

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 31

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

Par

Marion RICHE

Née le 27/03/1977 à Thiais

Présentée et soutenue publiquement le 04 mai 2010

**PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION DU SUJET AGE :
ETUDE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Fabienne YVAIN

INTRODUCTION	4
1. RAPPEL SUR LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE	5
1.1. Définition	5
1.2. Physiopathologie de la dénutrition du sujet âgé.	5
1.2.1. Vieillesse physiologique : impact sur la nutrition	5
1.2.2. Dénutrition exogène	6
1.2.3. Dénutrition endogène	6
1.3. Diagnostic de la dénutrition	7
1.4. Conséquences de la dénutrition	7
2. MATERIEL ET METHODES	8
2.1. Choix de la méthode	8
2.2. Choix de la population étudiée.....	8
2.2.1. Critères d'inclusion :	8
2.2.2. Critères d'exclusion :	8
2.2.3. Différenciation ville/campagne :	8
2.3. Recueil des données.....	9
2.3.1. Le questionnaire (annexe 1).....	9
2.3.2. L'entretien	9
2.3.3. Prise de rendez-vous avec les médecins	10
2.3.4. Déroulement de l'entretien	10
2.4. Méthodes d'analyse de données.....	10
3. RESULTATS.....	11
3.1. Description de la population étudiée	11
3.1.1. Répartition géographique des 30 médecins interrogés.....	11
3.1.2. Répartition des sexes et du type d'exercice	12
3.1.3. Age des médecins interrogés	12
3.1.4. Expérience professionnelle	12
3.2. Connaissances des médecins sur la dénutrition du sujet âgé	14
3.2.1. Estimation de la prévalence	14
3.2.2. Connaissance des conséquences de la dénutrition	14
3.3. Evaluation du dépistage et du diagnostic	15
3.3.1. Connaissances des situations à risque de dénutrition	16
3.3.2. Utilisation des outils de dépistage et de diagnostic.....	18
3.4. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé	20
3.4.1. Evaluation de l'utilisation des différents moyens thérapeutiques	20

3.4.2.	Nature des conseils alimentaires.....	20
3.4.3.	Surveillance d'un patient dénutri	21
3.4.4.	Difficultés rencontrées dans la prise en charge	22
3.5.	Intérêt des médecins pour la dénutrition du sujet âgé.....	23
4.	DISCUSSION.....	25
4.1.	Analyse critique de la méthode.....	25
4.1.1.	Sur la forme du questionnaire	25
4.1.2.	Sur la réalisation de l'entretien	25
4.1.3.	Analyse des biais	26
4.2.	Analyse de la population étudiée.....	27
4.2.1.	Analyse des refus.....	27
4.2.2.	Les médecins interrogés	27
4.2.3.	Les patients de plus de 70 ans.....	27
4.3.	A propos des résultats	28
4.3.1.	Dépistage et diagnostic.....	28
4.3.2.	Prise en charge de la dénutrition.....	31
4.4.	L'approche de la problématique	32
GLOSSAIRE		34
BIBLIOGRAPHIE		35
ANNEXES		39

INTRODUCTION

Alors qu'il y a plus de 2000 ans, Hippocrate disait « Que ton aliment soit ta seule médecine », le 15 décembre 2009 un article du Monde.fr titrait : « La dénutrition, un mal qui guette les personnes âgées ». En effet, les données les plus récentes sur la prévalence de la dénutrition des sujets âgés à domicile, estiment celle-ci entre 4% et 10% dans la population âgée de plus de 70 ans, et à 10% au-delà de 80 ans ^{1,2} .

Les conséquences de la dénutrition sur la personne âgée sont considérables : elle fait partie des facteurs de fragilité et de diminution de la qualité de vie ³. C'est un facteur de mauvais pronostic chez le sujet âgé, elle augmente la morbi-mortalité : par exemple, chez des sujets âgés hospitalisés pour une pathologie aigüe, la mortalité est 2,5 à 4 fois plus élevée dans les 9 mois suivant leur sortie s'ils ont présenté un épisode de dénutrition au cours de cette hospitalisation ⁴.

C'est pourquoi le gouvernement, dans le volet n°2 du Programme National Nutrition Santé, programmé pour la période 2006-2010, engage une démarche de prévention de la dénutrition, notamment celle de la personne âgée, grâce à la réalisation de guides nutritionnels pour les personnes de plus de 55 ans et pour les aidants des personnes âgées ⁵.

C'est dans ce cadre que la Haute Autorité de Santé a rédigé en 2007 un guide de recommandations professionnelles sur la stratégie de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée ⁶, afin de formaliser les objectifs du PNNS 2. Un des axes principaux est la prévention primaire par le dépistage, mettant donc le médecin généraliste au centre du dispositif de prise en charge.

Prenant donc en considération l'importance de ce problème, et à la lumière des recommandations françaises récentes, nous avons voulu observer les pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la dénutrition des sujets âgés. Les objectifs de notre enquête ont été :

- évaluer la pratique du dépistage
- évaluer les modalités de la prise en charge
- cerner les difficultés rencontrées

Après une description de la méthode et une exposition des résultats, nous commenterons les résultats confrontés aux données de la littérature

1. RAPPEL SUR LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE

1.1. Définition

La dénutrition est un trouble de la nutrition du à une insuffisance d'assimilation ou à un excès de désassimilation (définition du dictionnaire médical Masson). La dénutrition protéino-énergétique, qui touche plus spécifiquement le sujet âgé, se caractérise par un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétique de l'organisme. Ce déséquilibre est responsable de pertes tissulaires involontaires aux conséquences fonctionnelles délétères ⁷.

1.2. Physiopathologie de la dénutrition du sujet âgé.

Elle est le résultat de modifications physiologiques dues au vieillissement, associée à une insuffisance chronique d'apports alimentaires, auxquelles peut s'ajouter un état d'hypercatabolisme aggravant le statut nutritionnel.

1.2.1. Vieillesse physiologique : impact sur la nutrition

Cet aspect n'est jamais responsable à lui seul de la survenue de la dénutrition. Le phénomène principal à prendre en compte est la sarcopénie : 20% à 40% de la masse musculaire est perdue entre 20 et 80 ans ⁴, à cause d'une involution graisseuse des muscles, diminuant ainsi la quantité et la qualité du muscle, et au final de la force musculaire développée. Les réserves protéiques à mobiliser en cas de stress physiologique sont ainsi naturellement diminuées.

D'autres phénomènes vont intervenir :

- une dysrégulation de l'appétit, faisant intervenir différentes hormones (notamment la leptine) dont la sécrétion est modifiée avec l'âge et qui concoure à une diminution globale de la prise alimentaire ⁸.
- des troubles sensoriels avec une modification de la perception des saveurs et une diminution de l'olfaction, notamment une hypogousie touchant le salé, expliquant la moindre prise de protéines.
- des modifications digestives, avec notamment un ralentissement du transit et une constipation fréquente participant à l'installation d'une anorexie.
- une altération de la denture rendant la mastication inefficace ou douloureuse.

1.2.2. Dénutrition exogène

L'insuffisance d'apports alimentaires est multifactorielle chez la personne âgée ⁴.

- les déficiences physiques, secondaires ou non à des pathologies peuvent retentir sur l'alimentation de manière directe : trouble de la déglutition, incapacité motrice par douleur (arthrose) ou séquelles d'AVC, tremblements, troubles visuels... sont autant de handicaps qui peuvent rendre difficile l'approvisionnement, la préparation des repas ou le repas en lui-même.
- la diminution des capacités psychiques à cause d'une démence, de troubles du comportement, peuvent rendre le sujet âgé dépendant de son entourage pour l'alimentation et ainsi favoriser la diminution des prises alimentaires.
- les troubles psychologiques, notamment la dépression si fréquente chez le sujet âgé, entraîne systématiquement une anorexie.
- enfin, pour des raisons environnementales et économiques comme la solitude, l'institution, le manque de ressources, la personne âgée ne va plus pouvoir s'alimenter de manière satisfaisante.

1.2.3. Dénutrition endogène

La dénutrition endogène ^{9,10,11} est secondaire à un état d'hypercatabolisme. Lors d'une situation d'agression aiguë avec un stress physiologique comme une infection, une destruction tissulaire aiguë (infarctus du myocarde, AVC) ou une réparation tissulaire (fracture ou escarre), les besoins énergétiques de l'organisme sont fortement augmentés. Si les apports alimentaires ne sont pas augmentés, les nutriments seront prélevés sur les réserves de l'organisme, principalement par protéolyse musculaire, afin de fournir des acides aminés nécessaires au fonctionnement du système immunitaire. Ce qui aura pour conséquence d'aggraver la sarcopénie.

De plus, la synthèse hépatique des protéines pro-inflammatoires nécessaires au processus de défense et de cicatrisation se fait aux dépens de l'albumine.

Un état d'hypercatabolisme qui se prolonge va donc affaiblir l'organisme d'un sujet âgé, dont les réserves énergétiques sont peu importantes, et conduire à aggraver une dénutrition.

1.3. Diagnostic de la dénutrition

La présence d'un ou plusieurs critères suivants, permet de porter le diagnostic de dénutrition ⁶ :

- une perte de poids supérieure à 10% en 6 mois ou 5% en 1 mois,
- un IMC inférieur à 21,
- une albuminémie inférieure à 35 g/litre
- un Mini Nutritional Assessment global MNA inférieur à 17 (cf. annexe 2)

La dénutrition sévère, repose sur la présence d'un ou plusieurs critères suivants :

- une perte de poids supérieure à 10% en 1 mois ou 15% en 6 mois
- un IMC inférieur à 18
- une albuminémie inférieure à 30 g/litre

1.4. Conséquences de la dénutrition

Les signes cliniques de la dénutrition sont peu spécifiques. Elle peut engendrer une altération de l'état général, une apathie. L'amaigrissement au dépend de la masse maigre va aggraver la sarcopénie.

Quels que soient les marqueurs nutritionnels utilisés, il a été prouvé que la dénutrition représente un facteur de risque de décès, à l'hôpital comme à domicile. Par exemple, dans une analyse multivariée chez des sujets âgés bénéficiant d'aide à domicile, l'amaigrissement supérieur à 1 kilo demeurait un facteur de risque de décès significatif ¹⁴.

- La dénutrition favorise les infections car c'est un facteur majeur d'immunosuppression, ce qui se traduit par une lymphopénie $< 1500 \text{ mm}^3$ et par une morbidité infectieuse 2 à 6 fois plus fréquente¹².
- Par la fonte musculaire qu'elle engendre, elle prédispose aux troubles de la marche, aux chutes et donc aux fractures : par exemple, 50 % des patients admis à l'hôpital pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur sont dénutris¹³.
- La dénutrition favorise l'apparition des escarres et en ralentit la cicatrisation.
- L'hypoalbuminémie engendre une augmentation de la toxicité médicamenteuse.

Pour toutes ces raisons, la dénutrition est souvent associée à l'installation d'une dépendance et à la dégradation de la qualité de vie, avec une augmentation de la durée et du coût des séjours hospitaliers ^{14,12}.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Choix de la méthode

Le but de cette enquête étant d'évaluer de manière descriptive et non quantitative la pratique des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la dénutrition du sujet âgé, nous avons retenu une méthode déjà utilisée dans 2 autres thèses consacrées à une évaluation des pratiques des médecins généralistes en gériatrie ^{15,16}.

Ce modèle méthodologique est issu de 2 études anglo-saxonnes évaluant les pratiques de médecins généralistes ^{17,18}. Les critères principaux sont : un entretien semi-structuré par un questionnaire, l'enregistrement des entretiens et un nombre de médecins interrogés fixé à trente.

2.2. Choix de la population étudiée

2.2.1. Critères d'inclusion :

Nous avons listé par ordre alphabétique les 1260 médecins généralistes installés en Loire-Atlantique à partir des données fournies par l'URML, au mois d'avril 2009. Puis, à l'aide de la fonction "aléa" du logiciel Excel, nous avons obtenu une liste aléatoire de ces médecins. Nous avons ensuite sélectionné les 60 premiers de la liste en respectant des critères d'exclusion, afin d'obtenir 30 entretiens

2.2.2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de la liste les médecins ne pratiquant pas la médecine générale « traditionnelle » (angiologue, nutritionniste, ostéopathe, SOS médecins...), c'est-à-dire ayant une spécificité de pratique non renseignée par le fichier de l'URML, par confrontation aux données de l'annuaire téléphonique « Pages Jaunes ». De plus, afin de conserver la neutralité lors de l'entretien, les médecins connus de l'enquêteur par une activité antérieure (maitre de stage, médecins remplacés ou médecins du DMG) ont été éliminés. Quand un médecin était exclu, nous prenions le suivant de la liste aléatoire.

2.2.3. Différenciation ville/campagne :

Nous avons séparé la médecine de ville et la médecine de campagne : les médecins ruraux sont ceux qui exercent dans une commune de moins de 5000 habitants.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Le questionnaire (annexe 1)

2.3.1.1. Critères à respecter

Les questions portant sur l'exploration de la prise en charge devaient prendre en considération les dernières recommandations nationales. Les réponses devaient être le plus spontanées possibles, sans éléments d'orientation dans la question pour essayer d'avoir une appréciation globale réelle des pratiques. Le questionnaire devait être suffisamment synthétique pour être réalisable en 15 minutes maximum.

2.3.1.2. Elaboration du questionnaire :

Une partie du questionnaire (3 questions) a été conçue avec des questions directives pour recueillir des données sur le mode d'exercice et l'expérience professionnelle des médecins, afin de décrire la population étudiée. Afin d'évaluer les connaissances et la prise en charge de la dénutrition en limitant au maximum l'influence des réponses, 6 questions ouvertes ont été utilisées et 2 questions fermées. Pour décrire les difficultés rencontrées et l'intérêt porté au sujet, 2 questions ouvertes ont été posées.

2.3.1.3. Test du questionnaire

Avant de commencer l'enquête avec les médecins tirés au sort, le questionnaire a été testé auprès de 3 médecins généralistes afin d'évaluer certains critères : compréhension et ordre des questions, respect du temps prévu et familiarisation avec le matériel d'enregistrement. Certaines questions ont ainsi été modifiées.

2.3.2. L'entretien

2.3.2.1. Type

C'est par un entretien semi-directif que l'enquête a été réalisée. Nous avons abordé la liste des sujets que nous souhaitons explorer par un guide (le questionnaire) en laissant le médecin s'exprimer librement lors des questions ouvertes ¹⁹.

2.3.2.2. Sollicitation des médecins par un courrier

Afin de convaincre les médecins tirés au sort de participer, nous avons envoyé un courrier (annexe 3) expliquant le cadre de l'enquête, c'est-à-dire la réalisation d'une thèse de médecine générale, et ses modalités de réalisation. Le courrier portait l'en-tête du centre hospitalier de Saint-Nazaire, avec les coordonnées du directeur de thèse.

Ces courriers ont été envoyés en 5 lots regroupés par secteur géographique. Il était précisé que les médecins seraient contactés 8 à 10 jours plus tard pour fixer un éventuel rendez-vous.

2.3.3. Prise de rendez-vous avec les médecins

Le contact téléphonique permettait de repréciser le mode de choix du médecin, le cadre de l'entretien, sa durée en précisant que cela ne dépassait pas le temps d'une consultation et le caractère anonyme des propos. Un rendez-vous était pris si le médecin acceptait. Il permettait aussi de vérifier que le médecin choisi correspondait bien aux critères d'inclusion et d'exclusion. Dans le cas contraire, un autre médecin était tiré au sort.

2.3.4. Déroulement de l'entretien

Afin de faciliter la réalisation de l'enquête, l'entretien a été réalisé au cabinet des médecins, sur leurs temps de consultation. L'enregistrement s'est fait à l'aide d'un appareil numérique. Les questions étaient posées à l'aide d'un support papier. Les précisions concernant certaines questions et les reformulations employées sont en annexe 4.

2.4. Méthodes d'analyse de données

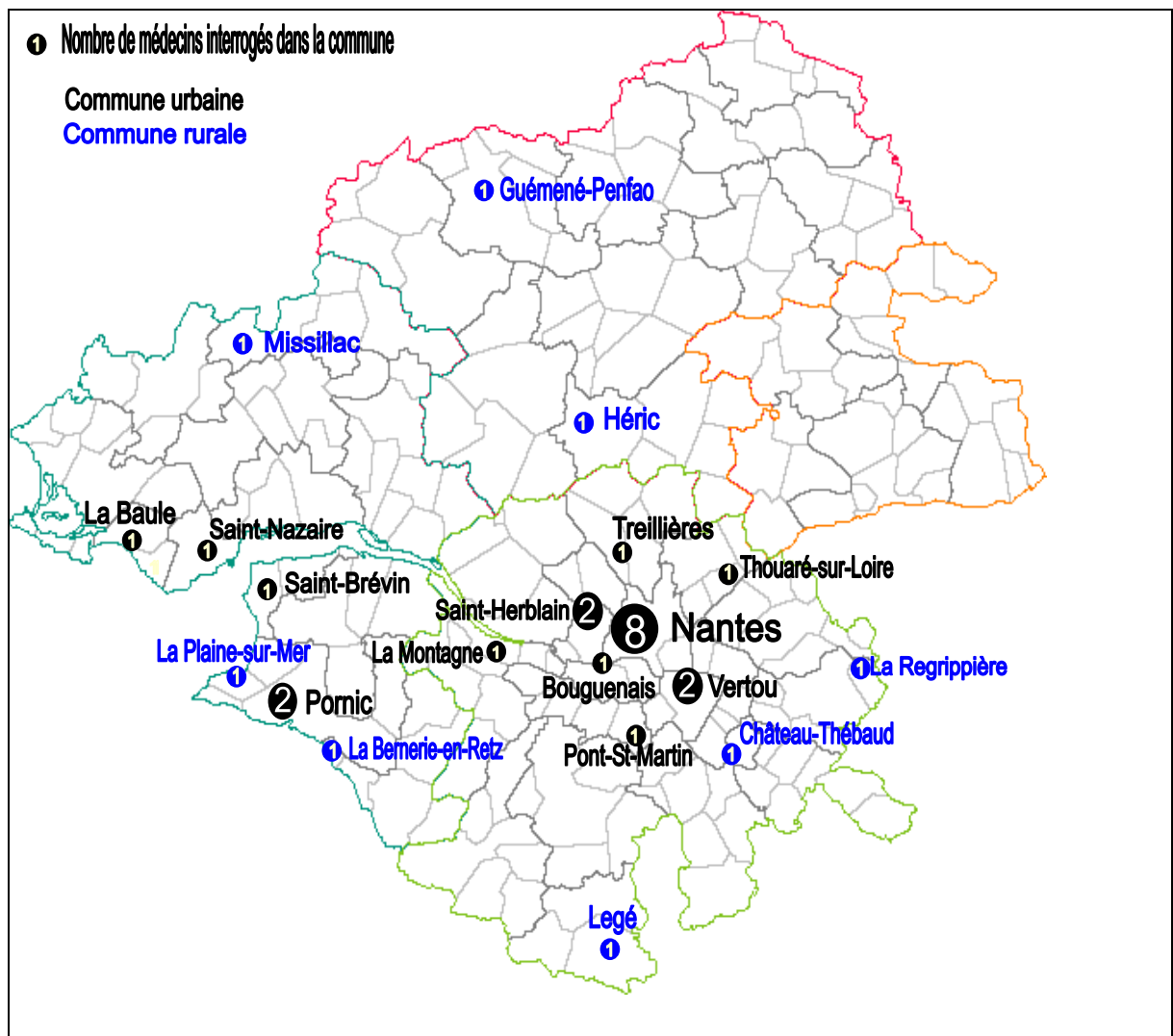
Tous les entretiens ont été retranscrits (annexe 8) à partir des enregistrements numériques en traitement de texte Word. La traduction des résultats s'est faite de manière descriptive à l'aide de pourcentages arrondis sans décimales car la faible taille de l'échantillon ne permettait pas de faire des statistiques. Les réponses fermées ont été codées de façon numérique, les réponses ouvertes ont été codées a posteriori par les items les plus fréquemment cités, en regroupant par catégories les termes de signification proche. Par exemple, une expression comme « je regarde s'il est fatigué » a été mise dans une catégorie *altération de l'état général*. Les données et les graphiques ont été saisis avec le logiciel Excel.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population étudiée

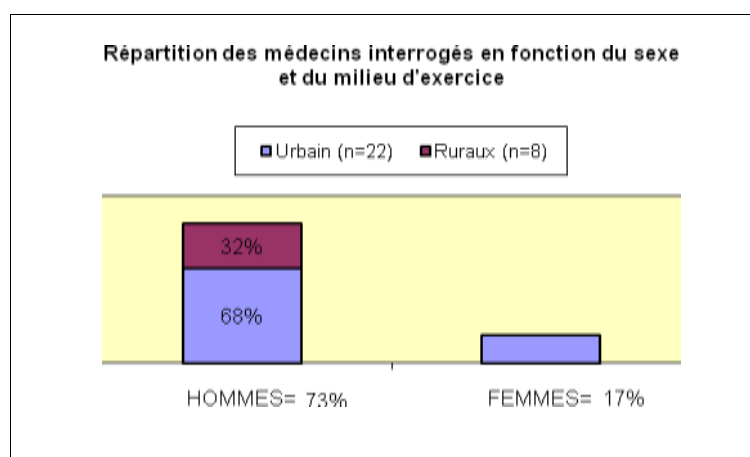
3.1.1. Répartition géographique des 30 médecins interrogés

Les trente médecins interrogés sont répartis en communes urbaines ou rurales selon la taille de la commune dans laquelle ils exercent : plus de 5000 habitants ou non. La majorité des médecins interrogés ont un exercice urbain (n=22).



