie de me former sur des choses qui m'intéresse ou que je ne connais pas au départ, ou qui ne m'attire pas. J'me dis tient, là-dessus j'y connais rien, donc on va voir. Des trucs chiants en général. Et donc heu, la dénutrition ça en fait partie parce qu'on n'a pas été sensibilisés là-dessus du tout. Et puis après c'est le contact avec la patientèle qui fait qu'on se rend compte qu'il faut qu'on s'occupe aussi dans la prise en charge globale du patient de, pas que des prises médicamenteuses mais aussi de heu... la façon dont ils se nourrissent. Donc heu ça en fait partie.

I : hum. Ok. Qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : Qu'est-ce qui peut compliquer ?

I : oui.

M : Ben c'est l'amaigrissement, la diminution de la motricité. La fatigue et donc progressivement ils vont se refermer sur eux. Et puis qu'est-ce qui peut y avoir d'autre... si ils ne bougent pas, il y a toutes les complications qui suivent heu... escarres et compagnie. En plus si ils ont des plaies ça va moins bien se refaire parce qu'ils ont pas tout ce qu'il faut. S'ils attrapent une maladie intercurrente, une infection ça peut, ben ça va pas les arranger non plus. Voilà. Qu'est-ce qu'on peut trouver d'autre ? (Silence). Non je ne vois pas. Je pense que c'est déjà pas mal.

I : Alors du coup, comment le fait de traiter la dénutrition va améliorer la qualité de vie des patients ?

M : oui obligatoirement parce que c'est toujours la même chose, c'est une prise en charge globale, c'est pas que manger, faut les stimuler à bouger, donc on leur prescrit de la kinésithérapie pour au départ à domicile. Après on leur dit qu'il faut prendre la canne et le chapeau pour sortir mais ils sont fatigués. C'est un tout. On leur donne à manger, on apprend à rééquilibrer, à aimer manger aussi parce que manger seul c'est pas rigolo heu... Et la solitude ça fait partie aussi de la dénutrition, c'est un facteur de dénutrition parce que quand on est tout seul devant son assiette on n'a pas envie de manger. Donc c'est un tout. Quand on est à plat au fond de son fauteuil on n'a pas envie de bouger, comme quand on fait une grippe. Et puis après on se dit « j'suis vieux c'est normal ». Si on arrive à les faire remanger on arrive à les faire rebouger, à les faire ressortir, à trouver une vie sociale, se sentir bien dans leur peau, et puis à vivre, c'est pas plus compliqué hein. Sinon c'est l'escargot qui rentre dans sa coquille, c'est ce qu'on disait tout à l'heure. Donc je pense que c'est hyper important. Ça fait partie de la prise en charge globale du patient, il faut vérifier ce qu'il y a dans l'assiette. Mes patients que je vois à domicile, régulièrement c'est « qu'est-ce que vous allez manger aujourd'hui ? ». C'est important, parce que je donne très peu de médicaments, j'aime pas, on est assez iatrogène comme ça, par contre heu... voir ce qu'il y a dans l'assiette je pense que ça fait partie de notre fonction, le médecin c'est un peu comme le facteur en campagne, c'est une personne qui vient, qui rentre chez les gens, qui prend le temps de discuter avec eux... Ça leur fait vachement plaisir, et s'occuper de leur alimentation ils aiment. Et puis du coup on fait notre rôle de santé publique en leur disant « non ça ça va pas » ou bien « y'en a pas assez ». Faut manger des fruits des légumes, de la viande... c'est un peu d'éducation de patient.

I : hum, du coup comment est-ce que vous dépistez la dénutrition chez vos patients ?

M : Alors déjà moi je les pèse régulièrement donc heu... il y a un cahier chez eux pour les suivis réguliers. Je travaille avec mon ordi portable à domicile et je fais mes courbes de poids donc je vois si ils maigrissent. Si c'est pas moi qui les pèse, si c'est des sujets à surveiller je demande à l'infirmière de les peser tous les lundis comme ça j'ai la courbe aussi qui est faite. Donc heu ça sensibilise bien les gens, quand on leur dit « vous avez perdu 2 kilo qu'est-ce qu'y se passe ? » ou à l'inverse si ils en prennent on regarde si il y a des œdèmes... Donc le poids c'est un élément important. Après il y a aussi leur attitude, leur état général, leur état de fatigue, le fait qu'ils mangent moins. Si à chaque fois qu'on rentre ils sont devant la télé ou en train de dormir, heu... j'ai une patiente ça fait 4 ans qu'elle n'est pas sortie de chez elle, pas un pas en dehors de sa porte, j'y arrive pas. Alors le kiné il la fait bouger à l'intérieur mais... Alors maintenant on la réalimentée, il y a l'aide-ménagère, il y a des repas préparés et puis le fils qui vient. Mais il faut la pousser. Faut toujours les stimuler hein, tout le temps. Il y en a qui comprennent, mais elle a un petit peu d'Alzheimer en plus donc si on ne s'en occupe pas ça ne marche pas.

I : Vous parlez beaucoup de kiné, aide-ménagère... le dépistage de la dénutrition est quelque chose de pluridisciplinaire en fait ?

M : oui tout à fait. On travaille tous ensemble dans l'intérêt du patient. (Silence)

I : Quand vous dites surveiller la courbe de poids avec votre ordinateur, comment procédez-vous ?

M : le poids est un paramètre de mon logiciel informatique. Mais j'ai 2 façons de travailler chez les personnes âgées, moi évidemment j'ai inclus ça depuis un bon moment le poids dans mes critères, comme la tension, le pouls etcétera. On a des courbes et puis avec l'informatique c'est dans le logiciel. On peut montrer ça aux enfants pour qu'ils se rendent compte, parce qu'on ne se rend pas compte quand on vit avec quelqu'un qu'il maigrit. Et puis la plupart du temps dans les suivis chroniques il y a un cahier à domicile, où c'est noté aussi. Donc comme je demande aux intervenants d'écrire et lire le cahier, tout le monde sait ce qu'il se passe et donc il y a une prise en charge globale par l'ensemble des intervenants, professionnels ou familiaux, et qui sont stimulés par la courbe de poids.

I : ok, alors du coup est-ce que vous connaissez les recommandations de l'HAS sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : non, pas du tout, j'ai pas eu le temps de voir passer ça.

I : ok,

M : par contre ça m'intéresse. (Sourire).

I : Alors je les ai ramenées (présentation au sujet des recommandations de l'HAS sous forme papier ainsi que du test MNA), c'est des recommandations qui datent de 2007. En fait la première partie est plus accès facteurs de risques de dénutrition et ensuite les consignes de dépistage. Donc un dépistage par an chez la personne âgée sans facteur de risque particulier, et le dépistage se compose du suivi du poids, de l'IMC...

M : Ben l'IMC c'est plus difficile parce qu'on a du mal à mesurer les gens. (Téléphone sonne, conversation téléphonique).

I : Donc avec l'IMC il y a l'albuminémie et le MNA.

M : l'albuminémie je le fais depuis peu parce que j'y pensais pas mais c'est mes internes qui m'ont... comme quoi le fait d'être maître de stage c'est toujours intéressant parce que ça permet des échanges. Je le fais quand je pense qu'il y a quelque chose qui va pas.

I : et concernant l'IMC ?

M : ouais la taille des personnes âgées quand on arrive heu... moi j'essaie de voir mes patients ici, donc ici il y a toujours une taille à un moment donné qui est mise dans le dossier. Mais quand on

est à domicile c'est vrai que c'est compliqué, donc je les pèse ça c'est facile par contre mesurer quelqu'un c'est pas dans l'habitude. La pesée il faut une balance, s'il n'y a pas de balance ben je fais acheter une balance. Tout à l'heure il y avait une balance qui ne marchait plus, ben faut en racheter alors on me répond « C'est cher », mais non il faut racheter une balance, j'avais quand même pas me balader avec une balance, j'ai pas un camion pour faire les visites à domicile. Déjà qu'il y a l'ordi, la trousse... mais un pèse personnes la plupart de gens en ont quand même. Par contre pour mesurer les gens c'est pas évident. Si c'est quelqu'un que je connais depuis longtemps et qui est devenu vieux, ben il est venu dans mon cabinet et si il est venu il y a obligatoirement la taille, que je ne note que si je l'ai prise et pas selon ce que les gens me disent. Mais je vais le faire ça, je vais vérifier si j'ai la taille de mes patients âgés dans le logiciel. Il va m'en manquer un paquet et je vais compléter. Merci.

I : (rires).

M : Alors le MNA, encore une abréviation.

I : Donc c'est le Mini Nutritional Assessment (présentation au sujet du MNA imprimé sur papier), voilà le MNA. Il s'agit d'un questionnaire à faire avec le patient, en bleu vous avez le MNA short form qu'il faut faire dans un premier temps. Si il est positif on fait le MNA global. (le sujet lit le MNA).

M : la circonférence brachiale... fiou... c'est vraiment variable ça. C'est intéressant pour le suivi mais pas pour le dépistage. Non ? C'est curieux. Et puis il y a des gros qui sont dénutris. Alors les points ça se compte comment ?

I : par items c'est 0, 1 ou 2 selon les items et ensuite on additionne en sachant que pour un score inférieur ou égal à 17 il y a un risque de dénutrition.

M : ouai, bon c'est intéressant. Tu me le laisses ?

I : oui si vous voulez, qu'est-ce que vous ne pensez de ce test ?

M : ben c'est long, heu... je pourrais demander à mes internes de le faire. Si j'ai un souci nutritionnel ça peut être intéressant pour heu... comment dire ? C'est un peu comme dans les Alzheimer quand on fait le MMS et qu'on veut appeler quelqu'un on dit tiens j'ai un MMS à autant le type il dit « bon le médecin il a travaillé, il m'adresse pas quelqu'un comme ça ». Ça peut être un argument auprès des confrères, si on a besoin d'un avis ou qu'on veut hospitaliser la personne. Moi j'ai rien contre mais c'est vrai que ça prend du temps, et c'est ce qu'on a le moins dans notre métier. Il y a de moins en moins de médecins, on vient d'en perdre un. Tu sais combien on a fait d'actes aujourd'hui ?

I : non.

M : 42, c'est de la folie. Donc c'est sûr que prendre le temps de ça (il montre le MNA)... je me vois bien dire à l'interne « ben écoutes j'avais te laisser faire le test, je pars en visite et je reviens ». J'ai déjà fait des MMS beaucoup comme ça. C'est côté ?

I : pourquoi ?

M : Ben le fait que ça soit côté ça pourrait motiver les médecins à le faire, comme le MMS. Les questions ont l'air intelligentes, parce que des fois ce genre de test ça me laisse rêveur. La short form c'est plus sympa, on est capable de répondre sans interroger 3 heures le malade, on la examiné, on la pesé, il mange... La forme courte comme ça c'est mieux. Après si on veut développer on fait l'autre. C'est vrai que je le vois mieux en institution, ou par un confrère gériatre qui aurait le temps, j'sais pas si ils l'ont. Mais c'est intéressant. Faut l'avoir, il faut que je le mette dans mon ordi, pour l'avoir dans mon logiciel.

I : Et que pensez-vous de faire un dépistage systématique de la dénutrition ?

