UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Prescription des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée : vécu des médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2021 à 18h00
au Pôle Formation
Par Manon PIERRE – MACQUET

_____

JURY

Président :
Monsieur le Professeur David SEGUY
Assesseurs :
Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT
Madame le Docteur Marie-Anne ROUHIER
Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

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

Liste des abréviations

CNO	Complément Nutritionnel Oraux
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MNA	Mini Mental Assessment
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
PNNS	Plan National Nutrition Santé
DMP	Dossier Médical Partagé

Table des matières

Résumé **1**
Introduction **2**
I. La dénutrition chez la personne âgée 3
A. La personne âgée 3
B. Définition de la dénutrition 3
C. Épidémiologie de la dénutrition des personnes âgées 4
D. Les conséquences de la dénutrition 4
II. Les recommandations de prise en charge de la dénutrition 6
A. Stratégie de prise en charge de la dénutrition 6
B. Les conseils diététiques 8
C. Enrichir l'alimentation 8
D. Les conséquences de la prise en charge nutritionnelle 9
III. Les compléments nutritionnels oraux 9
A. D'un point de vue juridique 9
B. Définition et composition 10
C. Les règles de prescription 10
D. La consommation 11
Matériels et méthodes **13**
I. Objectifs 13
II. Type d'étude 13
III. Population étudiée 14
A. Échantillonnage 14
B. Caractéristiques de l'échantillon 14
C. Prise de contact 14
IV. Recueil des données 15
A. Méthode utilisée 15
B. Contexte 15
C. Durée des entretiens 16
D. Matériel utilisé 16
E. Guide d'entretien 16
F. Nombre d'entretien 17
V. Traitement des données 17
A. Retranscription 17
B. Analyse des données 17
C. Triangulation des données 18
VI. Recherches bibliographiques 18
Résultats **19**
I. Caractéristiques des médecins interrogés 19
II. Initiation des CNO 20
A. Intérêt des médecins pour la dénutrition 20
B. Critères d'alerte de la dénutrition 22
1. Le contexte 22
2. L'isolement 23
3. L'examen clinique 23

4. Mesure pondérale 24
5. La biologie 25
C. Demandes extérieures 26
1. Aides des paramédicaux 26
2. L'entourage 26
3. Le patient 27
D. La première prescription 28
1. Enrichissement de l'alimentation 28
2. Modalités de prescription 28
3. Les limites des critères de prescription 29
E. Différents prescripteurs 30
F. Les limites de la prescription de CNO 31
III. Aide à la prescription de l'assurance maladie 32
A. Connaissance de l'aide à la prescription 32
B. Applicabilité en pratique 34
1. Les points positifs 34
2. Quelques modifications 34
3. Les freins évoqués 35
IV. Suivi des patients dénutris 36
A. Éléments de surveillance 36
1. Biologie 36
2. La clinique 37
3. Le psychologique 38
4. D'autres critères 38
5. Freins au suivi 39
B. Le suivi à domicile 40
1. Simplification de la démarche 40
2. Difficultés rencontrées 41
3. Absence de spécificités 42
C. Suivi en institution 42
V. Renouvellement de la prescription de CNO 44
A. Motivations à poursuivre les CNO 44
1. Le cas des pathologies chroniques 44
a) L'oncologie 44
b) La gériatrie 44
2. Critères clinico-biologique 45
3. L'observance 46
4. Difficultés de prise orale 46
5. Incitations extérieures 46
B. Arrêt de la prescription de CNO 47
1. Le cas des pathologies transitoires 47
2. Augmentation des ingestas 47
3. Critères clinico-biologique 48
4. Défaut d'observance 48
5. Absence d'efficacité 49
6. Néanmoins difficile 49
VI. Voies d'amélioration 50
A. Satisfaction du suivi 50
B. Améliorer le suivi 51
1. Implication des paramédicaux 51
a) Diététicienne 51
b) Rééducateurs 52

c) Infirmières 53
d) Partage d'informations 53
2. Programme de suivi externe 54
3. Une aide dématérialisée 54
4. Le lien patient-médecin 55
5. La formation 56
6. Remise en question 56
C. Améliorer l'observance 57
1. Éducation thérapeutique 57
2. Adapter les CNO 58
a) Selon les goûts du patient 58
b) En lien avec le pharmacien 59
c) En lien avec les laboratoires pharmaceutiques 60
3. S'appuyer sur d'autres acteurs 61
a) Les aides à domicile et l'infirmière 61
b) L'entourage 62
4. Renforcer la surveillance au domicile 62
5. Mettre en place une fiche de surveillance 62
6. Des alternatives aux CNO 65
Discussion 67
I. Discussion de la méthode 67
A. Force de l'étude 67
1. Validité interne 67
2. Validité externe 68
B. Limites et biais 68
II. Discussion des résultats 69
A. Des connaissances difficiles d'accès 69
1. La nutrition de la personne âgée : un domaine encore trop peu connu 69
2. Méconnaissance de l'aide à la prescription 69
B. Un suivi à la carte 70
1. Une initiation correcte 70
2. Les difficultés de l'ambulatoire 70
3. Une prescription systématique ? 71
C. Des solutions avancées 72
1. Travail pluridisciplinaire 72
2. Formation et information des médecins 73
3. Un réseau de soin 73
4. Création d'un suivi par fiche dédiée 75
Conclusion 76
Références bibliographiques 77
Annexes 83
Annexe 1 : Aide à la prescription de l'assurance maladie 83
....84
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des produits de complémentation orale 85
Annexe 3 : Grille méthodologique CORECQ 89
Annexe 4 : Guide d'entretien 92
Annexe 5 : Arbre de codage NVivo 94
Annexe 6 : Fiche de surveillance alimentaire 97

RESUME

Résumé :

Contexte : La dénutrition de la personne âgée est un phénomène fréquent, entre 4 et 10% de la population âgée de plus de 75 ans vivant au domicile est dénutrie. La prescription de CNO est une des thérapeutiques recommandées. Dans le milieu hospitalier, la réévaluation hebdomadaire des compléments nutritionnels oraux est réalisé entre 0 et 12% des cas.

Méthode : Étude qualitative par théorisation ancrée menée par entretiens semi dirigés auprès de 13 médecins généralistes des Hauts de France. Les entretiens ont été menés jusque suffisance des données.

Résultats : Les médecins ont montré à plusieurs reprises leur manque d'intérêt pour la discipline, rendant l'initiation des CNO régulièrement basé sur des critères subjectifs. Cependant ils reconnaissent que la prise en charge de la dénutrition est primordiale chez la personne âgée, en permettant d'éviter la spirale gériatrique. L'aide à la prescription de l'assurance maladie reste un document peu utilisé en pratique, dû à un manque de diffusion. Le suivi du patient bien que quelque fois bien réalisé, est souvent une consultation difficile par manque de temps et de formation. Des médecins ont même parlé de prescription systématique. De plus les visites au domicile rendent la surveillance plus compliquée. Des praticiens ont mis en avant le manque d'observance des CNO. Certains se sont remis en question vis-à-vis de leur pratique. Ainsi des voies d'amélioration ont été proposées comme un travail partagé avec les paramédicaux, la mise en place d'un réseau de soin, une éducation thérapeutique renforcée ou encore l'initiation d'une fiche de surveillance à domicile.

Conclusion : Les médecins généralistes sont mitigés sur le sujet de la nutrition de la personne âgée, mais sont conscients de l'enjeu pour leurs patients. Les prescriptions sont encore trop peu encadrées par manque de temps et de formation. Ils sont en demande de plus de formations et d'un travail partagé avec d'autres professionnels de santé.

INTRODUCTION

La dénutrition chez la personne âgée est un phénomène fréquent qui touche entre 4 et 10 % de la population vivant à domicile. Des recommandations de bonnes pratiques publiées en 2007 par la Haute Autorité de Santé donnent des recommandations sur la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée (1).

En 2015, l'assurance maladie a publié une aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO), permettant de prendre en charge au mieux la dénutrition des personnes âgées (2) (Annexe 1). Cette fiche explicative permet de dépister la dénutrition, de prendre en charge la personne dénutrie, et permet aussi d'être une aide à la prescription des CNO.

Ce travail émane de mon intérêt pour la prise en charge nutritionnelle des patients. Durant mon internat, au cours de mes stages en médecine de ville, en Suite de Soins et Réadaptation gériatrique ou en soins palliatifs j'ai observé de très nombreuses prescriptions de CNO. Or en médecine générale, je me suis aperçue à de nombreuses reprises que cette prescription était souvent considérée comme secondaire par les médecins et par les patients.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer la prescription de CNO et son suivi par les médecins généralistes. L'objectif secondaire est de proposer des mesures permettant d'améliorer la prescription de CNO.

I. La dénutrition chez la personne âgée

A. La personne âgée

Selon un rapport de l'OMS, « il n'existe pas de personne âgée "type". Certains possèdent, à 80 ans, des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dans la vingtaine. D'autres se voient décliner fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes. » (3). Néanmoins, l'âge retenu par l'OMS est de 60 ans et plus.

En France, la réglementation concernant les prestations sociales pour les personnes âgées utilise le seuil de 60 ans.

Selon une enquête d'opinion réalisée en 2011 par l'IFOP, les français se considèrent « vieux » à partir de 69 ans (4).

Ainsi, il n'existe pas d'âge limite à partir duquel une personne devient âgée. Avec le vieillissement de la population, cet âge a tendance malgré tout à reculer.

En effet, toujours selon l'OMS, entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%.

Selon INSEE, le vieillissement de la population, s'accentue. Actuellement, les personnes âgées de 65 ans et plus représente 20,5% de la population totale. En 2035, ce taux pourrait augmenter à 24,9 % et à 27,9% en 2060 (5).

B. Définition de la dénutrition

La dénutrition est un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme. Le développement d'une dénutrition peut être dû à une diminution des apports, ou à une augmentation des besoins, ou encore à un défaut d'absorption ou d'utilisation des nutriments.

Chez la personne âgée, la dénutrition entraîne voire aggrave, un état de fragilité ou de dépendance et contribue à la survenue de pathologies.

En France, selon l'HAS, la dénutrition se définit par la présence d'un ou plusieurs critères (1):

- Perte de poids supérieure à 5% en un mois, ou supérieure à 10% en 6 mois.
- Indice de Masse Corporelle (IMC) < à 21
- Dosage de l'albuminémie < 35 g/L
- Mini Nutritionnal Assessment (MNA) global < 17

La dénutrition peut être qualifiée de sévère, si un des critères suivants est présent :

- Perte de poids supérieure à 10 % en un mois, ou supérieur à 15% en 6 mois
- IMC < 18
- Dosage de l'albuminémie < 30 g/L

C. Épidémiologie de la dénutrition des personnes âgées

La dénutrition est un phénomène fréquent chez la personne âgée. De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer la prévalence de la dénutrition dans la population.

Deux études européenne montraient que 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile, 15 à 38% de celles institutionnalisées, et 30 à 70% des personnes âgées à l'hôpital étaient dénutris (6,7).

Selon une étude, en 2014 en France, 14,8 % des sujets âgés vivant à domicile en région urbaine, étaient à risque de dénutrition (8).

Une méta-analyse américaine de 2018, montrait quant à elle qu'à partir de 70 ans, l'incidence de la malnutrition proteino-énergétique variait de 5 à 17 % sur une période de suivi de 3 ans, avec une augmentation continue avec l'avancée en âge (9).

D. Les conséquences de la dénutrition

La dénutrition chez les personnes âgées est un cercle vicieux puisque chaque événement associé à la dénutrition, altère davantage l'état nutritionnel du patient. Il en

résulte un état de fragilité se traduisant à son tour par des épisodes pathologiques de plus en plus longs et fréquents.

En effet, la dénutrition aggrave la perte du tissu musculaire, et crée une sarcopénie, pouvant aboutir à une dépendance motrice. Elle diminue aussi les performances fonctionnelles, entraine une dysfonction du système immunitaire, une difficultés à cicatriser, des complications infectieuses, une ostéopénie augmentant elle-même le risque de fracture et un déficit en micro nutriments (10).

La dénutrition a aussi de lourdes conséquences socio-économiques. La durée d'hospitalisation est multipliée par deux chez le patient dénutri, à pathologie égale. Il a aussi été observé une augmentation de la fréquence des hospitalisations, des consultations, et de la consommation médicamenteuse (11).

Il a été prouvé par une étude que de manière indépendante, la dénutrition sévère augmentait par 4 le risque d'infection nosocomiale (12).

Ce schéma ci-dessous, illustre parfaitement les complications liées à la dénutrition de la personne âgée.

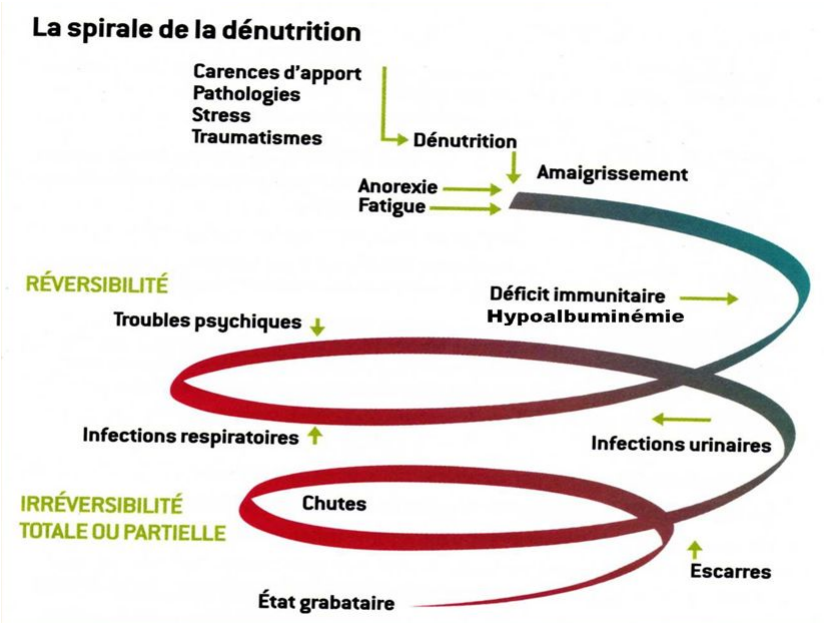


Figure 1 : Spirale de la dénutrition

II. Les recommandations de prise en charge de la dénutrition

A. Stratégie de prise en charge de la dénutrition

En 2007, l'HAS a publié des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée (1).

Les objectifs d'apports quotidiens sont de 30 à 40 kcal/kg/j et 1,2 à 1,5 g/kg/j d'apport protéique.

Face à une personne âgée dénutrie plusieurs prises en charge sont possibles. Le choix dépendra de la profondeur de la dénutrition, des apports quotidiens et de sa surveillance. Dans tous les cas, la nutrition orale doit toujours être privilégiée. La nutrition entérale ou parentérale sont réservés en cas d'échec de nutrition orale ou s'il existe une impossibilité de prise per-os.

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Réévaluation à 1 mois	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie et CNO - Réévaluation à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Surveillance à 1 mois	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Réévaluation à 15 jours → Si échec CNO	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie et CNO - Réévaluation à 1 semaine → Si échec nutrition entérale
	Très diminués, inférieur à la moitié de l'apport habituel	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Réévaluation à 1 semaine → Si échec CNO	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie et CNO - Réévaluation à 1 semaine → Si échec nutrition entérale	- Conseils diététiques - Alimentation enrichie - Nutrition entérale d'emblée - Réévaluation à 1 semaine

Tableau 1 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

La surveillance et la réévaluation, consiste à la pesée du patient, la surveillance des ingestas, et l'évaluation de la tolérance et de l'observance du traitement mis en place.

B. Les conseils diététiques

Les conseils diététiques sont valables dans le cadre de la dénutrition, mais s'applique à n'importe quel adulte non dénutri également. Ils sont les piliers d'une alimentation équilibrée.

Ils se basent sur le Programme National Nutrition Santé (13). En effet, il ne faut pas hésiter à rappeler aux patients de manger :

- De la viande, des œufs ou du poisson deux fois par jour
- Du lait ou des produits laitiers trois à quatre fois par jour
- Des aliments céréaliers (pains, pommes de terre, légumes secs) à chaque repas
- Au moins 5 portions de fruits et légumes par jour
- 1 à 1,5 litre d'eau par jour

De plus, en cas de dénutrition, il est recommandé de proposer de fractionner les repas, de ne pas avoir de période de jeun supérieur à 12 heures, et de privilégier les aliments riches en protéines et en énergie. Enfin si cela est nécessaire, chez la personne âgée, une aide humaine ou technique peut être mise en place afin de s'assurer de la bonne prise alimentaire.

C. Enrichir l'alimentation

Dans la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée dénutrie, l'enrichissement de l'alimentation a une place centrale. En effet, elle complète toutes les prises en charge nutritionnelle et est donc recommandée, dès lors que l'on parle de dénutrition.

Il a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique sans augmenter le volume des ingestas. L'alimentation traditionnelle, peut donc être associée avec de la poudre de lait, des œufs, du fromage, de la crème fraiche, du beurre, ou encore des protéines industrielles.

D. Les conséquences de la prise en charge nutritionnelle

La dénutrition entraine un cercle vicieux avec de nombreuses conséquences physiques, psychiques, de dépendance et économiques. La prise en charge nutritionnelle des personnes âgées semble donc être indispensable.

Une revue systématique a été réalisée sur 36 essais contrôlés et randomisés, il a été constaté une réduction des réadmission hospitalières et une amélioration de la force de préhension. De plus, il a été prouvé que si elle était prise en charge de façon optimale, cela permettait une prise de poids chez les patients et une diminution des complications (14,15).

Cependant, une étude de la Cochrane, en 2009, a prouvé que chez les personnes âgées polypathologiques, il n'existait pas d'effet sur la mortalité des patients, sur les capacités fonctionnelles ou sur la durée d'hospitalisation (14).

III. Les compléments nutritionnels oraux

A. D'un point de vue juridique

La consommation d'aliments diététiques destinés à des fins médicales est encadré par un arrêté datant de 2000 (16).

« Les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales sont une catégorie d'aliments destinés à une alimentation particulière, qui sont spécialement traités ou formulés et destinés à répondre aux besoins nutritionnels des patients et qui ne peuvent être utilisés que sous contrôle médical. Ils sont destinés à constituer l'alimentation exclusive ou partielle des patients dont les capacités d'absorption, de digestion, d'assimilation, de métabolisation ou d'excrétion des aliments ordinaires ou de certains de leurs ingrédients ou métabolites sont diminuées, limitées ou perturbées ou dont l'état de santé détermine d'autres besoins nutritionnels particuliers qui ne peuvent être satisfaits par une modification du régime alimentaire normal ou par un

régime constitué d'aliments destinés à une alimentation particulière ou par une combinaison des deux »

B. Définition et composition

Les CNO sont des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, utilisés sur prescription. Ils permettent un apport complémentaire en protéines et/ou en énergie, en vitamines et en minéraux, pour pallier les apports alimentaires insuffisants par rapport aux besoins de l'organisme (17).

Le plus souvent, il se présente sous une forme liquide, ce qui permet d'apporter sous un faible volume, un apport calorique important.

Chaque CNO comporte entre 150 et 720 kcal. L'apport protidique varie également, de 6 à 30 g, en fonction de la nature normo ou hyperprotéique (18).

Ces compléments apportent aussi des micronutriments tels que des électrolyes, ou des vitamines en quantité équilibrée. Ils peuvent être avec ou sans lactose et sont généralement sans gluten.