3.1.2. Répartition des sexes et du type d'exercice

Sur les 30 médecins interrogés, les 3/4 sont des hommes dont 68% exerçant en milieu urbain. Les femmes représentent 17% des médecins interrogés aucune n'exerce en milieu rural. Au total, 8 médecins ont été interrogés en rural et 22 en milieu urbain.



3.1.3. Age des médecins interrogés

La moyenne d'âge des médecins est de 50,6 ans [28 à 65 ans]. Pour les femmes, la moyenne d'âge est de 45,2 ans [34-64 ans] ; pour les hommes, la moyenne d'âge est de 51,7 ans [28-65 ans].

3.1.4. Expérience professionnelle

3.1.4.1. Durée d'exercice

Les médecins interrogés ont une durée moyenne d'exercice de la médecine générale de 21,3 ans. Ils se sont installés en moyenne 1,8 an après l'obtention de leur thèse.

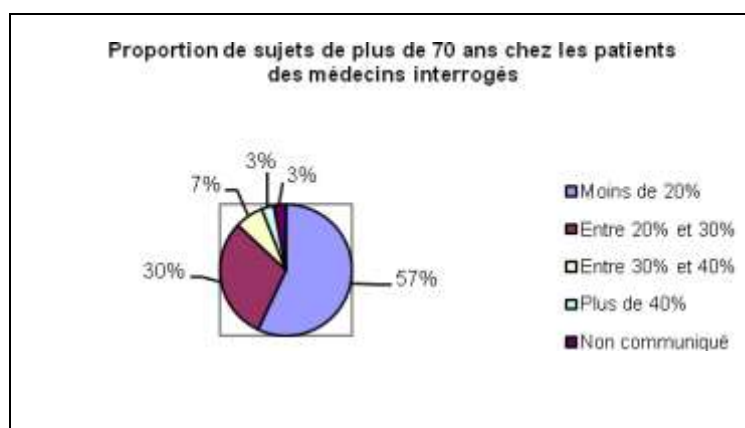
3.1.4.2. Formation spécifique

Sur les 30 médecins interrogés, 2 ont une qualification spécifique en gériatrie (capacité de gériatrie et DU de gérontologie clinique) soit 7%. Un de ces deux médecins possède aussi un DU de nutrition. A noter qu'un médecin a travaillé 2 ans à mi-temps dans un service de soins de suite et de longs séjours.

3.1.4.3. Sujets âgés dans la patientèle des médecins interrogés

La Sécurité Sociale adresse tous les trimestres à chaque médecin un relevé qui précise leur activité : nombre de consultations, pourcentage de patients pour chaque tranche d'âge et moyenne pour le département. La proportion moyenne de personnes âgées de plus de 70 ans dans la patientèle des médecins interrogés est de 18,7% (17,7% pour la ville et 21,6% pour la campagne).

Treize médecins ont fourni une réponse estimée sans le relevé et un médecin ne savait pas. Dans cette enquête, la majorité des médecins (57%) ont moins de 20 % de personnes de plus de 70 ans dans leur patientèle.



3.1.4.4. Refus de participer à l'entretien

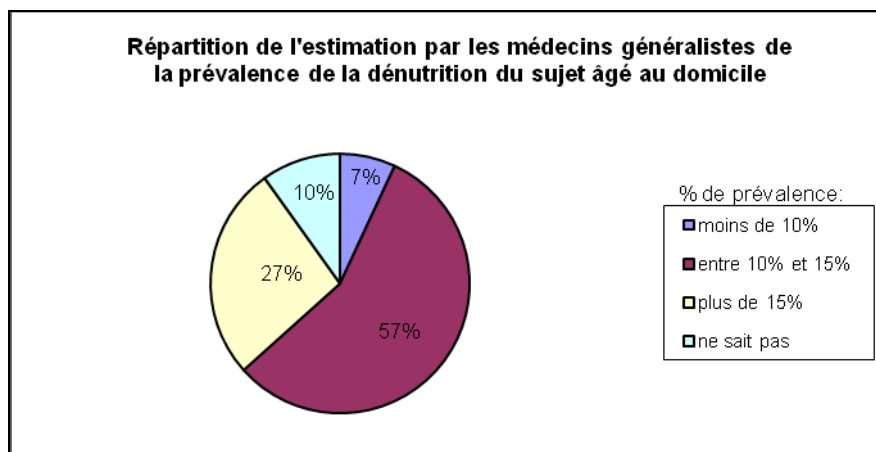
Sur les 60 appels téléphoniques passés après envoi du courrier de sollicitation, il y a eu 30 refus (54% en ville soit 26 refus sur 48 appels et 33% en campagne soit 4 refus sur 12 appels). Les causes de refus citées par les médecins sont les suivantes :

- le manque de temps (63%, n=19)
- le manque d'intérêt pour le sujet (20%, n=6)
- pratique spécifique : ostéopathe, nutritionniste, angiologue (10%, n=3)
- pas de personnes âgées dans leur patientèle (7%, n=2)

3.2. Connaissances des médecins sur la dénutrition du sujet âgé

3.2.1. Estimation de la prévalence

La plupart des médecins (56,6%) interrogés estiment que 10% à 15% des patients de plus de 70 ans sont dénutris à leur domicile.

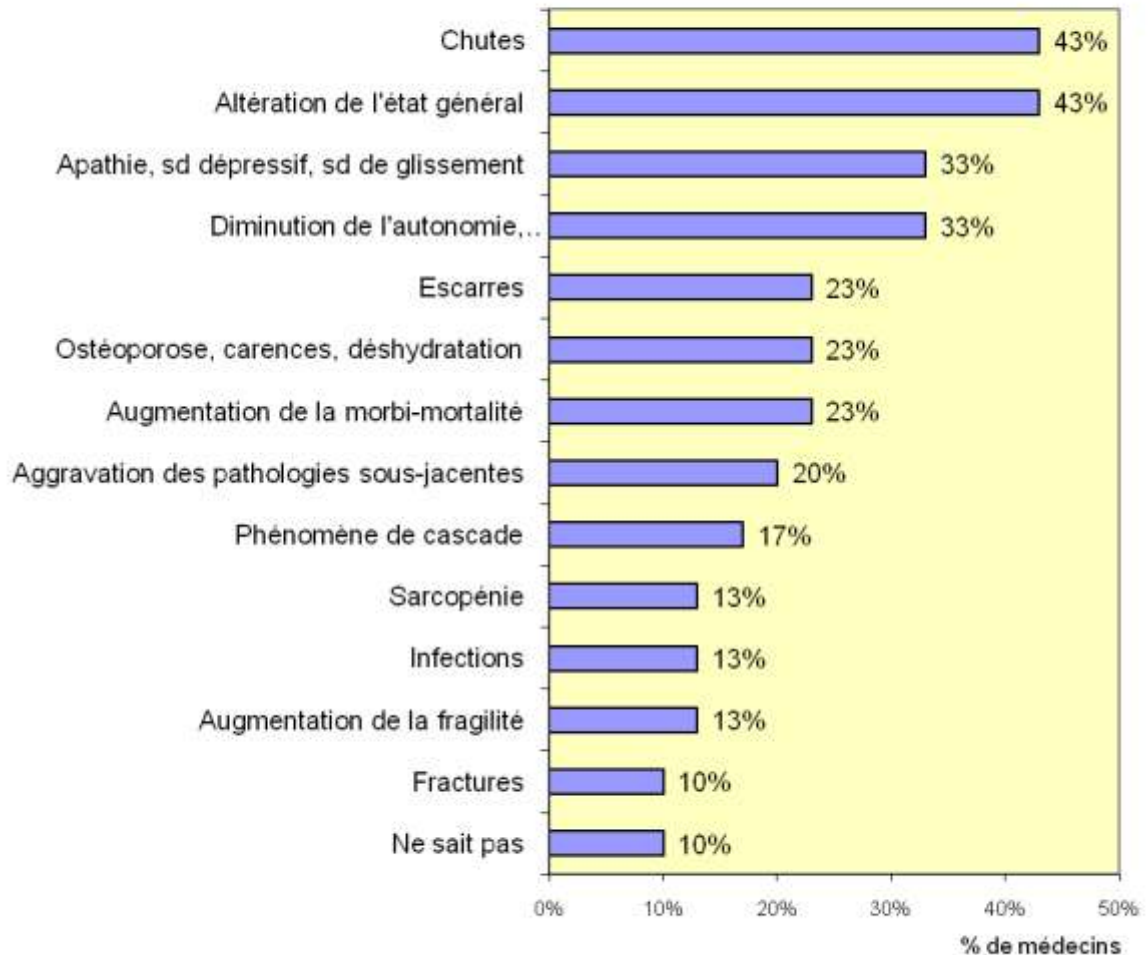


3.2.2. Connaissance des conséquences de la dénutrition

Nous avons demandé aux médecins quelles étaient selon eux, les conséquences de la dénutrition sur le sujet âgé. Chaque médecin a donné autant de réponses qu'il le souhaitait. Elles sont détaillées dans le graphique ci-dessous.

- les chutes et l'altération de l'état général sont les 2 items les plus souvent cités avec 43%.
- un tiers des médecins rapporte les troubles psychiques et la diminution de l'autonomie
- les infections n'ont été citées que 4 fois (13%). Dans la catégorie *augmentation de la morbi-mortalité*, ont été placées les réponses de 7 médecins telles que « ça conduit à la tombe », « à long terme, c'est la mort ».
- trois médecins n'ont donné aucune réponse

Items les plus fréquemment cités par les médecins généralistes comme conséquence de la dénutrition



3.3. Evaluation du dépistage et du diagnostic

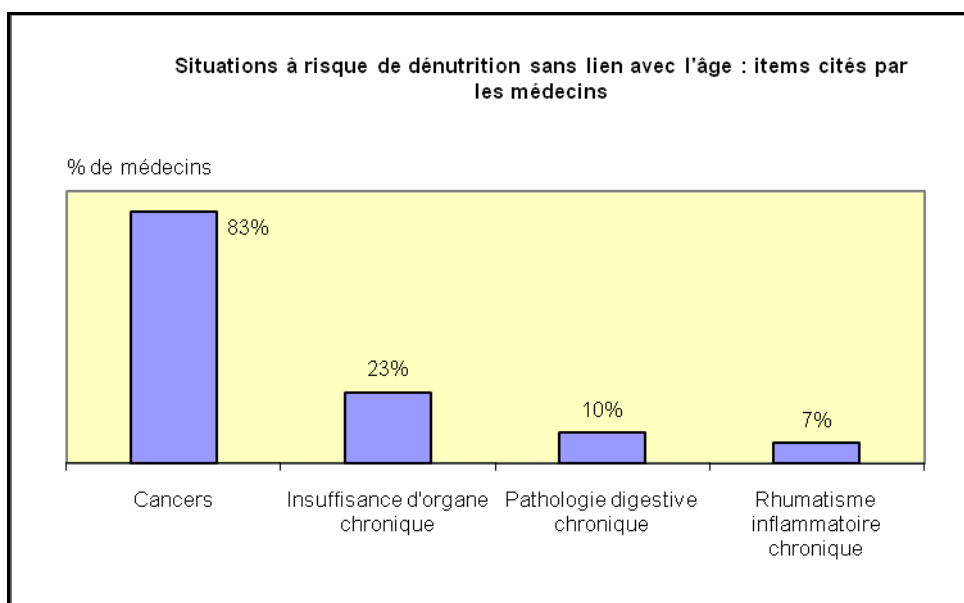
La majorité des médecins interrogés (83%), soit 25 médecins sur 30 disent pratiquer une évaluation de l'état nutritionnel chez la personne âgée. Ont été compté comme réponses positives les médecins qui ont répondu *oui*, et ceux qui ont directement cité les outils qu'ils utilisaient.

3.3.1. Connaissances des situations à risque de dénutrition

Nous avons demandé aux médecins grâce à une question ouverte de citer quelles étaient selon eux les situations à risque de dénutrition pour le sujet âgé. Nous avons obtenu 141 réponses. Les items cités par les médecins généralistes sont répartis 2 catégories.

Les situations à risque qui sont sans lien avec l'âge :

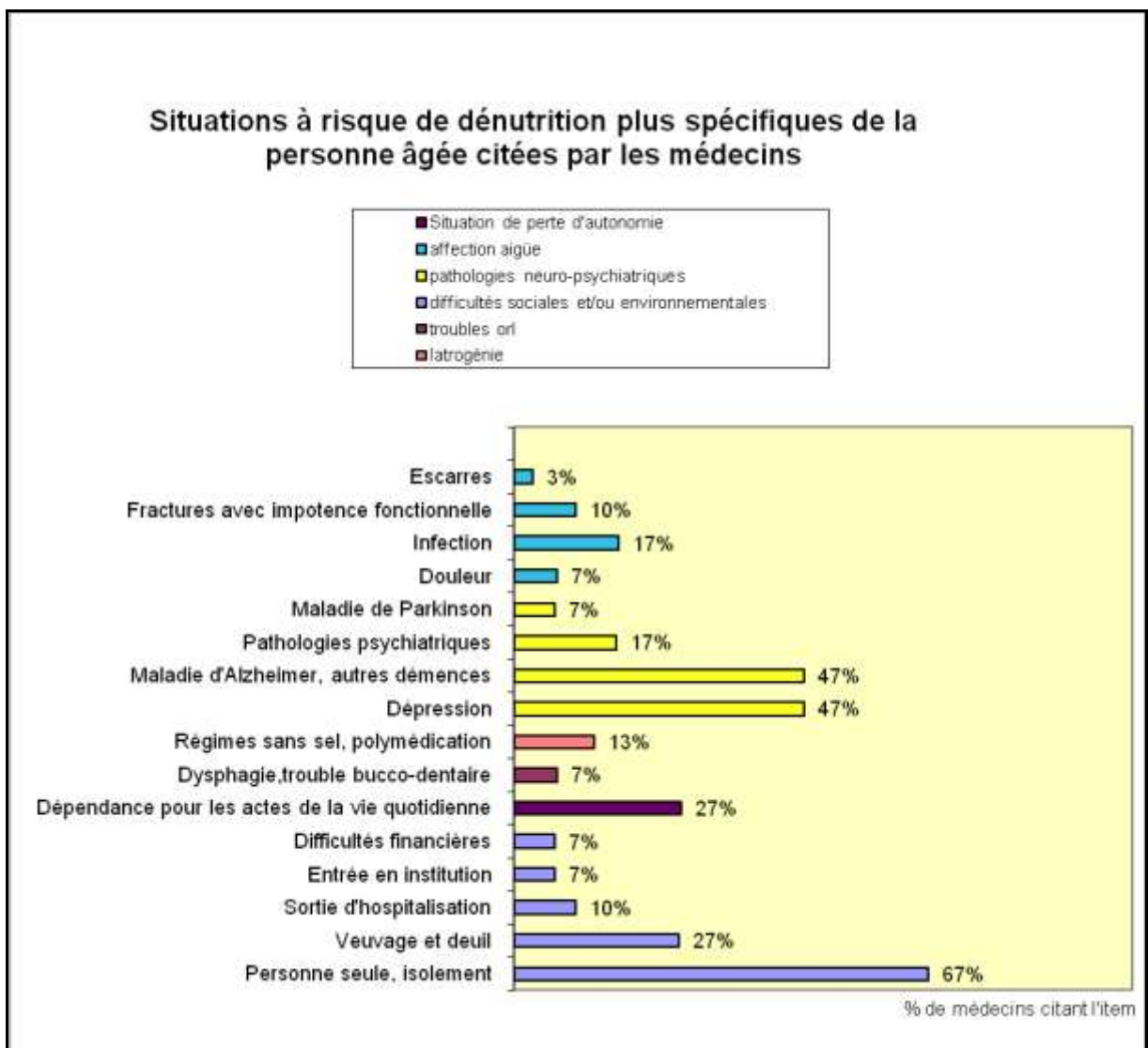
- -83% des médecins citent les pathologies cancéreuses,
- -23% citent une insuffisance d'organe chronique(rénale, cardiaque, respiratoire)
- -2 médecins (7%) citent le rhumatisme inflammatoire chronique.



Les situations à risque qui sont plus spécifique du sujet âgé : elles représentent 70% des réponses (n=98) et se répartissent selon les catégories ci-dessous.

- les difficultés socio-environnementales: être seul est cité par 67% des médecins, le deuil ou la perte du conjoint est cité par 27% des médecins. Le manque de ressources financières représente 7%, comme le changement d'habitude de vie (entrée en institution).
- les pathologies neuropsychiatriques sont fréquemment citées puisque les démences et la dépression sont toutes deux citées par 47% des médecins. Le syndrome de glissement a été mis dans la catégorie dépression. Les autres pathologies psychiatriques (sans précision) et la maladie de Parkinson représentent respectivement 17% et 7%.

- La dépendance pour les actes de la vie quotidienne est citée par 27% des médecins .Ont été mises dans cette catégorie des réponses comme « *les patients qui n'ont pas d'aide* », « *ceux qui ont du mal à se déplacer* », « *dés qu'ils ne font plus comme avant* », « *les chuteurs* ».
- Dans les affections aiguës, les médecins citent les infections : grippe, pneumopathie (17%) et les fractures (10%), deux médecins citent la douleur mal contrôlée et un médecin l'escarre.
- La iatrogénie est citée par 13% des médecins : la polymédication et le régime sans sel : « *c'est dangereux car ça n'a plus de goût et ils ne mangent plus rien* », « *ils le suivent à la lettre, il faut se méfier* ».
- Deux médecins (7%) citent des troubles ORL.