M : Alors l'HAS elle dit ce qu'elle veut hein, si on faisait tout ce que dit l'HAS on ne serait pas couchés à minuit. Donc on fait un peu chacun à sa sauce je crois, bon j'avais parler comme un vieux mais il y a quand même de l'expérience, on les connaît nos patients, on les voit on se dit il a changé il est pas bien, on va vérifier un peu. Et puis ça fait partie des questions un petit peu systématique à poser, l'alimentation, on fait notre travail sans trop le savoir finalement. Alors l'HAS j'aime bien parce que ça cadre des choses mais on n'est pas obligé de suivre de A à Z une recommandation c'est impossible. Là j'me dis tient c'est vrai l'albuminémie, j'y pense, y a pas très longtemps mais ça devient un peu plus systématique, quand je fais un bilan. L'IMC j'y pense pas parce que j'ai pas la taille mais donc j'avais corriger pour travailler mieux. C'est pas compliqué à mettre en place mais ça va être progressif, quand je vais voir mes malades je vais les mesurer. Et puis surtout dans les périodes caniculaires où les gens se recroquevillent vérifier les choses. On essaie à chaque visites de vérifier l'état physique du patient, l'hygiène, l'environnement avec les tapis par terre... c'est des choses qu'on fait systématiquement mais pas à chaque fois. Les recommandations de l'HAS c'est quand même systématique dans notre prise en charge, on est quand même médecins généralistes, on est là pour faire une prise en charge globale de nos patients. Les recos c'est un outil, mais ça doit pas être un guide line stricte... parce que travailler que sur les recos c'est débile. C'est pas adapté au patient. Et puis il faut conserver des recommandations, c'est de l'EBM (Evidence Base Medecine), il y a la référence donc ici l'HAS et puis le patient et ce qu'on peut en tirer parce que les patientes sont très variables. J'ai des patients de 80 ans qui vont à la piscine ou qui font encore du golf. Et puis la troisième chose c'est le médecin. Et avec tout ça on essaie d'aller au mieux, mais on ne peut pas travailler que sur l'HAS, c'est pas de la médecine hein. Bon en tout cas c'est un sujet intéressant. Mais faut travailler en équipe, le médecin l'infirmière, le kiné, les aidants familiaux... avec tout ça on arrive à voir si il y a un problème, c'est pour ça que moi j'insiste pour qu'il y ait un cahier de liaison au domicile, même si au début les patients n'aiment pas mais ils finissent par l'accepter. Voilà mademoiselle.

Entretien 7 :

I : Alors d'abord une question plus générale sur la dénutrition du sujet âgé, quelle est votre opinion là-dessus ?

M : heu... ben c'est sûr c'est un problème important que peut être au départ on ne voit pas parce qu'il y a d'autres pathologies et la dénutrition quelques fois on n'y pense pas tout de suite. Heu... Mais si c'est un problème important oui oui (Silence).

I : hum.

M : j'sais pas après heu... j'y suis souvent confronté, par pleins de facteurs. C'est un problème de santé publique quelque part parce que, soit les gens ça cache derrière ben des maladies qu'on n'a pas vu, ou ça cache une précarité. Bon les gens qui n'ont parfois plus accès à l'alimentation parce que justement, y a personne qui vient les voire, des choses toutes bêtes. Après les gens qui dépriment. Enfin en fait qui fasse que la personne soit dénutrie, et puis quelques fois, enfin on essaie d'éviter parce que c'est des personnes qu'on doit parfois institutionner, bon quelques fois à juste titre et quelques fois c'est heu... ben l'appel à 20h du soir d'un voisin ou de la famille qui arrive chez la personne et qui nous, ben voilà qu'on doit hospitaliser via un service d'urgences qui n'est pas forcément adapté. Donc c'est vrai que l'anticipation de tout ça permettrait d'éviter plein de choses.

I : ok. Et comment avez-vous été sensibilisé au problème de la dénutrition chez vos patients âgés ?

M : (Silence) Sensibilisé, heu... pas plus que ça. Il y a le contact avec mes internes, les échanges qu'on a. Après j'ai fait il y a quelques années, je faisais des vacances dans un service de gériatrie à l'hôpital, je faisais ça le mercredi. Heu j'ai fait un DU de gériatrie. J'ai fait des formations médicales. Alors c'est pas ça qui m'a sensibilisé, ça parce que c'est moi qui voulais aller plus loin

hein, parce que nous en médecine générale surtout ici dans des coins très désertifiés, heu... tout ça c'est du temps donc c'est pas facile, il faut aussi coordonner les soins avec les intervenants locaux, les infirmières, les kinés heu... voilà, donc il y a beaucoup de choses à mettre en place si on veut améliorer. Parce que je pense que chacun sait un peu les signes de... voilà mais chacun fait un peu sa part du travail. Ça serait bien de pouvoir bien se coordonner, parce qu'on essaie de le faire. Après heu... la dénutrition j'sais pas si dans, ben c'est peut-être le but de l'étude, j'sais pas si on est plus dénutri à la campagne qu'à la ville ?

I : hum. Si c'était le cas ça changerait votre prise en charge ?

M : Ha non pas forcément mais peut-être justement que... ben que ça sensibiliserait plus certains médecins au problème.

I : d'accord, et du coup d'après vous comment devrait on sensibiliser les médecins au dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : (Silence) ben je pense que y a quelques heu... fin, là c'est pas vraiment les sensibiliser, ça serait surtout pour essayer de prévenir. Y a quelque chose de tout bête qui n'est pas si simple que ça à mettre en pratique c'est de peser la personne. Après sensibiliser le médecin ben par rapport à heu... ce qu'une dénutrition peut être secondaire à quelque chose, enfin parfois elle n'est pas secondaire parce que la personne vieillie, elle n'a plus accès à ci à ça ce qui fait qu'elle se dénutrie. On peut peut-être sensibiliser les intervenants sur heu... ce problème de santé publique. Est-ce que ça entraîne un cout, est-ce qu'on pourrait diminuer le cout de personnes chez qui on pourrait peut-être éviter l'institution ? Pour qui on aurait pu faire plein de choses en amont qu'on n'a pas fait. Les sensibiliser heu... c'est difficile parce que je pense que les médecins sont déjà sensibilisés à ce problème-là, après c'est le souci que nous dans nos campagnes, il y a un manque cruel de médecins qui fait que cette gestion du temps est délétère pour nous et aussi pour nos patients hein, ça c'est sûr. On est quand même fatigué, et même si parfois on a envie, parce qu'il y a plein de sujets où on aurait envie d'approfondir, d'être plus perfectionniste, ben on n'a pas le temps. Pareil alors là c'est pas sensibiliser, c'est plus pour moi un moyen, ça serait d'avoir soit par l'outil informatique soit... alors j'ai pas moi d'ordinateur pour les visites à domicile. Moi je l'ai ici, alors c'est vrai que les personnes âgées dénutries en général on les voit à domicile, elles viennent plus trop au cabinet, j'essaie d'avoir quand même un dossier maison ça serait bien d'avoir une fiche simplifiée où on puisse noter heu... le poids, le bilan nutritionnel avec albumine préalbumine et CRP, enfin d'avoir peut être quelque chose de formalisé mais simplifié, qu'on pourrait laisser au domicile en coordination avec les différents intervenants. Pour qu'on puisse assurer un suivi, heu... j'dirais pas optimal mais amélioré. Alors après c'est aussi nous ben mettre en route si on voit une personne qui est dénutrie, qui veut rester chez elle, c'est de faire appel ben ici au CLIC, donc les centres locaux d'information pour voir un petit peu les mesures qu'on peut prendre pour la personne : l'APA, les aides ménagères, le portage des repas... toutes les choses autour en voyant quelle est la problématique de la personne sur la dénutrition, quelle est l'étiologie de la dénutrition.

I : hum. Tout à l'heure vous me disiez que le poids c'est quelque chose de difficile parfois, qu'est-ce que vous entendez par là ?

M : Ben heu, le poids, ben faut pas que la personne soit déjà plus ou moins heu... semi grabataire, ou alors faut déjà prendre un porte malade. Il faut aussi avoir tout bonnement une balance, après bon on peut amener une balance dans notre voiture mais j'veux dire ça fait beaucoup. Mais quelque fois le poids c'est pas aussi facile que ça pourrait paraître. Enfin quand même mais quelques fois on se retrouve confrontés... moi j'ai une patiente heu, elle est quand même prise en charge parce qu'elle a des pathologies, mais c'est très difficile d'avoir son poids parce que voilà, elle est grabataire. A la maison c'est pas possible. Donc on l'évalue plutôt sur des critères biologiques.

I : Lesquels ?

M : ben albumine, préalbumine et CRP. Je fais aussi la TSH.

I : ok. Et d'après vous qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition ?

M : Ben pourquoi la personne est dénutrie, si elle est dénutrie parce qu'elle a un cancer qui n'est pas connu, une hyperthyroïdie... heu, essayer de rechercher quand même l'étiologie de la dénutrition. Et puis après si c'est une dénutrition sans cause évidente, avec des situations comme ça un petit peu en cascade, un cercle vicieux qui va faire que même si la personne... Par exemple la mobilité qui se réduit, elle va rester au fauteuil, quelque fois quelqu'un va apporter un repas mais on va forcément s'assurer qu'elle puisse le manger. Pas d'accès à l'eau. Et quelque fois si la personne reste chez elle, ça peut durer un certain temps parce qu'on la voit un peu toujours dans le même contexte parce qu'elle nous parle encore et on ne se rend pas compte qu'elle rentre un peu dans la dénutrition. C'est pas toujours si évident que ça à voir. Après heu, la personne soit elle a déprimé au départ soit elle va finir par déprimer aussi. Les chutes, heu... rappelez-moi un peu votre question ?

I : Ce qui peut compliquer la dénutrition.

M : bah oui, heu ben on va tout de suite penser aux escarres, c'est un coût ça les plaies et escarres. J'ai eu le cas avec une dame, elle a une maladie neurologique donc on a dû mettre une sonde naso-gastrique, de là on a pu la renourrir et l'escarre s'est refermé. Là on pouvait essayer toutes les méthodes et tous les pansements mais voilà, et pourtant c'était vraiment très très important, même le chirurgien avait dit « on ne va pas y arriver », il avait fait une détersion... Mais on y est arrivé simplement par la nutrition. Avec bien sur une équipe bien encadrée hein, c'est comme ça. Alors compliquer la dénutrition ça peut être la personne qui va chuter, parce qu'elle est plus en état, il y a une fonte musculaire. Ben déjà elle pour sa santé, hein ça peut être l'institution heu les fractures et le coût que ça engendre. Et puis peut-être tout bêtement la personne qui va se retrouver en institution, alors que peut-être si le problème avait été pris un peu avant, on aurait pu la garder à la maison si tel était son souhait et la faisabilité aussi à domicile qui n'est pas toujours... et puis il faut du temps pour faire tout ça. Je dirais pour moi c'est ça, sensibiliser le médecin c'est lui donner du temps. Alors soit effectivement par des fiches ou des moyens informatiques, alors bien sûr il existe pleins d'échelles hein, calculer le MNA, calculer le Norton, heu l'échelle de dépression. On aimerait le faire mais tout ça ça prend énormément de temps. Alors est-ce qu'il faudrait un petit outil qui soit pratique heu... qu'on puisse vite voir. Je pense que sensibiliser le médecin c'est ça, c'est lui donner des outils pour qu'il gagne du temps et qu'on puisse faire un diagnostic relativement rapide et qu'on puisse aussi après si besoin est d'institutionnaliser la personne, enfin ici on a un service de proximité qui est à Avesnes, une unité de soins gériatriques aigus et chroniques; et aigu on peut pas rentrer... enfin on peut y rentrer mais c'est que par téléphone, et souvent pas le jour même hein. Après on a un centre aussi à une trentaine de kilomètres d'ici. Mais heu, à Fourmies il n'y a pas d'unité de soins gériatriques, donc la personne qu'on va adresser aux urgences elle va suivre la filière des urgences donc elle va rester là alors qu'elle n'a rien à y faire. Et à la fin pour avoir un urgentiste qui nous dise « ben qu'est-ce que tu veux que j'en fasse ? ». Donc il y a pleins de choses aussi à coordonner avec les structures, alors ici avec l'hôpital de Fourmies, la nouvelle direction, on essaie d'instaurer des relations ville/hôpital. Donc c'est vrai qu'en matière de coordination des soins il y a encore du travail.

I : hum, alors et du coup est-ce que le fait de traiter la dénutrition des patients ça va améliorer leur qualité de vie ?

M : oui forcément. Mais c'est vrai que derrière il y a plein de choses, bien sûr. Parce qu'on va l'améliorer sur un plan médical ça c'est sûr, on va l'améliorer aussi sur l'humeur. On aura mis en route des choses autour donc on aura certainement recréé un lien social. Et puis ça coutera moins cher à la société aussi, enfin je parle toujours de l'argent mais avant tout je pense à la personne.