Il existe des CNO sous de nombreuses formes. Les plus prescrits et les plus consommés sont sous la forme lactée. Mais ils existent également sous forme fruité, de crème dessert, de compote, de biscuit, de céréales, ou encore sous forme de plat salé. De nombreuses saveurs sont aussi à la disposition du consommateur, permettant d'adapter la prescription à chaque patient.

Quelques exemples de CNO se trouvent en annexe 2 (19).

C. Les règles de prescription

La prescription de CNO est soumise à des règles. En effet, après avoir diagnostiqué un état de dénutrition, la prescription initiale doit être effectuée pour un mois maximum. Elle doit si possible contenir les éléments suivants : le poids, l'âge, le produit prescrit, sa nature, ainsi que sa texture et son gout. Elle doit comporter le

nombre d'unité nécessaire par jour, ainsi que le moment de la journée où ils doivent être consommés.

Depuis le 1er juin 2019, la première délivrance en pharmacie est limitée à 10 jours. A l'issue de ces 10 premiers jours, l'observance doit être évaluée par le pharmacien, qui au besoin adapte le gout et la texture dans la limite des apports prévus par le médecin (20).

Il est recommandé pour le médecin d'évaluer l'observance au bout de 15 jours de prise.

A l'issue de cette ordonnance initiale, un renouvellement pour une durée de 3 mois maximum peut être réalisé après une évaluation nutritionnelle.

D. La consommation

En accord avec le patient, il est important de choisir une saveur et une consistance qui convient le mieux à celui-ci.

En effet, selon une étude réalisée en 2005, seulement 43% des patients consomment plus de 80 % des doses de CNO prescrites. Les principaux freins à la consommation étaient le goût et la texture (21).

Plus récemment, une revue systématique de 43 études a été effectuée. Celle-ci se basait, sur la quantité en pourcentage de CNO consommée par les patients. Le résultat de cette étude montrait que l'observance moyenne était de 78% (22).

Ainsi en 2007, l'HAS a publié des recommandations pour la prescription des CNO. Il est conseillé de consommer ces compléments à distance des repas en guise de collation (matin et/ou après-midi), ou en fin de repas (23).

La saveur, et la texture doivent être adapté à chaque patient en fonction de ses goûts et de ses éventuels handicaps (troubles de la déglutition, ect).

De plus il est recommandé de consommer le produit frais en cas de crème dessert ou de boisson lacté. Or chez la personne âgée dépendante, cela peut être difficile et nécessite que l'entourage ou les aides à domicile aide le patient, dans le but d'améliorer l'observance.

Ainsi face à ces recherches, et ces différentes recommandations, je me suis demandée comment les médecins généralistes initient et surveillent la prescription de CNO chez la personne âgée ?

MATERIELS ET METHODES

I. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les critères et les habitudes de prescription des CNO chez la personne âgée par les médecins généralistes des Haut de France.

Les objectifs secondaires étaient :

- Mettre en évidence les différentes méthodes de réévaluation de la prescription de CNO par les médecins généralistes.
- Proposer des pistes d'amélioration du suivi de la prescription par les médecins généralistes et de l'observance de celle-ci par les patients.

Les critères de restitution d'une étude qualitative selon la grille COREQ ont été suivis pour la section METHODE et RESULTATS (Annexe 3).

II. Type d'étude

Cette étude correspond à une recherche qualitative par théorisation ancrée menée par entretiens semi dirigés dont l'objectif est de produire et analyser des données descriptives, telles que des paroles et les comportements des personnes interrogées.

III. Population étudiée

A. Échantillonnage

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant une activité libérale dans la région des Hauts de France. Un recrutement au hasard par recherche internet des médecins généralistes a été effectué, en mettant en critère de recherche la proximité du domicile de l'investigatrice. L'échantillonnage était à variation maximale permettant d'assurer une diversité chez les caractéristiques des participants.

Ainsi, les participants inclus répondaient à des caractéristiques variées concernant le sexe, l'âge, la localité et le milieu d'exercice. Ces caractéristiques (Tableau 2) ont été détaillées dans la partie RESULTATS.

13 médecins ont été inclus dans l'étude. 2 médecins ont refusé de participer à l'étude. Les raisons du refus étaient : manque de disponibilité ou de temps, ou absence pour congés annuels.

B. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques suivantes : sexe, âge, année d'installation, type d'activité, milieu d'exercice et formations complémentaires ont été relevées oralement par un court questionnaire en début d'entretien.

C. Prise de contact

Les médecins ont été joints par entretiens téléphoniques. L'investigatrice exposait brièvement le thème de son étude, les objectifs et la méthode utilisée ainsi que le respect de l'anonymat.

Lorsque le premier contact s'effectuait par le biais d'un secrétariat, l'investigatrice présentait brièvement le sujet à la/le secrétaire qui proposait un transfert d'appel avec le médecin ou un relevé des coordonnées pour être recontacté ultérieurement. L'entretien était réalisé dans les 10 jours suivant le premier contact.

IV. **Recueil des données**

A. Méthode utilisée

La méthode des entretiens individuels semi dirigés a été retenue pour la plus grande facilité d'organisation et la possibilité d'une plus grande liberté d'expression.

B. Contexte

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets respectifs de chaque médecin interrogé sauf pour 2 médecins, au domicile de l'acteur, en réponse à leur demande.

La date, la tranche horaire et le lieu étaient définis par le médecin interrogé, limitant pour lui la contrainte lié au planning des consultations. Les entretiens se sont déroulés entre mars et juillet 2021.

Chaque entretien était précédé d'une présentation du thème de la thèse, de ses objectifs principaux et secondaires. Il était rappelé qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des connaissances mais d'un recueil d'opinion. Le consentement oral a été recueilli. La notion d'anonymat a été rappelé oralement à chaque début d'enregistrement.

Le tutoiement a été utilisé pour un seul entretien à la demande du médecin interrogé. Pour le reste des entretiens, le vouvoiement était adopté pour l'investigatrice. Deux médecins ont appliqué le tutoiement en retour.

C. Durée des entretiens

De manière générale, il était annoncé au médecin un entretien d'environ 15 minutes afin de coller au mieux à une durée de consultation. La durée d'enregistrement a été consignée pour chaque entretien. La durée des entretiens allait de 07 minutes et 10 secondes à 20 minutes et 05 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes.

D. Matériel utilisé

Les données ont été recueillies numériquement par un dictaphone Olympus® VN-540PC. Il n'y a pas eu de perte d'enregistrement.

Toutes les données ont pu être consultées à plusieurs reprises pour pouvoir les retranscrire le plus fidèlement possible.

E. Guide d'entretien

Un guide d'entretien (Annexe 4) composé de 6 questions ouvertes selon la méthode semi dirigée a été utilisé. Celui-ci a été élaboré à partir de la revue de la littérature. Pendant l'entretien, l'investigatrice pouvait effectuer des relances.

Durant l'entretien, la fiche d'aide à la prescription fournie par l'assurance maladie a été distribuée à chaque médecin (2) (Annexe 1). Elle était le support de plusieurs questions.

Un entretien test a été réalisé en mars 2021 auprès d'une médecin généraliste remplaçante, permettant d'améliorer la maitrise du guide et les techniques de relance. Cet entretien n'a pas été codé ni retranscrit.

F. Nombre d'entretien

Le nombre d'entretien n'était pas défini préalablement. Le recueil des données s'est arrêté lorsque l'analyse des entretiens ne débouchait plus sur l'apparition de nouvelles notions, correspondant à la suffisance des données. La suffisance des données a été obtenue à l'entretien V10, confirmée par 3 entretiens supplémentaires dits de consolidation, ne donnant pas de nouvelles notions.

V. Traitement des données

A. Retranscription

Les retranscriptions ont été effectuées mot à mot, constituant un corpus de VERBATIM, disponible sous format USB ci joint. En italique ont été signalées les attitudes, les émotions, les silences. Les éléments pouvant nuire à l'anonymat des médecins ont été censurés.

La retranscription a duré entre 2 et 3 heures par entretien. Chaque entretien est identifié par l'abréviation V1 à V13, chacun correspondant à un médecin rendu anonyme, identifié par l'abréviation M1 à M13.

B. Analyse des données

Les fichiers audios ont été écoutés directement sur le dictaphone, puis retranscrits mot à mot sous format texte grâce au logiciel WORD®. Une fois les fichiers texte obtenus, ceux-ci ont été analysés via le logiciel NVIVO version 12 MAC®. Ce logiciel permet à l'utilisateur de regrouper les citations pertinentes par thèmes et sous thèmes, appelés nœuds, qu'il crée lui-même au cours de l'analyse. Les entretiens étaient codés au fur et à mesure du recueil de données. L'arbre de codage a été détaillé (Annexe 5).

C. Triangulation des données

La technique de triangulation des données selon la méthode de Christophe Lejeune a été utilisée pour éviter les biais d'interprétation et afin de permettre une analyse croisée des données (24).

Les entretiens ont été analysés par l'investigatrice et par une autre interne de médecine générale de la subdivision de Lille, réalisant une étude qualitative dans la région des Hauts de France.

VI. **Recherches bibliographiques**

Les recherches bibliographiques ont été réalisées depuis avril 2020. Le guide d'entretien a été élaboré à partir une première revue de la littérature. Nous avons ensuite mis en place une veille bibliographique, nous permettant de discuter des résultats obtenus. La gestion des références a été réalisée grâce au logiciel ZOTERO.

Les recherches étaient effectuées en anglais et en français. Les bases de données les plus utilisées étaient : Pubmed, EM-consulte, Science direct. Chaque base de données était saisie manuellement par l'intermédiaire des ressources en ligne de la BU Droit et Santé de Lille. Nous avons également exploré les références bibliographiques des articles sélectionnés.

A titre d'exemple, les mots-clefs utilisés ont été : dénutrition, complément alimentaire oral, gériatrie, dénutrition et gériatrie, diététique et gériatrie, supplémentation orale, nutrition.

RESULTATS

I. Caractéristiques des médecins interrogés

Cette étude a été mené auprès de 13 médecins des Haut de France, comprenant 9 hommes (70%) et 4 femmes (30%). Les médecins participants avaient entre 29 et 68 ans, avec une moyenne d'âge de 45 ans. 31 % exerçaient en milieu urbain, 31% en milieu semi urbain et enfin 38 % en milieu rural. Un médecin avait une formation complémentaire en gériatrie et un autre en nutrition spécialisé dans l'obésité.

	Sexe	**Age**	**Année d'installation**	**Milieu d'exercice**	**Type d'exercice**	**Formation spécifique**
M1	Homme	65 ans	1983	Urbain	Cabinet de groupe	Non
M2	Homme	46 ans	2006	Urbain	Cabinet de groupe	Non
M3	Homme	59 ans	1991	Semi urbain	Seul	Non
M4	Homme	68 ans	1986	Urbain	Seul	Non
M5	Homme	58 ans	1994	Rural	MSP	Non
M6	Homme	33 ans	2017	Rural	MSP	Médecine articulaire et ostéopathie
M7	Homme	37 ans	2020	Semi-Urbain	Cabinet de groupe	DU obésité
M8	Femme	29 ans	2020	Rural	MSP	Non
M9	Femme	34 ans	2017	Rural	MSP	DU pédiatrie
M10	Homme	57 ans	1992	Semi-Rural	MSP	Capacité de gériatrie / AUEC pédiatrie
M11	Homme	34 ans	2015	Rural	MSP	Non
M12	Femme	29 ans	Remplacement	Urbain	Divers	Non
M13	Femme	31 ans	2019	Semi Rural	Cabinet de groupe	DU de soins palliatifs

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés

II. Initiation des CNO

A. Intérêt des médecins pour la dénutrition

Deux médecins soulignent le fait que la nutrition de la personne âgée est un sujet central dans l'exercice de la médecine générale.

M7 Donc la nutrition ça fait éviter que les gens chutent par exemple, pas que les chutes chez les personnes âgées d'ailleurs. De toute façon une personne qui chute c'est forcément quelqu'un qui est dénutri, sarcopénique. Euh qui voilà, donc s'il est dénutri, qu'il mange … qu'il a une ostéoporose en plus et qu'il est dénutri, il va chuter et il va décompenser.

M10 Mes sujets de prédilection c'est le dépistage de la fragilité du sujet âgé et donc de la dénutrition et donc du suivi nutritionnel à domicile.

Au contraire, certains médecins font part de leur manque d'intérêt pour la prise en charge nutritionnelle gériatrique.

M3 Non mais moi j'ai 31 ans de métier, maintenant c'est de la médecine de confort, ça n'a plus rien à voir avec la médecine de soins.

M4 C'est sur les compléments c'est ça ? Bizarre comme sujet … ça a intéressé beaucoup de médecin ? parce que bon, ce n'est pas très intéressant.

M8 La dénutrition clinique et biologique mais j'avoue qu'on ne la vérifie pas toujours (rires)

M13 On en prescrit pas mal aussi en cancéro. Et chez les personnes âgées moins finalement. (…) On y pense moins. C'est juste qu'on n'y pense pas. On n'a qu'à les faire monter sur notre balance, c'est juste que je n'y pense pas forcément au quotidien. Bah on est déjà tous débordés quoi …

Un médecin met en avant son manque de formation et d'habitudes

M1 C'est pas très facile, parce que je n'ai pas beaucoup, enfin c'est que j'ai pas beaucoup l'habitude

L'évocation du thème de l'entretien a aussi soulevé des réactions plus intenses.

M3 En général on ne doit pas en mettre beaucoup en volume, parce que c'est vraiment des vieux qui sont en train de mourir. On le met en se disant bon … de toute façon je crois qu'il va mourir, mais au moins la famille ne pourra pas dire que c'est de ma faute.

M4 Des fois il est préférable d'augmenter la morphine quand c'est nécessaire que d'augmenter les compléments …

Seulement trois médecins déclarent avoir gouté des CNO. Ils se rejoignent tous sur le fait de dire, que la plupart des compléments ne sont pas bons, malgré les efforts fait par les laboratoires pharmaceutiques.

M4 Ils vous les font gouter, ça m'est déjà arrivé : café est dégueulasse, chocolat j'aime pas. Mais c'est important. (…) Moi ça m'est arrivé d'en gouter hein. Et moi j'aime pas. Le café j'aime pas, el chocolat j'aime pas. C'est pâteux, c'est lourd.

M5 Donc moi pour en avoir pris un petit peu pendant 8 jours après être opéré euh … pouahhhh c'est pas bon « il n'y a pas autre chose ? Bah non ».

M7 Je pense qu'il y a des trucs c'est pas très très bon. Je pense on pourrait s'améliorer à ce niveau-là. Parce que le goût ça influence quand même, la texture ça influence la prise. Mais ils ont fait des progrès je pense depuis des années.

B. Critères d'alerte de la dénutrition

1. Le contexte

La plupart des médecins ont évoqués en premier lieu des facteurs de fragilité intrinsèque comme critère principal de la dénutrition.

La dysautonomie de la personne âgée revient régulièrement.

M2 Le contexte hein, le contexte joue pour beaucoup quoi. Le contexte, des fois les signes d'alerte, alors elle mange pas beaucoup ect.(…) La dysautonomie.

M7 Son état général. Les maladies, les … les gens qui ont une perte d'autonomie importante forcément ça rentre dans un critère.

M8 Souvent chez les personnes âgées qui sortent d'hospitalisation avec des critères de dénutrition

M9 Circonstance aigue, donc voilà ça peut être transitoire et lié à la circonstance et des fois où c'est plus des troubles chroniques

M10 Perte d'autonomie du sujet âgé

M11 C'est de la clinique, ou sur … euh …, souvent c'est sur des pathologies chroniques, avec une altération de l'état général, une alimentation compliquée, ouai euh … aussi sur des pathologies aigues quand ils sont très altérés.

D'autres, mettent en avant des terrains de fragilités spécifiques.

M3 Un cancer, mais ça, ça se voit très vite. De toute façon il va maigrir et là on n'attend pas.

M3 L'exception c'est ça, c'est les gens avec le stomato qui leur arrachent toutes les dents, et ça forcement ils vont manger à la paille. Quelqu'un de 70 ans qui mange à la paille pendant 2 mois, je peux vous dire il va maigrir hein.

M5 Mais aussi en fonction du terrain. Il y a les alcooliques, les personnes âgées fort dénutris.

M6 Situation à risque : un patient sous chimio, ou avec une néoplasie pas forcément sous chimio.

2. **L'isolement**

Le retrait social de certaines personnes âgées est un critère supplémentaire de dépistage de la dénutrition.

M5 S'ils vivent seuls c'est un bon critère aussi, parce que parfois quand ils vivent seuls ils ne se font plus à manger, et là il faut creuser un petit peu pour dire « bah ouais, qu'est-ce que vous vous faites à manger tout ça, vous ne mangez pas que du pain ou que du fromage le soir » des choses comme ça.

M10 Personne âgée vivant seule à domicile c'est quand même assez fréquent, il y a souvent des patients qui mangent de moins en moins bien, qui ne se font pas à manger et qui se font trois petits déjeuner par jour, au lieu d'un petit déjeuner, un repas le midi et un repas le soir.

3. **L'examen clinique**

L'examen somatique reste au cœur de la prise en charge, avec une attention particulière aux pathologies cutanées.

M2 *Des problèmes cutanés.*

M4 *Puis il y a la clinique aussi.*

M5 *Sur l'examen clinique.*

M8 *La dénutrition clinique. Aussi ceux qui ont des problèmes de cicatrisation.*

Le dynamomètre servant à mesurer la force de préhension est revenu à plusieurs reprises. Les propos ont été nuancés en avouant peu utiliser ce test en pratique.

M7 *Faire la circonférence brachiale, pour mesurer la circonférence brachiale et puis la préhension de la main qui est un paramètre de dénutrition. (…) En pratique c'est très long à faire, ça devrait être les infirmières qui le fassent, parce que nous au final on n'a pas le temps*

M11 *Le grinding-test mais je ne sais pas si ça, ça se fait au domicile. (Mime la mesure de la force de préhension en même temps)*

M12 *Éventuellement parfois les tours de bras et tout ça mais ça je ne l'utilise pas très souvent honnêtement.*

Un médecin souligne l'importance de l'interrogatoire

M4 *Chez les personnes âgées, on s'appuie d'abord sur (…) l'interrogatoire.*

4. **Mesure pondérale**

La mesure du poids, avec un amaigrissement est un élément central dans la dénutrition.

M3 Un amaigrissement important qui correspond à environ 10 % du poids du corps chez quelqu'un

M4 Chez les personnes âgées, on s'appuie d'abord sur le poids

M5 Sur le poids bien entendu

M6 Quand il y a une perte de poids principalement. (…) Enfin on les pèse, on voit s'il y a une perte de poids.

M7 La prise de poids, l'IMC, voir son, son, sa euh … sa masse musculaire. (…) Les gens qui ont perdus du poids.

M8 La perte de poids surtout.

M10 Perte de poids récente ou moins récente

5. **La biologie**

Un autre élément central est la réalisation d'un bilan biologique avec un dosage d'albumine et de préalbumine.

M1 Normalement on fait un dosage d'albumine pour voir un petit peu ce qu'il en est.

M2 Préalbumine

M4 On fait une préalbuminémie, et puis une albuminémie et on fait en fonction de ça.

M5 La prise de sang bien entendu quand tu le fais ouais, avec le dosage de l'albumine, les protéines.

M7 L'albuminémie aussi qui est un critère biologique puissant.