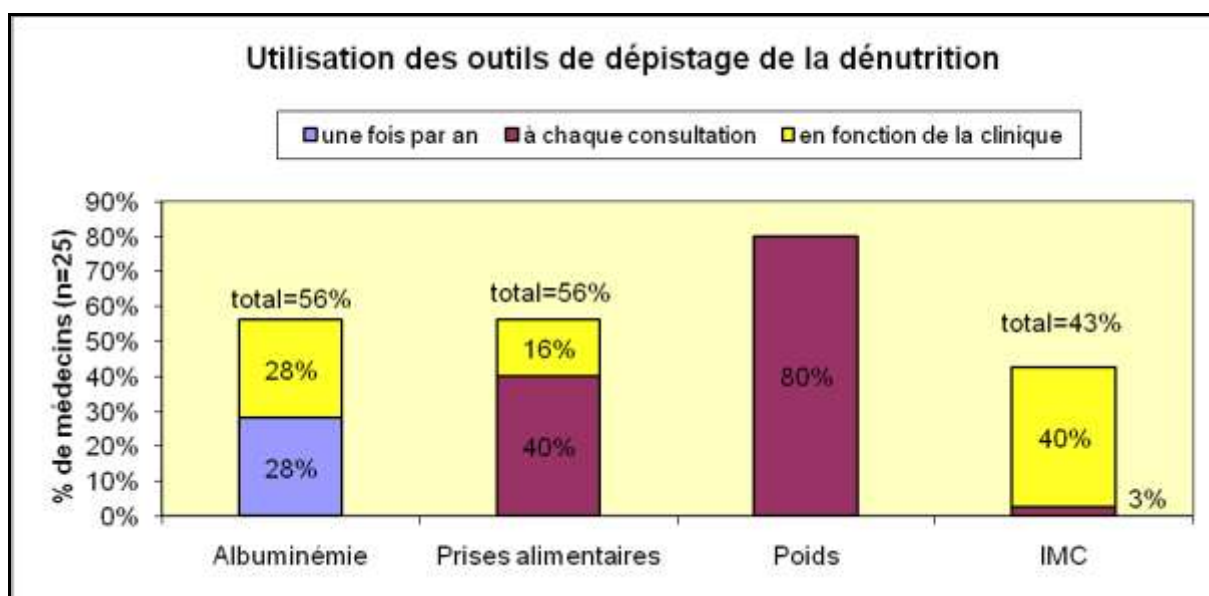
On ne retrouve pas dans les tableaux des réponses comme pathologie chronique ou maladie grave (4 réponses), diabète et maigreur (4 réponses). Un médecin n'a donné aucune réponse.

3.3.2. Utilisation des outils de dépistage et de diagnostic

3.3.2.1. Outils cliniques

Les médecins qui ont répondu *oui* à la question « *évaluez-vous l'état nutritionnel de vos patients âgés ?* » (soit 25 médecins), ont ensuite cité les outils qu'ils utilisaient pour dépister un état de dénutrition chez le sujet âgé. Le graphique ci-dessous récapitule les outils cités par les médecins et la fréquence d'utilisation.

- presque tous les médecins pèsent leurs patients âgés à chaque consultation
- ils sont 56% à utiliser l'albuminémie dont la moitié une fois par an et l'autre moitié uniquement s'il y a des points d'appel clinique.
- 40% des médecins font une évaluation des prises alimentaires à chaque consultation : « *ça fait partie de l'interrogatoire* », « *j'évalue l'appétit* », « *je demande à la famille ce que la personne mange* », et 16% le font en fonction de la clinique.
- pour les médecins se servant de l'IMC, soit 43%, ils le font en fonction de la clinique sauf un qui le calcule à chaque consultation.



Par ailleurs, 10 médecins soulignent qu'il n'est pas toujours possible de peser les sujets âgés au domicile.

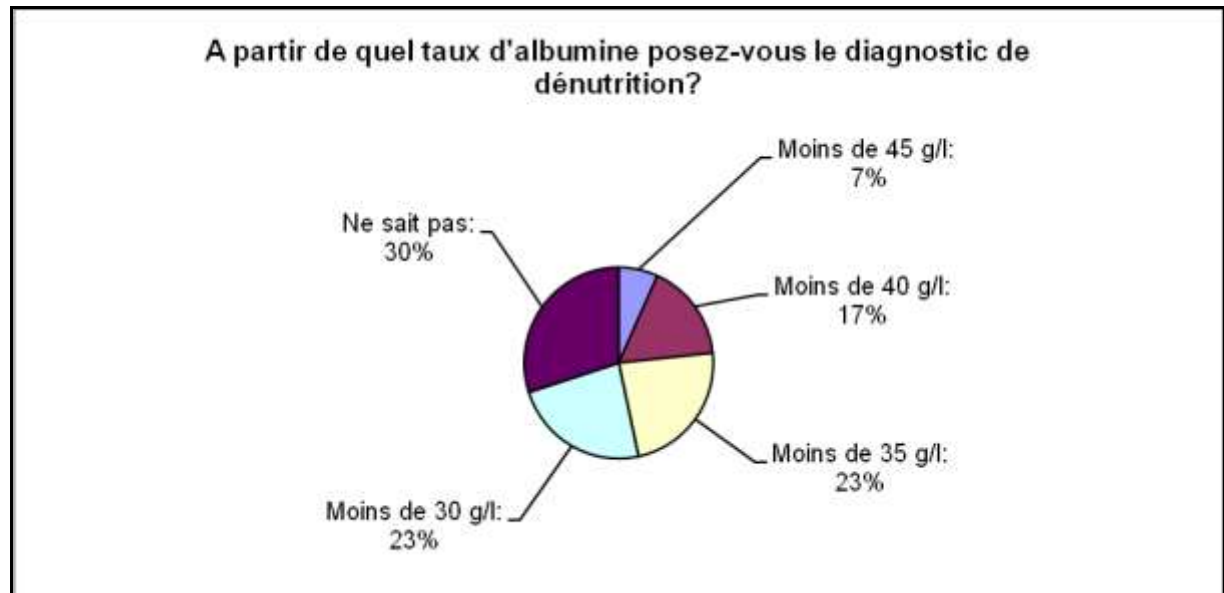
Les autres moyens cités par les médecins sont : le dosage de la pré-albuminémie (cité 2 fois), l'inspection générale et l'évaluation de la masse musculaire (sans mesure) sont utilisés par 6 médecins, le pli cutané est évalué par 3 médecins.

3.3.2.2. Utilisation du MNA

Sur les trente médecins interrogés, aucun n'utilise le MNA pour le dépistage de la dénutrition et 7 seulement ont connaissance de l'outil : « *je l'utilisais quand je travaillais en gériatrie* », « *je le trouve trop compliqué* », « *je connais seulement de nom* ».

3.3.2.3. Dosage de l'albuminémie

Le diagnostic de dénutrition étant en partie posé grâce au dosage de l'albumine dans le sang, nous avons demandé aux médecins sur la base d'une question fermée avec proposition de réponses, à partir de quel seuil d'albuminémie ils estimaient que le patient pouvait être dénutri. Presque la moitié (46%) pense qu'en dessous de 35g/l d'albumine, il existe une dénutrition. 30% ne savent pas à partir de quel seuil le taux est pathologique.

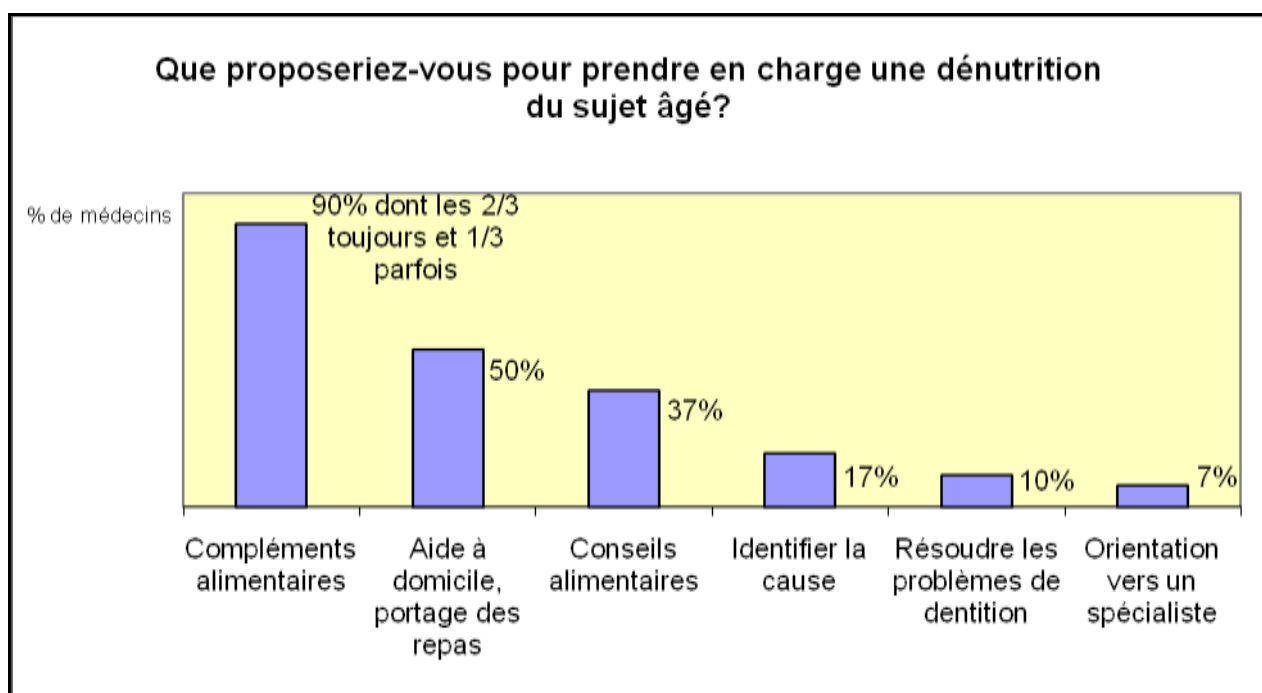


3.4. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé

3.4.1. Evaluation de l'utilisation des différents moyens thérapeutiques

Nous avons posé une question ouverte pour savoir quels sont les moyens que le médecin utiliserait pour prendre en charge une dénutrition. Les différentes réponses se ventilent selon le graphique ci-dessous.

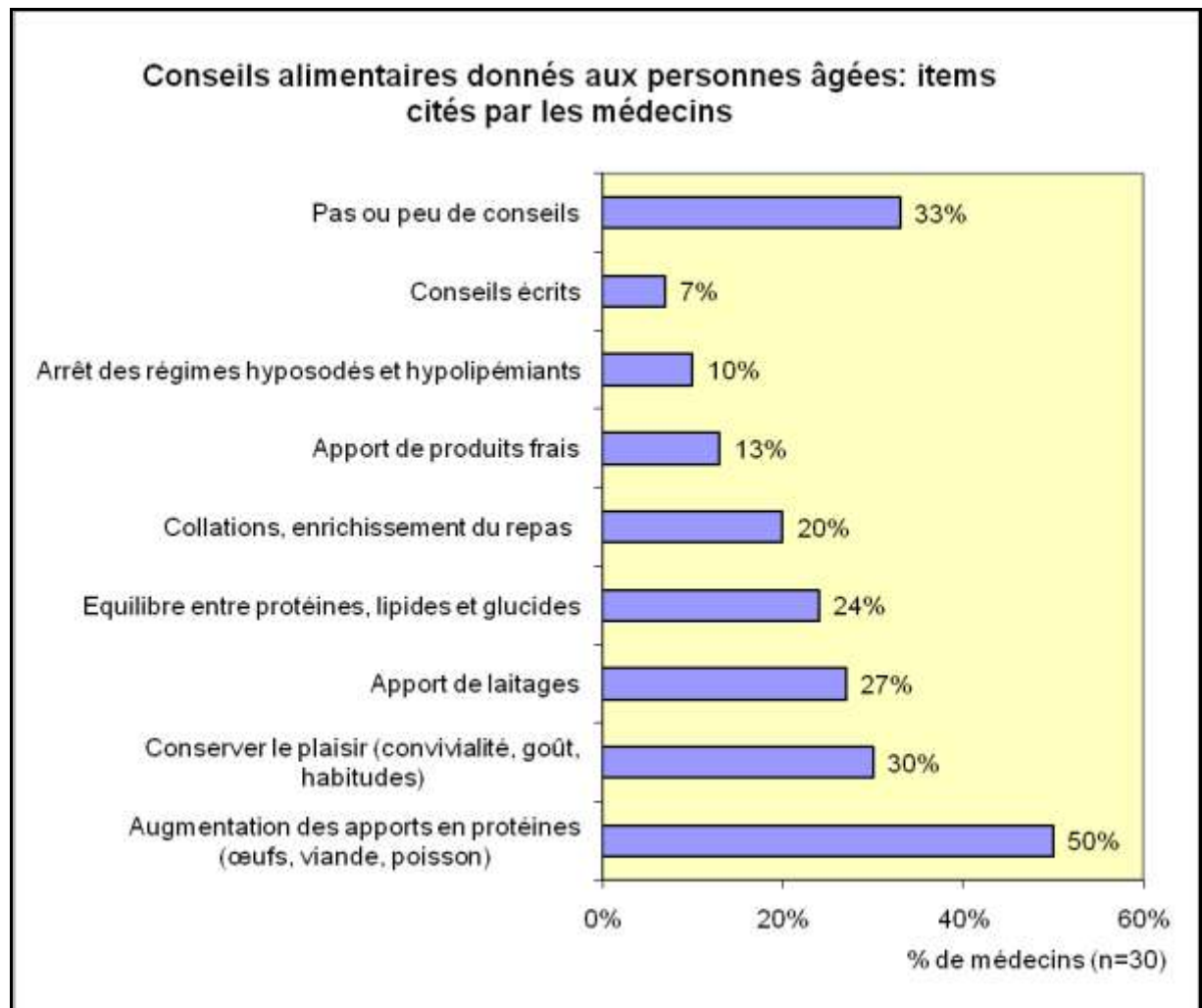
- la quasi-totalité (90%) des médecins proposent des compléments alimentaires hyperprotéinés. Parmi ceux-ci, les 2/3 le font systématiquement et 1/3 parfois ou en 2^{ème} intention.
- les aides à domicile et/ou le portage des repas sont proposés par la moitié des médecins.
- des conseils alimentaires pourront être donnés par 37% des médecins, dont 3 qui prescrivent l'arrêt de régime restrictif.
- 17% des médecins chercheront à identifier la cause de la dénutrition.
- 3 médecins s'occuperont des problèmes de dentition.



3.4.2. Nature des conseils alimentaires

Le conseil alimentaire le plus souvent donné (par 50% des médecins) est d'augmenter spécifiquement la portion de protéines dans l'alimentation.

- 20% des médecins donnent des conseils spécifiques, adaptés aux sujets âgés tel que: faire des collations, enrichir le repas en protéines.
- un quart des médecins donnent des conseils généraux comme un apport suffisant de produits laitiers ou équilibrer les 3 classes de nutriments.
- 30% des médecins conseillent de garder présente la notion de plaisir pour l'alimentation : « *il faut qu'ils mangent ce qu'ils aiment* »
- Un tiers ne donne pas de conseils.

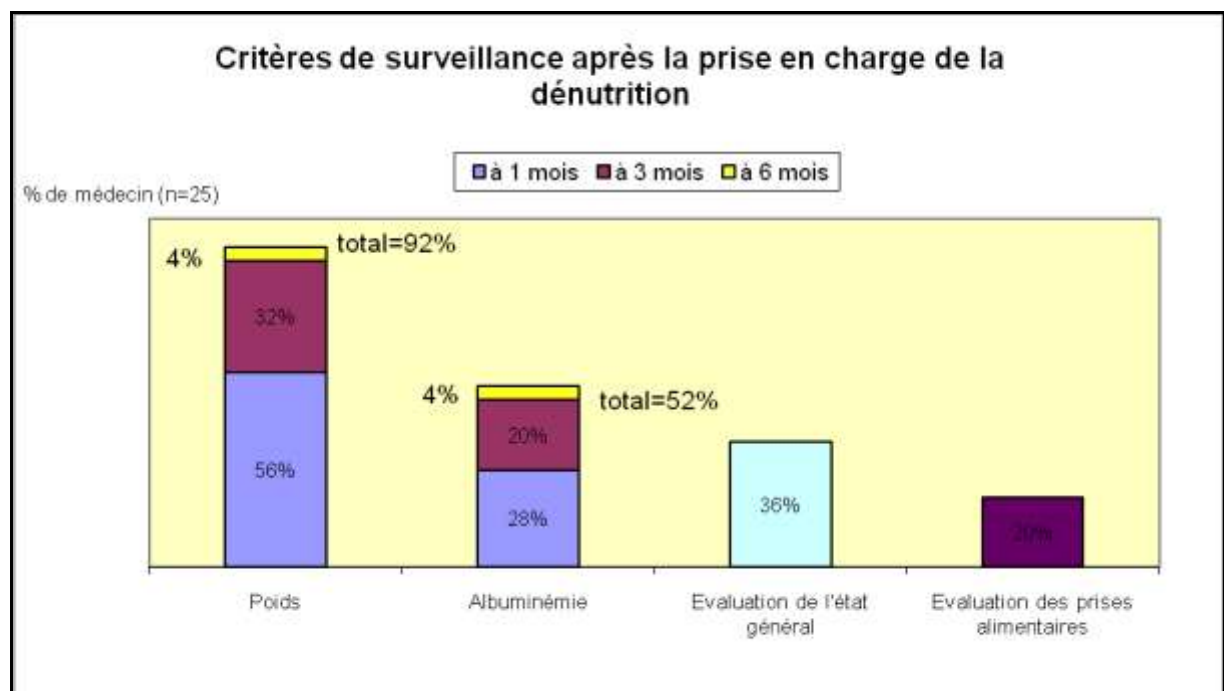


3.4.3. Surveillance d'un patient dénutri

Nous avons demandé aux médecins qui pratiquent le dépistage de la dénutrition (n=25), quels étaient leurs critères de surveillance après une prise en charge.

- tous ou presque utilisent le poids comme critère de surveillance : 56% le contrôle à & mois et 32% à 3 mois.

- Une albuminémie de contrôle sera demandée dans 52% des cas, soit à un mois soit à 3 mois.
- un seul médecin effectue un contrôle clinico-biologique à 6 mois.
- 36% des médecins utilisent comme critère subjectif l'amélioration de l'état général : « est ce que cela a amélioré son état physique et psychologique », « s'il reprend des forces ça se voit », « il est fatigué ou pas », « on regarde la morphologie ».
- 20% vont refaire une évaluation des prises alimentaires.



3.4.4. Difficultés rencontrées dans la prise en charge

Dans cette question ouverte, les médecins ont exprimé les obstacles rencontrés lors de la prise en charge. Ils sont résumés dans le graphique ci-dessous.