I : hum, et comment est-ce que vous dépistez la dénutrition chez vos patients ?

M : Alors comment je dépiste la dénutrition, j'avais dire que par mes petites formations, on ne me les a pas imposées, je voulais les faire parce que j'avais des lacunes. Donc heu je repère, j'veux dire heu... j'ai un petit peu l'œil. J'avais repérer la personne âgée, ben quelque fois son isolement. Heu... un amaigrissement, une fatigue, et puis j'ai quand même la main assez rapide pour demander un bilan biologique. J'ai l'habitude d'ailleurs chez des personnes âgées que je ne connais pas, même en ce moment comme il y a deux médecins qui sont partis en retraite, donc une personne âgée que je ne connais pas bien, j'avais lui demander une numération formule, une CRP et un MDRD, j'avais lui demander une préalbumine et une albumine, une glycémie et une TSH parce que j'en vois des hyperthyroïdies révélées par des ACFA et tout ça. Donc je vais me baser beaucoup sur la biologie, et puis à partir de là j'avais voir, peut-être mettre en place des intervenants...

I : Quand vous dites que vous repérez l'amaigrissement, vous procédez comment ?

M : c'est visuel, alors bien sûr si elle perd un kilo j'avais pas forcément le voir, il faut un amaigrissement de 3 à 4 kilos pour que je le vois. Enfin une personne âgée qui déjà relativement mince je repère assez vite. Et puis j'vous dis j'ai la main assez légère, peut-être c'est pas bien, sur le bilan biologique. Alors est-ce que c'est suffisant pour dépister une dénutrition ?

I : C'est un bilan que vous demandez systématiquement ?

M : oui, ben les patients que je ne connais pas je le demande et ceux que je connais ben ça va dépendre. Si la personne est très dénutrie je vais les demander peut-être tous les trimestres, heu et puis pour ceux qui vont bien j'avais demander tous les 18 mois à peu près. Après si elle va vraiment bien j'avais peut-être sauter une année hein, si je la vois toujours active, conduisant sa voiture... être bien heu voilà, j'vois qu'elle se débrouille qu'elle a accès à tout, j'avais peut-être pas forcément lui demander un bilan nutritionnel.

I : D'accord, et connaissez –vous les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : heu j'ai dû le lire mais j'avoue que là, je ne l'ai plus en tête. Parce que je lis beaucoup de chose sur les recommandations de l'HAS et, heu... vous pouvez peut-être me les dire ?

I : oui, je les ai ramenées. (Remise au sujet des recommandations sur papier).

M : vous voyez l'entretien n'a pas été préparer parce que je ne suis pas allé les relire (rires).

I : oui c'est parfait. Voilà donc voici les recommandations de l'HAS. Donc elles datent de 2007, la première partie est plus accès facteurs de risque de dénutrition...

M : (Le sujet lit les recommandations). Oui alors tout ce qui est environnemental c'est ce que je vous disais, enfin après oui bien sûr, alors oui l'état bucco-dentaire heu, la déglutition oui parce que la personne dont je vous parlez à qui on a mis un sonde ben justement elle ne savait plus déglutir. Les régimes trop restrictifs oui forcément, la dépendance et les médicaments. Le syndrome dépressif je l'ai cité. (Silence).

I : alors après ils spécifient la fréquence du dépistage qui doit se faire une fois par an chez la personne vivant en ville et une fois par mois en institution. Et ensuite derrière (je tourne la page) on a les critères à rechercher dans le dépistage.

M : (Le sujet lit les critères à rechercher). Donc la perte de poids, voilà, l'IMC oui je ne vous l'ai pas dit mais pour moi ça fait partie de heu... oui l'albumine bien sûr, le MNA j'vous l'ai dit. Hum.

I : Qu'est-ce que vous en pensez ?

M : La perte de poids on en a parlé, je me base surtout sur la morphologie du patient. L'IMC c'est pas facile d'avoir la taille, parce qu'il vous dit « ha je fais 1 mètre 60 » et vous mesurez 1 mètre 40. Déjà le mètre 60 n'a pas dû être vrai à son époque parce que déjà à son époque on donnait une

taille comme ça à la mairie. Et puis après ils se sont tassés, donc quelque fois ils sont surpris « non non, vous ne faites 1 mètre 60 ! ». Mais il faut pouvoir les mesurer ce qui n'est pas forcément facile. Mais l'IMC oui oui, et puis avec le logiciel il suffit de rentrer la taille et le poids et j'ai l'IMC. Par contre à domicile c'est plus difficile parce que je n'ai pas d'informatique à domicile. Par contre je marche beaucoup avec des petits cahiers que je garde. Je pense que ce genre de chose il faudrait qu'on le structure, enfin pour ma part, avec les intervenants au domicile. Heu... le MNA oui, ben je suis assez d'accord. Je pense que globalement j'étais assez proche de ça. Ensuite l'albumine oui, je la couple toujours avec une CRP parce que si elle est élevée forcément ça va fausser l'albumine.

I : hum, concernant le MNA, qu'est-ce que vous en pensez ?

M : heu, alors, ben il est assez long à faire hein.

I : Je l'ai ramené aussi si vous voulez. (Remise au sujet du MNA sur papier).

M : oui je l'ai aussi ici, quelque part (Le sujet me montre son étagère). Alors je ne la connais pas par cœur hein. Alors ça je vous avoue que je ne le fais pas régulièrement. Voir à la maison je ne le fais pas souvent, je l'ai déjà fait mais pas souvent. Par problème de temps aussi, ou alors il faut le faire faire à l'infirmière mais pareil, il faut qu'on s'accorde. Mais on va pouvoir je pense nous, localement, améliorer les choses parce qu'on est en train de créer une maison de santé pluridisciplinaire, et donc on va faire une association pluri professionnelle pour les soins en ambulatoire. Donc je pense qu'on pourra mettre tout ça en route. Par contre en institution c'est fait systématiquement par le médecin co, donc c'est facile je n'ai plus qu'à regarder.

I : et d'après vous pourquoi est-ce qu'ils le font systématiquement en EHPAD ?

M : ben sûrement parce qu'ils ont le temps. Nous on manque de temps et le MNA c'est long, comme tous les tests de gériatrie d'ailleurs. (Silence).

I : ok, et donc ici (Je montre au sujet le MNA) vous avez le MNA global et en bleu le MNA SF donc short form.

M : oui bon voilà, l'appétit, la perte de poids, voir s'il a une accessibilité à la nourriture hein, c'est tout con. Personnellement dans ma famille ben voilà, j'ai eu ce cas. (Le sujet lit le MNA SF). Oui oui, alors le MNA global à domicile, heu c'est pas évident. Si on doit le faire à domicile une fois par an c'est toujours une question de temps, dans nos région la désertification fait qu'on a beaucoup de patients et puis on ne voit pas tant de bobologie que ça, on fait surtout du chronique et ça prend du temps. Ici moi, en rural c'est difficile par le temps. On voudrait faire plein de chose dans tous les domaines. Alors j'avoue que le dépistage oui, le MNA global à domicile ça me semble difficile, au cabinet aussi d'ailleurs.

I : D'après vous pourrait-on améliorer ces recommandations?

M : ben j'sais pas, en utilisant seulement le MNA plus simple déjà, enfin si c'est prouvé qu'il est aussi efficace que le global. Enfin les recommandations, l'HAS il faudrait des fois qu'ils viennent faire nos visites avec nous pour voir, et pour comprendre nos problématiques. Moi je verrai plutôt un petit test comme ça (Le sujet montre le MNA short form), parce que bon là heu... l'alimentation, la perte de poids, la mobilité de la personne et puis le côté social et familial, si il y a une démence. Heu... oui moi je crois que c'est pas mal. J'en reviens toujours à ma petite prise de sang, heu... je pense que c'est pas mal avec le poids et l'IMC.

I : ok, merci beaucoup pour votre temps.

Entretien 8 :

I : Alors d'abord une question un peu plus globale, qu'est-ce que tu penses de la dénutrition du sujet âgé ?

M : Ben je pense que c'est beaucoup plus fréquent que ce qu'on sait, que ce qu'on pense. Parce que parfois les personnes elles peuvent être dénutries même si elles n'en n'ont pas forcément l'air. Il y a des personnes assez costauds qui sont dénutries, heu... alors ça ça m'avait frappée à l'hôpital. Et heu... hum... ouais, je pense que c'est beaucoup plus fréquent que ce qu'on croit en fait. Les patients ils savent pas, pas forcément, ils pensent toujours qu'ils mangent bien et assez, mais heu c'est pas que question de poids.

I : d'accord

M : En fait je pense que c'est sous-estimé. Je pense que c'est pas forcément recherché par le médecin.

I : pourquoi d'après toi ?

M : ben parce qu'on y pense pas vraiment, c'est sous-estimé.

I : ok, comment est-ce que tu as été sensibilisée au problème de la dénutrition ?

M : Par mon stage en médecine gériatrique et polyvalente, à Amiens, à l'hôpital. C'est vrai, là j'ai vraiment intégré ça. Après c'est devenu de la routine. Depuis que je suis installé j'essaie de toujours faire attention en fait. Demander la préalbumine, voir aussi comment ils se nourrissent à la maison, voir si il y a déjà des compléments à la maison, tout ça. Ouais mon stage. C'est des réflexes que j'ai acquis pendant mon stage en tant qu'interne, j'étais en court séjour et ils nous ont fort sensibilisés à ça, il y a quand même un retentissement avec les escarres et puis tout ça alors c'est vrai que... Moi je me suis gardé ça pour quand je rencontre une nouvelle personne âgée, je fais un bilan, je fais toujours l'albumine et la préalbumine tout ça.

I : ok, et quand tu parles de retentissement, quels retentissements ça peut avoir la dénutrition chez les sujets âgés ?

M : Ben par exemple des escarres qui traînent à se guérir, heu... une faiblesse peut être ressentie des patients, après pour moi c'est vraiment les escarres les plaies heu... et une fatigue éventuellement. Et puis heu... ouais voilà. (Silence).

I : Du coup est-ce que tu penses que le fait de traiter la dénutrition ça améliore la qualité de vie des patients ?

M : Ha ben oui, je pense c'est quelque chose qui passe un peu inaperçu pour le malade et pour le médecin alors je pense que si on règle ce qui peut être régler ça peut avoir que des bénéfices. Si ça entraîne des infections heu... forcément ils se sentiront mieux si ils vont mieux sur leur état nutritionnel. Leur métabolisme est bien, oui bien sûr.

I : ok, et comment est-ce que tu dépistes la dénutrition chez tes patients âgés ?

M : ben moi je dose une préalbuminémie et une albuminémie. Et heu, ben en fonction de ça, si ça revient en dessous de la normale ben je prescris des compléments alimentaires. C'est un bilan que je fais systématiquement quand je rencontre une nouvelle personne âgée, un nouveau patient, pour voir un peu où est-ce qu'elle en est, je le fais avec une grosse prise de sang, comme à l'hôpital en gériatrie. Et après ceux que je sais qu'ils ne se nourrissent plus comme avant, qui vivent tout seul tout ça. Alors je fais ça régulièrement hein, au moins une fois par an aussi à tous les autres que j'ai quoi. Et même maintenant je découvre, chez les personnes plus ou moins obèses à partir d'un certain âge, j'y pense. Voilà. (Silence).

I : Ça c'est plus sur le plan examens complémentaires, mais sur le plan examen physique il y a des choses que tu fais ?

M : Ouais, alors c'est vrai que la biologie c'est le seul paramètre pour objectiver une dénutrition. Après qu'est-ce que je fais avec mes personnes âgées que je vois en visite ou même qui viennent au cabinet accompagnés de leur aidants ou leur famille ben je demande toujours qu'est-ce qu'il mange dans la journée. Je leur fait décrire une journée type, pour voir ce qu'ils mangent ou bien si

ils sont livrés quoi. Si ils mangent de la viande, ou des laitages quoi. Parce qu'il y en a qui disent ils mangent bien, en réalité ils ne mangent rien, ils mangent des sucreries ou des choses comme ça. C'est vrai que parfois t'es surpris, quand les gens ils reviennent de l'hôpital pour une chute ou quelque chose, (tousse), ben c'est noté dénutris et t'aurais jamais pensé qu'ils étaient dénutris. On pense qu'ils mangent bien et c'est pour ça qu'on n'a pas fait le bilan.