M9 L'évaluation avec une prise de sang

M11 Je dose l'albumine ou la prèalbuminémie pour surveiller la dénutrition et l'évolution.

Un médecin, exprime le fait de ne jamais initier une supplémentation sans dosage d'albumine.

M12 Je ne l'initie pas sans dosage d'albumine d'ailleurs.

C. Demandes extérieures

1. Aides des paramédicaux

Le passage des infirmières à domicile, motive des prescriptions de CNO.

M1	*Souvent c'est les infirmières qui nous alertent.*
M7	*Elle peut être demandée par les infirmières.*
M9	*Des fois l'infirmière elle va signaler quelqu'un qui ne mange pas bien ses repas ou … les services d'aides à domicile.*

2. L'entourage

Certaines demandes de complémentation orale visant la dénutrition peuvent aussi émaner de l'entourage du patient.

M1 J'ai une dame qui prend du DELICAL justement, des compléments alimentaires, c'est parce que sa fille « Ah bah docteur, elle mange pas bien, elle a maigri un peu, qu'est ce que vous en pensez ? » donc on prescrit, on fait de la prescription et puis c'est un petit peu la famille.

M3 Des fois il y a de la demande des enfants

M4 Chez les personnes âgées, on s'appuie d'abord sur le poids et puis aussi sur l'entourage. Parfois il y a quand même des demandes de la famille.

M5 Puis aussi les enfants aussi quand ils remarquent quelque chose, parfois toi tu peux passer à côté de quelque chose, mais parfois les enfants ils disent « vous savez elle mange plus beaucoup, je lui apporte ses repas mais elle les touche pas ».

M6 « Ma maman elle mange pas, est ce que vous pouvez pas lui mettre des compléments, ma voisine elle en a eu ? »

M8 L'entourage me dit qu'il mange très peu et qu'il y a un risque aussi de dénutrition par la suite, oui je lui mets des compléments alimentaires.

M9 Des fois à la demande de la personne ou de son entourage qui remarque des difficultés alimentaires.

M12 La première demande vient souvent des familles

Un médecin dit même ressentir une certaine pression face aux proches

M10 Il y a parfois une pression des familles

3. **Le patient**

Trois médecins s'accordent sur le fait que la demande peut provenir directement du patient.

M6 Le plus fréquemment c'est à la demande du patient

M9 Des fois à la demande de la personne

M10 Il y a parfois une pression des familles ou des patients pour avoir des compléments nutritionnels.

Par opposition, un seul médecin évoque le fait que selon lui la demande vient rarement des patients, qui connaissent peu ces thérapeutiques.

M12 D'ailleurs la première demande vient (…) rarement des patients, qui d'ailleurs souvent ne connaissent pas trop avant qu'on leur prescrive les compléments alimentaires.

D. La première prescription

1. Enrichissement de l'alimentation

Avant la prescription de CNO, il est possible de proposer un enrichissement de l'alimentation. Deux médecins ont songé à cette possibilité, mais nuance leur propos en exprimant peu le faire en pratique.

M10 Tu peux aussi enrichir l'alimentation d'une part de manière naturelle *M12 C'est vrai qu'on n' enrichit jamais, je ne propose pas souvent d'enrichir l'alimentation, on pourrait commencer par ça éventuellement, plutôt que tout de suite prescrire des compléments alimentaires.*

2. Modalités de prescription

Plusieurs médecins ont détaillé leur façon de prescrire des CNO en pratique.

M3 Alors moi je mets « continuer et prévenir quand stock fini, reste 20 ».

M6 C'est une prescription pour un mois en général au départ, et puis après on fait en fonction de l'évolution on réévalue.

M8 Je prescris, alors je ne mets pas de marque, mais je ne mets pas de goût, je ne mets rien, je mets complément alimentaire HP-HC la quantité, la durée et après à réévaluer à la fin de la prescription.

M11 Et ben je prends mon crayon et je note « un complément alimentaire AP-HC par jour, voire deux par jour pour patient dénutri ». Parfois je note perte de plus de 5% du poids.

Deux autres médecins se basent sur des critères objectifs pour initier la prescription de CNO.

M4 Je les … Je les mets quand même dans un premier temps chez tous les patients, qui répondent aux critères …

M9 Je fais d'abord l'évaluation avec une prise de sang et/ou un questionnaire nutritionnel pour pouvoir justifier la prescription … Le MNA.

3. **Les limites des critères de prescription**

Des critères objectifs sont demandés en cas de prescription de compléments oraux, néanmoins quelques médecins expriment le fait de passer outre.

M2 Même si l'albumine est bonne, je prescris.

M3 Parce qu'à chaque fois on reçoit des trucs de la « sécu » qui nous disent faut pas mettre ça comme des petits pains, comme des Doliprane hein ? Faut vraiment suivre les indications.

M6 Sur point d'appel à ma propre initiative.

M10 Oui je sais que normalement il y a des conditions de prescriptions des compléments nutritionnels, euh … mais je laisse ça un petit peu de côté.

M13 Ah il faut en represcrire 3 mois après ? (lit en même temps). Ah bah on n'y est pas hein … (rires).

E. Différents prescripteurs

Le premier acteur de la prescription est souvent le médecin traitant.

M4 Le plus souvent oui, elle vient de moi.

M8 Soit c'est moi, la moitié du temps c'est moi

M10 C'est de mon initiative. Ça peut arriver que ça soit à l'initiative d'un médecin hospitalier encore que je n'en suis même pas sûr, c'est quand même souvent le fait du médecin généraliste

Fréquemment, celle-ci peut aussi provenir d'une sortie d'hospitalisation.

M2 Alors des fois non, sortie d'hospitalisation, s'il a eu une longue hospitalisation, avec une dénutrition, problème de … problème d'escarres ou autres, ça peut venir de là. Notamment, là j'ai une patiente qui est jeune, qui a un lymphome des sinus, jeune 40 ans, préalbumine à 0,07 qui est ressortie avec une sonde naso-gastrique et des compléments nutritionnels quoi.

M3 Sorti d'hôpital soit cancéreux, soit dénutris qui sortent de gériatrie, ou après un séjour quand ils se sont cassés quelque chose, ou des fractures, enfin qu'ils sont restés longtemps …

M5 Parfois par l'intermédiaire de l'hôpital. Quand ils nous les renvoient, ils nous disent bon ben voilà il faut les mettre sous complément alimentaire.

M8 L'autre moitié du temps c'est des sorties d'hospitalisation avec des prescription hospitalière initiale et puis moi je surveille.

M9	*Ca peut être une sortie d'hospitalisation, notamment les passages en gériatrie*
M11	*Bah forcément parfois l'hôpital.*
M12	*En sortie d'hospitalisation*

Certains médecins soulignent le cas particulier des maisons de retraites où il existe un médecin coordinateur.

M11	*La maison de retraite aussi, donc la maison de retraite parfois c'est le médecin coordinateur*
M12	*Parfois en médecin de retraite aussi mais c'est le médecin référent*
M13	*Ca peut être les médecins coordinateurs des maisons de retraite*

Dans d'autres contextes, il est aussi possible que la prescription initiale provienne d'un autre médecin spécialiste.

M3	*Des fois c'est le centre de drogue*
M9	*Il y a le cas de l'oncologie mais là la prescription vient du médecin qui les suivent.*

Un médecin évoque le fait que la prescription de CNO puisse être établie par une diététicienne.

M12	*Les diététiciennes peuvent le faire aussi.*

F. Les limites de la prescription de CNO

Il existe des débordements à la prescription de compléments nutritionnels. Des exemples sont détaillés par certains médecins.

M3	*Il faut faire attention à tous les gens qui pendant 2 ans, veulent un régime amaigrissant, qui n'ont plus d'argent, qui s'achète de la drogue, qui ont plus de sous et qui se nourrissent avec.*
M10	*J'ai vu aussi des situations où en famille d'accueil bah on donnait les compléments alimentaires le matin le midi et le soir, et puis comme ça il n'y avait pas de cuisine à faire. Enfin c'est comme ça que je voyais les choses.*

III. Aide à la prescription de l'assurance maladie

A. Connaissance de l'aide à la prescription

Cinq médecins déclarent connaitre cette fiche d'aide à la prescription. Leurs réponses sont courtes et fermées. Une relance a ensuite été faite.

M2	*Ouais, bien sûr.*
M6	*Ouais, ouai*
M7	*Ah ouais, j'avais vu ça une fois, ouais c'est vrai.*
M9	*Ouais*
M10	*Je le connais, je ne l'utilise pas.*

Au contraire, trois autres médecins disent ne pas connaitre ce document. Un seul se justifie en expliquant ne pas trouver d'informations sur le portail Ameli.

M1	*Pas du tout*
M3	*Non mais on n'arrive pas à trouver tout ça. Maintenant on a rien dans le portail.*
M13	*Non*

D'autres médecins quant à eux, ne se souviennent plus très bien du contenu, mais pensent avoir déjà vu ce document.

M4 Il me semble que j'ai déjà vu ces documents

M8 Euhhh, pfff, j'ai dû l'avoir sous les yeux à une époque, mais là comme ça je me n'en sers plus non.

M11 Euh, je sais pas, je l'ai peut-être déjà lu, c'est possible. (…) Alors, j'ai dû le lire, maintenant je ne m'y réfère pas à chaque fois que je prescris un complément alimentaire nutritionnel par voie orale.

M12 Je l'ai déjà lu, mais je ne l'utilise pas beaucoup. Je ne la connais honnêtement pas par cœur.

Ils évoquent différentes raisons pour justifier le fait de ne pas connaitre le document. Premièrement un manque d'intérêt pour la nutrition.

M5 Je l'ai déjà vu. Mais je l'ai jamais lu. Non je l'ai pas lu. (rires). On en reçoit parfois des choses comme ça. Quand il y a vraiment un truc qui m'intéresse beaucoup je le lis, mais là franchement j'ai pas lu.

Un autre met en avant un manque de diffusion.

M6 En fait, c'est plus une question de diffusion aussi. Peut-être la diffuser plus largement. Moi je l'ai eu il y a 4 ans ou 5 ans quand je remplaçais sur le secteur, il y a un de mes prats qui a reçu un courrier pendant que je le remplaçais, qui s'est fait taper sur les doigts sur les prescriptions de CNO par la sécu et du coup c'est là-dessus que j'ai découvert ça en fait. Mais sinon je ne l'aurais jamais connu ce truc là.

Enfin, un médecin répond par une question, en avançant l'ancienneté du document.

M1 Ah oui j'ai eu ça mais ça date d'il y a longtemps ?

B. Applicabilité en pratique

1. Les points positifs

Cette aide à la prescription a été jugé utile par plusieurs praticiens, malgré parfois leur connaissance limitée du document.

> *M1 Je pense que ça peut être applicable*
>
> *M2 Oui, non mais c'est juste logique en fait.*
>
> *M6 Non mais en fait en la lisant elle est pas si mal*
>
> *M8 Oui ça pourrait être applicable, ça peut être le genre de … d'ordonnance un peu préfaite qu'on pourrait enregistrer dans nos logiciels hein. QSP 4 semaines, puis à réévaluer après. Non ça pourrait aider.*
>
> *M13 Ouais c'est faisable peut être en ville. Par contre chez la personne âgée à domicile il faudrait qu'on y pense.*

Un seul médecin utilise déjà ce document dans le dépistage de la dénutrition.

> *M9 C'est comme ça j'ai commencé à faire des MNA pour … bah parce que du coup le pharmacien ne pouvait plus délivrer si on ne justifiait pas la prescription donc euh ... c'est vrai que des fois ... ou quand j'ai des demandes qui ne me paraissent pas justifiée pour expliquer aux gens qu'ils ne rentrent pas dans les critères pour en avoir, je ressors les critères. C'est vrai que quand c'est pas lié à de l'oncologie c'est vrai que ça peut arriver que je ressorte la recommandation exactement, pour juger si c'est utile.*

2. Quelques modifications

Pour envisager une utilisation plus large, un médecin évoque certaines modifications à effectuer sur ce document.

M6 Je ne l'utilise pas donc ça peut être ou le développer ou le … le simplifier. Ils pourraient la faire en une page la faire plus simple. Le contenu est plutôt intéressant mais il faut la simplifier la passer sur une page.

3. **Les freins évoqués**

Certains justifient leur prescription en évoquant leur sens clinique.

M4 Bah moi, je ne fais pas attention à ça. Je fais … Le bon sens (rires). En premier le malade.

M12 Euh je le n'applique pas parce que j'avoue faire un peu au feeling. Je ne l'utilise pas trop, je ne la connais pas très bien.

D'autres mettent en avant un manque de temps en médecine générale, mais certains le déplorent.

M1 (souffle) Bah ouais, les situations à risques euh … mais euh. Je pense qu'on passe souvent beaucoup un petit peu rapidement quoi pour dire renouvellement de traitement et des choses comme ça.

M6 C'est compliqué. (…) Euhhh, ben il faut réévaluer à deux semaines c'est ça ? Faut réévaluer à deux semaines, faut quantifier très précisément, très précisément la perte de poids, faut être dans les 5 % ou 10 % en fonction de la, de la …la durée enfin le, leee, la période de temps sur laquelle la personne a perdu du poids. En vrai, on a pas le temps de faire ça.

M10 Je le connais, je ne l'utilise pas. Pas le temps.

Enfin un médecin juge quant à lui que ce document est plus utile aux médecins coordinateurs dans les EHPAD.

M13	*Dans les maisons de retraite, c'est le travail du médecin coordinateur.*

IV. **Suivi des patients dénutris**

A. Éléments de surveillance

1. **Biologie**

La majorité des médecins interrogés s'accordent à dire qu'ils surveillent la dénutrition grâce au dosage d'albumine et parfois de préalbumine.

M2	*La prise de sang bien sûr.*
M3	*On fait des prises de sang, albuminémie, préalbuminémie, protidémie. Ça vous donne quand même … ça vous permet de voir.*
M4	*Il faut faire un suivi avec la préalbuminémie et puis l'albuminémie.*
M7	*Faire une albumine, préalbuminémie dans le suivi biologique.*
M8	*La prise de sang*
M9	*Bah quand je leur fais des prises de sang je vérifie aussi où ça en est, c'est comme ça.*
M10	*L'albuminémie*
M11	*De temps en temps je dose l'albumine ou la prè albuminémie pour surveiller la dénutrition et l'évolution.*

Un médecin s'interroge sur la périodicité de la surveillance biologique.

M7	*A combien de temps ? ohhh là je ne sais pas. Franchement, allez à au moins un mois. (…) Je me trompe ? (…) Trois mois ouais. (…) Je ne sais pas.*

D'autres quant à eux, organisent un contrôle trimestriel.

M5 Souvent je fais protéine et albuminémie quand même, des prises de sang mais pas tous les mois, tous les 3 à 6 mois par exemple quand ils sont fort dénutris.

M6 Je fais un contrôle bio à 3 mois.

2. **La clinique**

L'aspect clinique reste une priorité chez certains praticiens.

M4 Oui puis la clinique aussi

M5 L'aspect clinique aussi

M11 C'est plus en fonction de s'ils me disent qu'ils le prennent bien, qu'ils vont mieux.

D'autres expriment la nécessité de réaliser des mesures, mais en pratique cela semble difficile.

M7 Alors c'est sûr qu'il faudrait reprendre les, les … les mesures anthropométriques

M12 Un peu aussi, éventuellement parfois les tours de bras et tout ça mais ça je ne l'utilise pas très souvent honnêtement.

Pour d'autres, il est établi que la surveillance du poids doit être effectuée.

M2 Bah le poids, le poids. (…) Systématiquement. Ici c'est systématique. C'est pour ça que c'est plus ici qu'au domicile.

M5 Le poids bien sûr.

M6 Faut réévaluer à deux semaines, faut quantifier très précisément, très précisément la perte de poids, faut être dans les 5 % ou 10 % en fonction.

M11 La prise de poids

M12 Le poids aussi

3. **Le psychologique**

Des professionnels de santé mettent en avant une veille de l'état psychologique de leurs patients.

M2	*Souvent quand ils en ont besoin ils sont un peu chagrins.*
M7	*S'ils sont pas déprimés. Et souvent c'est la dépression qui entraine une dénutrition chez les personnes âgées.*
M11	*En fonction de s'ils me disent qu'ils le prennent bien, qu'ils vont mieux.*

4. **D'autres critères**

De façon moins fréquente, certains médecins se reposent sur d'autres critères de surveillance.

Un premier groupe, fait confiance à l'entourage.

M2	*L'entourage*
M4	*Parce que vous avez souvent des gens « oui il mange ect et tout »*

Un deuxième, analyse les ingestas de ses patients.

M7	*Après comment ils mangent aussi.*

Et enfin un dernier, organise une surveillance conjointe avec une diététicienne.

M6	*Dans ces cas-là ceux-là j'essaie maintenant, ce que je ne faisais pas avant, ça fait que quelques mois qu'on a commencé, j'essaie de leur envoyer la diet, pour comprendre un petit peu ce qu'il se passe.*

5. **Freins au suivi**

Une partie des médecins avoue ne pas avoir de suivi spécifique après avoir diagnostiqué une dénutrition.

M1	*Moi j'ai pas tendance à le faire très facilement, c'est vrai.*
M3	*Mal.*
M10	*Je devrais, mais je n'en ai pas vraiment en dehors du poids*

D'autres estiment que cette prescription ne nécessite pas de suivi.

M9	*Après à part dans des contextes aigus, souvent une fois qu'on a commencé, on reste sur une prescription au long cours.*
M13	*On prescrit systématiquement*

Il a été mis en avant un manque de temps lors des consultations, qui limite une surveillance optimale.

M6	*Bah déjà on est obligé de revenir un mois plus tard. (…) C'est pas chiant, c'est justifié en fait, mais ça me saoule.*
M7	*Il faut avoir le temps.*
M9	*C'est toujours compliqué parce que tout ce qui est score c'est long à évaluer, donc en médecine de ville c'est pas toujours facile à mettre en place. Euh c'est pas simple …*

Mais aussi un manque de formation, lié à un problème générationnel.

M1	*Je pense que c'est un problème d'éducation des médecins. Peut-être les jeunes ont plus l'habitude de ce genre de produit*

Un autre adapte son suivi selon l'état général de son patient.

M4	*Mais bon ça dépend du patient, de son état, et aussi de son espérance de vie.*

Enfin, un dernier quant à lui dit peu rencontrer cette situation.

M8	*Non, j'ai qu'un seul patient que j'ai suivi, mais c'est parce qu'il est suivi à l'hôpital pour une problématique de cancer et du coup il est aussi suivi par la nutritionniste, mais sinon non.*

B. Le suivi à domicile

1. Simplification de la démarche

Selon certains praticiens, les visites à domicile permettent de simplifier le suivi diététique.

M5	*C'est plus facile à domicile encore je trouve parce que tu vois le milieu dans lequel ils vivent. Donc ça c'est important quand même. Quand tu vois que parfois c'est des gazinières toutes pourries, bah voilà tu te dis il n'y a rien qui les incitent à faire à manger. (…) L'avantage des visites à domicile, de voir le milieu dans lequel ils vivent, le milieu social, le milieu également aménagement de la cuisine. (…) Moi je vais souvent dans les cuisines. Et c'est là qu'on voit qu'elles ne sont pas très utilisées non plus.*

Une surveillance des stocks permet de se rendre compte de la prise effective.

M3 « Vous en êtes où ? montrez-moi un peu vos stocks ». Vous allez demander ce qu'il reste en stock, « où est votre stock, montrez-moi ». Et là vous voyez par rapport à la dernière ordonnance que vous avez fait combien il en reste.