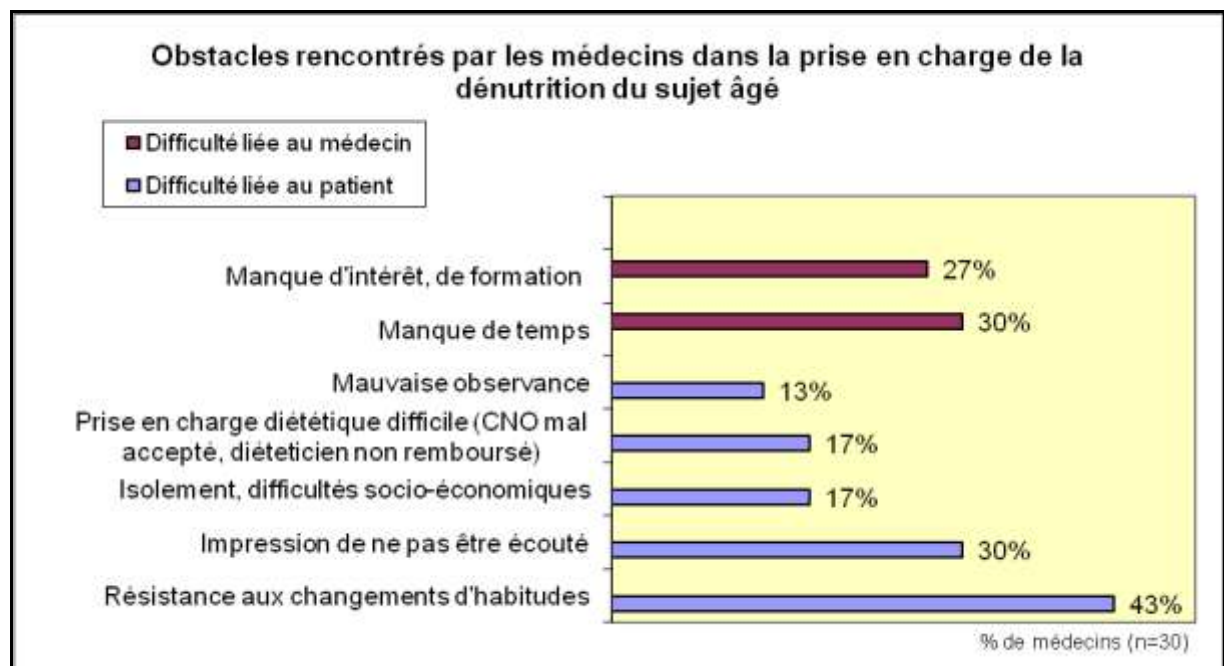
Difficultés liées aux médecins :

- un tiers estime ne pas avoir assez de temps, 27% pensent manquer de formation sur le sujet ou ne pas s'y intéresser suffisamment : « on ne prend pas le temps ; on minimise le problème ; je n'y connais rien ; c'est un peu long à prendre en charge ».
- deux médecins se cite eux-mêmes comme handicap : « si le médecin veut, il le peut, le handicap, c'est le médecin ; le principal obstacle, c'est moi, je vois la vie

comme un régime hypocalorique alors je ne vais pas dire à un patient qu'il faut manger »

Difficultés liées aux patients :

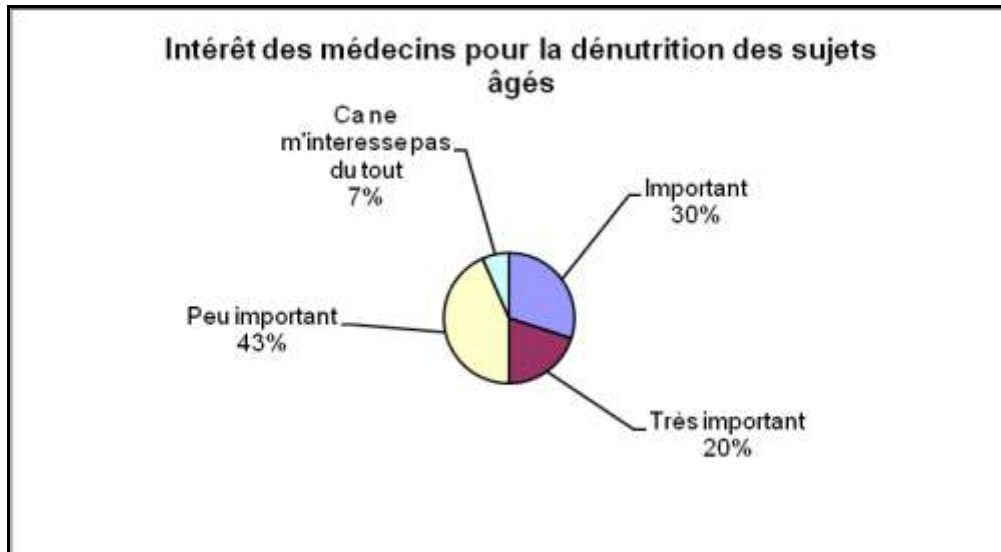
- 43% des médecins pensent qu'ils est difficile de changer les habitudes des patients : « le plus difficile, c'est la résistance au changement », « la soupe et la biscotte du soir, c'est dur de les faire changer » , « le plus difficile à obtenir, c'est faire accepter le changement, qu'il y ai quelqu'un qui passe chez eux ou prépare les repas. »
- Un tiers des médecins a l'impression de ne pas être écouté et voit cela comme un obstacle : « on peut dire ce qu'on veut, les personnes n'en font qu'à leurs têtes », « un patient répond : docteur, vous perdez votre temps avec ça » ; « ils font ce qu'ils veulent en sortant du cabinet ».
- Les autres difficultés sont le défaut d'observance : 13% des médecins en parle, la prise en charge diététique difficile et les difficultés socio-économiques, l'isolement avec 17%



3.5. Intérêt des médecins pour la dénutrition du sujet âgé

Pour finir l'entretien, nous avons demandé aux médecins si cette problématique était importante pour eux, dans leur pratique.

- La moitié considère que c'est très important ou important tandis que 43% considère que ce n'es pas très important. 7% ne s'y intéresse pas du tout.
- Dans la catégorie très important, ont été placées des réponses telles que « c'est passionnant, « *j'aime y passer du temps* », « *c'est capital pour la personne âgée* ».
- Dans la catégorie peu important, on retrouve des réponses comme « *il faudrait s'y intéresser mais ce la ne passionne pas, ce n'est pas une priorité, je n'y connais rien* »



4. DISCUSSION

4.1. Analyse critique de la méthode

4.1.1. Sur la forme du questionnaire

Le questionnaire était la base de ce travail puisque c'est grâce à lui que les données ont pu être recueillies. Le temps de réalisation a été tout à fait respecté et aucun médecin interrogé n'a fait de remarques sur la durée de l'entretien.

L'ordre des questions aurait pu être un peu plus cohérent. Les questions concernant le dépistage, la prise en charge et la surveillance d'un patient dénutri auraient pu se suivre, afin que les réponses reproduisent une certaine démarche clinique, sans influence. Interroger sur l'albuminémie et les conseils alimentaires avant de demander quels étaient les critères de surveillance a pu influencer les réponses.

Le choix de questions ouvertes pour explorer les connaissances des médecins sur les situations à risques, les conséquences de la dénutrition et les obstacles rencontrés pour la prise en charge de cette pathologie était adapté. Cela a permis de recueillir beaucoup de commentaires spontanés intéressants permettant d'éclairer les représentations de la dénutrition. Mais dans le cas où le médecin interrogé était pressé, peu intéressé ou stressé, les réponses étaient très courtes et, à part relancer la question avec « *voyez-vous autre chose ?* », il n'était pas possible d'obtenir plus d'éléments sans influencer les réponses. Par contre, une autre forme de question aurait été plus adaptée pour évaluer les outils de dépistage et de suivi. Par exemple, un médecin n'ayant pas cité spontanément le dosage de l'albuminémie comme outil de diagnostic de la dénutrition peut quand même l'utiliser de temps en temps, simplement, il n'y pense pas lorsque la question est posée. Il semble qu'il aurait été plus judicieux d'utiliser des questions fermées avec des réponses à choix multiples type : « *utilisez-vous le dosage de l'albuminémie, parfois, souvent, toujours ou jamais ?* ».

4.1.2. Sur la réalisation de l'entretien

Réaliser l'entretien au cabinet des médecins était un mode de recueil très intéressant pour plusieurs raisons.

Aller au contact des personnes interrogées permet d'avoir des réponses plus sincères car le fait d'être face à face incite à se concentrer. Il est possible de reformuler la question si on voit que l'interlocuteur ne comprend pas bien et d'engager à poursuivre, alors que dans un questionnaire par courrier, les réponses peuvent être partielles et le médecin peut chercher

les réponses dans d'autres supports. L'enregistrement numérique a permis de récupérer l'intégralité des réponses.

Rencontrer les médecins a permis d'entrevoir différentes manières de pratiquer la médecine générale et parfois, une fois le questionnaire fini, de prolonger l'échange sur leurs expériences professionnelles en général. La plupart des médecins ont été très accueillants et sympathiques.

Cette méthode de recueil présente aussi des inconvénients : elle prend beaucoup de temps en prise de rendez-vous auprès des médecins, en déplacements et en retranscription des enregistrements. Et surtout, la présence d'un enquêteur peut inciter à faire des réponses valorisantes et de façade, notamment lors de la dernière question où il était demandé si la dénutrition était une problématique importante pour le médecin.

4.1.3. Analyse des biais

4.1.3.1. Biais de sélection

A priori, il n'y a pas de biais de sélection puisque le mode de recrutement des médecins interrogés s'est fait à partir de la liste des médecins généralistes de Loire-Atlantique et que le 1^{er} choix a été fait de manière totalement aléatoire avec un outil informatique.

Néanmoins, dans la mesure où cette enquête est tout de même basée sur le volontariat, on ne peut écarter l'hypothèse que les médecins ayant répondu au questionnaire soient plus sensibilisés au problème de la dénutrition chez la personne âgée.

4.1.3.2. Biais de mesure

Il existe un biais de mesure qui est lié à la subjectivité de l'enquêteur, car comme les réponses attendues sont connues, il est possible que les réponses soient influencées par la reformulation des questions.

4.1.3.3. Biais d'analyse

Pour exploiter les réponses des questions ouvertes, les réponses ont été regroupées par association de citations identiques ou de termes de signification proche. Parfois, la réponse du médecin était peu claire et il fallait se demander a posteriori ce qu'il avait voulu dire. Ce qui fait intervenir une étape d'interprétation de la part de l'enquêteur, et donc un biais d'analyse.

4.2. Analyse de la population étudiée

4.2.1. Analyse des refus

Dans les 2 thèses ^{15 16} utilisant la même méthodologie, il y a eu 9% de refus pour le sujet portant sur les chutes et 44% de refus portant sur l'incontinence urinaire. Dans cette enquête, il y a eu 50% de refus de participer. Le manque d'intérêt pour le sujet peut expliquer en partie le nombre important de refus : la chute est une pathologie beaucoup plus « bruyante » que la dénutrition. Un médecin ne peut ignorer une chute alors qu'il peut facilement laisser de côté une incontinence urinaire ou une dénutrition qui ne se sera pas diagnostiquée si elle n'est pas recherchée. C'est sans doute pourquoi, les médecins ont été plus intéressés par une enquête sur la chute que sur la dénutrition.

Les médecins de ville ont proportionnellement plus refusé que les médecins de campagne (63% contre 20%), mais ceux-ci sont sans doute plus sollicités pour ce genre d'enquête, Nantes étant une ville universitaire.

4.2.2. Les médecins interrogés

Au 1^{er} janvier 2007 ²⁰, les $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes en activité en Pays de Loire sont des hommes et 28% exercent en zone rurale. Dans notre enquête, les hommes sont plus nombreux (85%) . La proportion rural/urbain est la même. Nous avons décidé de ne pas faire intervenir le facteur rural/urbain dans l'interprétation de nos résultats vu le nombre très faible de médecins ruraux interrogés.

Les formations spécifiques en gériatrie ne concernant que 2 médecins sur trente, nous n'avons pas tenu compte de ce paramètre pour l'analyse des données

4.2.3. Les patients de plus de 70 ans

La proportion moyenne de personnes âgées de plus de 70 ans dans la patientèle des médecins interrogés est nettement plus élevée (18,68%) que la moyenne départementale :13,4% au 3^{ième} trimestre 2009 (source CPAM), période à laquelle l'enquête a été réalisée. La moyenne est un peu plus élevée avec 50,6 ans pour une moyenne régionale de 50 ans.

Ce chiffre s'explique aisément par le fait que 14 médecins ont fourni une réponse estimée sans les données trimestrielles de la CPAM, il y a donc une tendance nette à surestimer sa patientèle de sujets âgés. Est-ce parce que le temps passé en consultation avec une personne âgée est plus important que les médecins ont l'impression d'avoir plus de patients de 70 ans au sein de leur activité ?

4.3. A propos des résultats

La majorité des médecins a une estimation de la prévalence de la dénutrition du sujet âgé à domicile qui concorde avec les chiffres des dernières enquêtes.

Par contre, on peut noter que certains médecins pensent que les sujets âgés vivants en institution sont épargnés par la dénutrition : « *pour moi, les personnes âgées en institution sont surveillées* », « *non, je ne vois que ça, les autres sont en institution* » (après avoir cité les situations à risque de dénutrition), alors que la prévalence en institution varie de 19% à 60% en fonction de la méthodologie utilisée pour la mesure²¹.

4.3.1. Dépistage et diagnostic

L'amélioration du dépistage et du diagnostic de la dénutrition passe par la connaissance des situations à risque. Elles sont fréquentes chez le sujet âgé, et parfois, leurs causes sont possiblement réversibles. Il importe donc de les rechercher soigneusement, cela fait partie du dépistage recommandé. Les médecins ont une bonne connaissance de ces situations puisque presque toutes celles citées par les médecins (131 réponses) sont répertoriées par l'HAS (annexe 5).

Les situations à risque les plus citées telles que la démence et la dépression, sont aussi celles dont la prévalence est élevée. Les démences, citées par la moitié des médecins, atteindraient 17,8% des sujets de plus de 75 ans en 2003 selon la réactualisation des données de la cohorte PAQUID²². La dépression et les symptômes dépressifs, qui touchent 15% à 40% des sujets âgés en médecine générale selon les études^{23,24}, sont cités par 47% des médecins. On peut donc penser que les médecins seront plus vigilants dans ces situations.

Par contre les situations aiguës d'agression par infections, fractures, escarres sont très peu citées et pourtant fréquentes. Ces pathologies, grandes pourvoyeuses de dénutrition endogène, relèvent d'un traitement rapide ou d'une hospitalisation, c'est peut-être pour cela que les médecins y pensent moins souvent.

En dehors des pathologies organiques, l'environnement social joue un rôle important dans la survenue de la dénutrition. En effet, l'étude française SOLINUT²⁵ publiée en 2005, qui avait pour but de déterminer les relations entre solitude et statut nutritionnel chez 150 personnes âgées de plus de 70 ans, considérées comme isolées (vivant seules, pas plus de

6 visites par mois et moins de 2 heures d'aide ménagère par semaine), il a été démontré que 42,6% des sujets avaient un apport inférieur à 25 kcal/kg/j, seuil de dépistage de la dénutrition de la personne âgée, et que 21,3% présentaient une dénutrition avérée, prévalence plus élevée que celle retrouvée dans la population âgée non isolée. Dans notre enquête, ce facteur de risque semble bien pris en compte puisqu'il est le plus cité avec 67% des médecins qui en parlent. Dans une enquête observationnelle sur la dénutrition du sujet âgé, réalisée pour une thèse dans le Nord Pas de Calais en 2007, auprès de 200 médecins généralistes, ils étaient 53,3 % à chercher une dénutrition si la personne âgée était isolée ²⁶.

Les outils validés actuellement en France pour le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée sont, en plus de la recherche des situations à risque :

- une estimation de l'appétit et/ou une évaluation des prises alimentaires
- une évaluation de la perte de poids
- le calcul de l'IMC.

Il est recommandé de faire ce dépistage une fois par an chez les sujets vivant chez eux et consultant un médecin généraliste, sauf le poids qui doit être évalué à chaque consultation. Une formalisation de ce dépistage peut être faite par la réalisation du MNA.

Dans notre enquête, nous pouvons dire qu'il y a une sous-utilisation de ces outils de dépistage. D'abord parce que 5 médecins sur 30 avouent ne pas évaluer l'état nutritionnel de leurs patients de plus de 70 ans, ils étaient 50,3% à ne pas y penser systématiquement dans la thèse de B.Caron ²⁶.

L'IMC est utilisé comme outil de dépistage par un médecin sur deux, dont la majorité ne le fera que s'il y a un point d'appel clinique. Cette donnée sur l'IMC est retrouvée dans d'autres études : dans l'enquête AGENA ²⁷, dont un des buts était d'évaluer sur un large échantillon de médecins généralistes (1707) la fréquence d'utilisation des outils de dépistage de la dénutrition chez le sujet âgé, l'IMC était utilisé dans seulement 35% des cas, alors que les médecins avaient repéré le risque de dénutrition par un amaigrissement de plus de 3 kilos dans les 6 derniers mois.

L'évaluation des prises alimentaires n'est faite que par 40% des médecins, il n'a pas été trouvé de données dans la littérature concernant l'utilisation de cet outil. Peut-être parce que cet outil semble peu précis et demande du temps, facteur que 30% des médecins citent comme obstacle dans la gestion de la dénutrition de la personne âgée.

L'albuminémie, qu'il est recommandé de réaliser à titre systématique une fois par an, reste peu utilisée, et ses valeurs pathologiques sont mal connues.

Le MNA, pourtant validé de manière internationale comme un outil de dépistage de bonne sensibilité et de bonne spécificité, même dans sa forme courte (MNA-SF)²⁸, n'est pas du tout utilisé par les médecins de notre enquête, alors qu'il permet d'éliminer un risque de dénutrition s'il est normal. Ceux qui en ont connaissance (7 médecins sur 30) évoquent parfois le fait qu'il est compliqué à utiliser.

Cette donnée est conforme aux autres enquêtes : dans la thèse de B Caron ²⁶, 5,5% des médecins interrogés disent l'utiliser pour le dépistage, et dans l'enquête AGENA, où seulement 15% l'ont utilisé dans sa forme courte.

Même dans les structures accueillant des personnes âgées dépendantes, le MNA est peu utilisé : dans une enquête très récente de 2009 réalisée par l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire ²⁹, le MNA-SF est utilisé comme outil de dépistage par 20% des structures réalisant un dépistage systématique à l'admission, alors que l'entrée en institution est reconnue comme situation à risque. Cet outil n'est sans doute pas assez diffusé auprès des médecins généralistes, alors que d'autres outils de l'EGS, comme le MMS, sont largement plus utilisés.

Finalement, seulement le poids est utilisé de manière satisfaisante puisque 80% des médecins pèsent leurs patients âgés à chaque consultation, ce qui est conforme aux recommandations. En visite à domicile, qui est une situation de perte d'autonomie donc à risque, le dépistage par la mesure du poids semble être moins systématique : 10 médecins soulignent spontanément que « *peser les gens chez eux n'est pas évident* ». Par manque de temps ou parce que ce manque d'autonomie rend la tâche plus compliquée ?

Parallèlement à ce constat, nous avons remarqué que les médecins font appel à l'observation simple et à l'empirisme pour dépister la dénutrition, et certains « signes » ont démontré leur efficacité, comme l'observation du contenu du réfrigérateur : « *Je me suis aperçu qu'ils me disent qu'ils mangent très bien et en fait, ils ne mangent rien ; donc, je ne demande plus, je vais regarder dans le frigo* ».

En effet, une étude anglo-saxonne publiée en 2000 a évalué, au moyen d'une équipe multidisciplinaire mobile de gériatrie, l'état du contenu réfrigérateur (présence de produits avariés ou périmés) de personnes âgées en moyenne de 81 ans (n=132), un mois après la sortie d'une hospitalisation. Elle a conclu de manière significative que les personnes dont le frigo était vide sont ré-hospitalisées trois fois plus tôt et plus fréquemment ³⁰.

Par contre d'autres signes que les médecins utilisent sont subjectifs et dépendent des conceptions personnelles du médecin, c'est notamment ce que nous avons remarqué lorsque les médecins utilisent l'inspection (n=6), ou le pli cutané (n= 3) :

« Je prends le pli cutané des gens qui ne vont pas bien », « c'est subjectif, je vais utiliser la perte de poids et la perte de masse musculaire », « je vois l'allure qu'ils ont », « j'évalue à la louche », « je regarde l'état de la masse musculaire », « au feeling », « c'est plus à l'aspect général qu'on se rend compte qu'il y a un problème », « ça se voit tout de suite à l'examen clinique ».

Peut-on attribuer cette sous-utilisation des outils de dépistage au fait que les médecins semblent peu connaître les conséquences de la dénutrition sur la personne âgée ? Il n'a pas été trouvé dans la littérature de données qui explorent les connaissances des médecins sur les conséquences de la dénutrition.

Les principales conséquences spécifiques qui aggravent le pronostic vital et fonctionnel à moyen terme sont la sarcopénie et la fonte musculaire ³¹, ne sont citées que par 13% des médecins, pourtant la chute, qui est une conséquence de la sarcopénie, est citée par 43%, mais seulement 2 médecins ont fait le lien entre la sarcopénie et la chute :

« il y a une sarcopénie et une fonte musculaire avec des troubles de la marche et donc des chutes ».