I : hum

M : Parfois c'est assez surprenant, c'est assez discordant entre l'état clinique et la biologie ou l'examen à l'hôpital quoi.

I : D'accord, alors est-ce que tu connais les recommandations de l'HAS sur le dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : non (rires), on a le droit de dire non ?

I : ha oui, il faut me dire librement ce que tu penses.

M : j'ignorais qu'il y avait des recommandations là-dessus.

I : ok, je les ai ramenées (présentation au sujet des recommandations sur papier). La première partie c'est les facteurs de risque de dénutrition (je montre sur la feuille cette première partie). Ensuite on a les modalités de dépistage, donc d'après les recos la personne âgée vivant en ville doit bénéficier d'un dépistage par an systématiquement.

M : ouais alors une fois c'est sur je fais.

I : Et donc le dépistage il doit se constituer de ces éléments (je présente la deuxième feuille de recommandations). Donc le poids, l'IMC, l'albumine et le MNA global. Qu'est-ce que t'en penses ?

M : Alors déjà je suis surprise, il n'y a pas du tout la préalbumine. Moi je mettais les deux hein, je mettais les deux. Et heu... alors le MNA je sais pas, c'est quoi ça ?

I : C'est un questionnaire, ça veut dire Mini Nutritional Assessment.

M : ha ok, ben je ne connais pas. La perte de poids c'est évident hein. On n'en a pas parlé tout à l'heure mais c'est vrai ça semble évident, après heu... il y en a pas mal qu'on pèse mais je trouve que si t'as pas l'impression qu'il maigrit ben t'as pas le réflexe de peser. Bon IMC 18, c'est pour ça tout à l'heure j'ai parlé de l'obésité. Voilà, ouais ça c'est bien. Alors ouais j'suis surprise hum...

I : Alors après c'est plus accès sur la prise en charge et le traitement de la dénutrition. (Je montre la suite des recommandations). Alors pour revenir au poids...

M : Ben oui j'ai pas, oui c'est vrai, ben c'est évident normalement. J'avais une patiente qui maigrissait et je la pesais tous les mois parce qu'on voulait surveiller ça. Mais c'est vrai qu'il faut qu'on ait des réflexes comme ça, qu'on les pèse régulièrement. Souvent ils ont une balance chez eux, pas forcément ou bien des toutes vieilles. J'ai déjà réfléchi au début de l'installation de me garder une balance dans la voiture mais en fait même si tu l'as avec toi tu vas pas forcément la chercher à chaque fois quoi. (Silence).

I : hum, et l'IMC ?

M : ouais ça alors ici au cabinet ça se fait facilement avec le logiciel, mais à la maison c'est plus compliqué, si je dois sortir ma calculette j'sais pas si le ferais. Pareil mesurer, heu... t'as pas toujours ta toise. Mais heu c'est vrai, ce sont des automatismes à acquérir quoi, ça c'est clair. Après albumine et préalbumine je fais les deux. Parce que moi à l'hôpital j'avais appris comme ça. Parce que en fait je pensais que préalbumine ça baisse avant que albumine, je pensais que c'était plus sensible. Mais je fais les deux. J'en profite pour faire la TSH, le fer, parce que souvent quand ils sont dénutris ils manquent aussi d'autre chose. Et après vraiment une fois par an j'essaie d'y penser quoi. Mais c'est vrai qu'en maison de retraite, en EHPAD, j'ai vu ça très très souvent. Mais je me suis justement demandé si tous les mois c'est vraiment utile, vu qu'ils sont déjà sous

complément, heu... mais c'est vrai qu'en EHPAD, par exemple j'avais 11 patients qui étaient en carence martiale parce qu'ils ne mangent pas de viande en fait.

I : ok, alors le MNA, je l'ai ramené aussi. (Remise au sujet du MNA sur papier).

M : houlala, ouais... heu. (Le sujet lit le MNA).

I : Il y a le MNA global et le MNA short form en bleu (je montre le MNA SF)...

M : le MNA global c'est plus chronophage, hum. C'est vrai que je préférerais le short form, pour ceux qui ont des problèmes cognitifs déjà, ça sera vraiment plus facile à employer à domicile. Et en plus comme c'est que 6 questions il y a même moyen de les apprendre par cœur et de l'intégrer complètement. C'est comme le MMS parfois t'as envie de la faire à tous tes patients âgés et en fait heu, ça fait un aperçu en fait 5 à 6 questions, hum. D'emblée ça me dirait plus le court. Mais heu, avec les internes on pourrait faire le long hein (rire). C'est vrai que ça donne envie de l'essayer hein, c'est clair. C'est des questions faciles. C'est beaucoup plus individuel le global, par rapport à leurs habitudes quotidiennes. Et puis le court ce qui est bien c'est que t'es pas obligé de la faire avec le malade, c'est intéressant pour ceux qui ont des troubles de cognition. C'est intéressant, mais c'est vrai je connaissais pas du tout. Je pense que je vais essayer, le court et le long pour voir un peu combien de temps ça met et tout ça. Ok.

I : hum, alors du coup, est-ce que tu penses que ces recommandations c'est quelque chose d'applicable en médecine générale ?

M : le court oui, après les 4 critères : la pesée, l'IMC, l'albuminémie et le MNA ben si on peut dédier une consultation à ça ça va mais si il faut inclure à une autre consultation ça va faire déjà long quoi. Ça en visite, heu, je me verrai plutôt faire ça en visite, on pourrait plus se poser qu'en consultation quoi. Donc après si au cabinet ils ne viennent pas seul, avec la famille et les aidants, on pourra facilement parler de ça hein. Parce que parfois c'est, parfois si ils sont sourds, tu fais trois fois le tour quoi. Ça serait mieux de dédier une consultation mais en pratique c'est compliqué, après le court c'est vrai qu'on n'a pas besoin forcément du patient. On les connaît nos malades. Et puis on peut peut-être le faire aussi par téléphone. Enfin quoi que il faut la taille et le poids et si ils sont sourds au téléphone c'est impossible. Si je trouve, bien sûr ça pourrait être applicable, mais heu dans une consultation pas en même temps.

I : Et comment tu les mettras en pratique c'est recommandations ?

M : Alors heu, là, spontanément je mettrais une version du MNA dans mes dossiers, et heu par exemple quand je vais en visite avec l'interne ben moi c'est clair je ferai plutôt ça avec l'interne pour partager un peu les tâches quoi. Comme ça pendant qu'il y en a un qui fait l'ordonnance l'autre il peut faire le test. Parce que si on le met dans le dossier on sera plus tenté d'y penser quoi. Ou bien dans l'ordi, parce que si c'est un truc que je dois chercher heu... ben ça va être compliqué. Après il est sur internet aussi ? On peut le faire comme le MMS sur internet ?

I : oui oui.

M : ouais, en tout cas c'est intéressant de voir mais après c'est comme tous les outils qu'on nous propose quoi. Il faut mettre en œuvre pour voir si vraiment c'est intéressant et si on le fait après. Parce qu'il y a plein d'outils, d'échelles qui existent et après on que ça existe mais on n'a pas forcément le temps pour les faire. On se dit « on fait la prochaine fois tranquillement » à chaque fois et après deux ans tu l'as toujours pas fait quoi. Mais la version courte c'est vraiment quelque chose qu'on pourrait se mettre dans un petit calepin, heu, on pourrait vite faire le court. Mais l'IMC heu, ben, à domicile c'est quand même difficile. Hum. Mais je pense que les patients, les aidants et la famille ils sont super contents quand on fait des trucs comme ça, parce que ça montre qu'on s'intéresse bien à eux. Qu'on essaie de faire au mieux pour améliorer sa qualité de vie. Voilà. Après heu, 2007, c'est un peu vieux. Alors c'est vrai que c'est pas forcément que l'HAS que je consulte, mais parfois ça évolue beaucoup et là ça fait déjà 8 ans (sourire). Après peut être que

rien n'a changé, mais c'est vrai que c'est pas un sujet où je me serai dit « tiens je vais me documenter là-dessus ». Pourtant c'est quotidien. C'est vrai que quand on fait des thèses avec vous ça nous sensibilise énormément, alors là j'avais faire des copies et les mettre dans les dossiers pour le faire hein.

I : ok, c'est bon, c'est fini. Merci

Entretien 9 :

I : Alors d'abord une question un peu plus globale, quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : sous-estimée. Alors elle est, heu... je pense qu'elle est réelle ça c'est sûr. Mais elle est sous-estimée parce-que, en tout cas moi je pense que je la sous-estime parce que je ne pèse pas mes personnes âgées, techniquement parfois c'est pas facile non plus parce qu'on les voit à domicile et ils ont du mal à se mettre debout et donc à se peser. Bilan biologique, heu... dosage préalbumine et compagnie c'est vrai que j'en fais relativement peu. Heu je ne m'interroge pas forcément non plus sur leur état bucco-dentaire pour savoir si ils sont capables de s'alimenter, heu... je m'en rends compte quand il y a déjà une perte de poids assez importante. Donc il doit y avoir déjà une dénutrition assez importante. Donc je pense que je la sous-estime, ça pour moi c'est sûr.

I : ok, pourtant vous semblez connaître les différents facteurs en lien avec la dénutrition, qu'est-ce qui fait que vous ne pensez pas à la rechercher ?

M : j'y pense pas. Là j'y pense parce qu'on en parle mais c'est vrai qu'en pratique j'y pense pas si il n'y a pas de signe de dénutrition évident. Chez la personne âgée qui va bien je ne vais pas la rechercher en fait. C'est comme le poids, je ne pèse pas tous mes patients. Heu... je ne pèse que quand ils maigrissent.

I : d'accord. Alors d'après vous comment est-ce qu'on pourrait sensibiliser les médecins au problème de la dénutrition chez les patients âgés ?

M : Ben j'ai déjà réfléchi justement à essayer de faire, ben j'ai déjà pesé beaucoup plus systématiquement mes patients, je commence à le faire heu... c'est pas évident parce que techniquement, parfois justement chez les personnes âgées ben elles quand même souvent du mal à tenir debout sur une balance hein. Alors rien que monter parfois sur une balance c'est vraiment pas facile. Heuuuuuu... (Lève les épaules), mais bon après comment faire pour l'améliorer heu... (Souffle) être plus vigilant, comme dans plein de domaines, entre guillemets par rapport à la BPCO par rapport à plein de choses. Etre plus vigilant oui.

I : D'accord, du coup qu'est-ce qui fait que vous avez arrêté de peser vos patients âgés ?

M : Alors les difficultés techniques comme j'ai dit et puis manque de temps. Alors c'est facile à dire mais c'est vrai, c'est vrai. On manque de temps dans la consultation si on veut tout tout tout mettre ça prend trop de temps. Donc y a des fois où on élimine certaines choses, heu... prise de tension pour moi c'est systématique, écouter le cœur c'est systématique, le poids j'ai encore du mal à le faire de façon systématique. J'essaie mais j'ai encore du mal.

I : ok, et pensez-vous que le fait de traiter la dénutrition des personnes âgées améliore leur qualité de vie ?

M : oui, oui en plus certainement. Tout à fait. Leur qualité oui oui, ça c'est sûr. Oui oui oui.

I : hum.

M : Ça permet d'éviter les escarres, heu... je pense que, éviter évidemment tout ce qui va être carence, les problèmes d'anémie. Les carences en fer si ils ne mangent pas assez de viande etcétera. Heeeuuu.... Et puis moralement c'est important de manger aussi. Donc heu pouvoir sensibiliser les personnes âgées par rapport à leurs repas je pense que c'est important aussi. Ça fait partie aussi d'un bien-être de manger. (Silence).