M12 On se rend compte qu'il y a toutes les boites qui sont pleines.

M13 On voit déjà s'ils les prennent. (…) Il faut quand même se méfier qu'ils les prennent bien, c'est-à-dire il ne faut pas que ça complète enfin il ne faut pas que ça remplace l'alimentation orale.

2. **Difficultés rencontrées**

Au contraire, le fait d'être le seul professionnel de santé à domicile peut rendre la consultation difficile.

M5 D'être tout seul à domicile c'est dur. Et parfois les gens nous cachent vraiment beaucoup de chose.

La majorité des médecins expriment leur difficulté pour peser les patients à domicile.

M2 Alors le poids c'est compliqué, parce que là je ne peux pas les peser.

M4 Oui, le poids c'est très difficile.

M6 J'essaie de les peser, mais à domicile c'est, c'est souvent des patients à domicile et c'est pas facile. Je leur demande d'acheter une balance, mais c'est pas toujours le cas, ou la balance elle est pourrie.

M9 C'est pour ça que le critère du poids il est compliqué au domicile. Je dirais que la moitié des gens à qui j'en prescrit ne tiennent plus debout.

M10 On essaye de les peser, c'est vrai que ce n'est pas toujours évident.

M11 La prise de poids à domicile est parfois un peu compliqué

Néanmoins le degré de validité des personnes âgées est un critère non négligeable.

M5	*Bah le poids à domicile quand les gens sont valides c'est facile, bon après c'est surtout à l'aspect clinique que tu vois la maigreur, les cernes sous les yeux, ouais euh …*
M12	*A domicile moi je leur demande systématiquement d'avoir une balance pour qu'on les pèse à chaque fois*

3. **Absence de spécificités**

Pour quatre médecins, il n'existe pas de différences entre un suivi à domicile ou un suivi en cabinet.

M1	*Non je ne pense pas non, pas vraiment non. Non, non, non.*
M8	*Non un peu comme ici*
M9	*Non pas vraiment, non.*
M13	*On prescrit systématiquement. (…) Après à domicile non il n'y a pas de suivi. (…) Bah on n'y pense pas. Je pense que ce n'est même pas une question de difficulté, on y pense pas du tout.*

C. Suivi en institution

La démarche de surveillance nutritionnelle semble être simplifié par des dosages d'albumine et par la mesure du poids systématique lorsque la personne âgée se trouve en EHPAD.

M1	*Dans les EHPAD, maintenant ils font des dosages d'albumine très régulièrement*

M4 Normalement il faut faire un suivi avec la préalbuminémie et puis l'albuminémie, mais … Je fais, je le fais très souvent quand je suis en maison de retraite. Mais très souvent c'est l'EHPAD qui veut … qui le fait directement.

M12 En EHPAD honnêtement les suivis pondéraux sont réalisés par les équipes soignantes donc c'est assez simple de les suivre.

M13 Alors en EHPAD ils font un poids une fois par mois, systématiquement.

De plus, la surveillance de la prise, ainsi qu'un apport nutritionnel supplémentaire sont des points positifs dans la surveillance.

M3 En EHPAD c'est bien parce que c'est suivi tous les jours, donc ça c'est l'infirmière qui va vous dire tout de suite, vous savez il prend, il ne prend pas mais c'est au jour le jour.

M13 Après à l'EHPAD ils enrichissent les repas déjà, pour les gens qui ont une albumine qui a chuté. On prescrit les CNO mais en fait ils complètent dans l'alimentation classique.

Deux médecins ne suivent pas ou peu de patients domiciliés en structure.

M6 J'en ai très peu, j'ai deux patients en maison de retraite et 3 en famille d'accueil.

M8 C'est vrai que je sais que dans les maisons de retraite et tout, ils ont des protocoles bien établis, ici on n'a pas de structure comme ça.

V. Renouvellement de la prescription de CNO

A. Motivations à poursuivre les CNO

1. Le cas des pathologies chroniques

a) L'oncologie

Dans le cadre d'un suivi de cancer, les médecins interrogés renouvellent facilement les CNO.

M6 Sur des situations assez insolubles : un cancer. Je vais pas trop les embêter non plus. Euhhh donc une pathologie qui n'est pas, qui n'est pas curable ou dont on connait l'évolution, fin dont l'évolution sera défavorable très probablement, dans ces cas-là je me pose pas de question, je leurs prescrit tous les 3 mois et puis basta.
M7 S'il y a des patients âgés qui subissent des traitements lourds forcément.
M8 Les pathologies chroniques aussi qui ne vont pas en s'améliorant.
M12 Chez les patients pour lesquels les thérapeutiques nécessitent un apport nutritionnels complet.

b) La gériatrie

Mais aussi dans le cas d'un syndrome gériatrique, avec syndrome de glissement.

M1 La personne âgée qui se laisse aller
M2 La clinique, la dysautonomie, l'état. Souvent avec l'âge, il y a une perte d'appétit, surtout que souvent les patients vivent seuls, perte d'envie de se faire les repas.

M4 Quand elle s'améliore, quand les escarres diminuent, quand ça va bien, et puis quand elle a une espérance de vie qui est valable.

M5 Si la dame elle est âgée et puis qu'elle aime bien bah ouai c'est toujours bien. De toute façon, comme je sais qu'elle vit toute seule que l'entourage n'est pas présent, je me dis que c'est toujours ça de pris de tout façon.

M12 Les patients qui se dégradent

M13 Tout ce qui est les œdèmes tout ça aussi.

Certains médecins poursuivent le renouvellement dans un contexte de fin de vie.

M4 Je pense de tout façon, même si leur pronostic vital à court terme est menacé je pense qu'ils vont peut-être quand même avoir un bien être. C'est quand même ça qui prime. Si en plus ça peut leur donner du confort, des douleurs en moins et puis des trucs comme ça, faut pas s'en priver.

M7 C'est surtout pour l'autonomie de la personne et puis forcément ça, ça … son espérance de vie aussi

Mais aussi dans un contexte de démence.

M10 La personne âgée démente, où là, la perte de poids est vraiment inhérente a, aux, aux troubles cognitifs.

2. **Critères clinico-biologique**

La persistance d'une dénutrition biologique, avec une albumine basse entraine un renouvellement de la prescription.

M5 Le dosage de protéines, d'albumine.

M8 Surtout, ben si au niveau bio j'ai toujours une albumine - préalbumine mauvaise

D'autre part, la dénutrition clinique avec un poids toujours inférieur à l'objectif entraine elle aussi un renouvellement de la prescription.

M1	*La non prise de poids*
M3	*Surveillance du poids, si vraiment ils arrêtent de maigrir, ou s'ils maintiennent leur poids là c'est pas mal.*

3. **L'observance**

Celle-ci est aussi prolongée si les patients sont bien observants.

M11	*S'ils adhérent au traitement, s'ils y trouvent un bénéfice*
M13	*Ce qui nous motive c'est déjà qu'ils les prennent. S'ils les prennent on les poursuit.*

4. **Difficultés de prise orale**

Une autre motivation rapportée, est celle de la poursuite des troubles oraux, avec une difficulté à la prise alimentaire « classique ».

M8	*Si la personne a de grosse difficulté à manger les aliments classiques ou préparés, mixés ect et que l'on arrive pas du tout à faire ça.*
M9	*Bah l'absence d'amélioration orale, des troubles de la déglutition qui persistent.*

5. **Incitations extérieures**

Lorsque la famille ou le patient lui-même demande un renouvellement, les médecins peuvent prescrire un renouvellement.

M1 L'entourage qui dit « Bah non il mange toujours pas, ça va pas mieux ».

M4 Et puis même le regard de la famille qui vont voir un patient, enfin un … qui va aller mieux, ça va les aider aussi.

M13 Qu'ils nous le demandent, parce qu'il y en a qui aiment vraiment, ça les rassure de le prendre à 10 h.

B. Arrêt de la prescription de CNO

1. Le cas des pathologies transitoires

La prescription de CNO peut être interrompue dans le cadre d'une pathologie transitoire, permettant une reprise de l'alimentation correcte.

M9 Normalement quand il y a une circonstance aigue qui fait que la personne a moins bien mangé ou une grosse infection, suite à une hospitalisation on va le mettre et puis quand, quand la personne a retrouvé un appétit normal on peut l'arrêter.

M10 Une récupération au niveau de l'état général, de l'état de santé physique

M12 Un patient, qui … pour lequel on aurait introduit un complément alimentaire dans une phase de maladie plus aiguë, notamment chez les patients qui sont suivis pour des cancers

2. Augmentation des ingestas

Certains médecins arrêtent la prescription si le patient mange de nouveau normalement.

M2 L'alimentation, qui est bonne

M9	*Ou qu'il y a eu un problème lié à une difficulté de mastication transitoire par exemple et que ça va mieux bah on peut arrêter le complément nutritionnel*
M11	*C'est si le patient va mieux, qu'il mange mieux et que l'état général va mieux*
M12	*Des patients pour lesquels on a réussi à réintroduire une alimentation riche correcte.*

3. **Critères clinico-biologique**

La suspension des CNO peut être acquise en cas d'amélioration de la biologie avec une augmentation de l'albuminémie.

M1	*Un contrôle du dosage d'albumine*
M2	*La biologie qui est bonne*
M4	*L'albuminémie et de la préalbuminémie*
M6	*En général à 3 mois si l'albu est bonne, j'essaie de les arrêter, des critères biologiques ou … c'est surtout sur des critères biologiques en fait. Et on prévoit un contrôle 6 mois plus tard pour vérifier qu'il n'y a pas de récidive.*
M8	*L'amélioration clinique du patient et de sa prise de sang.*
M9	*Si on voit que l'albumine remonte bien, voilà on peut arrêter.*

Mais aussi avec une augmentation du poids.

M2	*Une reprise de poids*
M10	*Reprise de poids*

4. **Défaut d'observance**

La mauvaise observance de la prescription est une des principales motivations d'arrêt pour les praticiens.

M3 Quand ils vous disent de toute façon on ne les prend pas, on les prend irrégulièrement, quand il y en a plein dans le frigo

M5 Quand les gens disent que c'est pas bon, souvent c'est le cas « oh j'aime plus, je ne supporte plus j'arrête ça ». Elle est jamais assez bonne je trouve.

M7 Bah la raison c'est si les gens n'en veulent pas.

M11 Les patients ne les prennent pas, parce qu'ils aiment pas, parce que, parce que c'est compliqué pour je ne sais quelle raison.

M12 Non l'observance elle est pas bonne

M13 Le fait qu'ils ne les prennent pas. Et c'est très fréquent en fait. Ils n'aiment pas le gout, ou on ne leur propose pas une autre marque, ou on ne leur propose pas une autre façon de les prendre, En général, une fois qu'ils ont essayé et que ça ne leur plait pas, ils ont du mal à y retourner. Puis s'ils ne les prennent pas ça n'a pas d'intérêt.

5. **Absence d'efficacité**

Certains médecins vont plus loin en décrivant même le décès du patient comme critère d'arrêt de la complémentation.

M3 L'inutilité, le décès. Vous aurez beau mettre 4 tonnes de machins, quand vous avez décidé de dire de toute façon il n'y a rien qui me dit, j'ai plus d'envie, je reste sur place, je suis vieux, j'arrive plus à me bouger, je suis fatigué, oh puis j'ai plus gout à rien, oh puis j'en peux plus. Bon c'est tout il se laisse aller … c'est fin de programme.

M11 Qu'il est décédé (rires).

6. **Néanmoins difficile**

Cependant, quelques fois malgré la présence de critères d'arrêt il est difficile pour les médecins de suspendre cette prescription chez une personne âgée.

M2 Mais bon quand c'est plutôt dans la dysautonomie, c'est pas dans l'ordre des chose quoi.

M8 Là je suis en train d'en faire arrêter, ce qui n'est pas évident chez les patients qui sont habitués, ils aiment bien avoir leur petit yaourt.

M9 Mais effectivement chez les sujets âgés ça arrive assez rarement.

M10 Mais il y arrive, … comment dire … fréquemment je ne sais pas mais que l'on soit conduit à renouveler régulièrement une prescription de complément nutritionnel. Et là je dois dire qu'il y a souvent, pas forcément des critères objectifs mais une situation un petit peu … euh … facile pour les patients, pour les familles.

VI. **Voies d'amélioration**

A. Satisfaction du suivi

Trois médecins se prononcent sur le fait qu'ils sont satisfaits du suivi et de l'observance de la prescription de CNO.

M6 Je ne sais pas si l'observance, je n'ai jamais regardé l'observance des CNO si elle est bonne ou pas j'en sais rien. Si ça se tombe elle est bonne. Si on a bien adapté normalement … Enfin je pense que oui, j'ai assez peu de retour où ils ne les prennent pas. Ou en tout cas quand s'ils ne les prennent pas ils nous le disent.

M9 En général l'observance est bonne surtout quand la demande vient de la personne.

M12 Honnêtement je trouve qu'on les suit assez régulièrement, c'est vrai que ce n'est jamais le motif de consultation principal, mais moi c'est vrai qu'à partir d'un certain âge je les pèse à chaque fois, donc on voit suffisamment rapidement

B. Améliorer le suivi

1. Implication des paramédicaux

a) Diététicienne

La majorité des médecins ont évoqué la nécessité d'un suivi spécifique, qui pourrait être réalisé par une diététicienne.

M5 Avoir recours à la diététicienne ça je pense que c'est une bonne chose.

M6 Une prise en charge diet qui serait peut-être plus réalisable pour des med gé qui sont pour la plupart débordés et la plupart ne prennent pas le temps de faire ça.

M8 Bah ici on pourrait faire appel à notre nutritionniste peut être.

M10 On pourrait travailler avec la diététicienne, si on parle du patient suivi à domicile hein, enfin en ambulatoire.

M12 On pourrait … effectivement ce que l'on ne fait pas souvent c'est l'adresser à un diététicien ou un tiers, c'est vrai que c'est quelque chose qu'on garde pour nous, mais on pourrait proposer éventuellement des suivis plus réguliers.

Un médecin a même déjà débuté une prise en charge conjointe. Il rapporte des premiers résultats encourageants.

M6 En plus on a des bons résultats. Ça marche plutôt pas trop mal pour les premiers retours. Après il faut voir le suivi à long terme, c'est toujours pareil mais en tout cas il y a moyen.

Cependant même si la plupart des praticiens s'accordent sur une prise en charge diététique, certains soulèvent le problème de la prise en charge financière.

M6 Prévoir une prise en charge diet remboursée. Et en plus je suis sûr qu'économiquement ça serait pertinent parce que en fait si on déprescrit des compléments alimentaires on aura un coût qui sera moindre et finalement la séance de diet, elle serait largement amortie par la non prescription d'un complément alimentaire.

M7 Bah en fait, en France on n'a pas de diététicienne payée par la sécu. Il n'y a pas de diététicien, parce que c'est des gens qui n'ont pas forcément d'argent, ils ne peuvent pas voir la diététicienne c'est trop cher.

M11 En ayant, pourquoi pas une prise en charge diet remboursée, par la sécu.

Un médecin y voit quant à lui un projet d'avenir pour les MSP.

M10 Tu me donnes une idée pour aussi le projet de santé dans le cadre de la maison de santé, on doit mettre en place un centre d'action de santé et donc (…) ça pourrait être intéressant et ça permettrait aussi de faire entrer en lice la diet

b) Rééducateurs

Afin d'améliorer le suivi, l'intégration des ergothérapeutes serait une piste intéressante pour un médecin afin d'adapter un maximum l'environnement du patient.

M5 De l'ergothérapie à domicile, je pense c'est pas mal. (…) Il se trouve que ouai, l'adaptation, l'ergothérapie dans une cuisine c'est pas mal. Les structures faites pour l'aménagement des cuisines à domicile, aménagement de l'intérieur des maisons.

Mais aussi l'intégration des kinésithérapeutes, dans le but de favoriser l'autonomie.

M5 Même les kinés même parfois quand ils font de la kiné, ça serait pas mal de voir, si elles se débrouillent, si elles ont assez de force pour se lever de leur fauteuil pour accéder au placard.

M12 Les kinés peuvent être moteur aussi, parce qu'il y a quand même une grosse part de nutrition, masse musculaire et tout ça.

c) Infirmières

Une autre proposition a été de former d'avantage les infirmières à la dénutrition, et leurs permettre de faire des soins plus avancés.

M7 Bah la première chose c'est former les infirmières parce que pour moi, je pense que on n'a pas le temps de faire ces mesures anthropométriques. Il faudrait une cotation, un truc spécial pour les infirmières. Les infirmières peuvent coter les pansements complexes, bah on pourrait faire très bien « mesures anthropométriques, évaluation de la dénutrition » c'est une bonne idée ça. C'est pour ça que moi je voulais faire une petite formation à l'EHPAD.

Il va même plus loin en imaginant une maison de santé doté d'une infirmière prenant les différentes mesures et constantes.

M7 Ce qu'il faudrait c'est une maison de santé ou vraiment l'état interviendrait et prendrait en charge la secrétaire et une personne qualifiée pour prendre les mesures des gens et faciliter le boulot des médecins

d) Partage d'informations

Un autre médecin déplore quant à lui le manque de transmissions faites entre les différents acteurs de la prise en charge.

M5 C'est vrai qu'il n'y a pas de véritable communication là-dessus. C'est encore le même problème comme partout, c'est le manque de communication entre les différentes spécialités, et puis on a tout si on veut. On a la diététicienne, on a l'ergothérapeute, on a le kiné, on a les infirmières, on a les aides-soignantes, on a les aides ménagères, on a tous ceux qui peuvent intervenir, pour faire intervenir tout ce monde-là et avoir un truc commun, c'est ça qui serait bien.

2. **Programme de suivi externe**

Deux médecins proposent des alternatives au suivi par le médecin traitant, en faisant appel à des réseaux externes organisés, comme une équipe mobile ou un programme de prise en charge globale.

M2 Un peu ce qui est fait des fois avec … c'est ce qui est mis en place justement par la sécurité sociale, SOPHIA ou FILI'O. C'est tout ce qui est diabète avec un petit retour diététique. D'ailleurs, j'ai un patient qui est sous gastrostomie pour une chimio suivi par le COL, et des fois je reçois des rapports du suivi qu'ils ont et ça c'est intéressant. Donc ça c'est pas mal qu'il y ai le retour, qu'il y ai un suivi à partir du moment où le laboratoire serait prescrit, qui, qui, qui … qui rappelle, qui surveille la consommation. FILI'O. C'est une filière obésité spécifique d'ici. SOPHIA par contre c'est vraiment plus diabétique, national avec justement voilà. C'est libre soit on peut le déclencher en tant que médecin soit ils peuvent le faire seul. Pour la dénutrition c'est plus simple, ça serait juste savoir le suivi … le suivi de la prescription quoi.

M11 Parfois quand c'est compliqué, pourquoi pas une équipe mobile euh … de l'hôpital qui pourrait se déplacer pour faire un suivi de dénutrition.

3. **Une aide dématérialisée**

L'intégration dans les logiciels informatiques de rappels de surveillance aiderait les prescripteurs.

M6 Faudrait prévoir en fait un espèce de … Quand on instaure une prescription ou quand on renouvelle une prescription, un espèce de rappel automatique à 6 mois. Un contrôle un peu standardisé : l'albu, le poids. Enfin l'albu 6 mois plus tard, le poids 6 mois plus tard.

Ou encore réaliser des questionnaires à remettre au patient lors de la prescription initiale pour aider à réévaluer.