Dans notre enquête, les réponses concernant la connaissance des conséquences de la dénutrition sont plus souvent issues d'une démarche empirique que de connaissances théoriques, comme peuvent le montrer certaines réponses: *« ça a surement des conséquences sur l'état général », « une plus grande fragilité globale », « des décompensations de tous les états précaires », « c'est la baisse de forme et puis le début de la fin », « ça conduit à la tombe », « à long terme, c'est la mort ».*

4.3.2. Prise en charge de la dénutrition

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est relativement codifiée, elle dépend de la quantité des apports alimentaires et de la sévérité de la dénutrition diagnostiquée. Nous n'avons pas demandé aux médecins quelles étaient leurs stratégies mais quels moyens ils utilisaient, ce qui donne des résultats partiels. Néanmoins, il se dégage une tendance : la prise en charge repose essentiellement sur une prescription de CNO. Une enquête observationnelle réalisée auprès de 301 généralistes, a trouvé que la prise en charge de la dénutrition faisait appel dans 88% des cas à des CNO ³², ce qui est le même chiffre que dans notre enquête.

Pourtant, il est intéressant de noter que les études randomisées évaluant l'efficacité des CNO sur la morbidité ont fait l'objet d'une méta-analyse en 2006, qui conclue certes à une diminution significative des complications chez les patients hospitalisés en courts séjours et prenant des CNO, mais à l'absence d'effets significatifs chez les sujets âgés à domicile ³³.

Les conseils diététiques, qui sont à la base de l'intervention nutritionnelle (annexe 6), ne sont cités que par 37% des médecins dans la prise en charge de la dénutrition, et les conseils diététiques adaptés aux personnes âgées, comme le fractionnement des repas ou l'alimentation enrichie sont peu connus. Un tiers des médecins dit ne pas donner de conseils alimentaires aux personnes âgées. Pourtant, il pourrait être simple, de donner au patient qui est dans une situation à risque (et nous avons vu que les médecins savent les repérer), une feuille de papier avec les modalités d'enrichissement des repas (annexe 7).

4.4. L'approche de la problématique

Tout au long de cette enquête, nous avons pu évaluer que les médecins ont une bonne connaissance des situations à risque mais le dépistage ne fait pas appel aux outils d'EGS, l'évaluation des prises alimentaires est trop peu utilisée, et l'albuminémie reste peu prescrite. La prise en charge se fait essentiellement par la prescription de compléments hyper protéinés, et moins par l'éducation diététique ou l'aide humaine.

Une première raison peut expliquer ce manque de motivation. Les médecins se sentent parfois inutiles lorsqu'ils essayent d'aborder ce problème et ont l'impression de ne pas être écouté : *« on peut dire ce qu'on veut, les personnes n'en font qu'à leurs têtes »*, *« un patient répond :docteur, vous perdez votre temps avec ça »* ; *« ils font ce qu'ils veulent en sortant du cabinet »*. Mais il est vrai que les habitudes alimentaires sont des comportements ancrés, dépendants de la culture et du milieu dont sont issus les personnes, faire changer ces comportements à des fins thérapeutiques demande du temps et de la patience : *« il faut voir en fonction de la culture, il y en a qui aiment bien manger, puis d'autres pour lesquels c'est un calvaire..... C'est difficile de laisser les gens perdre du poids en invoquant la fatalité, sans aller jusqu'à poser des sondes... on peut essayer de les aider, mais il faut être rusé et prendre son temps »*.

Il faut aussi aller contre des idées reçues qui persistent, et que les médecins ont repérées comme étant des obstacles « *ils pensent que maigrir fait partie du vieillissement normal* »: Dans une enquête qui évaluait la perception par les personnes âgées de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes ³⁴, ils étaient 63% à penser que, passé un certain âge, on a moins besoin de manger.

Sans oublier la pression incessante des médias autour de la consommation du « mauvais » cholestérol, et de fait, lorsque l'on propose à la personne âgée de rajouter de la crème fraîche dans la soupe, le message passe difficilement à cause de cette contradiction qu'ils ne manquent pas de soulever. Mais, c'est donc au médecin généraliste d'expliquer qu'une alimentation adaptée à l'âge est nécessaire pour faire de la prévention primaire.

Pourtant, la dénutrition semble être un sujet de préoccupation puisque la moitié des médecins interrogés pensent que ce problème est important ou très important pour la personne âgée. Dans une enquête récente, 56% des médecins généralistes ont exprimé le besoin d'être formé au dépistage de la dénutrition ³⁵.

Les recommandations nationales récentes devraient donc satisfaire cet intérêt, mais se pose sans doute le problème de la diffusion de ces Recommandations de Bonne Pratique, puisque nous avons vu que les applications étaient limitées malgré des connaissances basées sur le bon sens. On peut espérer que cette tendance s'inverse dans les années à venir. Dans une enquête réalisée en 2008 ³⁶, avec la participation l'ORS des Pays de la Loire, il a été montré que les médecins fortement adhérents aux RBP sont les plus jeunes et sont ceux qui reçoivent peu de visiteurs médicaux, témoin sans doute d'un effet de génération et d'une évolution de la formation médicale initiale. Il semble aussi évident que si le recours au diététicien était en partie pris en charge par l'assurance maladie, les personnes âgées pourraient en bénéficier plus fréquemment.

GLOSSAIRE

CNO : Complément nutritionnel oral

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DMG : Département de médecine générale

EGS: Evaluation gériatrique standardisée

HAS : Haute autorité de santé

IMC: Indice de masse corporelle

MMS : Mini mental score

MNA: Minimal nutritional assessment

ORS: Observatoire régional de santé

PNNS : Programme national nutrition santé

SNIR : Système national inter régime

URCAM :Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

BIBLIOGRAPHIE

1 -Euronut-SENECA. 1st European Congress on Nutrition and Health in the Elderly. *In: nutrition in the elderly in Europe: dietary habits and attitudes J Clin Nutr*, 1991,45 (S 3) p.83-95

2 -Euronut-SENECA. Nutrition in the elderly in Europe. *Eur. J Clin. Nutr.*, 1996, 50, (S2)

3 -GONTHIER R. BLANC P. *et al.* Individualisation des personnes âgées fragiles et filières de soins. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2003, 3, (1), p.187-196

4 -FERRY M. Dénutrition de la personne âgée. *Le concours médical*, 2006, 128, (13), p.571-575

5 -Deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS 2). Synthèse. [en ligne] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/html/actu/pnns_060906/synthese.pdf [Consulté le 22/02/2010]

6 -HAS, Service de recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, avril 2007. [en ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/. [consulté le 10/04/2009]

7 -HAS, service de recommandations professionnelles. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés, septembre 2003. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_432199/evaluation-diagnostique-de-la-denutrition-proteino-energetique-des-adultes-hospitalises. [consulté le 10/04/2009]

8 -CONSTANS T. Dénutrition des personnes âgées. *La revue du praticien*, 2003, 53, p.275-279

9 -FERRY M., ALIX E.*et al.* Causes de dénutrition. *In : Nutrition de la personne âgée, 3^{ème} édition*, Elsevier Masson 2007, (18), p.120-121

- 10 -CYNOBER L, CRENN P, MESSING B. Dénutrition, *la revue du praticien*, 2000, 50, (14), p.1593-1599
- 11 -RAYNAUD-SIMON A., LESOURD B. Dénutrition du sujet âgé : conséquences cliniques. *Presse Med*, 2000, 29, (39), p.2183-2190
- 12 -Collège National des Enseignants de Gériatrie. Nutrition du sujet âgé. *In : Corpus de gériatrie, tome 1, 2000.* (5), p.51-67
- 13 -PAILLAUD E. Nutrition, chutes et fractures. *In : Traité de nutrition de la personne âgée.* Springer Paris, 2009, (24), p.215-220
- 14 -RAYNAUD-SIMON A. Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences. *In : Traité de nutrition de la personne âgée.* Springer Paris, 2009, (19), p.170-171
- 15 -LE BERT C. Prise en charge de la chute de la personne âgée : étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire atlantique. Thèse: Médecine. : Université de médecine et pharmacie de Nantes : 2004
- 16 -DE BUCY G. Etat des lieux des connaissances et de la pratique face à l'incontinence urinaire du sujet âgé en Loire atlantique : enquête auprès de 33 médecins généralistes de Loire atlantique. Thèse : Médecine : Université de médecine et pharmacie de Nantes : 2008.
- 17 -FUAT A., HUNGIN A. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *British medical journal*, 2003, 326, p.196
- 18 -BLAKEMAN T. ZWAR N. Evaluating general practitioners'views on the enhanced primary care items for care planning and case conferencing. *Australian family physician*, 2002 ; 31, (6) p.582-585
- 19-FENNETEAU H. La réalisation d'une série d'entretiens individuels. *In : Entretien et questionnaire 2^{ième} édition.* Les Topos Dunod 2007, (1), p. 12-13
- 20 -ORS des pays de Loire : *panel d'observation en médecine générale.* Vague d'enquête 1 : Conditions d'exercice des médecins généralistes en pays de la Loire en 2007.

Disponible sur : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Vague_d_enquete_1.379.0.html
[consulté le 27/03/2010]

21 -FERRY M., ALIX E., *et al.* Epidémiologie de la dénutrition. *In : Nutrition de la personne âgée, 3^{ème} édition*, Elsevier Masson 2007, (16), p 98-9922

22 -RAMAROSON H., HELMER C., *et al.* Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Revue neurologique*, 2003, (159), n°4, p. 405-41123

23 -EVANS S., KATONA C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*, 1993, (4), p. 327-333.

24 -GOTTFRIES CG., NOLTROP S., Experience with a Swedish version of the Geriatric Depression Scale in primary care centers. *Int J Geriatr Psychiatr.* In press.

25 - FERRY M., SIDOBRE B, *et al.* Etude SOLINUT: analyse de l'interaction nutrition-solitude chez les personnes âgées de plus de 70 ans .*Age and nutrition*, Paris. 2005; 16 (2) : p.60-69

26 -CARON B. Dénutrition de la personne âgée : résultats d'une enquête réalisée en médecine générale dans le bassin littoral du Nord-Pas-de-Calais. Thèse : Médecine : Université du droit et de la santé de Lille 2 : 2007.

27 -BROCKER P. D'ORSAY G. *and al.* Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés: L' enquête Agena .*L' Année gériatologique Ed française.* 2003, 17, (1), p.73-86

28 -RUBENSTEIN LZ., HARKER JO. *et al.* .Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *J gerontol*, 2001, 56 A (6), p.366-372

29 -CTRNS-Drass, ORS pays de Loire : enquête nutrition des personnes âgées en institution 2009.

Disponible sur <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>, [consulté le 27/03/2010]

30 -BOUMENDJEL N., HERRMANN F., *et al.* Refrigerator content and hospital admission in old people. *Lancet (British edition)*, 2000, (356), n° 9229, p. 56331 -RITZ P., FERRY M. La dénutrition du sujet âgé : un enjeu majeur de santé publique. *La revue de gériatrie*, 2007, (32), n°10, p. 761-767

32 -DESPOINT J., DORIGNY B. , *et al.* Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelle des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2007, (21), S2, p. 39-4033

33-BOUTELOUP C. Complémentation nutritionnelle orale chez la personne âgée : indications et résultats. *In : Traité de nutrition de la personne âgée.* Springer Paris, 2009, (27), p. 239-250

34 - DESPOINT J., DORIGNY B. , *et al.* Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2007, (21), S2, p. 4035

35- ARTAZ MA., TEILLET L. Prise en charge de la personne âgée dépendante : Enquête en médecine générale, intérêt des réseaux. *L'année gérontologique*, 2007, (21), p.3-17

36 -Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Etudes et résultats*, Drees, n° 708, octobre 2009, 8 pages.

Disponible sur : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Vague_d_enquete_3.426.0.html
[consulté le 28/03/2010]

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire utilisé lors de l'entretien

- 1) Pour commencer, puis-je vous demander votre âge, votre année d'installation et votre année de thèse ?
- 2) Avez-vous reçu une formation spécifique en gériatrie (capacité, DU) ?
- 3) Quelle est la proportion de sujets de plus de 70 ans dans votre patientèle ?
- 4) Selon vous, quelle est la proportion de sujet âgé de plus de 70 ans souffrant de dénutrition au domicile?
 - moins de 10 %
 - entre 10% et 15%
 - plus de 15%
- 5) Évaluez-vous l'état nutritionnel de vos patients ? Si oui, quels moyens utilisez-vous et à quelle fréquence ? Connaissez-vous le MNA et est-ce qu'il vous arrive de l'utiliser ?
- 6) Quels sont, selon vous, les situations à risque de dénutrition pour le sujet âgé ?
- 7) En dehors d'un contexte inflammatoire (avec CRP élevée), à partir de quel taux d'albuminémie posez-vous le diagnostic de dénutrition ?
 - moins de 45 g/l
 - moins de 40 g/l
 - moins de 35 g/l
 - moins de 30 g/l
- 8) Selon vous, quelles peuvent être les conséquences de la dénutrition sur le sujet âgé ?
- 9) Que pourriez-vous proposer à vos patients âgés pour prendre en charge une dénutrition ?
- 10) Quels sont les conseils alimentaires que vous pourriez donner à une personne âgée en situation de dénutrition ?
- 11) Après une prise en charge nutritionnelle, quels critères de surveillance utiliseriez-vous ? A quel rythme ?
- 12) Quels obstacles rencontrez-vous pour prévenir et prendre en charge la dénutrition du sujet âgé ?
- 13) Est-ce une problématique importante pour vous ?

EVALUATION RAPIDE DE L'ETAT NUTRITIONNEL

(Mini Nutritional Assessment [®]* « MNA[®] »)

Nom : Prénom : Sexe : Date :
 Age : Poids, kg : Taille en cm : Hauteur du genou, cm :

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

Dépistage

- A. Présente-t-il une perte d'appétit ?**
 A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficulté de mastication ou de déglutition ?
 0 = anorexie sévère
 1 = anorexie modérée
 2 = pas d'anorexie
- B. Perte récente de poids (< 3 mois)**
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids
- C. Motricité**
 0 = du lit au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile
- D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?**
 0 = oui 2 = non
- E. Problèmes neuropsychologiques**
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence ou dépression modérée
 2 = pas de problèmes psychologiques
- F. Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille)² en kg/m²)**
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage

(sous-total max 14 points)
 12 points ou plus ----- Normal ; pas besoin de continuer l'évaluation
 11 points ou moins ----- Possibilité de malnutrition ; continuer l'évaluation

Evaluation Globale

- G. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**
 0 = non 1 = oui
- H. Prend plus de 3 médicaments ?**
 0 = oui 1 = non
- I. Escarres ou plaies cutanées ?**
 0 = oui 1 = non

RM : GUIGOZ Y., VELLAS B. and al. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and research in Gerontology. (Supplement n°2: the mini nutritional assessment - 1996)
 RUBINSTEIN L.Z., HARKER J., GUIGOZ Y. and VELLAS B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An overview of CGA, Nutritional assessment and Development of a shortened version of the MNA. In « Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly » VELLAS B., GERRY P.J. and GUIGOZ Y., editors: Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programs, vol. 1, Karger, 1996, in press.

- J. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? (petit déjeuner, déjeuner, dîner > à 2 plats)**
 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas

- K. Consomme-t-il ?**
- Une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui non
 - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ? oui non
 - Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ? oui non
- 0.0 = si 0 ou 1 oui
 0.5 = si 2 oui
 1.0 = si 3 oui

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

- M. Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière, ...)**
 0.0 = moins de 3 verres
 0.5 = de 3 à 5 verres
 1.0 = plus de 5 verres

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

- O. Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)**
 0 = malnutrition sévère
 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée
 2 = pas de problèmes de nutrition

- P. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**
 0.0 = moins bonne 1.0 = aussi bonne
 0.5 = ne sait pas 2.0 = meilleure

- Q. Circonférence brachiale (CB en cm)**
 0.0 = CB < 21
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1.0 = CB > 22

- R. Circonférence du mollet (CM en cm)**
 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31

Evaluation globale (Max. 16 points) ,

Score de dépistage

Score total (Max. 30 points) ,

Appréciation de l'état nutritionnel :

de 17 à 23.5 points ----- risque de malnutrition
 moins de 17 points ----- mauvais état nutritionnel



**Pôle de Médecine polyvalente adulte et
gériatrique**

Docteur Fabienne YVAIN

Praticien hospitalier

☎ 02 40 90 53 80

✉ f.yvain@ch-saintnazaire.fr

Le 6 mai 2009,

Cher Confrère,

Je prépare actuellement une thèse de Médecine Générale sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé par son médecin traitant. De ce fait, je prévois de réaliser une enquête de terrain auprès de 30 médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique. Cet entretien enregistré, de 20 minutes maximum, consiste en 13 questions pratiques sur le sujet. Je vous contacterai par téléphone dans 8 à 10 jours afin de fixer un rendez-vous si vous acceptez de participer à cette enquête.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, veuillez recevoir mes sincères salutations.

Marion Riche

Dr Yvain Fabienne (directeur de thèse)

Annexe 4 : reformulations des questions et précisions à propos du questionnaire

1. pas de précisions supplémentaires
2. en précisant quel type de formation spécifique
3. Je leur demandais de fournir une réponse avec leur relevé de la Sécurité sociale, et s'ils ne l'avaient pas, de faire une estimation
4. pas de précisions supplémentaires
5. Si le médecin me répondait non, je passais directement à la question sur le MNA en le décrivant succinctement parfois
6. Je pouvais préciser lorsqu'ils me le demandaient : « est ce qu'il ya des situations ou vous serez plus vigilant, qu'elles soient cliniques ou autres »?
7. Pas de précisions supplémentaires
8. Lorsque le médecin hésitait, je précisais « qu'elles soient générales ou spécifiques »
9. La question a été posée même aux médecins qui ne pratiquent pas de dépistage. Je relançais parfois en demandant »quels moyens pouvez-vous utiliser ?
10. Si le médecin avait développé les conseils alimentaires dans la question 9 je ne posais pas la question 10.
11. : La question n'a pas été posée aux médecins ayant répondu *non* au dépistage.
12. Pas de précisions nécessaires
13. Je précisais souvent : « dans votre pratique quotidienne », « dans la prise en charge de la personne âgée ».

Annexe 5 : situations à risque de dénutrition (HAS)

SITUATIONS	CAUSES POSSIBLES
Psycho-socio-environnementales	-Isolement -Deuil -Difficultés financières -Maltraitance -Hospitalisation -Entrée en institution
Troubles bucco-dentaires	-Troubles de la mastication -Mauvais état dentaire -Appareillage mal adapté -Sécheresse de la bouche -Candidose oro-pharyngée -Dysgeusie
Trouble de la déglutition	-Pathologie ORL -Pathologie neuro-dégénérative ou vasculaire
Troubles psychiatriques	-Syndromes dépressifs -Troubles du comportement
Syndromes démentiels	-Maladie d'Alzheimer -Autres démences
Autres troubles neurologiques	-Syndrome confusionnel -Trouble de la vigilance -Syndrome parkinsonien
Traitement médicamenteux au long court	-Polymédication, médicaments entraînant une sécheresse de bouche, une somnolence, des troubles digestifs -Corticoïdes au long cours
Affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	-Douleur -Pathologie infectieuse -Fracture avec impotence fonctionnelle -Intervention chirurgicale -Constipation sévère -Escarres
Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	-Dépendance pour l'alimentation -Dépendance pour la mobilité
Régimes restrictifs	-Sans sel -Amaigrissant -Diabétique -Hypocholestérolémiant -Sans résidu au long court

Annexe 6: stratégie de pris en charge nutritionnelle d'une personne âgée, (HAS)

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

NE : nutrition entérale

CNO : compléments nutritionnel oraux

Annexe 7 : modalités d'enrichissement des repas (HAS)

➤ Les potages

En y ajoutant des pâtes à potage, du tapioca, du pain, des croûtons, de la crème fraîche, du beurre, du fromage (gruyère, crèmes de gruyère...), du lait en poudre, des œufs, du jambon.

Penser aux soupes de poissons.