I : ok, heu, comment est-ce que vous dépistez la dénutrition chez vos patients âgés quand vous y pensez ?

M : Alors quand je le fais c'est plus par prise de sang, dosage de l'albumine ou de la préalbuminémie. Alors je fais plus facilement le dosage de la préalbuminémie. La pesée que je commence à mettre plus systématiquement. Heu... Et après si je suis orienté, je le fais, alors pas du tout de manière systématique. Si je suis orienté, un patient qui sort d'hospitalisation, un patient qui a un cancer, ou des choses comme ça. Là c'est de la discussion avec le patient, heu... : « comment vous mangez ? », « combien de repas par jour ? » etcétera. Mais ça je le fais vraiment très ponctuellement au cas par cas.

I : ok. Est-ce que vous connaissez les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : non.

I : Je les ai ramenées. (Remise au sujet des recommandations sur papier). Hop. Voilà donc la première partie c'est plus les différents facteurs de risque de dénutrition qu'on doit rechercher chez le patient. Ensuite concernant la fréquence du dépistage, l'HAS recommande de dépister systématiquement une fois par an les personnes âgées vivant en ville, une personne qui vit en institution c'est une fois par mois. (Je présente la page 2 des recommandations). Ensuite donc les critères à utiliser, qui sont la perte de poids, l'IMC, l'albuminémie et le MNA qui est le Mini Nutritional Assessment. Le reste du document concerne plus la prise en charge de la dénutrition et non le dépistage.

M : Je sais pas ce que c'est que le MNA.

I : On va y revenir après. Quelle est votre opinion sur ces différents critères ?

M : Alors la perte de poids, heu... je reviens sur les difficultés techniques qu'on a parfois pour peser les malades. Peut-être que j'exagère mais à domicile il y a quand même des personnes âgées qu'on a quand même du mal à faire bouger. Après heu, pour calculer l'indice de masse corporelle il faut les mesurer, on a le même problème heu... Mesurer une personne âgées c'est pas évident parce que là au domicile c'est impossible il faut le faire au cabinet. Heeeuuuu, et ça c'est pas évident. C'est vraiment ça qui limite le truc. Après le dosage de l'albumine ça peut être plus systématique, je le fais moi si je remarque un amaigrissement ou si j'ai des raisons de m'inquiéter.

I : Hum. Alors le MNA, le voici (remise au sujet du MNA sur papier). C'est le MNA global. (Je montre l'ensemble de la feuille). Et le MNA short form en bleu. L'HAS recommande de faire le MNA short form en première intention, et si il est positif il faut faire le global pour dépister la dénutrition. (Le sujet lit le MNA). Quelle est votre opinion sur ce test ?

M : (long silence). Le complet il est long. C'est long. Ce serait une consultation longue là. Parce que les réponses des personnes ça va pas être oui ou non, ça va être heu « je raconte mon histoire » (rires). Donc heu c'est bien, c'est bien de pouvoir le faire une fois par an, je ne sais pas si je pourrais prendre le temps de le faire complètement une fois par an à chacun de mes patients âgés. J'en suis pas sûre et je pense que je ne le ferai pas. Par contre heu, le global je le ferai peut-être à mes patients si ils sont suivis vraiment pour un état de dénutrition type cancer, maladie d'Alzheimer, démence heu... pourquoi pas le faire à ce moment-là une fois par an, dans le cadre d'un suivi. Je pense que la forme courte est plus utilisable. C'est clair. Au moins ça peut éveiller dans le dépistage et puis après pouvoir faire une évaluation plus globale si le premier test nous donne des signes de risque de dénutrition. Heu... faire le global à tout le monde je ne pense pas. Faire le court et si il est positif faire le test global, hum... ça peut être une piste.

I : Et comment est-ce que vous amélioreriez ces recommandations ?

M : C'est le côté vigilance, le côté systématique, c'est pouvoir l'intégrer systématiquement dans la consultation comme on peut le faire pour la prise de tension, comme on peut le faire pour l'écoute du cœur. C'est ça c'est pouvoir vraiment le faire systématiquement. Heu, le faire une fois par an, je pense que c'est bien mais heu, les consultations annuelles où on fait de la mise au point du patient, heu j'ai du mal à y croire. Dans le sens où, heu, on fait des consultations régulières et des fois on sait plus où on en est « ha ben tient l'année dernière est-ce qu'on la faite la mise au point ? » etcétera. Autant le faire systématiquement ça va faire plus mais je pense que c'est là qu'on arrivera mieux à faire. Ca j'arrive à le faire en institution par exemple, heu... c'est beaucoup plus facile. L'infirmière est là pour m'aider et je pèse effectivement mes personnes âgées démentes par exemple, tous les mois, tous les mois. Et je pense que c'est mieux, si c'est possible le faire plus régulièrement de façon systématique. Alors après le poids c'est dans mon logiciel, même si je ne m'en sers pas vraiment. Peut-être que si le test là, heu... MNA et l'IMC faisaient partie de mon logiciel, peut-être que je le ferai... Si l'échelle était intégrée sûrement que je le ferai. Hum.

I : ok, merci beaucoup.

Entretien 10 :

I : Alors pour commencer une question un peu plus globale au sujet de la dénutrition des personnes âgées, qu'est-ce que vous en pensez ?

M : Heu... En ville c'est largement sous-estimé, heu... par les personnes âgées elles-mêmes et par leur entourage, et l'importance que ça peut avoir aussi. Après heu... dénutrition du sujet âgé, ça dépend ce qu'on appelle âgé heu... je pense que la dénutrition augmente avec l'âge.

I : ok, et comment avez-vous été sensibilisé au dépistage de la dénutrition des personnes âgées ?

M : (Silence), ho ben je pense que c'était lors de ma formation première. Pas vraiment pendant mes stages d'interne, qui commencent à remonter un peu (sourire). Non vraiment c'était avec ma formation initiale heu... et puis après on essaie de la mettre en pratique tous les jours, hum.

I : D'accord, et d'après vous quel serait le meilleur moyen de sensibiliser les médecins généralistes à ce problème de dénutrition ?

M : Heu... ben heu... je ne suis pas certain qu'ils n'y soient pas sensibles. Mais on se heurte à des difficultés hein, c'est pas rare que quand je pèse une vieille dame qu'elle me dise qu'elle est contente de perdre du poids. Elle me dit qu'elle sera plus alerte, heu, plus jolie etcétera. Dans l'air du temps, d'être maigre c'est plutôt bien vu donc heu... j'suis pas sûr que le problème vienne du dépistage en fait. Les patients et l'entourage en fait ont tendance à minimiser la perte de poids et heu, ils n'ont pas du tout conscience que c'est un signe de déclin.

I : Hum, concernant l'entourage des patients, est-ce que vous pensez qu'ils ont un rôle important ?

M : Oui bien sûr, parce que bien que des heu... j'allais dire des vieilles dames parce qu'il y a plus de vieilles dames que d'hommes. He bien elles n'ont pas très envie de manger, elles n'ont pas très faim. Et c'est volontiers la douce persuasion des gens qui les aiment, qui les aide à faire des efforts. Donc je pense oui que ce serait heu... plutôt l'entourage qu'il faudrait sensibiliser.

I : Ok, et qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : Ben heu... (Silence). Ça dépend de quoi on parle encore une fois, heu... la perte du premier kilo ça n'engendre rien. Il faut déjà une franche dénutrition pour que ça ait une conséquence physique. Par contre la perte du premier kilo c'est le premier signe de déclin. Heu de... heu à la fois d'une certaine forme de heu... laissé aller mental mais aussi physique. Et heu... je suis persuadé que heu, comment dire, si on traite la dénutrition à un stade précoce, ils auront une survie en meilleur état. En ne perdant ni de poids ni de muscle.

I : Hum, et comment dépistez-vous la dénutrition chez vos patients âgés ?

M : Bien, alors heu... comme je fais quasiment pas de visites à domicile, les personnes âgées viennent à mon cabinet, souvent accompagnées de heu leurs proches. Et donc je les pèse de façon très systématique. Voilà, je ne mesure pas la masse grasse ou tout ça. Par contre j'ai un autre point de repère au moment où je prends la tension, j'ai volontiers l'œil accroché par le fait de devoir serrer d'avantage le brassard heu... c'est très subjectif mais heu ça amène volontiers à dialoguer autour par exemple des apports protéinés. Et quand je les pèse aussi, je leur explique pourquoi. En leur disant que pour moi la perte de poids ça ne serait pas bon signe, etcétera. Et j'attire du coup l'attention de la personne accompagnante, heu... parce qu'il y a souvent des personnes accompagnantes, c'est rare qu'on me les dépose comme des paquets dans la salle d'attente, ça arrive mais c'est rare heureusement.

I : Hum.

M : Voilà, alors après si il y a perte de poids ou que la masse musculaire me paraît appauvrie, là je fais une prise de sang. Mais bon le bilan protéique il faut déjà une vraie franche dénutrition pour qu'il soit perturbé. Alors heu, ben dans ce cas là quand on a déjà perdu 5 à 6 kilos ça ne sert plus à grand-chose d'aller faire une prise de sang. Heu le diagnostic est posé.

I : D'accord. Et connaissez-vous les recommandations de l'HAS concernant le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées ?

M : Pas vraiment heu... j'ai dû les lire un jour mais heu... ça fait partie de ma culture générale sans que j'en aie une opinion bien précise.

I : Ok, alors je les ai ramenées ces recommandations. (je présente les recommandations sur papier au sujet). Alors ce sont des recommandations qui datent de 2007. La première partie est plutôt accès facteurs de risque de dénutrition (je montre la première partie). Ensuite le détail sur la fréquence du dépistage, donc d'après l'HAS il faut dépister systématiquement une fois par an tout patient âgé vivant en ville. Et donc ce dépistage (je tourne la feuille) doit se composer de ces quatre éléments : la surveillance du poids, de l'IMC, le dosage de l'albuminémie et le MNA qui veut dire Mini Nutritional Assessment. Alors de premier abord qu'est-ce que vous en pensez ?

M : Bon alors la perte de poids, c'est heu... comment dire, heu 5% du poids en un mois c'est déjà beaucoup, déjà bien avancé. Heu... l'indice de masse corporelle inférieur à 21 bon, la plupart des vieilles dames que je suis ont déjà un IMC aux alentours de 28 etcétera donc heu... avant qu'elles n'arrivent à 21 ben il y aura eu d'autres signes d'alerte. Celles qui ont toujours été aux alentours de 20 à 21 ben le fait qu'elle soit à 21% n'est pas alarmant. Alors ce sont des choses que j'ai dans l'ordinateur ça hein, le poids je le rentre automatiquement dans mon logiciel et dès lors que j'ai complété la taille à un moment donné l'IMC se fait automatiquement. Heu l'albuminémie heu, oui, mais je vous l'ai dit je commence à demander ces choses-là que quand mon regard est déjà attiré par la clinique, je m'en sers peut-être plus pour le suivi. Et heu quant au test, heu, il ne me rappelle rien.

I : Ok, vous pesez donc vos patients âgés systématiquement. Est-ce que vous rencontrez parfois des difficultés ?

M : Heu, alors, j'ai bien réfléchi avant d'acheter un pèse personne. Je l'ai pris avec un plateau très large, avec des chiffres qui soient indiqués à hauteur de poitrine parce que la plupart des gens ont du mal à lire les chiffres qui se trouvent au niveau des pieds. Et heu... autour de ce pèse personne j'ai installé un déambulateur pour que les personnes puissent s'y agripper. J'ai essayé de faciliter les choses. Après je ne fais pas de visite à domicile, je vais en institution donc habituellement mes patients sont pesés tous les mois.

I : D'accord et pour l'IMC, la taille plus précisément ?

M : Ben j'ai le réflexe de mesurer les patients à la première consultation ici, donc après ce qui devient difficile techniquement lors de certaines consultations ne l'était pas avant donc je garde la

mesure. Après c'est sûr qu'avec les tassements vertébraux tout ça, ça peut jouer aussi. Mais bon ça donne quand même une approximation correcte.