M5 Il faudrait établir une fiche que chacun doit remplir et puis bon rapporter au médecin.

M9 Après oui peut être un questionnaire vraiment très simple qu'on pourrait mettre au patient ou à ses proches qu'on refait je sais pas, peut être 3-4 fois par an pour voir où ça en est.

4. **Le lien patient-médecin**

Des médecins jugent qu'en enrichissant le lien patient-médecin, le suivi serait plus simple.

M4 Et surtout s'entraider. Et puis il n'y a jamais un chef. Même si le malade à quand même toujours 51% des actions.

M8 Je pense qu'on manque peut-être de leur expliquer à la base la prescription des compléments alimentaires. Parce qu'ils prennent ça comme un yaourt ou un bon gouter remboursé par la sécurité sociale. Et donc du coup je pense que si on prenait un peu plus le temps de leur expliquer à la base pourquoi on met ça, quel est le but et leur dire pour combien de temps on prévoit de le prendre ça serait déjà peut être plus facile à arrêter. Et puis pour le suivi aussi, qu'ils aient compris pour c'est ça, pourquoi on leur met ça. Et puis ouai, le réévaluer à chaque fois parce que c'est vrai que quand on va chez les patients « oh oubliez pas mes compléments alimentaires », en fait j'ai l'impression que pour eux c'est pas un médicament c'est un gouter. Ouais voilà et ils ne comprennent pas trop l'enjeu et même les risques après de consommer ça trop longtemps.

M13	*Bah déjà en écoutant plus nos patients, quand ils nous disent qu'ils n'aiment pas, ne pas s'entêter à leur prescrire un truc qu'ils n'aiment pas.*

5. **La formation**

Des médecins regrettent le manque de formation initiale et continue, afin de mieux suivre leurs patients.

M4	*C'est pour ça que je continue à me former.*
M5	*Dans les cours de toute façon on n'a jamais eu de cours.*

6. **Remise en question**

Lors des entretiens, de nombreux praticiens ont remis en question leur propre exercice.

M1	*Je pense qu'on passe souvent beaucoup un petit peu rapidement quoi. Faudrait que nous, on fasse un peu plus attention, c'est ça. C'est vrai que nous on est prescripteur, mais on n'est pas, on n'est pas forcement … On est spectateur lointain disons.*
M4	*Savoir les règles de base et il faut savoir qu'il y a des règles à appliquer et que ça ne se fait pas toujours qu'au feeling. Il faut éduquer et des fois il faut éduquer le médecin lui-même.*
M7	*Bah en ayant déjà un suivi plus important.*
M10	*Bah en pesant ses patients déjà, euh … en surveillant l'albuminémie effectivement.*
M11	*Euh et puis euh ouais après ça serait à moi de mettre en place de chose mais … C'est vrai, mise à part le poids et l'albu et l'état général je ne vois pas trop ce que je pourrais faire de plus quoi.*

M13 Bah déjà en prenant un poids (rires), et en surveillant l'albumine oui effectivement peut être un peu plus souvent qu'une fois par an. (…) Si justement si on en prescrit plein et qu'il y en a encore plein à la maison est ce que l'on ne peut pas se poser la question est ce qu'ils sont bien pris ou pas ?

C. Améliorer l'observance

1. Éducation thérapeutique

Grâce au renforcement de l'éducation thérapeutique, il est possible selon les différents médecins d'augmenter l'observance des CNO.

M3 Alors il faut bien leur dire que c'est pas pour remplacer le repas. C'est en plus.

M4 Il faut éduquer et des fois il faut éduquer le médecin lui-même

M7 Bah après le proposer aussi euh … au bon moment, parce qu'il ne faut pas le prendre au moment d'un repas.

M10 Bien expliquer qu'un complément ça ne se prend pas au moment des repas mais entre les repas et en fractionnant éventuellement entre le matin et l'après-midi, si tu estimes qu'il faut un complément par jour tu peux fractionner.

Un médecin prodigue même des conseils de recette à ses patients afin de maximiser la prise des CNO.

M13 Après il ne faut pas hésiter à … il y a les petits livrets alimentaires pour faire la cuisine et tout ça, leur proposer. Leur proposer de faire des gâteaux avec des CNO, parce que ça se fait très bien et ça marche très bien, et ça rapporte pas mal de gout. Ça peut être une solution quand on n'aime pas.

2. Adapter les CNO

a) Selon les goûts du patient

Dans un premier temps, certains médecins adaptent eux même les gouts et textures des CNO.

M1 Oui de varier, le chocolat ils n'aiment pas mais pas contre le café ils aiment bien donc on essaie de varier un petit peu les plaisirs.

M3 Il faut leur demander le gout, s'ils aiment bien le gout.

M9 Donc euh c'est en changeant le gout, la façon de le présenter qu'on arrive à avoir de l'observance …

M10 Il faut vraiment s'adapter à l'individu et là il y a vraiment le travail sur la présentation d'une part. Il existe donc les compléments alimentaires euh de différentes textures, de différentes saveurs. Là-dessus on peut travailler, les gens ont des préférences. Alors les sujets âgés ont souvent une appétence pour le sucre et donc … et d'ailleurs la majorité des compléments alimentaires sont plutôt sucrés.

M12 En adaptant un peu mieux le type de compléments alimentaires pour que ce soit possible d'avoir une alimentation à côté.

M13 Réadapté ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas, parce qu'ils n'aiment pas forcément les crèmes. (…) Il y a quand même toutes les poudres, mais ce n'est pas pratique non plus les poudres, les différents gouts, les différentes crèmes, les jus de fruits, les laitages …

Un autre médecin aimerait adapter la prescription, cependant il reconnait qu'il ne connait pas toute la gamme de produit disponible.

M4 Tout est une question aussi de texture. C'est hyper important, café, vanille, machins, crème, pots tout ça. Il faut leur faire plaisir. Et donc c'est très très important de leur donner un panel et c'est pas toujours facile parce que l'on ne sait pas tout et tout ce qu'il y a et tout. Il faut aussi essayer de d'associer un relatif plaisir à ce que l'on ingère.

La prescription d'un CNO neutre permet de compléter l'alimentation sans en changer le goût.

M13	*Prescrire du neutre c'est une super idée, pour que les gens ils complètent alimentairement, ils font une soupe et ils mettent du neutre dedans ça passe tranquille, ça n'a pas de gout, ça a le gout de la soupe, ils ne s'en rendent même pas compte.*

b) En lien avec le pharmacien

Les praticiens se mettent d'accord sur le fait que le choix des CNO revient souvent au pharmacien qui connait mieux l'étendue de la gamme.

M3	*On leur propose de changer les gouts. Je leur dis de demander au pharmacien il a tous les gouts que vous voulez, il y a même des boissons tout. (…) En général le pharmacien est de bon conseil, normalement il doit leur dire si vous n'aimez pas tel goût, il y en a pleins, l'eau gélifiée, les compléments, les yaourts, les boissons lactées, les boissons hydratantes avec dedans …*
M4	*Et puis bon on peut demander au pharmacien … C'est pour ça qu'on doit être une équipe.*
M6	*Adapter les CNO ça on laisse le pharmacien faire. C'est plus le taf du pharmacien. Déjà je ne connais pas les gouts*
M8	*Je ne précise pas les gouts, les marques les quantités je dis toujours à la personne ou à la famille de bien voir avec le pharmacien qu'est-ce qu'ils peuvent proposer. Parce que la gamme de complément elle est quand même immense et ça les pharmaciens pour ça ils ne gèrent pas trop mal. Donc euh c'est vraiment réussir, d'abord en fait gouter et après quand on voit que la personne aime on favorise ses préférences.*

Un médecin déplore quelques fois le manque de choix dans les pharmacies dépendantes d'un fournisseur.

M5 Les gens savent peu qu'il y a vraiment beaucoup de choix dans les trucs nutritionnels là, compléments nutritionnels. Il peut y avoir des soupes, des légumes, des machins, des plats préparés … mais en fait les pharmacies parfois, ils n'ont pas tout le choix donc elles vont donner ce qu'elles ont. Et puis souvent c'est des crèmes lactées, des choses comme ça, et ça parfois ça a du mal à passer chez des personnes âgées. Les pharmacies ils n'ont pas tout.

c) En lien avec les laboratoires pharmaceutiques

Un médecin aimerait être plus informé des nouveaux produits pharmaceutiques qui sortent en pharmacie.

M5 Maintenant c'est vrai qu'il y a pas mal de choix, mais je trouve qu'on n'est pas trop mis au courant sur ses choses-là

Un autre reçoit les laboratoires dans le but de connaitre et gouter les nouveautés.

M4 Il y a quelques fois des représentants médicaux qui viennent avec leurs produits et ce n'est pas con. Ils vous les font gouter,

Et enfin, un dernier regrette que les saveurs et les textures ne soient pas améliorées afin de favoriser l'observance.

M7 Bah déjà que ça soit meilleur (rires), il faut en parler … Au laboratoire pharmaceutique parce que je pense qu'il y a des trucs c'est pas très très bon.

3. S’appuyer sur d’autres acteurs

a) Les aides à domicile et l’infirmière

Les médecins généralistes partagent le suivi avec le personnel paramédical présent à domicile au quotidien. C’est aussi une solution pour vérifier l’observance des patients, via des cahiers de transmissions.

M1 C’est les aides à domicile et puis les infirmières qui y vont régulièrement, hein

M2 L’auxiliaire de vie, il y a les ASAD qui surveillent pas mal, qui remontent aux infirmières, qui nous remontent. (…) Là on fait quand même le boulot avec l’infirmière au minimum.

M3 Il faut un passage infirmière à partir d’un certain âge. Une fois par semaine ça suffit, elle les pèse, elle les mesure, elle prend la tension, le pouls … (…) Les services de soins au domicile. Ceux qui passent, ça pourrait faire partie des basiques de peser quelqu’un. C’est pas un acte médical. S’ils sont capables de prendre une balance et de peser. Et puis de le noter dans leur dossier de transmission. Poids une fois par semaine, systématique.

M10 L’infirmière, dans le sens où l’infirmière qui passe quotidiennement chez le patient a un regard différent du nôtre et donc peut nous apporter des renseignements sur le comportement alimentaire. (…) L’association d’aide à domicile aussi peuvent nous aider dans l’appréciation de l’observance du patient, c’est là-dessus qu’on s’appuie d’ailleurs, avec les cahiers de transmission divers et variés qu’on peut avoir à domicile pour les patients qui sont accompagnés par des structures d’aides à domicile, par des auxiliaires de vie ou par une infirmière.

M12 C’est facile quand il y a des équipes de type auxiliaire de vie, infirmière à domicile

Un médecin nuance plus, en faisant remarquer que l’infirmière dispose de peu de temps, elle aussi, pour effectuer le suivi.

M13	*Les infirmières je pense, mais bon elles n'ont pas le temps de prendre le poids une fois par mois non plus. Euh bah ou les aides-soignantes ou les gens qui viennent à domicile mais bon …*

b) L'entourage

L'entourage peut également jouer un rôle dans la surveillance de l'observance des CNO, et pourrait être plus intégré dans la prise en charge.

M1	*C'est souvent les enfants. (…) Après c'est la famille. La famille qui gère.*
M10	*Bah les proches, les aidants bien sûr.*
M12	*Les familles aussi sont hyper importantes.*

4. Renforcer la surveillance au domicile

Un médecin revient particulièrement sur la notion de vérification des stocks de thérapeutiques au domicile du patient. Cela devrait être plus systématique.

M12	*Quand c'est des patients seuls souvent on se rend compte qu'il y a toutes les boites qui sont pleines et ça c'est pas quelque chose que l'on vérifie systématiquement. Je pense que c'est plus efficace pour les gens isolés de vérifier les stocks au domicile.*

5. Mettre en place une fiche de surveillance

Les médecins s'accordent à dire que la mise en place d'une fiche type de surveillance permettrait d'améliorer le suivi mais aussi l'observance.

M1	*J'ai pas pensé à ça. Mais c'est pas forcément une mauvaise idée.*

M4 Je pense qu'idéalement c'est très très bien.

M5 Il faudrait établir une fiche que chacun doit remplir et puis bon rapporter au médecin.

M8 Après on peut en faire une, éduquer la famille du patient et le patient à le remplir et à surveiller ça.

M10 Ça parait être une très bonne idée, effectivement.

M12 Ouai je pense que ça serait hyper bien

M13 Quelque chose de simple, concis pourquoi pas

Quelques notions à intégrer à cette fiche ont été avancées.

M2 Qui reprendrait quels critères ? Ça serait le poids, les ingestas, la consommation, l'état nutritionnel en général, la dépendance … Pourquoi pas.

M3 Ben c'est la surveillance biologique. Et puis avec la pesée.

M5 Etablir une fiche où chacun mettrait ses remarques. Ça serait pas mal de faire ça, en intégrant des consultations diététicienne deux fois par an, il n'y a pas besoin de beaucoup plus, kiné pour voir si l'ergothérapie est adaptée …

M9 Le nombre de complément pris par jour, les heures de prises, les nombre et heures de repas, peut être un menu type d'une journée, euh … et puis euh poser la question sur tout ce qui est fausse route aussi c'est important pour … s'il y a des fausses routes.

M11 Mettre en place des FICHES (dit plus fort) de suivi en nommant ce qui … voilà le type de complément qui est pris, qui est apprécié, la consistance, savoir à quel moment de la journée.

Elle permettrait d'éviter les prescriptions de complaisance.

M8 Mais ça mériterait peut-être de se poser la question, ouais parce que c'est vrai que, qu'il y a des patients, comme je disais, il y a des patients qui ont ça depuis des années et ils ne se posent pas la question de l'arrêter ou pas, alors que si on surveillait effectivement la prise, ou pourrait leur expliquer qu'à un moment donné on arrête quoi.

Des médecins réfléchissent à la mise en place pratique, avec la nécessité de pouvoir rapidement l'intégrer au dossier médical informatique.

M11 Ouais euh surtout ça, soit une fiche papier ou sur internet pour les plus jeunes, mais surtout fiche quoi, parce que c'est surtout les personnes âgées quoi.

M13 Mais encore faut-il la mettre dans la base de données. On a des tablettes maintenant à domicile, si on l'a dans la tablette on peut le faire ça prend trois secondes à remplir et puis c'est directement dans le dossier médical, mais faut que ça soit simple et facile. Parce que les trucs qu'il faut remplir et qu'il faut remettre dans l'ordinateur, ah non ça ne sera jamais fait.

Certains médecins mettent en garde face à la complexité de certaines aides à la surveillance. De plus il faut trouver un référent afin qu'elle soit complétée.

M2 Mais il faut être simple. Tout ce qui marche c'est quand c'est simple.

M4 Mais je ne sais pas par qui la faire faire. Dans la pratique il faut trouver le responsable et la personne. A partir du moment où vous avez trouvé la personne ça va être bien fait. Que ce soit quelqu'un de la famille, quelque fois le patient lui-même s'il en est capable, mais il faut qu'il y ai quelqu'un d'attitré … qui n'est pas forcément le médecin parce que le médecin ne peut pas … tout gérer.

M7 Ouais, il faut déjà que ça soit facile pour le faire

M9 Donc c'est vrai que quand il y a des aides à domicile par exemple pour les repas, donc je pense que ça serait plus à ces personnes là ou aux proches de remplir les questionnaires. Comme je le disais, souvent c'est des personnes très dépendantes qui ne sont plus capables de remplir un questionnaire elle-même.

M11 Après c'est euh, j'ai l'impression que pour les patients parfois ça peut être un peu compliqué de devoir suivre, donc déjà le patient à une forte altération de l'état général, si on leur demande de noter tout ce qu'ils prennent à chaque fois c'est un peu compliqué, surtout que c'est souvent fractionné. Donc euh voilà.

M12 Après la question elle est surtout de … c'est valable s'il y a un tiers qui passe parce que le patient isolé la fiche de suivi il ne va pas la remplir lui-même ou il ne la remplira pas forcément correctement.

M13 Si elle est trop longue, si elle prend trop de temps ça ne sert à rien, on ne la remplira pas

Un médecin semble quant à lui plus sceptique sur la mise en place d'une fiche.

M5 Mais bon les fiches on en a déjà tenté plein dans d'autres domaines et pfff il n'y a jamais rien d'écrit. Après je pense que c'est dur aussi ça, à lire et à mettre en place.

6. **Des alternatives aux CNO**

Une expérience réalisée auprès de personnes âgées a été réalisée. Elle mettait à disposition des robots de cuisine afin de simplifier la préparation des repas.

M5 J'ai lu un truc il n'y a pas longtemps qu'on mettait à disposition des Thermomix, c'était une expérience qui avait été faite. Des Thermomix chez des gens, et ça leur évitaient de se casser le chou avec des recettes tout ça.

Deux autres médecins sont favorables à un enrichissement de l'alimentation en alternative au CNO.

M10 Tu peux aussi enrichir l'alimentation d'une part de manière naturelle, tu vas peut-être y venir, et puis aussi avec des compléments, des poudres protéiques que tu peux introduire dans l'alimentation qui sont bien pratique parce qu'ils n'ont ni gout ni saveur, ça change un peu la texture, mais ça peut quand même permettre d'introduire un enrichissement à l'alimentation sans trop de difficultés en termes de gout.

M13 Un peu de neutre des fois à remettre dans l'alimentation comme de la crème fraiche c'est pas mal.

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

A. Force de l'étude

1. Validité interne

Il s'agissait d'explorer les pratiques et opinions des médecins généralistes concernant la prescription de CNO chez la personne âgée, ainsi que les motivations et les freins à la renouveler. Jusqu'à présent, ce thème avait été abordé à travers la prescription initiale, mais il n'y avait pas d'étude sur le suivi de celle-ci.

La méthode qualitative est particulièrement adaptée lorsque les données sont difficilement quantifiables et subjectives, ce qui est le cas ici puisque le but de l'étude était de comprendre les critères et les motivations du praticien à renouveler la prescription.

L'analyse des données se fait sans idées pré conçues permettant de formuler des hypothèses par induction : c'est la théorisation ancrée (25). La suffisance des données a été atteinte et consolidée par 2 entretiens supplémentaires. La triangulation des données d'analyse par un investigateur externe à l'étude a permis de limiter les biais d'interprétation.

Afin de juger du caractère reproductible de cette étude, la grille méthodologique COREQ (26), adaptée à la recherche qualitative, a été suivie (Annexe 3).

2. Validité externe

L'échantillonnage initialement basé sur le critère de distance sans connaissance préalable des intervenants s'est associé à un échantillonnage raisonné à variation maximale afin de garantir la plus grande diversité sur les critères : âge, sexe.

En raison d'un faible nombre d'entretiens, les données sont difficilement extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes. Néanmoins, chaque lecteur est invité à réfléchir et à décider si les résultats sont extrapolables à sa pratique personnelle.

B. Limites et biais

Il peut exister un biais d'interprétation et de réponse : la formulation des questions et les relances ont pu influencer les médecins interrogés. Ces biais sont expliqués par le niveau débutant dans la réalisation d'entretiens semi dirigés. Nous avons tenté de limiter ce biais par les reformulations de contrôle.

Un biais de désirabilité sociale peut exister : les médecins pouvaient sectionner leur réponse de peur d'être jugés. Pour limiter ce biais, il était rappelé au médecin avant l'entretien, qu'il ne s'agissait pas de juger les pratiques professionnelles ni l'application ou non des recommandations.

Enfin, des biais externes pouvaient exister : certains entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques. Ces interventions ont été signalées dans les verbatim. Cette limite était liée aux choix de rencontre du participant, pour lui épargner une contrainte d'horaire ou de lieu.