➤ Les entrées

Compléter les crudités avec des œufs durs, du jambon émincé, des lardons, des dés de poulet, du thon, des sardines, des harengs, des crevettes, du surimi, des cubes de fromage, des croûtons, du maïs, des raisins secs, des olive

Varié avec du saucisson, des pâtés, des salades de pommes de terre ou de céréales, des entrées pâtissière

➤ Le plat protidique

Choisir des plats naturellement riches, tels que des viandes en sauce, des soufflés, des gratins de poisson, des quenelles, des lasagnes, des pâtes farcies...Les servir plutôt en béchamel, en sauce blanche ou en gratins enrichis avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, des œufs, de la viande hachée

➤ Les purées

En ajoutant des jaunes d'œufs, du gruyère ou autre fromage râpé, du lait en poudre

➤ Les pâtes et le riz

En les additionnant de parmesan ou gruyère râpé, de beurre, de crème fraîche, de jaunes d'œufs comme pour la carbonara, de lardons, de jambon, de viande hachée comme pour la bolognaise, de petits pois, avec des morceaux d'omelette comme pour le riz cantonnais

➤ Les laitages et desserts

En incorporant du lait en poudre, du lait concentré sucré, de la crème fraîche, de la confiture, du miel, de la crème de marron, du caramel, du chocolat, des nappages à la fraise, des fruits comme la banane, des fruits au sirop, etc.

Les desserts les plus énergétiques sont : les gâteaux de riz ou semoule, les flans aux œufs, les crèmes anglaises ou pâtisseries, les clafoutis de fruits, les quatre-quarts, les gratins de fruits

➤ Les boissons

Enrichir le lait avec du lait en poudre (soit une cuillère à soupe pour 100 ml de lait entier de préférence) à consommer chaud ou froid aromatisé (chocolat, café, sirop de fruits).

Penser au lait de poule (un œuf battu avec du lait, du sucre, de la vanille ou du rhum), et au milk-shake (lait battu avec crème fraîche et fruits).

Enrichir le jus de fruits avec du lait en poudre, du miel.

Annexe 8 : retranscription des entretiens.

Entretien avec le Dr A. à Château-Thébaud, le 22/05/09

Homme, médecine rurale

1. 57 ans, année d'installation : 1983 ; année de thèse : 1982
2. non
3. 4, 76%
4. plus de 10%
5. C'est déjà à l'inspection, le pli cutané, enfin pour moi, c'est surtout une protidémie que je fais à chaque fois que je pense qu'il y a une dénutrition, sinon, j'interroge si la personne mange bien, je pose toujours la question « est-ce que vous mangez bien ? » et parfois je vais un peu plus loin en demandant ce qu'elle mange.
Je ne connais pas le MNA.
6. Tous les cancéreux, toutes les maladies psychiatriques type Alzheimer, les psychoses, les dépressifs, toutes les pathologies infectieuses, les pathologies traumatiques par exemple lors de fracture de col du fémur, si les personnes sont isolées.
7. Entre 30 et 35 g/l
8. Tous les troubles ioniques, non, c'est la déshydratation, ça a sûrement des conséquences importantes sur l'état général, est-ce que ça peut entraîner une aggravation de toutes leurs pathologies, ça c'est fort possible. J'y pense mais sans rentrer dans les détails, par faute de formation je pense.
9. Déjà le milieu qui l'entoure, soit la famille, soit l'institution, essayer de comprendre pourquoi elle mange pas, tous les problèmes de dentition, si c'est une cause psychologique, je vois ce qu'elle mange. Je prescris toujours des compléments alimentaires si la personne est dénutrie, même si elle pas dénutrie.... Et puis aussi du Certornan, mais c'est moins systématique, et c'est plus un effet placebo
10. Je regarde si elle mange des protéines, l'équilibre des glucides, lipides et protéines, je demande ce qu'il mange et ce qu'il aime et j'écris sur un papier libre, du moment qu'elle mange au moins une protéine par jour. C'est plus du bon sens.
11. Le poids, à un mois, et puis est-ce que ça a amélioré son état physique et psychologique.
12. Si le médecin veut, il peut. Le handicap, c'est le médecin. On ne prend pas le temps, on minimise le problème, on est plus centré sur la pathologie. Et puis c'est aussi un manque de formation.
13. Je suis sensible à ce sujet mais on est parfois un peu limité par les moyens. En plus avec les conditions actuelles, il faut y penser à long terme, ça fait partie de la médecine, il faut s'occuper de tout.

1. 28 ans, installation en 2009, année de thèse en 2008
2. Non
3. 30% (estimée)
4. entre 10% et 15%
5. Le poids 2 fois par an au cabinet, et au domicile en fonction de la biologie, l'IMC à chaque fois que j'ai l'impression qu'ils sont un peu dénutris et l'albuminémie une fois par an en bilan systématique.
Je connais le MNA mais je ne m'en sers pas.
6. Les patients très âgés supérieurs à 90 ans, ceux qui ont une démence quelle qu'en soit la cause, ceux qui ont une pathologie néoplasique active, les chuteurs.
7. Moins de 35g/l, on peut commencer à réfléchir, moins de 30g/l, c'est sûr qu'il existe une dénutrition.
8. Le problème du maintien à domicile, c'est plutôt un facteur global de décompensation de toutes les autres pathologies du sujet âgé. Tout ce qui est carenciel, je n'en vois pas beaucoup mais je ne cherche peut-être pas.
9. En premier lieu, je fais une enquête alimentaire de manière assez systématique, je leur donne une feuille pour recueillir ce qu'ils mangent exactement sur une semaine, et après c'est soit la diététicienne, puis ensuite je donne des compléments alimentaires assez facilement, peut-être un peu trop souvent
10. Je leur dis d'éliminer tous ce qui est hyper-glucidique et de se concentrer sur ce qui est protéines, et puis comme chez les gens standards, fruits et légumes à volonté. Non, en fait, rien de spécial pour les sujets âgés.
11. Le contrôle de l'albumine et le poids, au bout de 4 à 6 mois.
12. Ce qui est compliqué, c'est d'être sur le terrain, car donner des conseils et évaluer c'est assez facile, mais voir si c'est vraiment fait, c'est difficile et effectivement mettre quelqu'un à coté pour préparer à manger et voir si la personne mange, c'est une solution. C'est l'observance qui est difficile à obtenir.
13. Oui, c'est important, mais je n'en fait pas une priorité.

1. 65 ans, installé depuis 1976, année de thèse 1975.
2. Non
3. Plus de 25%(estimée)
4. Aucune idée
5. Je prends le pli cutané pour les gens qui ne vont pas bien.
Je connais le MNA mais je ne l'utilise pas.
6. Chaque cas est particulier, je ne parle pas des cancers qui vont tout doucement vers la mort car ceux-là, ils vont vite avoir des problèmes de dénutrition, c'est imprévisible. Mais si vous voulez, actuellement avec la réhydratation, on arrive quand ils sortent de l'hôpital, à les retaper facilement mais c'est une situation à risque. Non à part les cancers ou les situations de grosses douleurs, je ne vois pas, j'ai plutôt des gens qui sont ronds que secs.
7. A partir de 30g/l, si mes souvenirs sont bons...
8. Tout ça va dépendre de l'état antérieur du patient et de la cause de sa dénutrition, si elle est volontaire ou non, et ensuite des autres pathologies que le patient a, avec le retentissement des autres pathologies, c'est très complexe. A la suite d'un deuil, ça peut aider à décompenser d'autres pathologies. Pour moi, ce n'est pas un problème manifeste, car les personnes âgées sont en institution et sont surveillées.
9. Identifier la cause, et puis proposer des suppléments de nourriture si elles aiment ça, c'est-à-dire Fortimel et compagnie, c'est une réponse systématique si besoin, et puis aussi le problème de réhydratation.
10. C'est en discussion avec l'équipe de la maison de retraite.
11. D'une part, par les selles, voir s'ils ont la diarrhée et demander à la famille ou à l'équipe en institution.
12. Le premier problème de la dénutrition chez la personne âgée, c'est les dents, et puis après, c'est le problème financier des patients, mais aussi, il faut prendre en considération l'origine ethnique, ou si la personne vient de la ville ou de la campagne, car à ce moment-là, faire changer d'habitude alimentaire est compliqué,
13. Très important.

1. 49 ans, installation et thèse 1988
2. Non
3. 3%
4. entre 10 et 15%
5. Non, pas vraiment. Par contre, je les pèse systématiquement.
Je ne connais pas le MNA.
6. Les pathologies cancéreuses, les pathologies digestives.
7. Je ne sais pas
8. Complications traumatologiques, complications hématologiques, les chutes, perte d'autonomie, diminution de l'état général.
9. En fait comme c'est un domaine où je ne me sens pas à l'aise, je passe le relais très vite car la diététique, je ne connais pas.
10. Je ne sais pas, essayer d'équilibrer si je peux.
11. question non posée.
12. ce n'est pas ma pratique au quotidien.
13. Il y a surement des choses plus importantes que la dénutrition.

1. 50 ans, année d'installation 1996, année de thèse 1987.
2. Capacité de gériatrie
3. 25%(estimée)
4. Entre 10 et 15%
5. Le poids, l'IMC et parfois dans les situations un peu douteuses, on peut demander le dosage de l'albumine ; les personnes âgées, je les pèse à chaque consultation.
Le MNA, je ne connais pas.
6. L'isolement, les maladies psychiatriques, la maladie d'Alzheimer, le cancer, les syndromes dépressifs, le deuil, la perte d'un conjoint, l'entrée en institution, sachant que les personnels des maisons de retraite sont assez vigilants assez ce problème, les insuffisances rénales, les rhumatismes inflammatoires chroniques.
7. Autour de 35g/l, sachant que s'il y a un syndrome inflammatoire, c'est modifié.
8. C'est une détérioration de la qualité de vie, souvent, il y a un risque d'augmentation des maladies infectieuses, risque de chutes, c'est quand même un problème important qu'il faut surveiller chez les personnes âgées, il peut y avoir une augmentation de décompensation des autres pathologies.
9. Il faut d'abord les interroger et donner des conseils nutritionnels en particulier sur l'apport de protéines, viande et poisson, car souvent, quand on voit ce qu'ils mangent le soir, juste la soupe et un fruit et un yaourt, on voit que l'apport en protéines n'est souvent pas assez important. Ensuite, il faut fractionner les repas, pour éviter les périodes de jeun trop importante. Parfois, on peut mettre de la poudre de lait, d'œuf, du fromage dans les plats pour les enrichir en protéines. Puis, on peut donner des compléments alimentaires en seconde intention
10. cf. question 9.
11. Le poids, c'est le critère de surveillance principal, et si le poids stagne ou redescend, je referai une évaluation des prises alimentaires.
12. Les obstacles au niveau des patients eux-mêmes, c'est difficile de leur faire changer les habitudes et puis souvent, ils attribuent la perte de poids au vieillissement normal, ils s'étonnent que je surveille le poids, ils pensent que ce n'est pas important. Le problème des diététiciens, c'est que ce n'est pas pris en charge, parfois, cela m'arrive de les envoyer en consultation d'évaluation gériatrique, et puis c'est bien quand il y a plusieurs intervenants, c'est plus facile pour changer les habitudes, le réseau marche bien. on essaye de s'allier les familles.
13. C'est important, mais on manque de formation et de temps pour s'occuper à fond de ces problèmes.

1. 56 ans, installation et thèse en 1981
2. DU de gérontologie clinique et DU de nutrition
3. ne sait pas (pas de relevé SNIR)
4. 15 %
5. Oui, en dosant l'albumine dans l'électrophorèse des protéines, quand j'ai un doute sur la personne en fonction de la clinique (on est à la campagne donc on voit vivre les gens et ce qu'il se passe).
Je ne me sers pas du MNA même si je le connais de nom.
6. Le côté social est important : les gens seuls, un veuvage, les gens dépressifs. Toutes les pathologies cancéreuses.
7. Moins de 30 g/l
8. Tout : conséquences infectieuses, ostéoporose, une plus grande fragilité globale, plus de chutes, moins de performances intellectuelles, une moindre autonomie, altération de l'état général.
9. J'essaie de travailler un peu avec les diététiciennes, on essaie de voir avec la famille, l'environnement, l'ADMR. A la campagne, les gens sont finalement assez entourés, on arrive à peu près à savoir ce que mangent les gens.
10. Oui, j'en donne : je vois ce qu'ils mangent en laitages, en protéines. Sinon, ce sont des conseils un peu général, l'équilibre entre les hydrates de carbone, en lipides, je donne des menus type aussi.
11. Le poids, c'est toujours systématique au bout d'un mois, je recontrôle l'albumine aussi au bout d'un mois. On reparle des changements sur l'alimentation qui ont pu intervenir suite aux conseils donnés.
12. Le plus difficile, c'est l'isolement. Autrement, ce sont les problèmes socio-économiques, car il y a des gens qui ont très peu pour vivre, quoiqu'à la campagne, on est un peu moins embêté avec cela car les petites agricultrices, elles ont leurs poules, leurs bouts de jardin, par contre les gens qui sont venus en campagnes avec très peu de ressources, ils sont plus dans la difficulté, et ça c'est un obstacle. Le temps, c'est sûrement un problème car parfois j'ai trop de travail.
13. Je suis plutôt sensible au sujet vu ma formation.

1. 37 ans, installée depuis 2000, thèse en 2000
2. Non
3. 35% (estimée)
4. 10%
5. Oui, en fonction de la clinique, je vais évaluer ce qu'elle mange sans rentrer dans les détails et je vais faire un dosage de l'albumine et de la pré-albumine. Tout patient qui vient en consultation monte sur la balance, à domicile, c'est systématique s'il y a une balance.
Le MNA, je le connais, mais je ne m'en sers plus.
6. La personne isolée, c'est pour moi le principal facteur de risque, car par ennui, elle a la flemme de se préparer le repas. Tout ce qui est pathologie douloureuse mal contrôlée, type polyarthrite. Après une pathologie infectieuse qui a un peu trainée, je me méfierai aussi.
7. Je ne sais plus trop, je regarde les normes de labo.
8. La dénutrition, ça implique une fonte musculaire donc risque de chutes, des problèmes cutanés type escarres.
9. Déjà, voir avec la famille s'il n'y a pas des moyens de la faire manger un peu plus, vérifier l'état bucco-dentaire, si c'est parce que la personne est handicapée par une perte d'autonomie et faire ses courses, préparer un repas devient difficile, alors il faut organiser un portage des repas à domicile et prévoir une aide-ménagère pour la préparation des repas. En plus, ce que je propose assez souvent en complément s'il y a une dénutrition avérée, ce sont les boissons ou crèmes hyperprotéinées.
10. Je fais une petite enquête alimentaire rapide sans rentrer dans les détails et je m'assure qu'il y a un apport de viande et de poisson, de calcium, et je leur demande de faire une collation.
11. Le poids et au bout de 4 mois à peu près, je referai un dosage de l'albumine
12. Parfois, ça pose problème aux familles car ce ne sont pas des produits remboursés (les CNO) dans tous les cas, et en plus, ils ne sont pas forcément appréciés. Et puis le changement d'habitudes alimentaires ce n'est pas facile.
13. Oui, c'est quelque chose que j'inclue dans ma pratique assez souvent.

1. 43 ans, installé depuis 1997, thèse en 1997
2. Non
3. 5,75 %
4. Plus de 15%
5. Parfois, j'utilise le poids et les signes de déshydratation. Les patients sont pesés systématiquement à chaque consultation, je fais très peu de visite. Plus que les personnes âgées elles-mêmes, ce sont les enfants qui me disent qu'elle a maigri, elle ne mange plus rien donc on fait un petit interrogatoire sur l'alimentation, ce qu'ils mangent, combien de fois par jour, qui fait à manger, pour éventuellement lancer des prestations sociales.
Je ne connais pas le MNA.
6. Quelqu'un qui commence à perdre un minimum d'autonomie, j'ai remarqué ça, ils ne vont plus faire leurs courses, tout ce qui est cancers, tout ce qui est un peu grave et qui empêche d'avoir une vie normale : l'insuffisance cardiaque, la bronchite chronique. Dès qu'ils ne peuvent plus faire exactement comme avant, c'est-à-dire aller au marché comme avant, descendre les escaliers comme avant, si la famille est éloignée ou s'ils sont isolés, il faut faire attention. Ce n'est peut-être pas très médical, mais c'est ça qui va attirer mon attention, car il va y avoir une petite déprime, puis une dépression, et la dépression, ça entraîne la dénutrition.
7. Ne sait pas
8. A long terme, c'est la mort, c'est clair, c'est aussi la limitation de toutes les activités, c'est l'installation de la cascade : ils ne mangent plus, donc ils maigrissent, ils n'ont plus de forme physique, ils deviennent moins mobiles, donc ils mangent moins, et ainsi de suite, avec des chutes à la clé.
9. En premier lieu, je cherche à introduire chez la personne âgée les systèmes sociaux. On a de la chance à Saint-Nazaire, c'est bien fait, mais on a plus de résistances des personnes âgées que des systèmes sociaux, donc on met une aide ménagère pour faire les courses, les repas, on peut mettre un peu la famille à contribution. Je fais ça même sans avoir de signes francs de dénutrition, dès qu'il ya une perte d'autonomie. Après, il y a tous les compléments hyperprotéinés, mais ce n'est pas systématique, en plus, les patients n'aiment pas trop ou alors ils se contentent de ça car ils n'ont plus très faim et réduisent la qualité et la variété des apports alimentaires.
10. J'essaye d'insister sur la viande mais ils me disent qu'ils n'ont plus de dents ! Non, je ne dis pas de fractionner les repas, parfois je propose de rajouter un œuf. Je prescris parfois du Cetoran
11. Je me base beaucoup sur le poids et si j'ai des signes de dénutrition franc, je me base sur l'albumine pour voir si elle remonte, et puis sur l'état général, la vitalité. Je suis assez chiant avec l'alimentation et si on a mis en évidence que ça n'allait pas, on en discutera

régulièrement, c'est facile de faire un renouvellement en 2 minutes...on verra si elle mange mieux, si elle fait son jardin, si elle va en ville, ça donne des bonnes indications.

12. Le plus difficile, c'est faire accepter le changement, qu'il y ait quelqu'un qui passe chez eux, que les repas soient apportés, qu'on les aide à faire les courses, ils n'ont pas faim, ils n'ont pas soif, il faut parler et en plus ça prend du temps.

13. Oui, c'est un sujet passionnant et j'aime bien y consacrer du temps.

1. 50 ans, installé depuis 1989, thèse la même année
2. non
3. 25%(estimée)
4. entre 10% et 15%
5. C'est subjectif ! Je vais utiliser la perte de poids et la perte de masse musculaire. De toute façon, les patients sont systématiquement pesés à chaque consultation.
Je ne connais pas le MNA.
6. Quand il y a des problèmes financiers, de dépression, de dentition, de démences, toute maladie chronique, les cancers.
7. Ne sait pas
8. Altération de l'état général, des chutes, des décompensations de tous les états précaires.
9. Je propose assez systématiquement des compléments alimentaires dès que je pense que la personne est dénutrie et du Cetornan. Je fais passer des aide-ménagères et portage des repas car c'est une bonne réponse de temps en temps.
10. Je ne donne pas de conseils alimentaires
11. Le poids, c'est hyper-important, et je vais demander si le mode de vie s'est un peu modifié depuis.
12. Il n'y a pas d'obstacle, le temps, ce n'est jamais un problème, et on ne peut pas négliger ce problème.
13. Oui, j'essaye de prendre en charge le plus tôt possible.