I : Concernant l'albumine qu'est ce qui fait que vous ne la dosez pas systématiquement ?

M : Ben heu... d'abord j'essaie de faire peu de prise de sang aux personnes âgées. Heu... ce sont toujours des éléments traumatisants, heu... il faut que ça soit utile à quelque chose. Une prise de sang systématique qui n'apportera aucun changement thérapeutique, aucune modification d'aucune sorte dans la prise en charge heu... ne me paraît pas judicieuse. Je dirai presque que c'est de la maltraitance. Donc heu je ne demande une prise de sang à quelqu'un, quel que soit son âge que si j'en attends quelque chose de précis. Et donc quand mon œil est attiré par un amaigrissement là je dose l'albumine pour qu'elle me renseigne sur la gravité et l'évolution de cette dénutrition.

I : Ok, pour revenir sur le MNA, le Mini Nutritional assessment, je l'ai également ramené. (Présentation au sujet du MNA sur papier).

M : D'accord.

I : Le MNA global (je montre l'ensemble du MNA) c'est le test qui est recommandé par l'HAS. En bleu (je montre le MNA SF) vous avez le MNA short form. En fait il faut faire le short form, et si il est positif, faire le global.

M : Donc heu... oui, quand vous me le mettez sous les yeux je me souviens de l'avoir déjà vu. Donc heu... ce genre de chose me paraît avoir été élaboré par des heu... comment dire, par des gens qui ne sont pas au plus près des patients. Parce que par exemple heu, poser la question à quelqu'un qu'on voit tous les mois de savoir s'il vit de façon indépendante à domicile n'a aucun intérêt. On le sait, puisqu'on le connaît heu bien, pareil est-ce qu'il prend plus de trois médicaments heu à priori c'est moi qui les prescris donc je suis quand même sensé savoir combien il en prend. Des escarres ou des plaies cutanées, de la même façon y a pas besoin d'avoir un test pour le savoir puisque heu... on est sensé suivre et soigner les petites misères qu'ils peuvent avoir. « Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? » alors ça ça fait plutôt partie de ma pratique de la conversation ordinaire que je peux avoir quand heu... je rappelle à la patiente pourquoi je la pèse et quand heu... j'explique à l'entourage l'intérêt des choses. Et c'est plus une conversation à bâtons rompus où on découvre quelque fois des particularités de cette personne-là, que quelque chose de structuré comme un test. Euh... alors après la circonférence brachiale, c'est vrai que je pourrais la mesurer, la circonférence du mollet euh... bon les vieilles dames ça va parce qu'elles portent des robes et donc le mollet est accessible mais pour débiller le mollet d'un monsieur euh... ça prend plusieurs minutes (sourire). Techniquement c'est pas forcément quelque chose de facile. Voilà.

I : Hum.

M : Le fait de remplir un test, euh... quelque chose qui demande de l'attention, et quelques minutes alors que euh... ces choses-là peuvent tout à fait se faire de façon subliminale dans des consultations standards sans avoir besoin d'une quotation précise. Ce test me paraît plus utile en institution, euh... ou lors d'hospitalisation quand le soignant ne connaît pas spécialement le patient.

I : Concernant le MNA short form ?

M : Euh... comment dire. En médecine générale, dans bien des champs d'application de la médecine générale des euh... des tests sont produits, des outils de mesure et de dépistage sont produits, euh... la plupart du temps ils servent surtout de trame subliminale à la consultation du généraliste. Pour moi ils ne sont pas à appliquer tel quel. Le fait d'en prendre connaissance permet au généraliste de voir quels sont les euh... sujets, auxquels il doit s'intéresser pendant la consultation mais la forme du test n'est pas à utiliser.

I : D'accord.

M : Il est plus simple pour ce qui est de euh... de la nutrition, de demander à une mémé si elle finit bien sa viande à table que de euh... commencer à pointer sur une feuille de papier un test etcétera. Ça casse le relationnel.

I : Hum, et du coup comment est-ce que vous mettriez en application ces recommandations en pratique ?

M : Pour donner une, euh... comment dire, une conduite à tenir globale en médecine générale ?

I : Hum.

M : Euh... oui je pense que ce que je mettrai en avant comme recommandation c'est de peser, et aussi de euh... dans le dialogue de consultation, de parler de la façon pratique dont se passent les repas. Du coup ça englobe les difficultés masticatoires, les goûts et les préférences alimentaires, l'appétit, la convivialité etcétera. Ça englobe beaucoup beaucoup de questions, euh, ça permet de faire le point sur les difficultés et de prévoir les amaigrissements. C'est le rôle du médecin généraliste de dialoguer avec son malade, au contraire des institutions ou des spécialistes.

I : Hum.

M : Après euh... l'albuminémie, je le ferai plutôt si point d'appel physique ou si on voit la vieille personne de façon plus sporadique. Donc on a une moins bonne idée de son mode de vie. Ce que j'ai dit n'est valable que pour les patients qu'on connaît bien, parce qu'on les voit souvent.

I : Hum. Et pour l'organisation de ce dépistage vous feriez comment en pratique ?

M : Euh vous ne faites pas venir quelqu'un pour parler de son assiette... ça ne me paraît pas très réaliste ça. On ne peut aborder un problème, que ça soit ça ou que ça soit les risques de chute ou tout autre pathologie, que quand il y a un point d'appel spécifique lors d'une consultation. Vous ne pouvez pas dire comme ça, quel que soit son âge, « bon ben j'vous donne rendez-vous la semaine prochaine pour parler de votre repas ». Il ne va pas venir, il n'y verra pas d'intérêt. Par contre si vous constatez une perte de poids : « comment vous mangez, qu'est-ce que vous mangez... ? ». Là les questions paraissent légitimes et ne semblent pas intrusives du tout.

Entretien 11 :

I : Alors pour commencer... quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : Dénutrition heu... (Long silence). Ben c'est peu diagnostiqué, c'est ben... c'est difficile à dire, qu'est-ce que vous voulez dire ?

I : Ben il n'y a pas de réponse attendue, simplement votre ressenti sur le sujet.

M : Ben c'est souvent quand même qu'il y a une maladie qui s'installe. Il faut surveiller l'état général, voir par exemple si il a de la fièvre et tout ça. Sinon quelquefois c'est aussi une façon de vieillir, heu... enfin de mourir plutôt. Mais avant il faut éliminer toutes les autres hypothèses heu...

I : Hum.

M : J'allais dire il faut faire attention de ne pas trop confondre avec déshydratation parce que ça c'est assez fréquent chez les personnes âgées. La dénutrition... (Silence), on n'a pas toujours les moyens de peser les personnes à domicile non plus hein. Et si elles sont dénutries souvent elles sont chez elles alors ça peut poser problème. Bon alors après il faut affirmer le diagnostic ou alors c'est une première idée et maintenant...

I : Ok, vous parlez de mort. Vous pensez que la dénutrition est liée à la mort ?

M : Ben à terme oui je pense. Si on ne fait rien. Heu... et puis parfois on a des patients qui décident d'arrêter de s'alimenter parce qu'ils ont perdu leur femme, hein, c'est du coup je pense une façon de mourir... (Silence).

I : Ok, alors du coup qu'est-ce qui peut compliquer la dénutrition, hormis la mort ?

M : (Long silence). Ben peut-être un ralentissement, ouais mais on a toujours tendance à confondre avec la déshydratation... j'allais dire heu quelque fois les troubles de la mémoire ou un peu de désorientation. Ben c'est l'aspect général hein j'allais dire, avec le pli de la peau sur l'abdomen on a déjà aussi une idée pour heu, chercher plus loin que la déshydratation et voir si il y a une dénutrition. Ouais il faudrait pouvoir peser la personne, au cabinet ça se fait... si ils se déplacent jusqu'ici c'est que ça va encore. A domicile c'est quasiment impossible.

I : Comment pourrait-on sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de la dénutrition ?

M : Sensibiliser ?

I : Oui.

M : Alors j'ai pas ça en tête à chaque fois que je vois une personne âgée. On y pense quand même mais il faut... et puis il y a l'entourage qui nous aiguille. Qui nous indique si la personne continue à manger ou pas. C'est l'entourage ou c'est l'infirmière si elle constate qu'il maigrit, qui nous alerte sur la diminution de l'appétit et de heu... sur l'amaigrissement. On peut le voir quand même hein, j'sais pas sur les côtes ou heu... si on la connaît depuis longtemps quoi.

I : Ok, et alors comment devrait-on sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de cette dénutrition ?

M : Pfff, ouais, il faudrait toujours avoir ça à l'esprit quoi. Alors après on voit la personne, en un coup ça peut déjà être fait hein et heu... si on a le moindre doute ben poser des questions, connaître aussi l'avis de l'entourage, après on peut faire des prises de sang aussi mais heu... Mais pour sensibiliser... pour que les médecins aient ça en tête ? ben... j'sais pas ce qu'il faudrait faire heu... moi il me semble que ça vient un peu naturellement, mais que peut-on faire de plus... On reçoit quelque fois des papiers de l'HAS hein, mais bon on en reçoit tellement. Après ça reste quand même dans le tiroir. Peut-être qu'il faudrait les simplifier, faire quelque chose qu'on puisse avoir facilement sous la main. Alors on les a pas forcément toujours sous la main hein.

I : Hum.

M : Par contre c'est sûr que c'est plus facile d'y penser en maison de retraite, type EHPAD et tout ça. Là-bas les patients sont pesés, et puis les infirmières elles les voient tous les jours hein, elles les connaissent bien et elles percutent plus vite.

I : D'accord alors pour rester sur la médecine générale en ville, comment est-ce que vous dépistez la dénutrition chez vos patients âgés ?

M : Ben c'est ce que je vous dit hein, c'est l'aspect heu la première impression qu'on a... Il va pas très bien, tient ben on le dénude un peu et puis on voit, hein c'est vite fait si on connaît la personne ben de voir si ça se creuse un peu au niveau des côtes, voir si il y a un pli. Pareil voir si ils sont pas trop désorientés, et puis c'est l'interrogatoire de la personne et de son entourage qui nous aide. Si ils nous disent que ben « j'arrive plus à manger » ou « ça passe plus », si les solides passent plus ben... à ce moment-là ouais on pense plus facilement à le détecter et donc à rechercher la perte de poids. Donc là je pèse mes patients.

I : Ok, et sur le plan para clinique, est-ce que vous complétez ?

M : Ben un examen clinique plus poussé, voir si il n'y a pas d'anémie ou de... faire une prise de sang peut-être pour heu... la biologie. Voir l'infection aussi, voir si il n'y a pas des signes d'infection, parce que ça les... ben ça coupe l'appétit. Et ça va vite après hein, parce que les infections urinaires heu... ils ne s'en plaignent pas forcément et quelque fois ça passe inaperçu, une infection urinaire les signes sont pas vraiment criants alors on n'y pense pas. Alors une numération formule et la VS et puis heu... faut faire l'albumine, peut-être la préalbumine maintenant.

I : D'accord alors ce bilan biologique dont vous parlez vous avez tendance à le faire systématiquement ou au cas par cas ?

M : Alors heu... non je ne le fais pas de façon régulière, l'albumine par exemple non. Si on cherche autre chose, heu du diabète, un cholestérol, une insuffisance rénale ben il y a un bilan de fait régulièrement et donc c'est l'occasion. Voilà.

I : Ok, alors pour revenir sur la pesée du patient, quel est votre sentiment à ce sujet ?

M : Je ne le fais pas systématiquement non plus. Je le fais si il y a quelque chose qui attire le regard, un amaigrissement etcétera.

I : D'accord. Alors connaissez-vous les recommandations de l'HAS au sujet de la dénutrition des personnes âgées ?

M : Non je pense pas non.

I : Alors je les ai ramenées. (Présentation des recommandations sur papier au sujet). Ce sont des recommandations qui datent de 2007. La première partie est plutôt accès facteurs de risque de dénutrition (je montre la première partie). Ensuite le détail sur la fréquence du dépistage, donc d'après l'HAS il faut dépister systématiquement une fois par an tout patient âgé vivant en ville. On ne parle pas des institutions ou du milieu hospitalier là. Et donc ce dépistage (je tourne la feuille) doit se composer de ces quatre éléments : la surveillance du poids, de l'indice de masse corporelle, le dosage de l'albuminémie et le MNA qui veut dite Mini Nutritional Assessment. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M : La perte de poids, heu... ben 5%, du moment qu'il y a quelques kilos c'est toujours inquiétant. Surtout si c'est d'une façon assez rapide. L'indice de masse corporelle, ben c'est en principe mieux. Enfin il y a des dames qui font 42kilos, et qui l'ont toujours fait, leur IMC il est peut-être pas à 21 mais bon je suppose que c'est plus les variations d'IMC qui doivent nous alerter.

I : Hum.

M : Alors après il faut la taille, pour l'IMC hein, chez certains patients âgés c'est facile de les mesurer. Si elle est allongée, on peut encore la mesurer ; debout parfois c'est difficile parce qu'elles se sont tassées, elles se sont courbées c'est... ça me paraît difficile. Maintenant peut-être qu'il faudrait qu'on le fasse à chaque fois que c'est réalisable mais... bah le poids c'est déjà pas mal non ? ben comme je vous dit je pense que l'IMC ça ne veut rien dire, j'ai des dames, je dis dames bon j'ai aussi des messieurs mais c'est surtout des vieilles dames, qui pèsent 50kilos hein. Ça c'est un fait aussi quand l'autre part dans un couple, il y a parfois des moments difficiles à passer, alors que faire...

I : Hum.

M : L'albumine maintenant on le fait, mais ça fait pas très longtemps, 1 an où 2 ans, je ne pense pas qu'avant on faisait ça si souvent. Quand je le fais je demande juste l'albumine, pas la préalbumine. Après en EHPAD il faut le doser pour justifier les compléments alimentaires.

I : Et le MNA, est-ce que vous le connaissez ?

M : Non pas du tout, ça ne me dit rien.

I : Je l'ai ramené aussi (remise au sujet du MNA sur papier). C'est le MNA global. (je montre l'ensemble de la feuille). Et le MNA short form en bleu. L'HAS recommande de faire le MNA short form pour dépister la dénutrition. Si il est positif il faut faire le test global. (Le sujet lit le MNA). Quelle est votre opinion sur ce test ?

M : Hum... (le sujet lit le MNA) alors la motricité hum... perte de poids bon on en a parlé, des problèmes neurologiques oui bien sûr. Oui et après c'est plus une évaluation nutritionnelle en fait. Alors ça serait un élément de base pour préparer à l'avenir en fait ?

I : Hum

M : Ben alors je ne connaissais pas du tout. En tout cas ça paraît faisable, ça m'a l'air assez rapide hein. Le nombre de médicaments tout ça ça va vite, après la qualité des repas ça ça prend plus de temps. C'est vrai que souvent il se plaint de ne plus avoir envie de manger notamment de la viande rouge. Escalope de dinde, poisson ça passe ou alors des œufs. (Silence, le sujet lit le MNA). Circonférence des bras et mollets, ben ça paraît faisable.

I : Alors vous le mettriez en pratique chez vos patients âgés ?

M : ben j'sais pas pourquoi j'aime pas trop les tests moi. Alors c'est sur il faut que ça soit un peu ordonné, finalement on demande les choses mais pas forcément comme ça, sans forcément faire un test. C'est du bon sens. Alors le court, pourquoi pas. Mais il manquerait la composition des repas. C'est quand même important. (Silence).

I : Maintenant que vous en avez connaissance, pensez-vous mettre en pratique ces recommandations et comment ?

M : Ben c'est sûr que déjà d'en parler comme ça ça soulève le problème, on aurait tendance à vouloir changer les choses. S'imposer de faire ça une fois par an. Pourquoi pas. Consigner ça dans un carnet de santé ou autre. Après en pratique, je ne ferai sûrement pas l'IMC, mais le reste oui. (Silence). Et alors demain est-ce que je vais le faire ? hum ? C'est une habitude qu'il faut prendre sans doute un peu à la fois. Mais quand c'est parti comme ça à la fin des études et quand on s'installe on a le réflexe d'y penser, qu'on doit faire ça, c'est presque imposé hein. Ça part dans le diagnostic général quoi. Si on n'a pas commencé comme ça on sent bien qu'il y a quelque chose qui se passe donc on surveille peut-être un peu l'alimentation, et puis peser régulièrement et je le fais. Mais c'est en général quand ils sont déjà maigres. C'est plus le premier coup d'œil, on aurait tendance à marcher comme ça et ne pas s'embêter avec des examens mais bon... je pense que ça fonctionne quand même comme ça, mais si on avait l'obligation de le faire ça serait peut-être bien. Voilà.

I : D'accord, merci de m'avoir accordé un peu de temps.

Entretien 12 :

I : Quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : Alors je pense que je ne suis pas assez bien formé pour ça à mon avis. Heu, moi je me base sur l'albumine principalement, et donc, enfin, moi ce que je fais quand je vois des personnes âgées je fais une albumine et puis je vais évidemment reprendre l'alimentation, enfin reprendre surtout tout ce qui est protéine, la viande heu, le poisson, les œufs etcétera. Et puis si quelqu'un a du mal à s'alimenter, à prendre plus de viande ou de protéines, j'vais facilement mettre des compléments. Voilà j'me base sur la nutrition, ça reste un peu heu, à peu près ce que je fais. Je pense que je dois, enfin j'ai pas une bonne formation pour ça. (Rire). Et paradoxalement je pense que c'est fréquent, chez les personnes qu'on voit à domicile. Ça arrive que certains patients le disent d'eux même qu'ils n'ont plus envie de manger de viande parce que c'est difficile à digérer, donc oui j'pense que la dénutrition c'est fréquent.

I : Hum

M : Après ça dépend si ils ont les portages de repas, si ils font leurs repas eux-mêmes.

I : Ok, vous me disiez que vous pensez ne pas être bien formé pour ce dépistage, comment est-ce que vous pensez qu'on devrait former les médecins généralistes à ce problème ?

M : Dans les formations, je pense, les formations médicales continues par exemple. Je pense que c'est la meilleure façon parce que par heu pffff. Par mail j'pense pas que ça soit une bonne idée parce qu'on n'a pas forcément le temps de regarder. Après par heu, oui par formations, par un intervenant spécialiste, un gériatre ou autre. Hum.

I : D'après vous la dénutrition des personnes âgées peut avoir des conséquences ?

M : Oui bien sûr que oui, la première auxquelles on pense ben c'est la perte de poids évidemment, la perte de mobilité puisque perte de poids égale perte de muscle et donc heu voilà quelqu'un qui va être de moins en moins mobile heu... puis grabataire et on pense aussi aux escarres, et puis après je pense qu'il doit y avoir pas mal de conséquences sur plein d'autres choses (Sourire). Mais oui c'est sûr que c'est lié à pas mal de chose.

I : Ok, alors vous vous dépistez avec le dosage de l'albumine ?

M : Ben déjà à l'interrogatoire, c'est vrai que je ne fais pas forcément l'albumine à toutes les personnes âgées en permanence. Alors après j'me suis pas donné de limite d'âge, c'est vrai j'sais pas si dans les recommandations justement il y a quelque chose là-dessus, mais heu... ben disons que si je vois quelqu'un à domicile qui a vraiment une bonne alimentation, ne perd pas de poids etcétera, j'vais pas forcément y penser effectivement. J'vais y penser chez quelqu'un qui me dit « je mange moins bien » ou bien « je maigri », voilà j'vais pas forcément le faire en préventif, heu en systématique, voilà.

I : Hors mis l'interrogatoire sur les habitudes alimentaires, est-ce que vous faites d'autres choses pour dépister la dénutrition ?

M : Heu... ben je pèse mes patients, enfin celles que je peux peser. Les personnes qui sont complètement grabataires c'est pas toujours évident de les peser mais oui sinon je le fais. Alors par contre au domicile, les patients n'ont pas forcément de balance (Rires). Mais si ils en ont oui je le fais. Alors après je ne le demande pas forcément tout le temps, je le demande pour les patients que je sens plus fragiles. Si j'ai des patients qui me disent manger comme avant parfaitement, j'vais pas forcément les peser à chaque fois. Ou je vais les peser si j'ai un point d'appel en m'disant « tiens j'vais vérifier si il n'a pas perdu de poids, heu... ».

I : Hum.

M : Voilà j'vais pas forcément le faire systématiquement pour tous les patients. Alors pourtant je le fais ici hein, j'ai ma balance, facile d'accès.

I : Ok, alors les recommandations de l'HAS au sujet de ce dépistage est-ce que vous en avez entendu parler ?

M : Non, pas du tout.

I : Alors je les ai ramenées. (Présentation des recommandations sur papier). Ce sont des recommandations qui datent de 2007. La première partie c'est les facteurs de risque de dénutrition (je montre sur la feuille cette première partie). Ensuite on a les modalités de dépistage, donc d'après les recos la personne âgée vivant en ville doit bénéficier d'un dépistage par an systématiquement.

M : Hum.

I : Ce dépistage il doit se constituer de ces éléments (je présente la deuxième feuille de recommandations). Donc le poids, l'IMC, l'albumine et le MNA global, mini nutritional assessment. Qu'en pensez-vous ?

M : Ben alors le MNA je ne connais pas du tout, j'ai jamais entendu parler de ça. Non après heu, c'est à peu près ce que je, enfin, ce que je disais après... non, c'est bien. Après c'est parce qu'on pense pas forcément à la faire si on n'a pas de point d'appel voilà. Si on n'a pas de raison de le faire, mais, heu... ça me paraît cohérent de la faire une fois par an. De toute façon l'albumine on fait au moins une fois par an une prise de sang aux patients âgés, alors c'est pas compliqué à faire. Après voilà la perte de poids ça heu... si on a la balance facile et que c'est facile, c'est pas compliqué à faire une fois par an hum.

I : Par rapport au suivi du poids, est-ce que vous utilisez un outil particulier ?

M : Non, ben ici on a les dossiers papiers alors je le note dessus et puis après 5 ou 10% ça se calcule assez facilement. Par contre l'indice de masse corporel, je ne l'utilise pas. Non. Moi je le fais surtout pour repérer l'obésité, heu... surtout par rapport à la prise de poids. J'aurais pas forcément le réflexe de la faire pour une perte de poids. Mais bon c'est vrai que j'suis installé depuis 2ans, j'ai pas forcément eu beaucoup de patient avec une perte de poids qui m'a fait penser à calculer l'IMC. Mais heu, bon c'est une erreur de ma part il faudrait que je le fasse plus souvent.

I : Hum.

M : Alors après pour l'IMC il faut la taille ?

I : Oui.

M : La taille chez la personne âgées c'est pas facile non plus, surtout si elle est grabataire, comme pour le poids d'ailleurs. Hum.

I : Et l'albumine, comment est-ce que vous vous organisez pour le faire ?

M : Ben heu... je profite d'un bilan plus global annuel pour le faire. Et en fait j'me rends compte que je le demande assez facilement maintenant parce que je demande aussi le plus souvent des calcémies et donc comme on a besoin de l'albumine pour la calcémie corrigée...

I : Ok, alors donc concernant le MNA, j'en ai ramené un exemplaire également. (Remise au sujet du MNA sur papier). C'est le MNA global. (Je montre l'ensemble de la feuille). Et le MNA short form en bleu. L'HAS recommande de faire le MNA short form en premier et si il est positif, faire le globa. (Le sujet lit le MNA). Qu'est-ce que vous en pensez ?

M : (Sourire). Alors en théorie c'est très bien. Sauf que voilà il faut le temps de la faire, j pense que c'est une réponse qu'on doit te donner souvent. Ça prend du temps il faut dans ce cas-là prévoir de se dire « ce jour-là je prends plus de temps chez cette patiente-là ». Enfin, il faudrait que je lise tout attentivement mais bon... (Le sujet lit le MNA). Après les questions sont pas très compliquées. Il faut pouvoir peser, mesurer etcétera. Et la forme courte ça à l'air pas mal, plus applicable en tout cas... mais heu, pourquoi pas. Et l'albumine ne suffit pas ?

I : Pas d'après les recommandations, d'après vous c'est le cas ?

M : Ben... enfin, disons que c'est ce que je pensais jusqu'alors. Enfin tout ça c'est très bien, mais en pratique c'est vraiment pas évident. Faire le MNA tous les ans ça paraît fastidieux en fait, le reste encore ça va mais le test c'est plus compliqué, surtout la forme longue. Après est-ce que si on fait déjà les 3 autres critères, on n'arrive pas déjà à dépister la dénutrition à un stade précoce ? (silence). D'après moi si...

I : D'accord, alors comment mettriez-vous en pratique ces recommandations dans votre pratique quotidienne ?

M : Ben, heu, regarder l'albumine quand est-ce qu'elle a été faite et la prévoir dans un futur bilan. C'est pas très compliqué. Après heu... si c'est simple chez la personne de la peser et mesurer, ça je peux penser à le faire. Et le MNA ouais, je ferai plutôt le simplifié. Voilà après sachant que je suis pas franchement convaincu qu'il y ait besoin de faire ça en plus du reste (rire). La forme courte pourquoi pas, mais heu... il faudrait que je l'aie sur moi, que je pense à l'amener en visite... Et puis le faire une fois par an lors d'un renouvellement où tout va bien, et qu'il n'y a pas trop de problème à gérer quoi...

I : Et concernant l'organisation de ce dépistage, vous feriez comment ?

M : Heu... pfff, ben quand on va déjà voir des patients tous les mois pour les renouvellements de traitements, enfin, moi je suis nouvellement installé je n'ai pas encore trop trop de visites donc je pense que c'est gérable de se dire que une fois si je vois que c'est un renouvellement et qu'il n'y a pas de problème ben dans ce cas-là prendre le temps de la faire à ce moment-là. Après faire une

consultation que pour ça pfff, le patient va pas forcément comprendre pourquoi on vient, même si ils sont contents d'avoir de la visite hein (sourire). Moi je pense que si on a le temps de le faire aux périodes où on est moins débordés, quand il y a moins d'aigu par exemple en été, c'est pas mal. J pense qu'une fois par an c'est gérable. Enfin moi je dis ça en sachant que j'ai pas trop de visites, je peux encore avoir le temps de le faire.

I : Bien, alors merci beaucoup.

Entretien 13 :

I : D'abord une question un peu plus globale, quelle est votre opinion concernant la dénutrition des personnes âgées ?

M : La dénutrition heu... je pense que ça touche beaucoup de patients, malgré le fait qu'on n'y pense pas tant que ça. Heu... peut-être par manque de formation... c'est vrai que quand j'étais en études on en parlait moins.

I : Hum

M : Voilà... Et je pense que ça peut être bien de le voir, c'est vrai que je pense à la dénutrition quand le patient maigri, alors c'est sûrement déjà un peu tard. En fait c'est souvent lié à une fragilité, heu... donc ça peut être bien de poser un diagnostic rapidement pour pouvoir le traiter.

I : Alors comment pensez-vous qu'il faudrait sensibiliser les médecins généralistes à ce dépistage ?

M : Heu... comme j'ai dit, quand j'étais en étude on n'en parlait pas beaucoup. Maintenant j'sais pas si on en parle plus. Après avec les formations continues, ça peut être bien aussi. Les papiers de l'HAS ou les mails qu'on reçoit c'est bien mais on en reçoit beaucoup, alors je ne les lis pas forcément. Voilà, heu... j'ai répondu à votre question ?

I : Oui oui.

M : Et je pense qu'après notre entretien je serai plus sensibilisé à la dénutrition de mes patients (sourire).

I : (sourire). Pensez-vous que la dénutrition peut se compliquer de certaines pathologies ?

M : Oula... Et ben, la dénutrition marque une certaine fragilité du patient. Alors forcément elle doit s'accompagner d'autres maladies... Compliquer... Après ça dépend de quel stade de dénutrition, je pense que pour un kilo il n'y a pas de risque de complication. Alors quand on maigri on perd du muscle, ça doit entraîner un certain laisser aller. Heu... Les chutes, forcément. Hum.

I : Ok

M : Du coup c'est sûr que si on la traite cette dénutrition, on doit quand même améliorer tout ça. En retrouvant un peu de dynamisme ils doivent avoir une qualité de vie meilleure, pouvoir sortir de chez eux etcétera. Heu... on a beaucoup de patients, ici c'est plutôt la campagne hein... on a beaucoup de patients qui ne sortent plus de chez eux, alors ils ne vont plus faire leurs courses, c'est une sorte de cercle vicieux... Alors probablement que si on dépiste ça plus tôt c'est mieux.

I : D'accord, et comment dépistez-vous la dénutrition chez vos patients ?

M : Ben heu... je le vois, quand ils perdent du poids, que le pantalon devient trop large etcétera. A ce moment-là je les pèse, et ça me sert de référence pour le suivi. Par contre, heu, pour ceux que je vois à domicile c'est toujours difficile de les peser. On n'a pas de balance, ou bien ils ne marchent plus. Heu... bref, voilà, après il y a aussi le contexte. Si je trouve qu'un patient devient plus fragile : décès de sa femme ou du mari, perte de mémoire, personne isolée... Heu, j'aurais tendance à être plus vigilant, à discuter de ce qu'il mange ; ce qui peut parfois être difficile avec les patients qui perdent la mémoire, alors j'essaie d'en discuter avec la famille mais ça reste compliqué.

I : D'accord, et en dehors de la clinique, est-ce que vous complétez ça avec d'autres éléments ?

M : Oui il y a les mesures heu... périmètre brachial et tout ça. Ben honnêtement je ne le fais pas, on n'a pas vraiment le temps en médecine générale. Hum... Ha et c'est vrai qu'il y a l'albumine et la préalbumine, avec la prise de sang. Je la fais surtout quand je veux suivre un patient dénutri, pour avoir une base. Heu... Je pense qu'en médecine générale on connaît assez bien nos patients pour savoir quand il y a un problème, il faut se fier à la clinique surtout.

I : C'est-à-dire ?

M : Ben on les connaît nos patients, surtout ceux qui sont âgés. On a suffisamment de heu... de recul pour savoir que quelque chose ne va pas. Pas besoin de chiffres ou de prise de sang.

I : D'accord. Alors concernant les recommandations de l'HAS sur le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées en ville, est-ce que vous les connaissez ?

M : Heu... ben honnêtement, non. (Rire).

I : Alors je les ai prises. (Présentation des recommandations sur papier au sujet). Ce sont des recommandations qui datent de 2007. La première partie est plutôt accès facteurs de risque de dénutrition (je montre la première partie). Par rapport à la fréquence du dépistage, d'après l'HAS il faut dépister systématiquement une fois par an tout patient âgé vivant en ville. Et donc ce dépistage (je tourne la feuille) doit se composer de quatre éléments : la surveillance du poids, de l'IMC, le dosage de l'albuminémie et le MNA qui veut dire Mini Nutritional Assessment. Voilà. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M : Bon, ben... le poids, ça je suis plutôt d'accord. Alors peut-être que je ne pèse pas assez mes patients... Parce que là ils disent qu'il faut peser une fois par an, je ne pense pas le faire une fois par an. Heu... L'IMC, je ne l'utilise pas. J'y pense pas en fait. Bon après il faut la taille, c'est vrai qu'on ne l'a pas forcément hein. Surtout chez la personne âgée (sourire), heu... ils ont souvent du mal à se déplacer alors déjà il faut les voir au cabinet, et puis qu'ils puissent se tenir debout etcétera.

I : Hum.

M : L'albumine, ben comme j'ai dit je ne l'utilise pas pour dépister, heu... je sais pas si je fais bien du coup. Mais je pense que pour heu... pour le suivi c'est bien. Quand on veut surveiller un patient fragile, ou parce qu'on lui a prescrit des compléments heu... Voilà. Mais c'est vrai que je ne pense pas qu'on ait besoin de ça en fait.

I : D'accord, et concernant le MNA, j'ai ramené un exemplaire (remise au sujet du MNA sur papier).

M : (Le sujet lit le MNA). Hum. Heu alors déjà à première vue ça semble long...

I : En fait il y a le MNA global et le MNA short form en bleu (je montre le MNA SF).

M : Oui, alors c'est vrai que pour les patients qui sont un peu déments, c'est un test qui peut prendre du temps, heu... le plus court serait plus adapté. Et puis les patients âgés qui ont du mal à se déplacer on les voit plus à domicile, heu... la forme courte à l'air plus pratique. Hum... mais c'est vrai que le grand questionnaire parle des habitudes alimentaires, ça c'est aussi important pour évaluer nos patients. Heu par contre je pense qu'on aurait besoin de la famille ou des proches pour certains patients, pour ceux qui ont des problèmes de mémoires c'est difficile de parler de leurs menus (sourire). (Silence et lecture du test). Alors ce test on est censé le faire à tous nos patients âgés ? (Silence). Non je pense que c'est une bonne chose si on le fait quand on remarque une perte de poids ou une fragilité, mais systématiquement, je ne pense pas que les médecins aient le temps pour ça. On a déjà beaucoup de choses à faire, de plus en plus de patients, et pour ma part en tout cas, je n'ai pas le temps de faire tous ces tests avec mes patients.

I : Ok, alors comment appliqueriez-vous ces recommandations ?

M : Hum... comme j'ai dit le poids c'est faisable, l'IMC aussi je pense à condition d'avoir la taille. Après l'albumine je ne m'en servirai pas comme dépistage mais plus comme suivi, heu... en le faisant régulièrement pour voir si notre patient reprend du poil de la bête (rire). Voilà. Et le mini heu...le MNA ben je ferai plutôt la forme courte parce que la longue prendrait trop de temps, mais je ne sais pas si je le ferai vraiment à tous mes patients âgés... Ceux qui vont bien, qui font leurs courses, du vélo, du jardinage heu... je ne leur ferai pas le test. Voilà.

AUTEUR : Nom : LOTOI DUMAS

Prénom : Sara

Date de Soutenance : Jeudi 12 janvier 2017

Titre de la Thèse : Dénutrition du sujet âgé : dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Dénutrition, Dépistage, Sujets âgés, Recommandations

Résumé : La dénutrition des sujets âgés représente un réel problème de santé publique actuel et futur car la population vieillit et cette dénutrition est en lien avec de nombreuses complications. Il est donc important de savoir la dépister et la traiter afin de maintenir nos patients âgés à domicile dans les meilleures conditions. Malgré des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2007, la dénutrition du sujet âgé reste sous diagnostiquée en France.

L'objectif de ce travail était de recenser les freins au dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées par les médecins généralistes, en discutant de leurs méthodes de dépistage et de l'applicabilité des recommandations de l'HAS à ce sujet.

Une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais a été réalisée. Ces entretiens ont été retranscrits intégralement et menés jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique triangulée des verbatims a été effectuée à l'aide du logiciel QSR NVivo 10.

Chaque médecin généraliste semblait avoir sa propre méthode de dépistage de la dénutrition. Les outils utilisés (poids et albuminémie) étaient variables ainsi que l'organisation de ce dépistage. Le manque de communication et de formation sur le sujet semblaient en être les principales causes. Les médecins interrogés ne connaissaient pas l'existence de recommandations HAS sur la dénutrition du sujet âgé. Après nos entretiens certains interviewés semblaient en faveur de ces dernières, envisageant de modifier leur pratique. D'autres émettaient certaines réserves notamment sur l'Indice de Masse Corporel (IMC) et le Mini Nutritional Assessment (MNA).

Le manque de communication sur la dénutrition du sujet âgé semble constituer le frein principal à un dépistage optimal. Le poids et la biologie constituent les outils les plus utilisés par les médecins généralistes. La plupart d'entre eux sont favorables aux recommandations de l'HAS sous certaines réserves.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur David SEGUY

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH (Directeur de thèse)