II. Discussion des résultats

A. Des connaissances difficiles d'accès

1. La nutrition de la personne âgée : un domaine encore trop peu connu

La nutrition de la personne âgée est un champ médical encore trop peu exploré, qui ne semble pas être au cœur de la prise en charge en médecine générale (27). Certains médecins de cette étude montrent leur manque d'intérêt pour ce domaine. Cependant, une étude réalisée au Royaume-Uni prouve que 75 % des professionnels de soins primaires possèdent un bon niveau de connaissances nutritionnelles (28).

Des études montre que les conseils nutritionnels sont prodigués dans 25 % des consultations aux États-Unis (29) et seulement 7% en Australie (30). En France, une étude observationnelle a été réalisé en 2017. Celle-ci trouve que seulement une consultation sur cinq est porteuse de conseils nutritionnels (31).

Les patients sont quant à eux dans l'attente d'une prise en charge nutritionnelle par le médecin généraliste, et celui-ci est vu comme une référence (32).

2. Méconnaissance de l'aide à la prescription

L'aide fournie par l'Assurance Maladie pour le dépistage de la dénutrition est un document peu connu des médecins, mais surtout très peu utilisé en pratique. Ce document est accessible uniquement sur le portail Ameli ce qui rend sa diffusion moins large. Les médecins regrettent ce manque de communication spontanée.

En janvier 2021, une enquête auprès de médecin généraliste de Haute Vienne a été publiée. Elle montrait que selon le niveau de formation en nutrition les médecins connaissaient les recommandations de bonnes pratiques à 76,2 % pour ceux formés

contre 37,5% pour les non formés. Dans cette même étude près de la moitié des médecins rapportaient avoir des difficultés à prescrire des CNO (33).

B. Un suivi à la carte

1. Une initiation correcte

Les critères de dépistage de la dénutrition reconnus sont au nombre de quatre.

Les plus simples d'accès comme le poids et l'albumine sont les plus utilisés. Le questionnaire MNA, permet un dépistage rapide de la dénutrition et explore de nombreux champs, mais est très peu utilisé en pratique ambulatoire (34). Plus de 50 % des médecins généralistes disent ne pas le connaitre (35).

Des critères plus subjectifs comme le contexte ou encore l'entourage sont souvent pris en compte. Le médecin généraliste joue ainsi son rôle de « médecin de famille », à la différence des médecins hospitaliers. Ainsi certains praticiens expliquent s'éloigner des recommandations non applicables selon eux en pratique ambulatoire.

Une fois la dénutrition dépistée, la prescription initiale est en règle générale bien menée, avec plus de 90 % des ordonnances conforment à la législation (33).

2. Les difficultés de l'ambulatoire

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge médicale, avec le rôle d'exercer une médecine de premier recours et de proximité, destinée à une approche globale de la santé de l'individu avec la connaissance de la population du quartier, de ses besoins, au sein d'un réseau d'autres intervenants du domaine de la santé (36). Mais le rôle premier du médecin généraliste est quelque fois mis en difficulté face à des contraintes de temps. La durée moyenne d'une consultation est estimée à 16 minutes (37). Le manque de temps est un des critères les plus avancés par les médecins comme frein à la prise en charge de la dénutrition.

De plus, la dénutrition de la personne âgée entraine régulièrement une perte d'autonomie, demandant des visites à domicile. Or la qualité des soins à domicile est moins précise, avec un examen clinique moins abouti et des mesures pondérales moins fréquentes. De nombreux médecins ne possèdent pas encore de dossier médical informatique ambulatoire, permettant de se rendre en visite. Le suivi est donc moins précis. L'informatisation des visites permettrait un suivi plus optimal.

3. **Une prescription systématique ?**

En 2003, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16% de la population française, mais 39 % de la consommation de médicaments en ville (38). La France est un des pays les plus consommateurs d'Europe en médicament (39). En médecine libérale, 91 % des consultations sont suivies d'une ordonnance de pharmacie (40).

Certains médecins rapportent une prescription difficile à arrêter vis à vis des patients et des familles, voir même une prescription systématique.

Une étude Suisse montre qu'au contraire les patients ainsi que leur famille seraient prêt à essayer de diminuer la consommation de thérapeutiques après leurs avoir exposés les bénéfices attendus (41). Le fait de déprescrire n'est jamais enseigné durant les études médicales. De plus, déontologiquement parlant, la notion de confraternalité entre praticiens freine certain à essayer (42).

Ainsi un renouvellement d'ordonnance n'a rien d'anodin. Il nécessite des connaissances spécifiques, un suivi rigoureux des critères de dénutrition. La balance bénéfice risque doit être expliquée au patient et pesée à chaque consultation.

C. Des solutions avancées

1. Travail pluridisciplinaire

Une des solutions les plus avancée pour améliorer le soin nutritionnel est d'effectuer un travail collégial entre médecins, diététiciens, infirmiers, aide à domicile, pharmacien …

C'est pourquoi en 2019, Le Plan National Nutrition Santé (PNNS), avait parmi ses objectifs, de prévenir la dénutrition. Il a ainsi été proposé de réaliser des pesées régulières en pharmacie, ou encore de sensibiliser le personnel à domicile aux différents signes d'alerte afin d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire (43).

Il a été montré qu'une prise en charge globale, avec un suivi par une diététicienne, permettait de réduire significativement la dénutrition en EHPAD (44). Or en Australie, comme en France, les consultations avec les diététiciens ne sont pas prise en charge par l'assurance maladie et ne font l'objet d'aucun remboursement, ainsi l'adressage de patients à un nutritionniste représente seulement 2% (45). A titre de comparaison, aux Pays-Bas, la diététique fait partie des soins pris en charge par la couverture de base, ainsi pour 84% des praticiens les diététiciens sont une source d'information régulière (46,47). Le remboursement des consultations pourrait être une voie d'amélioration dans la prise en charge de la dénutrition, en permettant de renforcer le lien médecin-diététicien.

Le Dossier Médical Partagé (DMP), fait aussi partie des solutions visant à améliorer cette prise en charge. Dans différents autres domaines, tel que l'infectiologie ce dispositif a déjà fait ses preuves, en améliorant le lien médicaux-paramédicaux, ville-hôpital (48). Le partage d'information autour de ce dispositif pourrait être une nouvelle solution.

Enfin, l'essor des MSP ces dix dernières années, passant d'une vingtaine de structures en 2008 à près de 2000 en 2021, mobilise tout le personnel médical autour de projet commun de soins primaires (49). Ainsi la prise en charge nutritionnelle et plus particulièrement de la dénutrition pourrait être renforcé grâce à cela.

2. Formation et information des médecins

La formation, l'éducation et l'apprentissage de la nutrition sont un des leviers permettant un dépistage et une prise une charge optimale des patients (30,50).

De plus, une étude révèle que 43 % des médecins aimeraient être mieux informés et mieux formés au domaine de la nutrition (33).

En effet, la nutrition est une compétence relativement récente, mais qui n'est pas reconnue comme une spécialité indépendante. En France le DESC de nutrition a été créé en 1990, malheureusement il n'est pas qualifiant et n'est pas reconnu par l'Ordre des médecins. Depuis 2017, il existe un DES qualifiant d'endocrinologie-diabétologie-nutrition.

En 2005 la revue Cochrane signalait le manque de publications relatives à la nutrition. Elle estimait que moins de 4% du nombre de revues étaient dédiées à ce domaine (27). Plus récemment, une bibliothèque électronique de données sur les mesures nutritionnelles (eLENA) a été développée afin de permettre l'accès aux données disponibles et aux directives de l'OMS (51).

Une amélioration et une simplification du portail Améli, permettrait aussi à certains praticiens moins à l'aise avec l'informatique de retrouver plus facilement des recommandations. Il pourrait aussi être envisagé une diffusion différente afin de toucher plus de médecin.

3. Un réseau de soin

Depuis 2012, il a été mis en place un parcours de soins par l'HAS. Ainsi en 2016, une étude a permis de schématiser le parcours d'un patient dénutri (52). Le médecin généraliste joue un rôle central dans cette prise en charge.

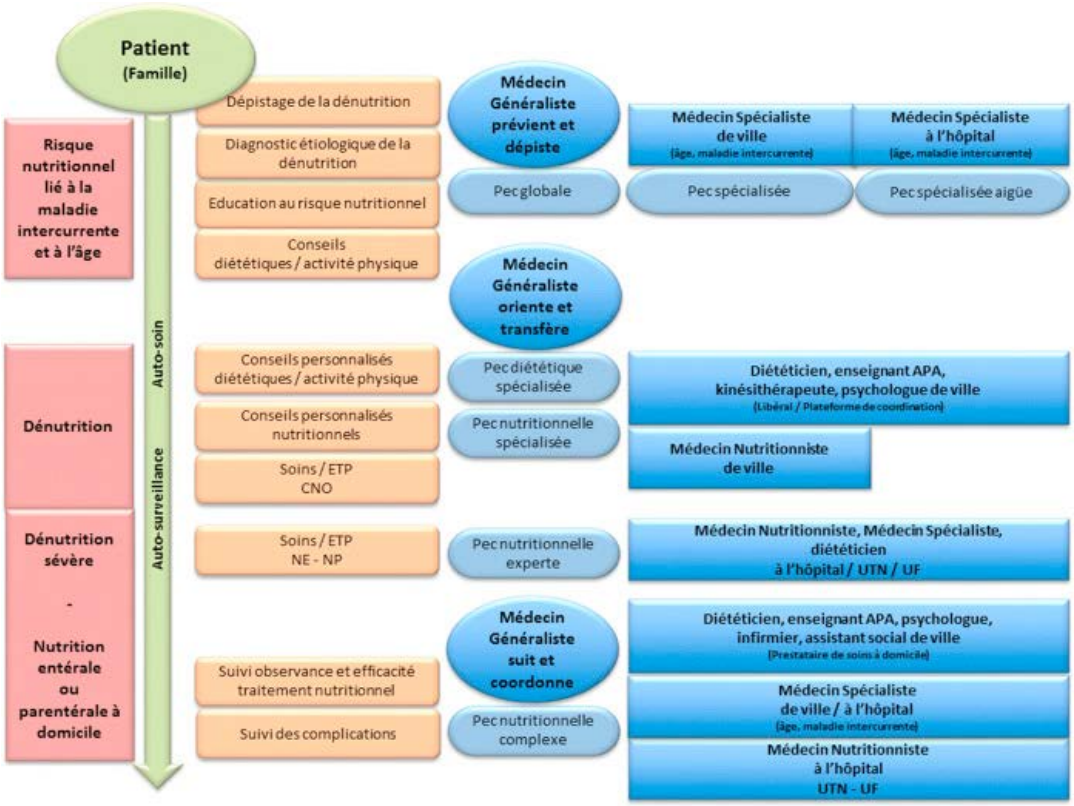


Figure 2 : Parcours de soins d'un patient dénutri

D'autres études, vont plus loin en proposant la mise en place d'unité transversale de nutrition, qui aurait une double fonction de support au diagnostic et à la prescription. Elles interviendraient aussi bien au sein de l'hôpital qu'en ambulatoire à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire et permettraient un suivi simplifié. Elles privilégieraient un décloisonnement de la médecine hospitalière versus ambulatoire (53,54).

Ce type de structure existe déjà dans les pays anglo-saxons, mais sont plus récentes en Europe où elles sont présentes dans seulement 5 à 10 % des hôpitaux (55). Un essor de ces unités serait bénéfique pour le patient mais aussi pour le médecin.

Le renforcement du lien ville-hôpital, pourrait aussi se matérialiser sous forme d'atelier d'éducation thérapeutique ouvert à chaque professionnel de santé mais aussi aux patients à risque de dénutrition. Ce type de formation existe déjà au sein de l'hôpital pour des pathologies chroniques tel que le diabète. Cela permettrait d'éduquer le patient à une prise alimentaire optimale, mais aussi en cas de dénutrition de le former à la prise des CNO.

4. **Création d'un suivi par fiche dédiée**

La surveillance alimentaire est un outil indispensable dans la prise en charge de la dénutrition. C'est pourquoi, une équipe de l'hôpital de Charleville-Mézières a mis en place un outil de suivi qui permet aux autres équipes soignantes, aux patients et à leur famille de s'impliquer dans le soin nutritionnel. Leur souhait, était de répondre à leur difficulté de pouvoir suivre, évaluer et compléter l'alimentation d'un patient tout au long de la journée puisque chacun n'en assume qu'une partie. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un outil « diététique » destiné aux médecins spécialistes ou à leur équipe, mais un document facile d'accès, permettant de quantifier les ingestas (56) (Annexe 5).

Il serait envisageable de compléter cette fiche en y intégrant les CNO, le poids, le dosage d'albumine afin d'en faire un véritable atout pour le suivi nutritionnel.

CONCLUSION

La nutrition, et en particulier la dénutrition est un domaine médical encore trop délaissé par les médecins généralistes. Les règles de prescription et de suivi sont encore approximatives pour nombre d'entre eux. L'initiation peut se faire sur des critères objectifs, mais en pratique les praticiens utilisent généralement des éléments plus subjectifs. Le manque de communication sur le sujet, ainsi que le manque de temps sont souvent des freins évoqués.

La comparaison avec les études réalisées confirme le défaut de sensibilisation dans cette spécialité. Des voies d'amélioration ont été évoqué par les médecins, celles-ci sont en cours de déploiement sur le territoire, permettant à l'avenir un suivi plus optimal et un allégement considérable de la charge pour le généraliste. Le travail pluridisciplinaire est une clé pour l'avenir. Une publication plus large et sous forme simplifiée des recommandations est souhaitée par chacun.

Néanmoins, la prescription et le suivi des CNO dans un contexte gériatrique devrait être plus souvent réévaluer, amenant quelque fois à la déprescription encore trop peu utilisée en médecine générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse Recomm Prof [Internet]. 2007; Disponible sur: https://www.has-sante.fr

2. Assurance Maladie. Dénutrition chez la personne agée (>70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO). Mémo [Internet]. 2015; Disponible sur: https://www.ameli.fr

3. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondiale sur le vieillessement et la santé. 2016 p. 296.

4. IFOP. Les Français et le bien vieillir [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study_file.pdf

5. INSEE. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291

6. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X, French Nutrition and Health Program, French Health High Authority. Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. Clin Nutr Edinb Scotl. juin 2011;30(3):312-9.

7. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc. sept 2010;58(9):1734-8.

8. Torres MJ, Dorigny B, Kuhn M, Berr C, Barberger-Gateau P, Letenneur L. Nutritional Status in Community-Dwelling Elderly in France in Urban and Rural Areas. PLOS ONE [Internet]. 18 août 2014 [cité 21 janv 2021];9(8):e105137. Disponible sur: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105137

9. Streicher M, Zwienen-Pot J van, Bardon L, Nagel G, Teh R, Meisinger C, et al. Determinants of Incident Malnutrition in Community-Dwelling Older Adults: A MaNuEL Multicohort Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2021];66(12):2335-43. Disponible sur: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15553

10. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire [Internet]. FMC-HGE. 2011 [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/reconnaitre-et-traiter-la-denutrition-en-ambulatoire/

11. Arnaudbattandier F. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study*1. Clin Nutr [Internet]. oct 2004 [cité 10 mars 2021];23(5):1096-103. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561404000275

12. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer A-M, Jambou P, Filippi J, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. Br J Nutr [Internet]. juill 2004 [cité 11 mars 2021];92(1):105-11. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/malnutrition-is-an-independent-factor-associated-with-nosocomial-infections/2C14D9A485B2E2596E6849CECD77D089

13. La dénutrition | Manger Bouger [Internet]. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Seniors/La-denutrition

14. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009 [cité 14 août 2020];(2). Disponible sur: https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003288.pub3/full?highlightAbstract=in%7Csupplementation%7Celder%7Cpeople%7Cenergi%7Cpeopl%7Cmalnutrition%7Cpersons%7Cperson%7Csupplement%7Cof%7Cprotein%7Crisk%7Colder%7Cmalnutrit%7Cenergy

15. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing Res Rev [Internet]. avr 2012 [cité 24 janv 2021];11(2):278-96. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1568163711000900

16. Legifrance. Arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales.

17. Haute Autorité de Santé. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Haute Aut Santé [Internet]. 2005 [cité 8 oct 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272510/fr/consultation-dietetique-realisee-par-un-dieteticien

18. Pradignac A, Kazma C, Ilic J. À qui et comment prescrire des compléments nutritionnels oraux à l'hôpital et à domicile ? Nutr Clin Métabolisme [Internet]. 9 févr 2013 [cité 14 août 2020];27(1):43-50. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/786318/resultatrecherche/4

19. Tableau comparatif différents types CNO [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: http://www.espacemedical.com/fichiers/complementation_orale.pdf

20. CPAM Côte D'or. Modalités prescription CNO [Internet]. 2019 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2019/2019-05-24_Complements_nutritionnels_medecins.pdf

21. H L, M G, S G. Elderly patients compliance and elderly patients and health professional's, views, and attitudes towards prescribed sip- feed supplements. J Nutr

Health Aging [Internet]. 1 sept 2005 [cité 24 janv 2021];9(5):310-4. Disponible sur: https://europepmc.org/article/med/16222396

22. Hubbard GP. A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. Clin Nutr. 2012;20.

23. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Médecine Mal Métaboliques [Internet]. nov 2007 [cité 14 août 2020];1(4):92-6. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255707741585

24. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2014. 149 p.

25. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;20:6.

26. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. Physiother Can Physiother Can. 2019;71(3):222-30.

27. Summerbell CD, Chinnock P, O'Malley C, van Binsbergen JJ. The Cochrane Library: more systematic reviews on nutrition needed. Eur J Clin Nutr [Internet]. août 2005 [cité 19 août 2021];59(1):S172-8. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/1602193

28. Moore H, Adamson AJ. Nutrition interventions by primary care staff: a survey of involvement, knowledge and attitude. Public Health Nutr [Internet]. août 2002 [cité 19 août 2021];5(4):531-6. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/nutrition-interventions-by-primary-care-staff-a-survey-of-involvement-knowledge-and-attitude/2E075B8981F652BFAA1FFBECED6337BB#

29. Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS. Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates. Prev Med [Internet]. 1 févr 2004 [cité 19 août 2021];38(2):198-202. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743503002561

30. Helena B, C M Graeme, Joan H, Clare B, AJ VL Harrison C, Charles J, Pan Y, Wong C, Pollack. General practice activity in Australia 2013-14. Sydney University Press; 2014. 191 p.

31. Aberturas P. Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. 2017.

32. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire: expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. 2016;76.