1. 62 ans, installé en 1976, thèse en 1976
2. Non
3. 15,3%
4. 15%
5. Je surveille les facteurs de risques, la courbe de poids, à chaque consultation, et à domicile, j'essaie de surveiller le poids mais ce n'est pas toujours simple. Parfois quand, j'ai un doute, je fais une enquête alimentaire mais ce n'est pas systématique.
Je n'utilise pas le MNA mais je le connais je trouve ça un peu compliqué.
6. L'entrée en institution, une maladie grave de type insuffisance cardiaque, les cancers, les maladies chroniques, prise de médicaments, tous les troubles du goût et de la déglutition, les démences, les régimes sans sel ;
7. A partir de 35 g/l
8. les troubles de mobilisation, dépendance et escarres. Sinon, je ne vois pas.
9. D'abord, j'évalue l'alimentation et je donne des conseils, c'est-à-dire je vois comment on peut faire pour les apports de protéines, comment on fractionne les repas, donner une collation en plus, le problème des personnes âgées c'est le goût. Ca dépend aussi beaucoup de l'environnement. Je vais aussi donner des compléments alimentaires (cad CNO) mais cela sera en 2^{ème} intention car je connais les problèmes que cela pose en pratique et je les retrouve dans le frigo ! Je privilégie l'aide –ménagère et le portage quand l'environnement ne peut pas, car il y a des avantages et des inconvénients, et quand on peut garder une cuisine familiale, je préfère que les repas qui ne sont pas forcément très bons !
10. cf. question 9
11. la prise de poids surtout, à 15 jours ou un mois
12. Un des problèmes, c'est la résistance au changement d'habitudes, aussi bien dans l'alimentation normale que dans les compléments alimentaires. C'est aussi parfois un manque de temps.
13. Dans sa prise en charge globale, je pense que c'est très important et qu'on ne soulève pas le problème assez souvent.

1. 42 ans, installée depuis 1998 thèse en 1994
2. Non
3. 3%
4. plus de 15%
5. A peu près une fois par trimestre, le poids, l'albuminémie à titre systématique dans un bilan annuel, ou plus souvent si elle est limite.
Je ne connais pas le MNA.
6. Je pense qu'ils sont tous susceptibles d'être dénutri car à un certain âge, ils ne mangent que ce qu'ils aiment, surtout du sucré. En fait, je ne sais pas, j'en ai pas assez pour pouvoir vous répondre.
7. En-dessous de 35g/l
8. C'est la baisse de forme, les chutes, les escarres, et puis c'est le début de la fin !
9. Les compléments protéinés, je vais les prescrire assez facilement.
10. Pour les conseils alimentaires, ça dépend de la structure, qui fait à manger. Il faut voir avec la personne qui vit avec, parfois je dis qu'il faut hacher la viande et la mouiller avec de l'eau, quand ils n'ont pas assez de salive, et puis je leur dis de rajouter de la crème fraîche !
11. Je contrôlerai l'albumine au bout de 3 mois, ainsi que le poids.
12. En fait, c'est surtout que je n'ai pas beaucoup de personnes âgées donc je n'ai pas une pratique assez fréquente.
13. Non, pas trop, du fait que je fais peu de gériatrie.

1. 64 ans, année de thèse et installation 1976
2. Non
3. 25%(estimée)
4. Moins de 10%
5. Oui, je les pèse et je vois bien l'allure qu'ils ont, en général, les gens je les pèse quand ils viennent mais pas chez eux et puis si je trouve qu'ils ont une bobine qui n'est pas très bonne. Je leur fait aussi une albuminémie, des protides, c'est fonction du contexte, ce n'est pas systématique. Pour l'alimentation, je demande mais enfin je me suis aperçu qu'ils disent qu'ils mangent très bien et en fait ils ne mangent rien. Donc en fait, je ne leur demande pas mais si je vais chez eux, je vais regarder dans le frigo, je demande à la femme de ménage s'il y a des choses périmées et puis surtout je vois s'il y a le portage des repas. Je ne le fais pas systématiquement mais s'il y a « anguille sous roche ».
Je ne connais pas le MNA.
6. Les gens seuls, s'ils sont malades, la dénutrition fait partie de leur pathologie, ce n'est plus une pathologie en elle-même. Les cancers, les diabétiques quand ils deviennent insulino-nécessitant, mais ça fait partie de la maladie. Et puis autrement, tous les syndromes démentiels et dépressifs, ils ne mangent plus.
7. Dès que c'est en dessous de 40 g/l, je me méfie.
8. Ça aggrave les troubles cognitifs, et puis ils tombent davantage, ce sont les plaies qui ne guérissent pas et ainsi de suite. Forcement, je ne parle pas des gens qui sont grabataires, là c'est les escarres et tout le reste.
9. Déjà, quand c'est possible, si c'est des gens tout seul, un peu dément ou dépressif, j'essaye de faire passer quelqu'un à l'heure des repas, parfois, c'est suffisant, mais faut voir les conditions financières et puis la famille, car surtout ici, il y a des gens seuls ou bien la famille ne vient que l'été, et ils mangent très bien quand la famille est là et puis plus rien quand ils sont seuls, donc à ce moment là, c'est les aides au moment du repas pour le préparer et ça suffit. Et après, ce sont les crèmes protéinées, je m'en sers assez souvent, c'est pratique. Et parfois j'utilise le Cetornan.
10. Déjà, il faut qu'ils mangent ce qu'ils aiment, car quand ils sont vieux, ils n'aiment plus trop la viande, sinon, j'insiste sur les laitages. Et puis comme on est au bord de la mer, s'ils aiment bien manger des crevettes et des crabes, autrement, on peut bien dire tout ce que l'on veut, ils n'en font qu'à leur tête, ça ne sert à rien
11. Je revérifie l'albuminémie au bout de 3 ou 4 mois, s'ils reprennent du poids, s'ils vont mieux, comment ils sont.
12. Les habitudes et puis surtout, les problèmes psychiatriques ou de démence, ou de maladies et là, c'est vraiment difficile de les faire changer au niveau de la nourriture

1. 57 ans, installation et thèse en 1981.
2. Non
3. 30% (estimée)
4. Ne sait pas
5. Déjà, le BMI et le poids à chaque consultation, au moins une fois par an l'albuminémie et plus si point d'appel.
Non, je ne connais pas le MNA.
6. Une personne qui se retrouve seule et qui vivait à deux, ou toute de manière plus simple toute personne seule ou isolée, surtout les hommes. Non, je ne vois que ça ; les autres sont en institution.
7. Si ça descend en-dessous de 30g/l.
8. Alors ça les conséquences, à part les chutes, je ne vois pas, si, progressivement, ils s'enfoncent en terre.
9. Qu'il y ait quelqu'un qui vienne les aides à faire les repas ou qui apporte les repas, c'est une réponse simple et organisée pas difficile à mettre en place.
10. Manger des produits frais et pas des conserves.
11. le poids, c'est assez simple à surveiller tous les mois.
12. Le principal problème, c'est qu'on parle dans le vent et ils font ce qu'ils veulent, ils ne veulent pas investir dans un nouvel appareil dentaire. Et puis comme ils n'entendent rien, je ne passe pas de temps avec ce problème.
13. Ca vaudrait le coup qu'on y passe du temps, mais bon, j'avoue que ça me saoule un peu.

1. 60 ans, année de thèse et d'installation 1977
2. Non
3. 18,3%
4. 3%
5. Oui, j'évalue « à la louche ». J'utilise le poids, je pèse tous mes patients à chaque consultation et dès que je peux à domicile. A l'examen, je regarde l'état de la masse musculaire (sans mesures), l'état général et puis je regarde dans le frigo, et je demande ce que les gens vont manger.
Je ne connais pas le MNA.
6. Toutes les néoplasies, tous les gens seuls chez eux et qui vont manger tout le temps la même chose et en petite quantité, qui n'ont pas d'aide-ménagères, oui, ceux-là, je m'en méfie et je les interroge.
7. Moins de 35g/l
8. Altération de l'état général importante, chutes et donc fractures, puis ensuite apparition des syndromes de glissement.
9. D'abord, j'interdis tous les régimes, et je ne dose plus le cholestérol au-delà de 80 ans, je ne les traite plus, ils ont le droit de manger tout ce qu'ils veulent et surtout ce qui leur fait plaisir. Les compléments alimentaires, je n'y crois pas trop car très rapidement, le patient trouve ça très mauvais et il ne le prend plus, donc j'en donne très ponctuellement et dans ces cas-là de toute façon, il faut une tierce personne qui lui fait ses courses et qui lui prépare à manger.
10. Je leur dis de manger des yaourts, du fromage. En fait surtout, je personnalise chaque fois car chaque personne est différente en termes d'habitudes alimentaires.
11. Le poids une fois par mois, et s'il y avait une hypo-albuminémie, je la doserai de nouveau, et bien-sur, je vérifierai ce qu'il mange.
12. Finalement, ce qui le plus difficile, c'est de faire changer les habitudes alimentaires et qu'ils acceptent de ne plus faire de régime, surtout avec les médias qui mettent la pression sur le fait de ne pas manger de mauvais cholestérol.
13. Oui, l'important c'est la prévention par tous les conseils alimentaires et garder le plaisir de manger.

1. 55ans, installation en1983 et année de thèse 1981
2. Non
3. 60%(estimée)
4. 10%-15%
5. Dosage de l'albumine, une fois par an chez la même personne et en fonction des éléments qui vont amener à penser qu'il existe des éléments de dénutrition. Chez les personnes plus jeunes ou qui ne sont pas en situation sociale difficile, on y pensera moins. Pour le poids, pas de façon régulière, c'est-à-dire pas à chaque consultation mais au moins 3 fois par an.
Je ne connais pas le MNA.
6. Les gens qui se retrouvent seuls à domicile et qui ont des difficultés de déplacement, ou sortir d'un épisode un peu long d'hospitalisation soit de convalescence, dans les situations de cancers, maladies chroniques ou on se retrouve forcément avec des états nutritionnels déplorables. ; en fait, chez toute personne qui présente une maladie chronique, je serai plus vigilant.
7. En dessous de 30 g/l
8. Je ne sais pas. Mais quand il y a un état nutritionnel déplorable, j'imagine que vous êtes plus sensible à toute un autre tas de maladie qui vienne se surajouter.Ca parait hautement probable que ca augmente la mortalité à long terme. On ne se pose pas la question, c'est délétère, donc on gère. Le fait de la dénutrition, cela entraine une mauvaise alimentation car il y a probablement une inappétence qui se met en place.
9. Ca dépend des cas, quand on est dans le cas d'une maladie chronique, là, c'est complément alimentaire avec régime hyper protidique. Dans le cas des gens qui sont un petit peu en situation d'isolement, qui ont des difficultés pour faire les courses, soit il y a des problèmes financiers, parce que c'est souvent un gros problème, là c'est un peu l'impasse car effectivement, ça veut dire mettre en place des aides ménagères, mettre en place tout un système de gens qui viennent faire à manger, et ca bouleverse un peu les habitudes des gens et c'est pas forcément accepté. Mais c'est un moyen qu'on essaye d'appliquer, car sur du long terme c'est à mon avis la solution la plus rentable.
10. si vous voulez, les conseils alimentaires, les gens les connaissent, il suffit de dire aux gens de manger de la viande, de manger du fromage, de manger des pousses de soja, mais bon, il ne le font pas ! Donc ca m'arrive de prodiguer ces conseils tout en sachant que les gens ne les suivent pas car s'ils ne les ont pas suivis avant, je ne vois pas pourquoi ils les suivront maintenant, mais il y a forcément un autre problème.

11. la biologie essentiellement, dosage de l'albumine, à trois mois. Alors le poids ça peut être un critère mais à mon avis, ce n'est pas l'essentiel pour juger de renutrition, même s'il y a une reprise de 2-3 kilos ;
12. En fait, c'est le défaut d'observance des patients car il y a des patients qui ne se prêtent pas du tout à ce type de prise en charge
13. C'est un sujet qui m'intéresse comme tout le reste mais ce ne sont pas de stratégies diagnostiques et thérapeutiques très valorisantes par rapport à certains diagnostics que l'on peut faire, mais peu importe, ça fait partie des choses qui sont nécessaires à rechercher et à diagnostiquer et à traiter si on veut que les patients ne pas développer à terme d'autres pathologies. Vous voyez, ça fait partie de l'entretien normal de l'être humain.

1. 41 ans, installé depuis 2000, année de thèse 1998
2. Non
3. 10,3%
4. Plus de 15%
5. J'évalue de manière exceptionnelle l'état nutritionnel, et j'utilise l'albumine sérique, surtout en institution, et en fonction du contexte. Je pèse les patients de manière systématique au cabinet et une fois de temps en temps au domicile.
Je ne connais pas le MNA.
6. L'isolement, les personnes qui vivent seules, tous les cancers.
7. Ne sait pas
8. Des troubles de comportement, déséquilibre au niveau de la prise des traitements, ostéoporose, et une altération de l'état général, des chutes
9. En premier lieu, la famille et l'entourage proche seront sollicités, il m'est arrivé d'utiliser le portage des repas à domicile, voire hospitalisation. Pour les compléments nutritionnels, ça dépend de l'état général de la personne, c'est dire que s'il y a une dénutrition évidente importante, je les prescris d'emblée.
10. J'essaye de voir avec la personne comment elle pourrait manger plus de choses protéinées, plus de viande en fonction de ses goûts. Non, en fait, ça m'arrive très peu de donner des conseils alimentaires aux personnes âgées.
11. Le poids et l'albumine, en fonction du contexte, un mois ou 2 mois.
12. En fait, c'est surtout un problème d'entourage et de disponibilité, quand la personne est seule, c'est très difficile, même si le problème a été identifié. Le réseau, je ne m'en sers pas. Par contre quand c'est justifié, je prends le temps.
13. Pour moi, ce n'est pas le problème que je vais aborder en premier, c'est moyennement important, c'est sans doute un manque de formation.

1. 36 ans, installé en 2003, année de thèse 2003
2. Non
3. 19,3%
4. plus de 15%
5. Pas plus que ça ! au feeling ! la perte de poids, l'interrogatoire, très rarement une albuminémie, le poids, c'est une fois dans l'année.
Je ne connais pas le MNA.
6. Toutes les pathologies néoplasiques en phase terminale, toutes les personnes qui sont isolées, toutes les pathologies chroniques genre insuffisance cardiaque, la maladie d'Alzheimer.
7. A partir de moins de 35g/l
8. Ça ne va pas arranger l'état général, des escarres, des infections.
9. On va leur donner des petites briquettes de protéines, de manière systématique, ou bien du Cetoran.
10. Oui, je peux donner des conseils, c'est-à-dire, un repas bien équilibré avec un féculent et une viande idéalement, car c'est vrai, ils ne mangent pas souvent correctement, en sautant des repas ou en se contentant de biscottes.
11. Surveillance au feeling !! ça se voit tout simplement à l'état clinique du patient, s'il a des joues bien remplies, s'il a un caractère anémié, la prise de poids toujours, l'état général, quelqu'un qui est dénutri, il a le moral un peu en berne, s'il reprend des forces, ça se voit.
12. Ils font bien ce qu'ils veulent en sortant du cabinet, on a beau dire !
13. Bof !

1. 50 ans, année d'installation 1989, thèse en 1986
2. Non
3. 15 %(estimée)
4. Plus de 15%
5. Oui, je les pèse à chaque consultation sauf quand je les vois à domicile, c'est plus difficile, mais c'est vrai qu'on connaît les gens, donc c'est plus à l'aspect qu'on se rend compte qu'il y a un problème.
Non, je ne connais pas le MNA.
6. Chez quelqu'un qui a des troubles des fonctions supérieures comme la maladie d'Alzheimer, les syndromes dépressifs, les syndromes de glissement, le deuil et les situations d'isolement, les pathologies néoplasiques.
7. Ne sait pas
8. Au niveau des fonctions supérieures, ce n'est pas bon, altération des fonctions supérieures, asthénie, risques de chutes
9. Déjà, on essaye de comprendre la raison de cette dénutrition, puis je donne des compléments alimentaires avec des protéines et du Cetornan. Et assez souvent, je demande le passage d'une aide-ménagère.
10. Essayer de diversifier son alimentation, avec des légumes ou des glucides d'absorption lente, des conseils habituels, enfin chez les personnes âgées, je leur dis parfois de se faire plaisir tout simplement, ce n'est pas comme des personnes plus jeunes, on ne va pas être trop restrictif et draconien sur les régimes.
11. C'est surtout l'examen clinique, voir comment ils vont et se comporte, à domicile, on essaie d'apprécier l'aspect clinique parce que la prise de poids ce n'est pas toujours évident.
12. en fait c'est surtout lié aux fonctions supérieures des patients et puis c'est un peu long à prendre en charge. En fait, je n'ai pas trop de personnes âgées dans mes patients.
13. C'est important, on en parle avec la famille, ce n'est pas quelque chose à mettre de côté.

1. 64 ans, installé en 1979, thèse en 1977
2. Non
3. 5%
4. 10%
5. Le poids, 2 ou 3 fois par an. Je demande parfois ce qu'ils mangent surtout s'ils sont seuls.
Je ne connais pas le MNA.
6. Les problèmes digestifs, les problèmes psychosomatiques, la dépression nerveuse, toutes les poly-pathologies lourdes, les gens seuls et isolés.
7. Moins de 45 g/l
8. Ca peut entraîner peut-être des problèmes osseux, des problèmes psychologiques.
9. Je propose du Rénutryl et je dis de manger de la viande et du poisson.
10. Non, je ne vois pas d'autres conseils...
11. D'abord, on regarde la morphologie et on voit un petit peu comment elle parle et puis le poids.
12. L'obstacle, c'est quelle accepte de changer les habitudes. ce n'est pas une question de temps.
13. Non, en fait ça ne m'intéresse pas du tout !

1. 43 ans, installation 1995, thèse 1993
2. Non
3. 21,2%
4. 15%
5. Oui, je l'évalue : le poids à chaque cs tous les 3 mois, l'albuminémie une fois par an à l'occasion d'un bilan par contre s'ils n'ont pas de bilan et que le poids est stable, je ne la fais pas sauf s'il y a un point d'appel, par contre, je ne fais jamais de pré-albumine, ou très rarement, dans des circonstances très particulières.
Je ne connais pas le MNA.
6. Toutes les pathologies infectieuses, la maladie d'Alzheimer, toutes pathologies avec déficit cognitifs, les pathologies psychiatriques, la dépression, pathologies réactionnelles suite de deuil, les pathologies cancéreuses, la personne seule, la personne en perte d'autonomie, les insuffisants cardiaques et rénaux.
7. Moins de 45 g/l en fait je me fie à la norme de laboratoire.
8. Les chutes, les pathologies infectieuses car il y a une immunodépression, les troubles musculo-squelettiques
9. En règle générale, s'il ya une dénutrition, je pars tout de suite sur une alimentation hyper protéinée, très souvent, je les envoie très peu chez le nutritionniste bien que je pense que ce soit une chose très intéressante, mais ne fait la nutritionniste ce n'est pas remboursé, on a pas de diététicien sur place et moi-même je n'ai pas les capacités pour tout gérer et pour faire une enquête nutritionnelle, mais je leur explique quand même qu'il faut qu'il mange plus de protéines, qu'il mange du poisson s'il n'aime pas le viande, de voir avec eux qu'est ce qui est carencé dans leur alimentation. Mais en fait, je ne vais pas attendre, si je vois qu'il y a une hypo-albuminémie, je vais d'emblée donner une alimentation hyper protéinée et essayer de leur faire changer leurs habitudes alimentaires. De même, je propose systématiquement une aide à la maison si la personne ne mange pas car souvent elle ne se dépasse plus trop. Je prends en charge aussi les difficultés liées à la dentition, je les envoie chez le dentiste.
10. Je réhabilite les laitages, le riz, les pâtes, je leur fais manger du poisson, de la viande, manger comme il mangeait auparavant avec une entrée plat et dessert et fromage ; et augmenter la ration alimentaire du matin ; pour les compléments protéinés, je les fais même mélanger avec des laitages et je conseille de les manger en même temps que le repas
11. La reprise du poids tous les trois mois, il faut se donner un petit temps. Pour l'albumine, je le referai à 6 mois. Je me fie au poids et je ne contrôle pas forcément ce qu'il remange et puis, j'essaye des les faire bouger, il ne suffit pas de reprendre du poids, il faut qu'il reprenne du muscle.

12. On aurait aimé avoir une diététicienne pour adresser tout les patients qui nécessite une prise en charge nutritionnelle. En fait le plus dur, c'est le changement d'habitudes alimentaires, les faire adhérer aux compléments. Sinon, je n'ai ni le temps ni les outils de faire une enquête nutritionnelle, c'est un véritable métier,
13. Je pense que la médecine devrait plus s'occuper de la prise en charge nutritionnelle, toutes les maladies pourraient s'arranger avec une telle prise en charge, regardez la gonarthrose. C'est indispensable, je ne comprends pas que l'assurance maladie ne veuille pas rembourser la consultation diététique, parce que tout passe par là.

1. 43 ans, installé en 2005, thèse en 2000.
2. Non
3. 15%
4. plus de 15%
5. Oui, à chaque consultation avec la balance, et j'essaye au domicile quand ils ont une balance. Sinon, j'utilise l'albuminémie quand il y a une perte de poids importante, ou quand la famille me dit que la personne âgée ne mange plus. De manière assez systématique, je demande ce que mange la personne âgée.
Je ne connais pas le MNA.
6. Les cancéreux sans traitement, les célibataires et les personnes seules qui n'ont pas d'aide à domicile puisque quand il y en a une, elles sont toujours là pour nous prévenir quand le patient ne s'alimente pas bien, car ce n'est pas qu'une question de poids, mais aussi la qualité nutritionnelle des aliments, les biscottes et les compotes, c'est pauvre en protéines. Sinon les situations sociales précaires, la maladie d'Alzheimer.
7. En dessous de 30g/l
8. Asthénie, syndrome dépressif et escarres. Chez la personne âgée, quand elle ne mange pas, elle reste dans son lit et c'est la fin !
9. En premier, c'est le dépistage précoce et j'essaye de parler avec eux de leur alimentation, et de leur dire qu'elles sont les sources de protéines, cad viande poisson œuf, et des crèmes aux œufs en collation. Les compléments nutritionnels avec le Cetornan, c'est fréquent en situation aigue (pendant des chimio par exemple), ou quand, c'est avéré biologiquement avec une albumine à 22 ou 23g/L, je n'attends pas, mais théoriquement, ça ne devrait pas arriver puisque je pèse les gens systématiquement. Parfois, je conseille le portage des repas à domicile, mais ce n'est pas bon dans le coin.
10. cf. question 9
11. La balance de manière systématique, je contrôlerai l'albumine au bout d'un mois, un mois et demi.
12. L'anorexie du soir, c'est très difficile de les faire manger le soir, sauf la soupe. Faire changer les habitudes c'est compliqué
13. Nutrition et personne âgée, c'est capital, les escarres ça fait mal !

1. 48 ans, année d'installation 1991, année de thèse 1990
2. Non
3. 18%(estimée)
4. 10%
5. Oui, les patients qui viennent en consultation sont pesés systématiquement, donc ça permet d'avoir un suivi bien régulier
Le MNA, je ne connais pas.
6. Les syndromes de glissement et les syndromes dépressifs, je fais une enquête. Lors de la prescription de régimes sans sel, on s'aperçoit qu'ils ont tendance à tout supprimer, ils veulent se donner la peine de faire le régime et pour eux c'est immangeable, donc conclusion, ils ne mangent pas. Egalement, il y en a beaucoup dans ceux qui ont des maladies dégénératives type Alzheimer. Tout ce qui est problèmes gastriques, ils ont tendance à réduire un peu l'alimentation, c'est-à-dire, ceux qui ont des problèmes de hernie hiatale avec des gros reflux. Et puis toutes les pathologies cancéreuses
7. Entre 35 et 40 g et quand j'ai un doute, je me fie plutôt à la pré-albumine
8. Avant tout ça entraîne une fonte musculaire et des chutes.
9. Prendre en charge la cause en premier. Puis faire une enquête alimentaire pour voir ce qu'il mange, puis ensuite diversifier l'alimentation en les faisant grignoter, car parfois, quand, il a trop dans son assiette, ça lui coupe un peu l'appétit, donc en fait, essayer de multiplier les repas, et puis sinon, je passe aux compléments alimentaires type hyper protéinés. En fait, c'est plus une aide à domicile qui soit présente aux moments des repas, et ça permet dans ce cas que le repas soit préparé et que ce soit au goût de la personne, elle peut participer à la préparation et dans ce cas, ça marche nettement mieux
10. Fractionner les repas
11. Le poids au bout d'un mois, avec réévaluation systématique de prises alimentaires, et dosage de l'albumine et de la pré-albumine.
12. En fait, les obstacles sont plutôt liés au patient car si on propose de faire passer quelqu'un pour les repas et qu'elle ne veut pas et bien on est coincé
13. Ça ne m'intéresse pas particulièrement ; mais on fait de la médecine générale donc on prend le patient dans toute sa globalité et ça fait partie du suivi, et notamment chez la personne âgée. Le but c'est quand même d'essayer d'éviter un maximum de pathologies, donc on fait attention à la nutrition de la personne âgée.

1. 57 ans année d'installation et de thèse : 1982
2. Non
3. 7,1%
4. Autour de 10%
5. Non, je ne fais rien. Je les pèse une fois par an et encore.
Je ne connais pas le MNA.
6. Les maladies graves, les cancers, un diabète évolué, l'isolement, la dépression, toutes les pathologies psychologiques un peu sévère.
7. Ne sait pas
8. une mort trop rapide, un ralentissement, une perte de motricité et un isolement, c'est un cercle vicieux.
9. Ca, c'est une vaste question. Généralement, la famille s'en inquiète plus que moi, et donc, je commence par chercher une pathologie causale de cet amaigrissement. Je donne systématiquement des compléments alimentaires quand la famille s'inquiète ou les infirmières d la maison de retraite, et du Cetornan de temps en temps.
10. Rarement, et les conseils que je peux donner c'est de se faire porter les repas à domicile, sinon, je n'ai rien de particulier à dire à part la convivialité. En fait, c'est plus la solution chimique (cad les compléments).
11. Non posée
12. Le premier obstacle c'est moi. Je vois la vie comme un régime hypocalorique en permanence donc j'ai un blocage, donc manger plus, pour moi, c'est le diable ! donc je ne peux pas dire aux gens de manger plus !
13. je devrais faire plus attention ...

1. 34 ans, année d'installation 2004 et thèse 2003
2. Non
3. 2%
4. entre 10 et 15%
5. Non.
Je ne connais pas le MNA.
6. C'est sûr que s'il y a des plaies, il faut regarder s'ils sont dénutris ; ensuite, si ce sont des patients à mobilité fortement réduite, qui sont alités, là, c'est pareil. Dans le diabète et les démences, mais en général, lorsqu'ils sont déments, ils sont institutionnalisés, ce sont les infirmières qui me disent si elles sont dénutries
7. Moins de 30g/l
8. Ca peut entraîner des escarres, et puis, l'ostéoporose, des fractures et du coup un alitement, un syndrome de glissement.
9. Ca m'arrive quand même de proposer des compléments hyper protéinés, et parfois du Cetoran.
10. Souvent, les petites mamies qui ne mangent pas beaucoup, elles ont un apport protidique faible alors je leurs demandes de manger un petit plus de viande ou d'œufs ou de poisson. En terme de fruits et légumes, en général ca se passe pas trop mal, mais en terme de laitages c'est catastrophiques, je leur dis que c'est au moins trois laitages par jour, et donc de varier les plaisirs.
11. non posée
12. les personnes en elles-mêmes par ce qu'en général, on peut leur dire ce qu'on veut, ils s'en feront bien qu'à leur tête, sur les compléments, les goûts ne convienne pas forcément mais je trouve qu'il y a une gamme quand même suffisamment large pour trouver ce qu'il leur faut. Souvent les personnes âgées ont des antécédents lourds et donc il y a d'autres choses à régler.
13. Je pense quand même que c'est important dans la mesure où cela peut permettre d'éviter qu'il y ait d'autres pathologies qui peuvent se greffer dessus. Oui, c'est quand même important.

1. 63 ans, année d'installation 1977, année de thèse 1976
2. Non
3. 19,7%
4. 15%
5. En général, je fais le taux d'albumine une fois par an dans le bilan annuel et l'indice de masse corporelle en fonction de point d'appel. Ensuite, le poids, c'est assez systématique chez les personnes âgées au cabinet par contre au domicile, c'est assez difficile
Le MNA, je connais de nom
6. L'isolement, le couple qui perd un conjoint, toutes les maladies qui couvent avec une altération de l'état général qui ne sont pas forcément diagnostiquées, les cancers, une bronchite chronique qui évolue, la maladie de parkinson. Les accidents ?
7. Moins de 30 g/l
8. Ca peut tout entrainer, rien ne va plus. Les syndromes de glissement, les phénomènes de cascades, on les voit se dégrader au fur et à mesure.
9. On met en place un système social pour les faire manger, quand c'est un cas de solitude, oui, c'est une réponse systématique car souvent la famille est rejetée dans ces cas-là et c'est mieux avec un intervenant extérieur. On essaye de leur donner des compléments hyperprotéinés. Je dis essayer de temps en temps car globalement ce n'est pas concluant. Ce que j'aime bien, je leur dis de mélanger un steak haché avec un œuf et de faire cuire tous ça, en général, ça passe bien, ils aiment bien ça. Je préfère leur donner des conseils alimentaires avec des choses qu'ils aiment bien que des compléments avec des protéines en carton... j'essaye d'insister sur les protéines mais ce n'est pas forcément évident
10. cf. question 9
11. l'albumine à un mois et parfois la pré-albumine et le poids, c'est toujours systématique.
12. les difficultés : le déni de dénutrition. Ce sont des difficultés plus liées au patient car parfois le patient répond « docteur, vous perdez votre temps ». de plus, les dénutris, en dehors des accidents aigus, ce sont des fins de vie. Les changements d'habitudes parfois difficiles pour les patients.
13. C'est la perception de la problématique : il faut voir en fonction de la culture, il y en a qui aiment bien bouffer, puis d'autres pour les quels c'est un calvaire. Si, une personne ne veut pas manger, que voulez vous faire. Je crois qu'il ne faut pas les prendre de face, il faut biaiser et user de beaucoup de salive. c'est difficile de laisser les gens perdre du poids en invoquant la fatalité, sans aller jusqu'à poser des sondes... on peut essayer de les aider, mais il faut être rusé et prendre son temps.

1. 42 ans, année d'installation et thèse en 2000.
2. Non
3. Entre 30 et 35 %(estimée)
4. Plus de 15%
5. Oui, une fois par an par pré-albumine et albumine, surtout chez les gens de plus de 80 ans. Le poids, c'est systématique à chaque consultation mais à domicile, ce n'est pas facile. Je connais le MNA mais je ne l'utilise pas.
6. Quand il existe une maigreur avec un IMC inférieur à 19, dans le cadre de l'insuffisance rénale et de l'insuffisance cardiaque car quand on leur dit de manger peu salé, il ne mange plus rien quasiment, toute les pathologies cancéreuses, les syndromes démentiels et apparentés, les maladies neurologiques de type Parkinson. Et aussi dans les situations où la famille n'est pas très attentionnée, car ça se passe mieux quand il y a une famille qui passe tout les jours
7. Moins de 40 g/l
8. Une aggravation de la maladie sous-jacente avec une altération de l'état général, il y a un risque total si on ne fait rien. Les syndromes œdémateux et aggravation de l'insuffisance cardiaque.
9. On met en place le portage des repas à domicile et au mieux, on demande à l'aide ménagère de préparer les repas à chaque fois. Puis, je propose des compléments aux protéines s'il existe une dénutrition plus sévère régulièrement..
10. Déjà, moins restreindre les régimes qui sont mis en route, les régimes sans sel... Elargir un peu le régime, car la priorité ce n'est plus la même qu'à l'âge de 40 ans. Et puis, avec l'aide ménagère, on peut essayer de diversifier un petit peu. Mais le problème, c'est qu'on a déjà pas mal de travail et on ne peut pas être partout, c'est clair.
11. Le poids, à 2 ou 3 mois et puis l'albumine.
12. Le problème le plus important, c'est le manque de disponibilité. Et puis aussi un manque de formation sur le sujet.
13. En fait, je ne suis pas de formation gériatrique et la gériatrie, ce n'est pas trop mon truc, heureusement qu'il y a le reste !

1. 64 ans, installé depuis 1976, thèse en 1975
2. Non, mais a travaillé pendant 2 ans en soins de suite et longs séjours.
3. 25%(estimée)
4. 10%, en fait, ça dépend ce qu'on entend par dénutrition, car les personnes âgées, souvent, on dit que c'est normal qu'ils ne mangent pas de viande alors que moi je considère que c'est de la dénutrition, par contre vous avez des personnes, quand vous les regardez, on ne se rend pas compte qu'elles sont dénutries, elles compensent par autre chose, après sans être forcément dénutries, il y a au moins 40% de personnes âgées qui ont un déséquilibre alimentaire
5. Non, je ne le fais pas, le temps qui nous est imparti ne suffit pas, il faudrait avoir d'autres types de rémunération en plus. Pour le poids, je leur demande de se peser chez eux et d'amener la courbe de poids.
Le MNA, je ne connais pas.
6. Les personnes seules, ou même parfois en couple car ils ne se font pas suffisamment bien à manger, paradoxalement, parfois en maison de retraite, sous prétexte que ce sont des personnes âgées, ils ont seulement 2 pommes de terre à l'eau le soir, et en plus on ne les aide pas à manger tout ça pour des questions de budget... Sinon, toutes les pathologies cancéreuses, les pathologies traumatiques où les gens ne bougent plus, en fait toute situation d'isolement, quelqu'en soit la cause. Et puis, les dépressions, c'est lié.
7. A partir de moins de 40g/l, je commence à m'affoler un peu.
8. Déjà, une amyotrophie avec une baisse importante de la force musculaire et donc encore un peu plus d'isolement car ils bougent moins, c'est la fin de tout, et puis des troubles métaboliques avec une insuffisance rénale, des dépressions, des cancers.
9. En premier lieu, chez les personnes seules, je conseille de s'abonner aux repas servis à domicile, et puis je leur donne du Cetoran ou du Renutryl pour apporter un peu plus de protéines.
10. pour les conseils alimentaires, ça dépend du niveau des fonctions sup, et puis ça dépend aussi de l'environnement, je dis qu'il faut toujours des protéines, des sucres lents et des fruits et légumes à volonté, de manière à ce que ce soit toujours équilibrée, avec plus de protéines animales, mais en fait je dis ça à tout le monde, pas seulement aux sujets âgés
11. Question non posée
12. Le problème, c'est le patient, car s'il n'écoute pas, on ne peut rien faire et puis le suivi car les gens ne reviennent pas forcément car on ne fixe pas de rdv à l'avance, et puis on n'a pas le temps et il y a des contraintes administratives
13. Forcément, c'est important mais ça dépend de la volonté de la personne et de l'entourage.

1. 47 ans, installé depuis 2005, thèse en 1992
2. Non
3. 20 %(estimée)
4. 20%
5. De temps en temps, avec l'albuminémie et ça dépend vraiment des pathologies. Et puis le poids, au cabinet, ils montent tous sur la balance, c'est systématique à chaque consultation, au domicile, c'est moins facile.
Je ne connais pas le MNA.
6. Toutes les néoplasies, tous les « grands cardiaques », ceux qui sont tous seuls
7. En dessous de 40g/l
8. La mort, perte d'autonomie, institutionnalisation.
9. J'utilise tout le temps les compléments alimentaires protéinés dès que je sens que ça va moins bien, de temps en temps du Cetoran. Le portage des repas ou les aide-ménagères, c'est cher et puis souvent ça ne sert à rien car si la personne ne veut pas manger, elle ne mangera pas.
10. Je leur dis de manger de la viande, d'utiliser du lait entier, de manger des œufs pour augmenter les apports de protéines.
11. pour la surveillance, c'est comme ça, « à l'œil », il est fatigué ou pas, il récupère ou pas. Le poids, c'est quand il y a une balance au domicile car en général, ce ne sont pas des patients qui viennent au cabinet, mais je regarde parfois ce qu'ils mangent si je viens au moment des repas mais ce n'est pas du tout systématique.
12. En fait ce qui est dur, c'est qu'on ne vit pas avec eux et qu'il faut répéter tout le temps la même chose et ça prends du temps, comme le travail avec les spécialistes. Non le gros problème, c'est le temps !
13. Oui, c'est un sujet qui m'interpelle, c'est quotidien, et c'est très important de les faire manger.
Je ne sais pas combien je coute à la Sécu en complément alimentaire !

1. 50 ans installation 1991 thèse 1989
2. Non
3. 14%
4. 10% j'ai regardé les recommandations HAS avant que vous veniez !
5. Non, je n'évalue pas l'état de nutrition des personnes âgées. Bon en fait, je pèse quasi systématiquement les patients à chaque consultation, mais je ne sors pas la balance au domicile.
Je ne connais pas le MNA.
6. Toutes les pathologies infectieuses, un cancer, après une fracture du col du fémur, en sortie d'hospitalisation. Sinon, suite à un décès, perte d'un proche.
7. ne sais pas. Ca se calcule ou ?
8. Ils vont mourir plus rapidement mais je viens de le lire tout à l'heure. Je ne sais pas.
9. Les inciter à manger, avoir une alimentation plus équilibrée, diversifier et manger ce qui leur fait plaisir, mais ce n'est pas toujours évident chez les personnes âgées. Pour les crèmes avec des protéines, ça m'arrive rarement en maison de retraite mais c'est sous la pression des infirmières ou des aides soignantes.
10. Je ne sais pas
11. question non posée
12. Absence de balance au domicile des patients, les habitudes alimentaires des personnes âgées, ce n'est pas toujours évident de les faire changer, apprécier les quantités.
13. En fait, je n'y connais rien et puis c'est compliqué et très large.

1. 62 ans, installation et thèse en 1976
2. Non
3. 12,7%
4. N'en a aucune idée
5. Oui, ça se voit tout de suite à l'examen clinique, il n'y a pas besoin de faire des examens complémentaires compliqués. Tous les patients âgés sont dans des maisons de retraite donc ils ont une alimentation équilibrée. Les personnes âgées, je ne les pèse pas.
Je ne connais pas le MNA.
6. Pour moi, c'est surtout la personne âgée qui vit toute seule sans aide extérieure. Il y a pas mal de pathologies qui entraîne une dénutrition et en général, ce sont des pathologies graves, en premier lieu le cancer, la grippe, une pneumopathie, mais enfin bon, la plupart du temps ce sont des gens qui sont surveillés par leur famille.
7. Aucune idée, moi je dose les protéines...
8. Ca dépend à quoi est due la dénutrition, si c'est une pathologie grave, c'est une issue fatale, et puis si la personne ne veut pas manger, ça sert à rien d'insister, elle refuse de vivre, et ça c'est fréquent.
9. Systématiquement, je donne des protéines de pharmacie.
10. En général, je leur donne le conseil de ne pas suivre de régime. De toute façon, quand c'est un refus volontaire, on ne peut rien faire.
11. Dans ces cas-là, oui, je vais peut-être peser les patients, ou je vais faire une prise de sang pour voir s'il y a une anémie.
12. C'est l'isolement qui est difficile à prendre en charge et puis si le patient ne veut rien faire
13. Bof !

NOM : RICHE

PRENOM : MARION

Titre de thèse : PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION DU SUJET AGE :
ETUDE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE

Résumé

La dénutrition du sujet âgé est une préoccupation de santé publique, et les conséquences en termes de morbi-mortalité sont loin d'être négligeables rendant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge indispensables.

Afin d'évaluer la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé vivant à domicile, nous avons réalisé une enquête auprès de trente médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique, au moyen d'un entretien semi-directif enregistré au cabinet.

Il en est ressorti que les médecins connaissent les situations à risque de dénutrition. L'utilisation des outils de dépistage n'est pas systématique et la prise en charge repose essentiellement sur la prescription de compléments hyperprotéinés. Il est donc important d'insister sur la sensibilisation de cette pathologie auprès des médecins généralistes, intéressés par ce problème mais manquant de formation.

Mots-clés

Dénutrition

Sujet âgé

Médecin généraliste

Dépistage

Domicile