33. Migolatiev M, Jésus P, Misset B, Arnal Couderc M, Desport JC, Dumoitier N, et al. Prescription des compléments nutritionnels oraux : attitudes et pratiques des médecins généralistes d'un département français. Nutr Clin Métabolisme [Internet]. 1

avr 2021 [cité 19 août 2021];35(1):42. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056221000509

34. Mallejac M. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes picards : place du MNA. 14 sept 2015 [cité 19 août 2021];61. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01290232

35. Dalat Rossignol H, Chambrier C, Zerbib Y. Dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en ambulatoire. Étude auprès des médecins généralistes en Rhône-Alpes. Rev Gériatrie [Internet]. 2013 [cité 19 août 2021];2013;38:593-600. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01005501

36. Jaury P, Peyrebrune C. 52. Rôle et pratiques du médecin généraliste [Internet]. Vol. 2e éd. Lavoisier; 2016 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-416.htm

37. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2016 [cité 19 août 2021] p. 8. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes

38. Sécurité sociale 2003 [Internet]. Cour des comptes. 2003 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2003

39. Viens G, Levesque K, Chahwakillian P, El Hasnaoui A, Gaudillat A, Nicol G, et al. Comparaison Européenne sur la consommation de médicaments [Internet]. 2007 [cité 19 août 2021] p. 108. Disponible sur: https://www.leem.org/sites/default/files/import/presse/discours/53_1098.pdf

40. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Gerontol Soc [Internet]. 2002 [cité 19 août 2021];25 / n° 103(4):13-27. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-4-page-13.htm

41. Cateau D, Folay R-A, Niquille A. Déprescrire en EMS: regards croisés entre les résidents, leurs proches et les professionnels de la santé [Internet]. Revue Medicale Suisse. 2020 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-714/deprescrire-en-ems-regards-croises-entre-les-residents-leurs-proches-et-les-professionnels-de-la-sante

42. Chagnon A. « Alléger » l'ordonnance exige de la méthode. Le concours médical [Internet]. 2008 [cité 19 août 2021]; Disponible sur: https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/01/CONCOURS-MEDICAL-alleger-ordonnance-exige-methode-2008.pdf

43. Plan national nutrition santé [Internet]. 2023, 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

44. Chauleur Y, Chapelle C. Prévalence de la dénutrition dans un EHPAD et expérience d'un programme global de prise en charge. Rev Gériatrie. 2018;(1):8.

45. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DC. Dietitian–general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. Am J Clin Nutr [Internet]. 1 avr 2003 [cité 19 août 2021];77(4):1039S-1042S. Disponible sur: https://doi.org/10.1093/ajcn/77.4.1039S

46. Ministre de la Santé, du Bien Etre et des Sports. Les soins de santé aux Pays-bas [Internet]. 2017 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://na.eventscloud.com/file_uploads/c538888146d17e119dd0fa91091b75bc_P5-LessoinsdesantauxPays-Bas.pdf

47. van Dillen SME, Hiddink GJ. A comparison of Dutch family doctors' and patients' perspectives on nutrition communication. Fam Pract [Internet]. 1 déc 2008 [cité 19 août 2021];25(suppl_1):i87-92. Disponible sur: https://doi.org/10.1093/fampra/cmn061

48. Mainguy A, Bougeard E, Patrat-Delon S, Boissier S, Cosnier L, Rouaud C, et al. Le dossier médical partagé : un nouvel outil pour le suivi des infections prolongées par l'infirmier expert en thérapeutiques anti-infectieuses. Médecine Mal Infect [Internet]. 1 sept 2020 [cité 20 août 2021];50(6, Supplement):S201. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X20306156

49. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

50. Brys M, Coppieters Y, Sandra DB. Study on knowledge and practices related to malnutrition in the elderly to the nursing home. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2014;12:387-93.

51. WHO | e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 août 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/en/

52. Coti Bertrand P. Un parcours de soins spécifique pour la dénutrition. Nutr Clin Métabolisme [Internet]. 1 déc 2016 [cité 20 août 2021];30(4):347-58. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056216304009

53. Smelten N, Bauduin I, Rommes N. Impact d'une unité transversale de nutrition sur la prise en charge de la dénutrition. Nutr Clin Métabolisme [Internet]. 1 sept 2017 [cité 19 août 2021];31(3):257. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056217300845

54. Basdevant A. Rapport Basdevant [Internet]. 2013 [cité 20 août 2021] p. 20. Disponible sur: http://www.fhp-ssr.fr/sites/default/files/rapport_basdevant_15_11_2013_maladiesnutritionnelles.pdf

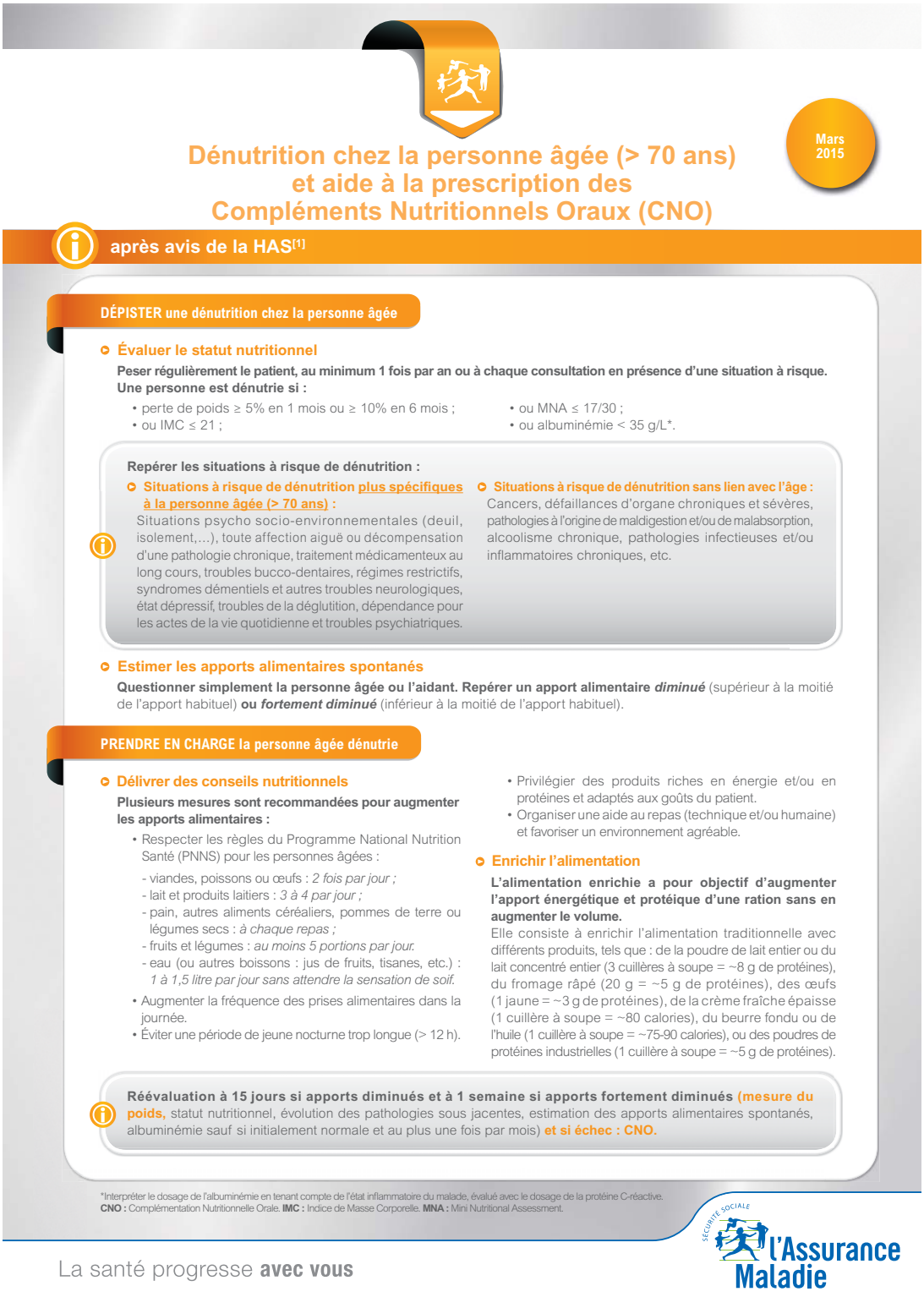
55. Desport J-Claude, Sourisseau H, Dupays M, Lagarde A, Plouvier L, Fort M. Les unités transversales de nutrition : bilan et perspectives. Nutr Clin Métabolisme [Internet]. 1 juin 2009 [cité 20 août 2021];23(2):67-71. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056209000429

56. RESCLAN. Protocoles et outils de prise en charge clinique accès public [Internet]. 2007 [cité 20 août 2021]. Disponible sur:

http://www.resclan.fr/index.php/realisation-du-resclan/protocoles-et-outils-de-prise-en-charge-clinique-acces-public

ANNEXES

Annexe 1 : Aide à la prescription de l'assurance maladie



Mars 2015

Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

après avis de la HAS[1]

DÉPISTER une dénutrition chez la personne âgée

Évaluer le statut nutritionnel

Peser régulièrement le patient, au minimum 1 fois par an ou à chaque consultation en présence d'une situation à risque. Une personne est dénutrie si :

- perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois ;
- ou IMC ≤ 21 ;
- ou MNA ≤ 17/30 ;
- ou albuminémie < 35 g/L*.

Repérer les situations à risque de dénutrition :

Situations à risque de dénutrition plus spécifiques à la personne âgée (> 70 ans) :
Situations psycho socio-environnementales (deuil, isolement,...), toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, traitement médicamenteux au long cours, troubles bucco-dentaires, régimes restrictifs, syndromes démentiels et autres troubles neurologiques, état dépressif, troubles de la déglutition, dépendance pour les actes de la vie quotidienne et troubles psychiatriques.

Situations à risque de dénutrition 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, etc.

Estimer les apports alimentaires spontanés

Questionner simplement la personne âgée ou l'aidant. Repérer un apport alimentaire *diminué* (supérieur à la moitié de l'apport habituel) **ou *fortement diminué*** (inférieur à la moitié de l'apport habituel).

PRENDRE EN CHARGE la personne âgée dénutrie

Délivrer des conseils nutritionnels

Plusieurs mesures sont recommandées pour augmenter les apports alimentaires :

- Respecter les règles du Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour les personnes âgées :
  - viandes, poissons ou œufs : *2 fois par jour ;*
  - lait et produits laitiers : *3 à 4 par jour ;*
  - pain, autres aliments céréaliers, pommes de terre ou légumes secs : *à chaque repas ;*
  - fruits et légumes : *au moins 5 portions par jour.*
  - eau (ou autres boissons : jus de fruits, tisanes, etc.) : *1 à 1,5 litre par jour sans attendre la sensation de soif.*
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée.
- Éviter une période de jeune nocturne trop longue (> 12 h).
- 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.

Enrichir l'alimentation

L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.
Elle consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits, tels que : de la poudre de lait entier ou du lait concentré entier (3 cuillères à soupe = ~8 g de protéines), du fromage râpé (20 g = ~5 g de protéines), des œufs (1 jaune = ~3 g de protéines), de la crème fraîche épaisse (1 cuillère à soupe = ~80 calories), du beurre fondu ou de l'huile (1 cuillère à soupe = ~75-90 calories), ou des poudres de protéines industrielles (1 cuillère à soupe = ~5 g de protéines).

Réévaluation à 15 jours si apports diminués et à 1 semaine si apports fortement diminués (mesure du poids, statut nutritionnel, évolution des pathologies sous jacentes, estimation des apports alimentaires spontanés, albuminémie sauf si initialement normale et au plus une fois par mois) **et si échec : CNO.**

*Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.
CNO : Complémentation Nutritionnelle Orale. **IMC :** Indice de Masse Corporelle. **MNA :** Mini Nutritional Assessment.

La santé progresse **avec vous**

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Dénutrition chez la personne âgée (> 70 ans) et aide à la prescription des CNO

après avis de la HAS[1]

Envisager une Complémentation Nutritionnelle Orale (CNO)

La **CNO** est **envisagée en cas d'échec des mesures ci-dessus** ou bien **d'emblée chez les personnes âgées présentant une dénutrition sévère**.**

PRESCRIPTION des CNO

Les **Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)** sont des **Aliments Destinés à des Fins Médicales Spéciales (ADDFMS).** Leur prescription entre dans la **catégorie des dispositifs médicaux.**

Les CNO sont des **mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés** auxquels il peut être nécessaire de recourir dans le cadre de la stratégie nutritionnelle de la **personne âgée dénutrie[2].**

Prescrire les CNO en complément de l'alimentation et de façon transitoire, dans la plupart des cas

La **HAS** recommande de prescrire des CNO permettant d'**atteindre un apport alimentaire supplémentaire** de :

- **400 kcal/j ;**
- et/ou **30 g/j de protéines.**

Cela nécessite le plus souvent 2 unités par jour.

Favoriser l'observance

- **Adapter les saveurs des CNO aux goûts du malade** (salé, sucré, lacté ou non), **varier les arômes et les textures.**
- **Adapter les CNO aux handicaps éventuels** (troubles de déglutition, difficulté de préhension des objets, etc.).
- **Présenter au patient les CNO comme un traitement de la dénutrition,** insister sur les **bénéfices attendus** et sur le fait que **leur prise est transitoire.**
- **Conseiller les patients :**
  - les Compléments Nutritionnels Oraux doivent être pris en dehors des repas (collations) et non à la place des repas ;
  - servir les CNO à la bonne température pour faciliter l'acceptation : les produits sucrés sont plus souvent appréciés s'ils sont servis frais. Pour les CNO à servir chauds, il est souvent possible de les réchauffer au bain marie ou au four à micro ondes ;
  - une fois ouvert, le complément peut être conservé 2 heures à température ambiante et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.

EN PRATIQUE, une prescription en 2 temps

1 Prescription initiale 1 mois maximum :

"CNO pour adultes : mélange hyperprotidique et hyperénérgétique pour un apport de 400 kcal/j et 30g/j de protéines ; 2 unités/j pendant 4 semaines (qsp)."

Réévaluer l'observance après 1 à 2 semaines de traitement.

2 Prescriptions ultérieures, 3 mois maximum après réévaluation :

- **réévaluer l'efficacité et la tolérance** des CNO prescrits **tous les mois ;**
- s'assurer régulièrement que les CNO sont bien consommés ;
- affiner et réajuster les prescriptions diététiques initiales.

Les CNO ne sont pas indiqués ni pris en charge dans le cadre d'un régime amaigrissant, ni dans le cadre d'une alimentation hyperprotéinée du sportif.

50-2014

**La dénutrition sévère se définie par une perte de poids de 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois ou un IMC < 18 ou une albuminémie < 30 g/L.

[1] Haute Autorité de santé (HAS). Avis de la Commission d'Évaluation des Produits et Prestations. Produits pour nutrition à domicile et prestations associées. 27 septembre 2006.
[2] Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations. Avril 2007.

→ Retrouvez ce mémo sur ameli.fr > médecins > exercer au quotidien.
→ À consulter : « PNNS. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé » ;
et pour vos patients : « PNNS. Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées. La santé en mangeant et en bougeant ».

La santé progresse **avec vous**

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des produits de complémentation orale

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Indications
Boissons Lactées HP	**Fortimel Extra** (neutre, abricot, fraise, vanille, chocolat, moka, fruits de la forêts)	NUTRICIA	300	20	200 ml	
	Fortimel sans lactose (vanille, chocolat, moka, caramel)	NUTRICIA	260	20	200 ml	
	Fresubin 2Kcal Drink (neutre, vanille, cappuccino, caramel, fruits de la forêts, pêche-abricot) **Fresubin 2Kcal Fibres Drink** (neutre, vanille, chocolat, cappuccino, citron, pêche-abricot)	Fresenius Kabi	400	20	200 ml	
	Clinutren HP/HC (vanille, pêche, chocolat, caramel, fraise)	Nestlé	320	20	200 ml	
	Delical Effimax Fibres (céréales)	LACTALIS	410	20	200 ml	
	Proten Plus Drink (vanille, fraise des bois, noisette, chocolat, cappuccino, ,tropic)	Fresenius Kabi	300	20	200 ml	
Crèmes Dessert HP	**Fresubin crème** (vanille, praliné, chocolat, cappuccino, fruits des bois)	Fresenius Kabi	230	12,5	125 g	
	Fresubin Yo crème (citron, framboise, pêche-abricot, neutre, biscuité)	Fresenius Kabi	188	9,4	125 g	
	Fortimel crème (banane, moka, chocolat, fruits de la forêt, vanille)	NUTRICIA	325	20	200 g	Soit 200 kcal et 12,5g de protéines pour 125g
	Crème HP Floridine (vanille, chocolat, abricot, praliné, café)	LACTALIS	300	18	200 g	
	Clinutren dessert (vanille, pêche, chocolat, caramel)	Nestlé	260	19	205 g	
Biscuits Céréales	**Nutra'Cake** (pruneaux, framboises)	LACTALIS	133	6	4 x 35 g	Valeur pour une galette de 35 g
	Nutri Energie (chocolat, chocolat-orange, chocolat-framboise)	ALISCIENCE	255	5,5	4 x 50g	Valeur pour 1 biscuit

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines g	Condt
Boissons Lactées HC	**Fortimel Energy** (vanille, chocolat, fraise, banane, fruits tropicaux) **Fortimel Energy Fibres** (vanille, chocolat, orange, fraise)	NUTRICIA	300	12	200 ml
	Fresubin Energy Drink (capuccino, chocolat, vanille, fraise, neutre) **Fresubin Energy Fibres Drink** (vanille, chocolat, cerise, caramel)	Fresenius Kabi	300	11,2	200 ml
	Clinutren 1.5 (vanille, fraise-framboise, banane, chocolat, abricot, café) **Clinutren 1.5 Fibres** (pruneau, vanille)	Nestlé	300	11,2 (1.5 Fibres : 11,4)	200 ml
	Fortimel Yog (pêche-orange, vanille-citron, framboise)	NUTRICIA	300	12	200 ml
Boissons Fruitées HC	**Fortimel Jucy** (cassis, orange, fraise, tropical, pomme)	NUTRICIA	300	8	200 ml
	Fresubin Jucy (cassis, ananas, cerise, orange, pomme)	Fresenius Kabi	300	8	200 ml
	Clinutren Fruit (orange, poire-cerise, pomme, framboise-cassis)	Nestlé	250	8	200 ml
Compotes HC	**Fresubin Dessert Fruit** (pomme, pomme-fraise, pomme-pêche, pomme-pruneau)	Fresenius Kabi	200	6,25	125 g
	Delical Nutrapote (pomme-vanille, pomme-abricot, pomme-fraise, pomme-banane)	LACTALIS	250	9	200 g

Compléments salés (HP/HC)

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Indications
Plats Mixés	**Alep** (pâtes, semoule)		168	18,5	500 g	Valeur pour une portion de 50 g
	Delical Nutramix HP HC (10 parfums au choix)		500	28	300 g	Prêt à l'emploi
	Delical Nutramix HP (8 parfums au choix)		340	21	300 g	Prêt à l'emploi
Soupes	**Fresubin Soup** (carottes, légumes verts, tomates)		300	14	200 ml	Prêt à l'emploi
	Potage HP HC (carotte-tomate, légumes variés, poireau-pomme de terre)		306	14	200 ml	Prêt à l'emploi
	Clinutren 1.5 Soup (poulet saveur forestière)		300	11,2	200 ml	Prêt à l'emploi

Poudres d'enrichissement

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Indications
Protéines	**Protifar Plus** (goût neutre)		42	10	500 g ou sachet de 11,3g	Valeur pour 1 sachet de 11,3 g
	Fresubin Protein Powder (goût neutre)		36	9	300 g	10 g
Glucides	**Malto Dextridine** (goût neutre)		38	-	400 g	10 g

Troubles de la déglutition (pas de remboursement)

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Indications
Eaux Gélifiées	**Gélodiet** (sucré ou édulcoré) (fraise, citron, grenadine, pomme verte, café, raisin, fruits du verger Orange, menthe, colas, thé pêche)		35	-	125 g	Valeur pour 1 part
Épaissis-sants	**Nutilis Powder** (goût neutre)		43	-	300 g ou sachet de 12 g	Valeur pour 1 sachet
	Fresubin Thick & Easy (goût neutre)		37	-	Boite de 225 g	Valeur pour 10 g

Adaptations sans sucre (diabète)

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Présentation
Boissons Lactées	**Fresubin DB** (fruits de la forêt, vanille, cappuccino)	Fresenius Kabi	300	15	200 ml	
	Fortimel Diacare (vanille, fraise)	NUTRICIA	304	20	200 ml	
Crème dessert	**Fresubin Crème DB** (cappuccino, fraise des bois, praline)	Fresenius Kabi	188	9,4	125 g	
Céréales	**Fresubin Céréales HP** (goût biscuité)	Fresenius Kabi	221	15	300 g	Valeur pour 1 portion de 35 g à reconstituer (6 portions)

Adaptations spécifiques (pharmaconutriments)

Propriétés	Produits	Laboratoires	Énergie (Kcal)	Protéines (g)	Condt	Indications
Boissons Lactées	**Cubitan** (vanille, fraise, chocolat)	NUTRICIA	250	20	200 ml	ESCARRES
	Clinutren Repair (vanille, café)	Nestlé	250	18,5	200 ml	ESCARRES
	Oral Impact (tropic, café, vanille)	Nestlé	334	18	237 ml	PERICHIRURGIE
	Castase (vanille, café, biscuité, fraise, chocolat, légume)	NUTRIALYS	300	20	200 ml	ONCOLOGIE
Poudres	**Modulen IBD** (neutre)	Nestlé	500	18	400 g	CROHN (Valeur pour 100 g de poudre à reconstituer)
	Rénal Instant (neutre)	LACTALIS	200	15,3	360 g	DIALYSE (Valeur pour 45 g)

Annexe 3 : Grille méthodologique CORECQ

DOMAINE 1 : ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
1	**Enquêteur**	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	PIERRE Manon
2	**Titres académiques**	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de DES en médecine générale
3	**Activité**	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4	**Genre**	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	**Expérience et formation**	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première étude qualitative

RELATION AVEC LES PARTICIPANTS

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
6	**Relation antérieure**	Enquêteur et participants se connaissaient avant le commencement de l'étude ?	Non
7	**Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur**	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en médecine générale
8	**Caractéristiques de l'enquêteur**	Quelles caractéristiques ont été signalisées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine réalisant une thèse d'exercice

DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE

CADRE THEORIQUE

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
9	**Orientation méthodologique et théorie**	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

SELECTION DES PARTICIPANTS

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
10	**Échantillonnage**	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné, au hasard par recherche internet
11	**Prise de contact**	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone
12	**Taille de l'échantillon**	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13
13	**Non-participation**	Combien de personnes ont refusées de participer ?	2 par manque de temps

CONTEXTE

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
14	**Cadre de la collecte de données**	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail ou domicile par souhait du participant
15	**Présence de non participants**	Y avait-il d'autres personnes présentes, outres les participants et les chercheurs ?	Non
16	**Description de l'échantillon**	Quelles caractéristiques ont été signalisées au sujet de l'enquêteur ?	Oui précisées dans le tableau 2

RECUEIL DES DONNEES

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
17	**Guide d'entretien**	Les questions, amorces, les guidages étaient-ils fournis pour les auteurs ? Le guide l'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien et relances en annexe 3. Un entretien test au préalable
18	**Entretiens répétés**	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	**Enregistrement audio/visuel**	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio sur dictaphone
20	**Cahier de terrain**	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	**Durée**	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de 12 minutes
22	**Seuil de saturation**	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 10éme entretien, confirmé par 3 entretiens supplémentaires
23	**Retour des retranscriptions**	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou	Non

	correction ?	

DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS

ANALYSE DES DONNEES

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
24	**Nombre de personnes codant les données**	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux personnes : le chercheur et une autre interne de médecine générale, externe à l'étude
25	**Description de l'arbre de codage**	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui, en annexe 5
26	**Détermination des thèmes**	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27	**Logiciel**	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo
28	**Vérification par les participants**	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

REDACTION

N°	*Item*	*Description*	*Réponse*
29	**Citations présentées**	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatim anonymes numérotés de V1 à V13
30	**Cohérence des données et des résultats**	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	**Clarté des thèmes principaux**	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	**Clarté des thèmes secondaires**	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Présentation de l'étude :

Bonjour, je m'appelle Manon PIERRE, je suis interne en médecine générale depuis 2018. Je suis issue de la faculté de médecine de Lille et j'entreprends actuellement une thèse qualitative sur le thème de la prescription des compléments nutritionnels oraux (CNO) chez la personne âgée.

Je réalise des entretiens auprès des médecins généralistes afin d'explorer les habitudes de prescription des CNO auprès des personnes âgées. Accepteriez-vous de participer à cette thèse par un entretien ? Nous pouvons convenir de la date et du lieu que vous souhaitez. L'entretien sera enregistré grâce à un dictaphone puis retranscrit et analysé. L'ensemble des données sera anonymisé.

Objectif de la recherche :

La dénutrition de la personne âgée est un phénomène fréquent estimé entre 4 et 10% chez la population âgée de plus de 75 ans. Des recommandations parues en 2007, ont permis de mettre un cadre à la prescription de CNO. Hors la prescription et le renouvellement des CNO sont des éléments peu étudiés en ambulatoire.

Le but de mon étude est de prendre en compte les habitudes de prescription des CNO, des médecins généralistes. D'autre part, ma recherche explorera la réévaluation de cette prescription, en prenant en compte les différentes propositions de chaque médecin visant à améliorer la prise en charge de la dénutrition.

Caractéristiques des médecins interrogés :

- Sexe, âge
- Année d'installation
- Milieu d'exercice : rural, semi rural, urbain
- Type d'exercice : Seul, en MSP, cabinet de groupe
- Formation spécifique : DU, formation complémentaire

1. Les recommandations de l'HAS pour la prescription initiale de CNO

	Question	*Relances possibles*
1	Comment initiez-vous la prescription de CNO chez la personne âgée ?	→ Est-ce que la prescription vient de vous ? Est ce qu'il y a des acteurs secondaires qui vous aident ?
2	Que pensez-vous de l'aide à la prescription fournie par l'assurance maladie pour la prise en charge de la dénutrition ?	→ A votre avis est-ce applicable en pratique ?

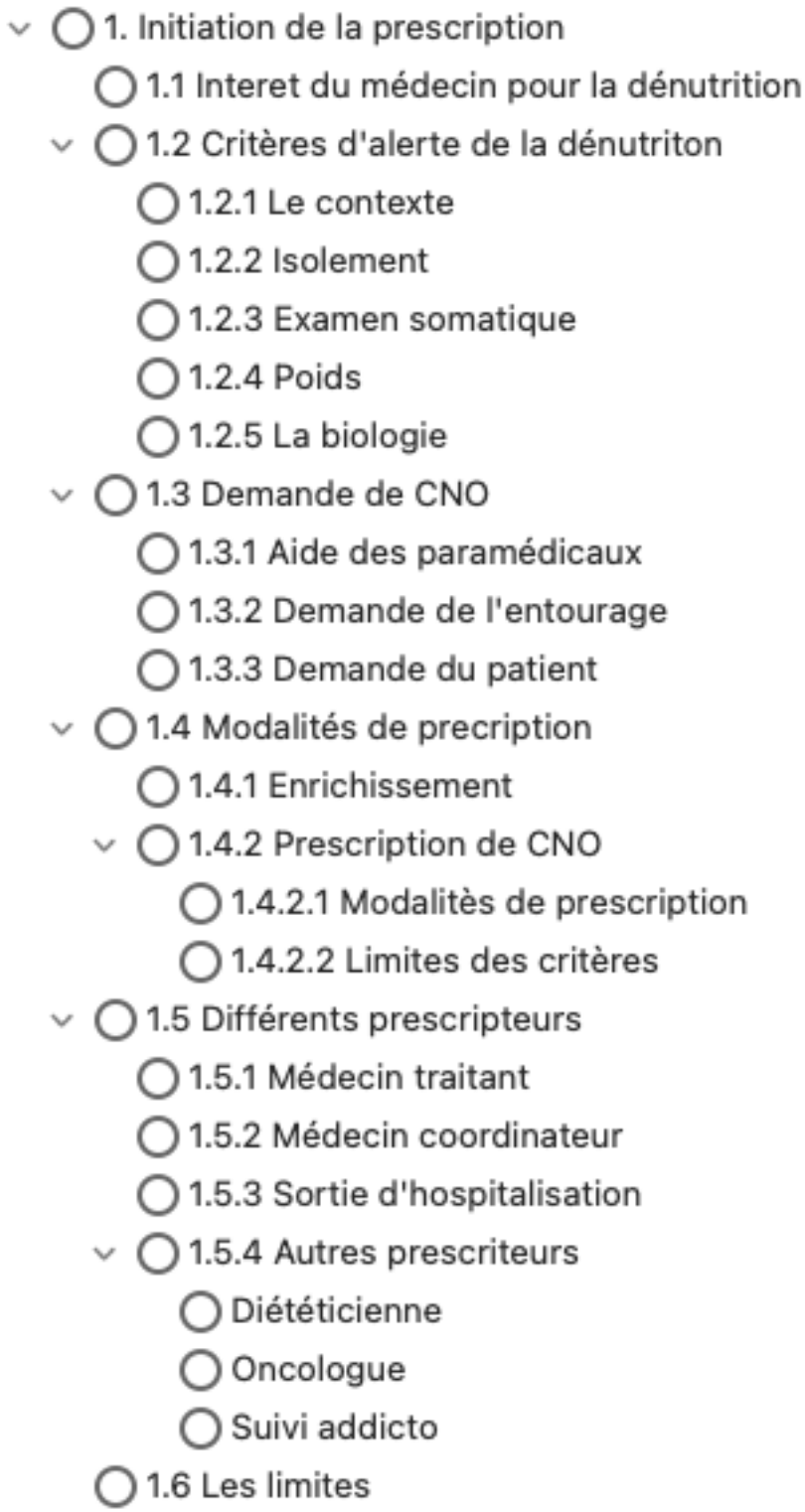
2. Le suivi de la prescription de CNO

	Question	*Relances possibles*
3	Comment suivez-vous les patients à qui vous avez prescrit des CNO ?	→ Quelles sont les raisons qui vous font arrêter la prescription de CNO ? → Au contraire quelles sont vos motivations à poursuivre la prescription ?
4	De façon plus spécifique, comment surveillez-vous l'état nutritionnel de vos patients à domicile ou en institution ?	→ Quels sont les dispositifs spécifiques que vous mettez en place pour le suivi de vos patients dénutris ?

3. Améliorer l'observance des CNO

	Question	*Relances possibles*
5	Selon vous comment peut-on améliorer le suivi de patients dénutris ?	→ Selon vous comment peux-t-on améliorer le guide d'aide à la prescription de l'assurance maladie ?
6	Comment pensez-vous pouvoir améliorer la surveillance et l'observance des CNO en médecine générale ?	→ Quels autres professionnels pourraient être inclus dans la prise en charge de la dénutrition ? → Que pensez-vous de l'implication des paramédicaux et des institutions dans ce suivi ? → Qu'attendriez-vous de la mise en place d'une fiche reflexe ?

Annexe 5 : Arbre de codage NVivo



- 2. Aide à la prescription de l'assurance maladie
  - 2.1 Connaissance de l'aide à la prescription de l'assurance maladie
    - 2.1.1 Connaissance
    - 2.1.2 Approximative
    - 2.1.3 Méconnaissance
  - 2.2 Applicabilité de l'aide à la prescription
    - 2.2.1 Applicable
    - 2.2.2 Modifier le document existant
    - 2.2.3 Frein a l'utilisation
      - Manque d'intérêt
      - Manque de temps
      - Réalisé par d'autres professionnels
- 3. Suivi des patients
  - 3.1 Critères de suivi des patients
    - 3.1.1 Biologie
    - 3.1.2 La clinique
    - 3.1.3 Etat psychologique
    - 3.1.4 Poids
    - 3.1.5 Autres critères
    - 3.1.6 Freins au suivi
  - 3.2 Spécificités du domicile
    - 3.2.1 Simplification du suivi
    - 3.2.2 Difficultés du suivi au domicile
    - 3.2.3 Pas de suivi spécifique
  - 3.3 Spécificités du suivi des patients en institution

- 4. Renouvellement de la prescription
  - 4.1 Motivations à poursuivre les CNO
    - 4.1.1 Pathologies chroniques
    - 4.1.2 Difficultés prise alimentaire
    - 4.1.3 Bonne observance
    - 4.1.4 Critères clinico-bioogique
    - 4.1.5 Incitations extérieures
  - 4.2 Arret de la prescription des CNO
    - 4.2.1 Pathologies aigues
    - 4.2.2 Reprise d'une alimentation
    - 4.2.3 Amélioration clinico-biologique
    - 4.2.4 Défaut d'observance
    - 4.2.5 Inéfficacité de la prescription
    - 4.2.6 Difficile dans le contexte gériatrique
- 5. Voies d'amélioration
  - 5.1 Suivi et observance des patients optimal
  - 5.2 Amélioration du suivi
    - 5.2.1 Implication des paramédicaux
    - 5.2.2 Programme de suivi de la dénutrition
    - 5.2.3 Aide dematerialisée
    - 5.2.4 Renforcer la relation medecin-patient
    - 5.2.5 Formation des médecins
    - 5.2.6 Remise en question du médecin
  - 5.3 Amélioration de l'observance
    - 5.3.1 Renforcer l'éducation théraeutique
    - 5.3.2 Adapter au patient
    - 5.3.3 Aide d'un tiers
    - 5.3.4 Vérification des stocks
    - 5.3.5 Mise en place d'une fiche de surveillance
    - 5.3.6 Proposer des alternatives aux CNO

Annexe 6 : Fiche de surveillance alimentaire

SURVEILLANCE ALIMENTAIRE — Alimentation | Boissons | Protéines

Date	Le ... / ... / ...			Le ... / ... / ...			Le ... / ... / ...		
Repas / Collation	**A**	**B**	**P**	**A**	**B**	**P**	**A**	**B**	**P**
Petit-déjeuner									
Boisson - Sucre		100	10		100	10		100	10
Pain - Beurre		200	20		200	20		200	20
Autres		300	30		300	30		300	30
Collation		400	40		400	40		400	40
Déjeuner		500	50		500	50		500	50
Entrée		600	60		600	60		600	60
Viande / Poisson		700	70		700	70		700	70
Accompagnement		800	80		800	80		800	80
Produits laitiers	Laitage	900	90	Laitage	900	90	Laitage	900	90
Dessert		1000	100		1000	100		1000	100
Pain		1100	110		1100	110		1100	110
Collation		1200	120		1200	120		1200	120
Dîner		1300	130		1300	130		1300	130
Potage		1400	140		1400	140		1400	140
Viande / Poisson		1500	150		1500	150		1500	150
Accompagnement									
Produits laitiers	Laitage			Laitage			Laitage		
Dessert									
Pain									
Collation									

RAPPELS

Boissons (B)

- 1 eau gélifiée = 125 cc
- 1 yaourt = 100 cc
- 1 bol = 300 cc
- 1 « canard » = 250 cc

Part de protéines (P)

5 g

- 1 laitage, 1 fromage
- 1 verre de lait
- 1 glace
- 1 œuf

10 g

- 1 crème HP
- 1 bol de lait
- 3 c.à.s de lait en poudre
- 1 pain + 1 fromage
- 1/2 part de viande
- 1 part de charcuterie
- 1 omelette

20 g

- 1 complément HP liquide
- 1 part de viande
- 1 part de poisson

Document RESCLAN Champagne Ardenne - Version 1 - 2007

Patient - Soignant - Aidant
Pourquoi cette fiche ?

L'alimentation, un acte essentiel

S'alimenter est un acte essentiel qui, en dehors du plaisir procuré par les aliments, contribue à maintenir ou à restaurer la santé.

Une vigilance particulière

Pour vérifier si vos apports alimentaires couvrent vos besoins nutritionnels, compte tenu de vos problèmes de santé, **la surveillance de vos consommations est nécessaire.** En effet, certaines situations exigent des **apports en énergie et en protéines (colonne P) augmentés** (viande, poisson, œufs, fromage ou laitage).
L'hydratation est également essentielle au **maintien de l'équilibre corporel (colonne B)**.
Les apports en eau doivent être augmentés en cas de fièvre ou de forte chaleur.

Une évaluation globale et continue de vos consommations

L'utilisation de cette fiche permet une évaluation globale et continue de votre alimentation, au fil de la journée.
Vous-même ou votre entourage et l'équipe soignante complètent la fiche **après chaque repas ou collation** en se reportant aux indications de la colonne de droite (équivalence).

Un ajustement en fonction de vos besoins

Le médecin détermine avec vous la **quantité minimale de protéines à consommer.** L'équipe soignante, votre entourage ou vous-même pouvez vérifier si l'objectif fixé est atteint. Le niveau de consommation obtenu permet aux différents soignants de vous guider dans les choix des goûters ou des repas suivants.

Votre participation

Votre participation active lors de la prise des repas contribue à l'efficacité du traitement entrepris.

Document RESCLAN Champagne Ardenne - Version 1 - 2007

AUTEUR : Nom : PIERRE - MACQUET **Prénom : Manon**

Date de Soutenance : 29 octobre 2021

Titre de la Thèse :

Prescription des compléments nutritionnels oraux chez la personne âgée : vécu des médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : dénutrition, complément alimentaire oral, gériatrie, dénutrition et gériatrie, diététique et gériatrie, supplémentation orale, nutrition.

Résumé :

Contexte La dénutrition de la personne âgée est un phénomène fréquent, entre 4 et 10% de la population âgée de plus de 75 ans vivant au domicile est dénutrie. La prescription de CNO est une des thérapeutiques recommandées. Dans le milieu hospitalier, la réévaluation hebdomadaire des compléments nutritionnels oraux est réalisé entre 0 et 12% des cas.

Méthode : Étude qualitative par théorisation ancrée menée par entretiens semi dirigés auprès de 13 médecins généralistes des Hauts de France. Les entretiens ont été menés jusque suffisance des données.

Résultats : Les médecins ont montré à plusieurs reprises leur manque d'intérêt pour la discipline, rendant l'initiation des CNO régulièrement basé sur des critères subjectifs. Cependant ils reconnaissent que la prise en charge de la dénutrition est primordiale chez la personne âgée, en permettant d'éviter la spirale gériatrique. L'aide à la prescription de l'assurance maladie reste un document peu utilisé en pratique, dû à un manque de diffusion. Le suivi du patient bien que quelque fois bien réalisé, est souvent une consultation difficile par manque de temps et de formation. Des médecins ont même parlé de prescription systématique. De plus les visites au domicile rendent la surveillance plus compliquée. Des praticiens ont mis en avant le manque d'observance des CNO. Certains se sont remis en question vis-à-vis de leur pratique. Ainsi des voies d'amélioration ont été proposé comme un travail partagé avec les paramédicaux, la mise en place d'un réseau de soin, une éducation thérapeutique renforcée ou encore l'initiation d'une fiche de surveillance à domicile.

Conclusion : Les médecins généralistes sont mitigés sur le sujet de la nutrition de la personne âgée, mais sont conscients de l'enjeu pour leurs patients. Les prescriptions sont encore trop peu encadrées par manque de temps et de formation. Ils sont en demande de plus de formations et d'un travail partagé avec d'autres professionnels de santé.

<u>Composition du Jury :</u>

Président : Monsieur le Professeur David SEGUY

Assesseurs : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT, Madame le Docteur Marie-Anne ROUHIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT