



La dénutrition chez la personne
âgée de plus de 70 ans vivant au
domicile, du diagnostic à la prise en
charge : quels sont les freins
rencontrés par le médecin
généraliste ?

*Etude qualitative auprès d'un échantillon
de médecins généralistes de la région de Namur-
Ouest.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION	5
Motivation personnelle et choix du sujet	5
Objectif formalisé du TFE	7
Eléments de contextualisation	7
Rappel des connaissances : revue de la littérature.....	7
Contexte belge	13
Liens avec la pratique de généralistes	14
Utilité d'un travail dans ce contexte.....	14
MÉTHODE	15
Recherche bibliographique.....	15
Méthode d'investigation	15
RÉSULTATS	18
Population étudiée.....	18
Les freins concernant le dépistage	18
En lien avec le médecin.....	18
En lien avec le patient	24
Les freins à la prise en charge.....	26
En lien avec le médecin.....	26
En lien avec le Patient	31
DISCUSSION	37
Synthèse et analyse des résultats.....	37
Perspectives	38

Forces et faiblesses de l'étude.....	39
La triangulation.....	39
Validation du répondant	40
Présentation claire de la méthode de collecte et d'analyse des données	40
La réflexivité	40
Vigilance aux avis contraires	41
Critère d'équité	41
Apports pour la pratique et implication personnelle	42
Pistes.....	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE.....	45

REMERCIEMENTS

Aux médecins généralistes de la région de Namur-ouest, de participer à cette étude

Au dr. Liénard, promoteur de ce TFE, pour son soutien et sa relecture

A mes amies médecins généralistes, pour leur précieux conseils

A ma famille et mon compagnon, pour leur soutien sans faille.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré la haute prévalence de la dénutrition en médecine générale et les nombreux risques associés pour les personnes âgées, le dépistage et la prise en charge restent insuffisants. Le but de cette étude était, en premier lieu, de faire une revue de ce qui est connu de la dénutrition chez le sénior dans la littérature. Dans un second temps, l'objectif était d'identifier les freins rencontrés pour le dépistage et la prise en charge par les médecins généralistes.

Méthode : D'abord, une recherche de la littérature dans les grandes bases de données, notamment PubMed, Cochrane, Embase et ScienceDirect. Ensuite, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 7 médecins généralistes exerçant dans la région de Namur-Ouest entre janvier et février 2023. Retranscription des entretiens et analyse par catégorie conceptualisante.

Résultats : Différents freins ont été mis en évidence. Pour le dépistage : le manque de connaissances et de consensus, un désintérêt pour la problématique, l'impossibilité de se fier uniquement au visuel du patient, le manque de conscientisation des patients et de leur entourage ainsi que l'absence de demande de la part du patient de gérer sa nutrition et, enfin, la capacité physique limitée du patient. Pour la prise en charge : la croyance qu'il n'est pas utile de gérer la dénutrition, le questionnement éthique, le manque de pluridisciplinarité et le profil du patient difficile à prendre en charge.

Discussion : Les freins mis en évidence ont été structurés en 4 catégories selon qu'ils concernaient le dépistage ou la prise en charge d'un côté et le patient ou le médecin traitant de l'autre. L'identification de ces obstacles est un premier pas vers une meilleure gestion de l'état nutritionnel en médecine générale. Cependant, d'autres études sont nécessaires afin d'évaluer les actions à mettre en place pour améliorer l'efficacité de la première ligne.

Mots clés : Dénutrition – Évaluation nutritionnelle - Personne âgée – Freins – Médecine générale

INTRODUCTION

Motivation personnelle et choix du sujet

Il n'est plus à démontrer qu'une alimentation équilibrée est l'un des facteurs clés d'une bonne santé et d'un vieillissement réussi. L'alimentation est également un des grands plaisirs de la vie. Chez les personnes âgées, cela est d'autant plus vrai que c'est parfois le seul plaisir qu'il leur reste. Veiller au bien-être des personnes âgées ne consiste plus uniquement à prolonger les années de vie. Le médecin de famille actuel se soucie également de la qualité de ces années, la nutrition y joue donc un rôle essentiel.

J'ai eu la chance au cours de mon assistantat de travailler durant 6 mois dans un service de gériatrie. A l'arrivée dans le service, tous les patients hospitalisés sont soumis à une évaluation nutritionnelle. J'ai été stupéfaite du nombre de patients considérés comme étant en état de dénutrition. Cela d'autant plus que certains de ces patients étaient en surpoids voir obèses. Ces patients déjà dénutris à l'arrivée, venaient de la maison de repos mais également du domicile.

Parmi les tâches de l'assistant d'étage, entre autres choses, il fallait prendre en charge et suivre ce nouvel état de santé qui m'était peu connu. C'est ainsi que je me suis éveillée à la problématique de la dénutrition et alertée des risques et conséquences parfois dramatiques pour les seniors. A l'hôpital, cette prise en charge est organisée en équipe avec les compétences précieuses des paramédicaux. La diététicienne réalise les tests de dépistage, évalue le degré de dénutrition, questionne le patient quant à ses préférences alimentaires, calcule les apports nécessaires et adapte les repas pour enrichir ou compléter l'alimentation. La logopède évalue la déglutition et adapte les textures. La cuisine ajuste les plateaux quotidiennement si besoin. Les aides-soignantes aident à la prise des repas et les infirmières notifient la quantité du repas pris et pèsent les patients pour le suivi. Enfin, le kinésithérapeute est là pour faire bouger les personnes âgées. Tout cela est bien rodé et le rôle du médecin dans l'évaluation et la prise en charge est davantage un rôle de chef d'orchestre et de supervision. Cette prise en charge efficiente et pluridisciplinaire des patients dénutris m'a marquée et poussée à m'interroger sur ma propre pratique.

En médecine générale, avant mon passage en gériatrie, je portais peu mon attention sur la nutrition des seniors à domicile et je n'avais jamais établi par moi-même ce diagnostic de dénutrition. D'une part, car à l'hôpital et en MRS (maison de repos et de soins), on le faisait pour moi et je suivais machinalement les recommandations proposées soit par les spécialistes dans la lettre de sortie, soit par les paramédicaux en MRS. Je connaissais donc mal les outils à utiliser pour évaluer la nutrition, les marqueurs pertinents à doser à la prise de sang, pas plus que les thérapeutiques à mettre en place pour remédier à cet état de santé. D'autre part, la nutrition me semblait secondaire par rapport à une pathologie aiguë qui était souvent le motif de l'appel. Je pesais bien mes patients mais davantage dans le cadre d'un suivi d'insuffisance cardiaque ou rénale. De même, je m'intéressais à ce que la personne mangeait plutôt dans le contexte d'un escarre rebelle ou d'une cachexie évidente. Enfin, parce que, à tort, je partais du principe qu'une personne âgée qui vit toujours à domicile est forcément dans de meilleures conditions nutritionnelles qu'à la MRS ou à l'hôpital.

En discutant avec des collègues, je me suis rendu compte que dans l'ensemble, ceux-ci sont conscients de l'importance de la problématique et des conséquences pour les personnes âgées. Néanmoins, la plupart accordent peu de place à cette thématique lorsqu'ils prennent en charge un sénior.

J'observais donc que, malgré l'avertance apparente des généralistes envers la dénutrition, bon nombre de patients arrivaient dénutris à l'hôpital depuis leur domicile. De là a émergé mon questionnement : qu'est ce qui empêche ou retarde le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en médecine générale ?

En interrogeant la littérature, il m'est apparu pléthore d'études parlant de la dénutrition chez la personne âgée, de son dépistage à sa prise en charge, en passant par les facteurs de risque, les marqueurs sanguins, les tests de dépistage et les thérapeutiques. La littérature, riche à ce sujet, fait cependant défaut en ce qui concerne les obstacles rencontrés par la première ligne lors de la gestion de cette problématique.

Une étude espagnole récente (*Serón-Arbeloa et al., 2022*) évoque comme facteurs responsables d'un sous ou d'un retard diagnostic : « *une mauvaise sensibilisation, information et connaissance, ou un manque de protocoles en place pour l'identifier* » (1). Cependant, cette

étude concerne l'évaluation de la dénutrition dans le cadre hospitalier. Qu'en est-il des médecins généralistes ?

De ce gap à combler est née ma question de recherche : « Quels sont donc les freins rencontrés par le généraliste au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition ? »

Objectif formalisé du TFE

L'objectif de ce TFE est triple.

Premièrement, réaliser une revue de la littérature des connaissances actuelles du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées.

Deuxièmement, un objectif analytique. Celui-ci est de mettre en évidence les freins rencontrés par le généraliste de la région de Namur-Ouest dans sa pratique clinique et limitant le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition.

Enfin, l'objectif global de cette action en santé serait, à la lumière de ces facteurs limitants, d'améliorer l'évaluation nutritionnelle et la prise en charge de la dénutrition par les médecins de première ligne.

Eléments de contextualisation

RAPPEL DES CONNAISSANCES : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Généralités :

La dénutrition est un problème de santé publique qui va prendre d'autant plus d'ampleur au vu de la population vieillissante. Il n'est plus à démontrer que la dénutrition est un phénomène lourd de conséquences pour nos aînés aussi bien en termes de santé, avec une morbi-mortalité plus importante qu'en termes médico-économiques avec une augmentation de la fréquence et de la durée d'hospitalisation (2). Cet état de santé est également associé à un déclin de l'autonomie et de la qualité de vie, à une altération de l'état psychologique, cardiaque et pulmonaire, à une cicatrisation ralentie, à un risque accru d'infection, à une

augmentation du risque de chute et de fracture à la fois par ostéoporose et par diminution des capacités musculaires et de la masse grasse (3).

Une série de modifications liées au vieillissement physiologique rend le patient âgé plus vulnérable au risque nutritionnel : émoussement gustatif, modification du microbiote, plus grande prévalence des gastrites atrophiques, modification de l'appareil buccodentaire, résistance à la renutrition, dysrégulation de l'appétit, ... mais ces modifications restent cliniquement insuffisantes. Le vieillissement seul n'explique donc pas une dénutrition (4).

La perte de poids étant la combinaison d'une carence et d'une perte de protéine et d'énergie, le terme général de malnutrition protéino-calorique (MPE) s'est imposé dans le langage scientifique. La dénutrition et la malnutrition sont souvent utilisées de manière interchangeable. Cependant, elles ne sont pas exactement des synonymes. La malnutrition a en réalité une signification plus large, qui réfère, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), autant à la dénutrition qu'à la surcharge pondérale (5). Par soucis de clarté, seul le terme « dénutrition » sera utilisé dans ce travail.

Prévalence et définition

La prévalence de la dénutrition varie selon le critère diagnostic utilisé et la population étudiée. La prévalence est estimée à environ 4-10 % à domicile, 15-38 % en institution et 30-70 % à l'hôpital (6). Un rapport du conseil européen relate lui des chiffres de prévalence de dénutrition de 8 à 19% chez les personnes âgées vivant à domicile et de 26 à 38% chez celles vivant en institution (7).

La difficulté avec la dénutrition, c'est qu'elle n'a pas de définition universellement validée, pas plus qu'elle n'a de critères diagnostic ou d'outils de dépistage qu'on pourrait qualifier de « Gold standard ». Pour établir un gold standard, il faudrait pouvoir justement s'appuyer sur une définition consensuelle de la dénutrition. Or, il y a autant de définitions de la dénutrition que d'articles de littérature à son sujet. Cela pose donc des difficultés autant pour quantifier un état nutritionnel que pour valider les outils à utiliser (6).

A titre d'exemple, d'après l'ESPEN (*The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism*), la dénutrition se définit comme : "*un état résultant d'une insuffisance d'apport ou*

d'absorption en nutriments qui conduit à une altération de la composition corporelle (diminution de la masse non grasse) et de la masse corporelle conduisant à une diminution des fonctions physiques et mentales et à un pronostic altéré en cas de maladie” (8). Une autre source la définit à son tour comme un état pathologique qui correspond à l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel (9). Le déséquilibre nutritionnel est caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

Les caractéristiques cliniques utilisées pour définir cette condition ont donc varié aussi au fil du temps et il n'y a jamais eu de consensus sur les critères de diagnostic. Diverses combinaisons de mesures cliniques, anthropométriques, biochimiques et immunologiques ont été utilisées. (8)

D'après la définition de l'ESPEN, la dénutrition est diagnostiquée par (8) :

- un IMC (Indice de Masse Corporelle) $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ ou
- une perte de poids involontaire ($> 10 \%$ en une période indéterminée ou $> 5 \%$ au cours des trois derniers mois) combinée à
 - ↳ Un faible IMC (IMC de $< 20 \text{ kg/m}^2$ si < 70 ans, ou $< 22 \text{ kg/m}^2$ si > 70 ans) où
 - ↳ Un faible indice de masse maigre (FFMI < 15 et $< 17 \text{ kg/m}^2$ chez les femmes et les hommes, respectivement)

A son tour, en 2018, la GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) a établi des critères dans le but de développer un consensus global pour l'identification et le diagnostic de la dénutrition afin, entre autres, de faciliter les comparaisons de prévalence, de traitements et de résultats à travers le monde (5)(10). Ce diagnostic repose sur la combinaison d'au moins un critère phénotypique et un critère étiologique :

- Critères phénotypiques : perte de poids involontaire, faible IMC ou perte de masse musculaire.
- Critères étiologiques : Diminution des apports alimentaires ou de l'absorption, ou un état inflammatoire dû à une pathologie aiguë ou chronique.

Dernièrement en 2021, en France, La Haute Autorité de Santé (HAS) et la Fédération Française de Nutrition (FFN) élaborent, conjointement, des recommandations de bonne pratique dans lesquelles le diagnostic de dénutrition repose également sur l'association d'au moins un critère phénotypique et d'un critère étiologique plus précis (9) :

Critères phénotypiques :

- ↳ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- ↳ IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$;
- ↳ Sarcopénie confirmée¹

Critères étiologiques :

- ↳ Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- ↳ Absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- ↳ Situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë, ou pathologie chronique, ou pathologie maligne évolutive.

Peu importe les critères utilisés, une fois le diagnostic de dénutrition posé, il est recommandé de rechercher la présence de critère de sévérité.

Les critères de dénutrition sévère selon la HAS sont (9) :

- IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois, ou $\geq 15\%$ en 6 mois (ou par rapport au poids habituel avant le début de la maladie)
- Albuminémie $\leq 30 \text{ g/L}$

Dépistage

Malgré ces tentatives d'harmonisation de définition et de critères diagnostic, le diagnostic de la dénutrition reste insuffisant (4). C'est pourquoi, il est essentiel de la dépister. Pour ce faire, il est largement recommandé d'évaluer le risque de dénutrition au moyen d'outils de dépistage validés. Sans surprise, sur le plan international, il existe une trentaine de scores plus ou moins validés selon la population étudiée. L'instrument reconnu comme le plus fidèle et valide pour identifier les personnes âgées dénutries et à risque de dénutrition est le *Mini*

¹ Les critères proposés sont ceux de l'EWGSOP 2 (*European Working Group on Sarcopenia in Older People 2*) de 2019

Nutritional Assessment (MNA) et sa forme courte, le *Mini Nutritional Assessment – Short Form* (MNA-SF) qui est en réalité le premier volet du MNA (11).

Le MNA -SF (*Annexe 1*) est un questionnaire standardisé simple et rapide (moins de 5 minutes) comprenant 6 items. La cotation maximum se fait sur 14. Un score ≤ 7 indique une dénutrition avérée. Un score ≤ 11 indique un risque de dénutrition, et incite à compléter l'évaluation par le MNA complet (*Annexe 2*) à 30 items qui permet d'obtenir des renseignements plus détaillés en cas de dénutrition, notamment sur l'étiologie (12).

L'utilisation de marqueurs sanguins est un autre outil de l'évaluation nutritionnelle. La prise de sang est rapide et pratique pour orienter le diagnostic. Plusieurs marqueurs sanguins s'avèrent utiles : l'albumine, la préalbumine, l'hémoglobine, le cholestérol total ainsi que les protéines totales. Cependant, *les cut-off* de références ont besoin d'être mis à jour car selon une revue systématique et métaanalyse récente (13), les références actuelles ont tendance à sous diagnostiquer la dénutrition. Cette étude confirme également que l'albumine et la préalbumine doivent être interprétées précautionneusement en cas de pathologie aiguë, leur taux étant modifié en cas d'inflammation associée (13). De plus, pour interpréter correctement les résultats, il faut connaître la méthode de dosage utilisée. Les variations inter méthodes étant parfois importantes comme pour le dosage de l'albumine (6). D'autres études sont donc nécessaires afin de valider les seuils de référence pour le risque de dénutrition et la dénutrition.

Il est important d'être conscient que bien que ces marqueurs soient utiles, aucun d'entre eux ne peut être utilisé isolément pour poser le diagnostic de dénutrition.

Le dépistage est recommandé en pratique une fois par an à domicile et une fois par mois en institution (9) ainsi que dans toutes situations à risque de dénutrition (*Annexe 3*). Reconnaître ces situations à risque est un facteur clé de la prévention.

Prise en charge

Une fois le diagnostic posé, il est primordial d'intervenir rapidement afin de prévenir les conséquences fonctionnelles de la dénutrition. En effet, on sait que plus la prise en charge est

précoce, plus elle utilisera des moyens simples, non invasifs, et plus elle aura de chances de réussir (14).

Les besoins protéino-caloriques du sujet âgé selon son état de santé sont les suivants (15) :

Sujet âge	En bonne santé	Fragilisé	Agressé
Apport énergétique Kcal/kg/j	25-30	30-35	35-40
Apport protéiques (g/kg/j)	1-1.2	1.2-1.5	1.5-2

Tableau 1. Besoins protéino-caloriques du sujet âgé

La stratégie thérapeutique (*Annexe 4*) va dépendre du risque et de l'état nutritionnel du patient, de ses besoins protéino-énergétiques, de ses ingestas spontanés, ainsi que de l'évolution attendue de sa maladie et de son projet thérapeutique. Le but du soin nutritionnel est de prévenir l'apparition d'une dénutrition chez le sénior à risque, d'éviter son aggravation ou de la corriger. Trois niveaux d'intervention sont possibles (14) :

- 1) Enrichir l'alimentation ou initier des compléments nutritionnels oraux (CNO),
- 2) Nutrition entérale et, en cas de contre-indications, intolérance ou insuffisance de celle-ci,
- 3) Nutrition parentérale exclusive ou complémentaire.

Le choix de la voie d'abord de la nutrition artificielle dépendra essentiellement de sa durée prévisible. Dans tous les cas, la stratégie nutritionnelle devra être régulièrement réévaluée et adaptée selon l'effet obtenu et l'évolution de la pathologie (14).

Suivi

La surveillance de l'évolution repose sur la mesure du poids, l'IMC, l'évaluation de l'appétit, l'évaluation de la consommation alimentaire, la force musculaire. Elle s'effectue, quel que soit l'état nutritionnel (9) :

- 1x/mois à domicile et à chaque consultation
- A l'hôpital, à l'entrée puis au moins 1x/semaine et à la sortie
- En résidence, à l'entrée puis au moins 1x/mois et à la sortie

Si au cours du suivi, le critère étiologique est résolu (reprise de l'alimentation, guérison d'une maladie), le diagnostic de la dénutrition persiste cependant tant que persiste le critère phénotypique (9).

Pour les seniors enfin, dans le cadre de la renutrition, il est également primordial de majorer l'activité physique. En effet, les avantages de l'activité physique pour l'état fonctionnel et nutritionnel des personnes âgées comprennent entre autres, la diminution de l'incidence des chutes et une meilleure autonomie avec notamment, l'amélioration de l'état fonctionnel et de la capacité d'effectuer des activités de la vie quotidienne comme la préparation des repas. Les seniors actifs améliorent leur fonction cardiovasculaire, leur capacité immunitaire ainsi que le contrôle et la posture du corps. L'activité physique est également responsable d'une diminution des taux de mortalité toutes causes confondues. Enfin et surtout, bouger à une incidence positive sur l'humeur, ce qui est essentiel chez nos aînés. Les recommandations d'activité physique (indépendamment du sexe) sont de 2 à 3 séances par semaine d'exercices d'intensité modérée à vigoureuse pour augmenter la force musculaire, et l'exécution d'activités de renforcement 2 jours ou plus par semaine. Les personnes âgées limitées par des handicaps devraient être aussi actives que leur condition le permet (16).

Contexte belge

La Belgique ne fait pas exception et ne possède pas non plus, à ce jour, de consensus sur les critères diagnostiques à appliquer en pratique clinique. Il y a également peu d'études belges sur la problématique et les chiffres de prévalence concernent davantage les institutions et les hôpitaux. Au sujet des personnes dénutries à domicile, on peut toutefois raisonnablement se baser sur les chiffres de prévalence européens évoqués plus haut.

La majorité de nos personnes âgées vivent à domicile. En effet, en Wallonie, la maison de repos est réservée aux personnes âgées de plus de 70 ans et seuls 9,4% de cette tranche d'âge y séjournent. De même, 4 octogénaires sur 5 vivent toujours au domicile (17).

Selon les perspectives du Bureau fédéral du Plan, la part des 65 ans et plus de Wallonie devrait atteindre 27,8 % en 2071 contre 19,3 % en 2022 (Statbel). L'évolution de la part des 80 ans et

plus augmentera également, passant de 5,1 % en 2022 (Statbel) à 11,5 % à l'horizon 2071. C'est d'ailleurs ce groupe d'âge qui connaîtra la plus forte progression démographique (18).

En Belgique, l'outil le plus largement validé pour l'évaluation nutritionnelle est le MNA et surtout sa version courte, le MNA-SF. Cependant, il reste très peu utilisé sur le terrain (7).

Liens avec la pratique de généralistes

S'appuyant sur ces données démographiques, on se rend compte d'une part que la prise en charge des aînés, qui est une réalité aujourd'hui, le sera davantage encore demain. Bien connaître et prendre en charge de façon optimale les comorbidités qui concernent nos aînés est donc une nécessité afin de leur garantir une qualité de vie la meilleure possible.

D'autre part, même si le pourcentage de patients dénutris est plus faible pour les seniors à domicile par rapport à ceux en institution, au vu de la très grande majorité des seniors vivant toujours à domicile, c'est en réalité là qu'on observe le plus grand nombre de personnes âgées dénutries. Il est donc primordial que les acteurs de santé de première ligne mettent en place des stratégies de diagnostic et de prise en charge précoces et adéquates (15).

Le médecin généraliste est bien sûr aux premières loges pour ce dépistage et cette prise en charge précoce de la dénutrition. D'autant plus, chez la personne âgée, où il est parfois le seul professionnel de santé intervenant et donc le seul à pouvoir poser et traiter cet état de santé.

Utilité d'un travail dans ce contexte

Malgré ces recommandations, et bien que la dénutrition soit un problème de santé commun, connu et reconnu, l'état nutritionnel reste peu évalué en médecine générale et la dénutrition reste sous diagnostiquée (11)(13).

Puisque c'est à domicile que se trouvent le plus de personnes âgées dénutries, c'est là qu'il faut intervenir. Il est impératif que la première ligne soit consciente de ce problème de santé et puisse le gérer de façon efficiente et appropriée. Cette étude a pour but de mettre en lumière les difficultés observées par cette première ligne. La prise de conscience de ces obstacles étant un premier pas vers leurs résolutions.

MÉTHODE

Recherche bibliographique

En premier lieu, une recherche documentaire de la littérature a été réalisée afin de mieux cerner le sujet. Une fois le sujet défini simplement, les principaux concepts en ont été extraits. Différentes combinaisons des MeSH (*Medical Subject Headings*) suivants anglais et français, correspondant à ces concepts et leurs synonymes ont été utilisés pour interroger les bases de données : *'malnutrition', 'protein-energy malnutrition', 'nutrition assessment', 'Nutrition care', 'older adults', 'commuty', 'general practise', 'physician', 'barriers'*.

Les recherches ont été effectuées sur Pubmed, Embase, ScienceDirect et Cochrane. Pour trouver davantage d'études pertinentes, des recherches libres ont été effectuées dans les bases de données de Up to date, Ebpractisenet, Lissa et Cairn Info. Enfin, j'ai cherché des sources dans la littérature grise, via Google Scholar, afin de trouver des informations concernant le contexte belge notamment.

Les recherches ont été réalisées entre avril 2022 et mars 2023.

Les articles retenus sont les articles disponibles en « full texte », en français ou en anglais et traitant de la problématique. J'ai de préférence sélectionné des revues de la littérature, des méta-analyses et des guides de bonne pratique. Les articles antérieurs à 15 années ou qui parlent de la dénutrition dans un contexte précis n'ont pas été retenus.

Méthode d'investigation

1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, après revue de la littérature scientifique et contextualisation, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région dans laquelle j'exerce. Cette méthode d'investigation m'est apparue la plus appropriée pour comprendre en profondeur les barrières, le vécu et l'opinion des

généralistes.

Pour récolter les données auprès des médecins, il a été choisi de réaliser un entretien individuel semi-dirigé.

2. Guide d'entretien

Préalablement aux interviews, un guide d'entretien (*Annexe 5*) a été réalisé pour servir de support à la discussion. Le guide d'entretien a été établi de façon à guider le répondant et récolter le plus de matériel possible. Il est réparti en 4 thèmes :

- Introduction du sujet et présentation du répondant
- Le dépistage de la dénutrition
- La prise en charge de la dénutrition
- Conclusion et pistes d'amélioration

3. Échantillonnage et recrutement

Les médecins généralistes répondants ont été contactés par téléphone grâce aux coordonnées fournies par le cercle de garde dont je fais partie. Les médecins sélectionnés pour les entretiens devaient répondre à certains critères :

- Être toujours en activité et exercer dans la région de Namur-ouest
- Exclusion des assistants afin d'avoir suffisamment de recul dans la pratique médicale
- Hétérogénéité dans l'âge et les années de pratique
- Être en association ou en solo
- Respect de la parité homme/femme

4. Déroulement des entretiens et collecte des données

Les médecins étaient informés du thème général de l'entrevue avant la réalisation de celle-ci. Les interviews ont été enregistrées après accord préalable des participants. Celles-ci ont duré 30 minutes ou plus. Elles ont eu lieu entre janvier et février 2023. Les interviews ont été poursuivies jusqu'à saturation des données, soit après 7 interviews.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, de façon à dépasser la première impression de la rencontre. La retranscription a constitué le matériau de base qui a été analysé et duquel les éléments signifiants du discours brut ont été dégagés et analysés par catégories conceptualisantes.

6. Ethique

Le projet de ce TFE a été examiné par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG). En novembre 2022, les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité que le projet de TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université de Louvain. (*Annexe 6*)

Afin d'assurer la protection des données des médecins interviewés, différents moyens ont été mis en place. Tout d'abord, un formulaire d'information et de consentement (*Annexe 7*) leur a été fourni avant le début de l'entretien. Celui-ci explique l'objectif et le déroulement de l'enquête et informe le participant qu'il peut à tout moment interrompre l'entretien sans donner d'explication. Ensuite, ce formulaire rassure également le médecin quant à l'anonymisation de ses informations personnelles, de sorte qu'aucun élément ne permet de reconnaître l'interviewé. Les transcriptions ont été anonymisées au moyen d'un numéro et sont conservées de façon sécurisée. L'accord écrit et oral du consentement du médecin à l'enregistrement et à la retranscription mot à mot de l'entretien a été obtenu. Enfin, une fois transcrits, les enregistrements ont ensuite été détruits.

RÉSULTATS

Population étudiée

Sept médecins généralistes ont participé aux interviews (Dr. 1 à Dr. 7). Parmi eux 4 hommes et 3 femmes âgés de 28 à 65 ans.

Tableau 1. Profil des répondants

	Sexe	Âge	Années de pratique	Type de pratique	Lieu de pratique
Dr. 1	H	28	4	Association	Rural
Dr. 2	F	38	13	Association	Semi-rural
Dr. 3	H	52	21	Solo	Urbain
Dr. 4	F	34	9	Association	Rural
Dr. 5	H	65	40	Association	Rural
Dr. 6	F	51	25	Association	Semi-rural
Dr. 7	H	48	22	Association	Rural

Les freins concernant le dépistage

EN LIEN AVEC LE MÉDECIN

1. Un flou à combler

I. Un manque de consensus

La littérature scientifique manque de critères clairs et validés pour définir la dénutrition sur lesquels le médecin pourrait s'appuyer pour diagnostiquer un patient dénutri. En effet, comme déjà évoqué supra, la définition varie selon les sources et il n'existe toujours aucune définition et critères universellement acceptés. Concrètement, cela pose problème au médecin traitant pour poser le diagnostic.

Dr. 3 au sujet de la définition de la dénutrition : « c'est une très bonne question. Enfin, c'est difficile à dire. Ça dépend de ce qu'on appelle la dénutrition. Voilà, je pense, il vaut mieux d'abord se mettre d'accord sur ce que c'est la dénutrition. Et puis, je vous dirai probablement... Je pourrai peut-être répondre à vos questions. »

II. Un manque de connaissances et de formations

En médecine, comme partout, on ne trouve que ce que l'on cherche et on ne cherche que ce que l'on connaît. Pour prendre en charge de façon optimale la dénutrition, il faut, d'abord et avant tout, bien connaître la problématique, ses conséquences, les outils qui permettent son dépistage et les thérapeutiques adéquates.

Le médecin généraliste a le sentiment de ne pas être assez formé à cette problématique. La formation manque d'une part lors des études de médecine, et d'autre part, par la suite, lorsque les médecins généralistes exercent et où la formation continue fait parfois défaut, le laissant méconnaître les guidelines récentes dans ce domaine.

Le médecin regrette le manque de démarche concrète pour l'évaluation nutritionnelle.

Dr. 2 « Et puis le fait que si on ne s'intéresse pas à la gériatrie je ne suis pas sûre qu'on ait eu un cours hyper poussé là-dessus non plus et donc on va dans les trucs de base quoi ».

Dr. 4 : au sujet du sentiment de formation pour la prise en charge de la dénutrition : « Non. Enfin, je trouve qu'on en parle beaucoup, mais on n'a pas eu ... Je n'ai pas encore eu de truc spécialement là-dessus, concret ».

Dr. 6 : « Je pense que c'est à nous de nous former. Et c'est vrai qu'on n'a pas assez de formations. On ne fait pas assez de prévention, peut-être, mais ça, c'est le problème de la médecine générale, c'est qu'on n'a pas toujours le temps. Donc c'est un gros souci. Voilà ».

De même, l'utilisation du test MNA pour l'évaluation du risque de dénutrition, largement recommandée dans la littérature (19), n'est pas suffisamment connue du généraliste.

Dr. 1 : « Je pense aussi qu'on souffre d'un manque de connaissances lors de notre formation. Je n'ai pas souvenir, que lors de ma formation, on nous avait parlé du MNA ou des différentes manières de pouvoir enrichir l'alimentation. Je me trompe peut-être pour le MNA, on l'a peut-être vu en gériatrie mais je n'en ai pas souvenir et je pense que vraiment c'est un test qui est un peu trop méconnu du médecin généraliste ».

Dr. 2 « Non. Je n'utilise pas ça moi, je ne connais pas. Si on était un peu plus formé à ces questionnaires des diététiciennes, et cætera, on pourrait mettre ça en place, poser même la question à domicile et tout. Mais au départ, on n'a pas la formation pour, quoi. »

« Donc ça oui, je pense, peut-être orienter un peu plus notre pratique. Mais voilà, il faut nous donner les infos quoi, pour qu'on puisse les mettre en pratique ».

2. L'habit ne fait pas le moine

Concernant la dénutrition, une difficulté supplémentaire est que les apparences sont parfois trompeuses. En effet, une personne en surpoids peut également être dénutrie tout comme une personne peut être dénutrie sans avoir perdu de poids.

Dr. 4 : « J'essaie de regarder toutes les personnes au-delà de 75 ans. Puisqu'en plus, on sait que parfois c'est pas du tout ... ça ne correspond pas parfois à la vision que l'on a. Donc il y a des personnes qui sont parfois dénutries alors qu'elles n'ont pas du tout l'air dénutries ».

« Ce qu'il y a c'est qu'ils peuvent aussi être dénutris sans perte de poids »

Dr. 7 : « Ça paraît curieux, mais oui. On a parfois des surprises comme ça. Des gens obèses et on voit par exemple une préalbumine très basse. On se pose des questions ».

Le manque de consensus évoqué plus haut pousse le médecin à se baser davantage sur son intuition et sur le visuel qu'il a de ses patients pour dépister et diagnostiquer les personnes dénutries.

Dr. 3 : « Mais vraiment peser, non. Je propose rarement. Et pourquoi ? il y a une raison aussi à ça, c'est parce que, je vois généralement les gens, je veux dire, si la personne a vraiment perdu, allé, plus de 3 à 5 kilos je le vois visuellement. Donc voilà, je n'ai pas besoin de peser ».

Or, se baser ou se fier uniquement sur ces critères phénotypiques peut être piégeant et amener soit à un sous diagnostic soit à un retard de diagnostic. Celui-ci étant fait au moment où la perte de poids apparaît flagrante pour le médecin.

Dr. 6 : « Si j'ai l'impression que la personne a perdu du poids ou je trouve qu'elle a changé ».
« Si on voit qu'ils perdent du poids oui. Ou si on voit qu'ils ne sont pas très épais ou qu'on voit qu'ils disent qu'ils ont dû changer leurs vêtements ou qu'ils nagent dans leurs vêtements ».

La nécessité d'objectiver visuellement la perte de poids pour certains médecins explique en partie que la dénutrition passe inaperçue pendant longtemps. Insidieuse, elle s'installe progressivement et se rend difficilement perceptible aux yeux du médecin traitant et de l'entourage s'ils n'y sont pas attentifs.

3. La reconnaissance d'un désintérêt

Ce désintérêt pour la problématique est avancé sous deux arguments principaux :

- Le « manque de temps » et de la difficulté pour le médecin d'aborder toutes les problématiques qui touchent la médecine générale,
- Le « fait de ne pas y penser », la problématique de la dénutrition ne venant simplement pas à l'esprit du médecin lors de la consultation.

Dr. 1 : « Le frein principal, c'est le temps, parce que voilà le temps alloué, en tout cas dans ma pratique à l'acte, le temps que je peux allouer c'est à peu près 20 min par patient et c'est difficile d'aborder tous les problèmes de santé et avec un examen clinique complet dans ce genre de délais. Ça, je dirais que c'est principalement le 1^{er} frein. Le 2^{ième} frein, c'est que le MNA c'est quand même un test. Voilà, ça prend un petit peu de temps, faut répondre à énormément de questions, ce n'est pas toujours très facile d'utilisation, et ça demande quand même beaucoup d'implication à ce niveau-là. C'est principalement les deux freins. « Le temps. Le temps pour nous en tant que médecin d'aborder cette problématique ».

Dr. 3 à la question de savoir s'il/elle donne des conseils nutritionnels, encourage une alimentation équilibrée et variée : « Mhh moui, mouais ... probablement oui. Mais je dis peut-être je n'y pense pas assez. Voilà, on est tous différents ».

Dr. 6 au sujet de quand dépister : « c'est plus quand j'y pense ou quand vraiment je sais qu'ils sont dépendants de personne pour se nourrir » « Ben, on n'y pense pas toujours ».

Mais pourquoi le médecin n'a pas le temps ou pourquoi il n'y pense pas ? Car, comme le dit le Dr. 2 lors de son entretien : « *Le temps est un frein pour plein de choses en médecine de manière générale. Ça dépend quel temps on veut prendre pour faire de la gériatrie aussi je dirais surtout* ».

En creusant ce qui se cache derrière le manque de temps et l'oubli évoqués par les médecins, on peut en réalité conférer trois nuances, trois caractéristiques à ce désintérêt afin de l'expliquer et de lui donner du sens.

I. Une absence d'attrait pour la gériatrie

L'absence de tropisme pour la gériatrie et la prise en charge des aînés font que le médecin généraliste soigne moins de personnes âgées. Ce médecin qui a moins de seniors dans sa patientèle est, par extension, moins au fait des pathologies qui le concernent. D'ailleurs, ne dit-on pas d'une part, que notre patientèle nous ressemble, et, d'autre part, que pour être performant dans un domaine il faut le faire souvent ?

Dr. 2 en se présentant : « Sinon, c'est de la médecine générale classique, mais donc un peu plus quand même, au fur et à mesure des années, avec plus des enfants qu'avec des personnes âgées ».

*Au sujet des connaissances et de l'intérêt pour la dénutrition chez la personne âgée : « Ben moi je n'aime pas trop la gériatrie donc on va dire que de base ce n'est pas trop mon truc » ...
« Voilà, on va dire que ce n'est pas mon intérêt premier, mais je vérifie quand je suis les vieilles personnes quoi ».*

Au sujet des tests et des questionnaires de dépistage : « Ah non, je ne fais pas ça. Dans les maisons de repos ce sont les diététiciennes qui le font et donc c'est dans leur dossier et moi je ne le fais pas ». « Donc à moins d'essayer de se spécialiser un petit peu plus vers la gériatrie, si on fait beaucoup de gériatrie au départ, on ne les utilise pas ».

Dr. 6 : au sujet de ses compétences concernant la problématique : « j'ai dû l'être parce que j'ai été médecin coordinateur de MRS. Mais comme je ne fais plus ça, on perd un peu ses habitudes. Et puis ici, dans le groupe, moi je ne fais pas beaucoup de personnes âgées, donc on perd sa pratique. Je dirais que maintenant, je ne suis sans doute plus assez informée ».

II. Une problématique secondaire

Le diagnostic de dénutrition apparaît comme étant secondaire par rapport à d'autres pathologies plus vitales ou plus concrètes pour le généraliste.

Ce raisonnement découle en partie du manque de temps et de la difficulté pour le médecin d'être performant dans tous les domaines de prévention de la médecine générale. Le généraliste hiérarchise et priorise alors les problèmes de santé sur lesquels porter son attention. La dénutrition lui apparaît comme une plainte non vitale et donc moins importante à prendre en charge en premier lieu.

Dr. 3 : « Si on se focalise sur beaucoup de choses, finalement, je pense au risque de perdre la piste, la qualité, la piste principale. Donc il faut se focaliser sur deux ou trois choses principales. Je le dis honnêtement, peut-être j'ai tort. Mais pour moi, la dénutrition... ce n'est pas une ... fin je veux dire ce n'est pas les choses... On ne peut pas penser à tout. Par exemple, il y a deux, trois, quatre volets de la médecine générale où j'essaie de travailler bien, fin j'essaie en tout cas. Le reste, ça passe peut-être un peu ... à la trappe ».

« Franchement, je trouve que c'est plus malheureux de mourir d'un cancer du côlon à l'âge de 55 ans, d'un cancer du sein parce qu'on n'a pas dépisté ça à temps que de mourir de dénutrition ou d'un truc auquel on doit mourir quoi. Voilà c'est ça ».

« Je ne parle pas que de dénutrition. Mais je pense qu'on est tellement poussé en médecine générale de penser à tout, et de ... on est vraiment poussé de tous côtés que finalement, je pense qu'il faut faire un petit peu, c'est probablement mon réflexe, de se focaliser sur certaines choses, plus vitales, plus logiques que sur tout quoi. Oui plus vitale et plus logique, plus logiques surtout ».

III. Un manque de sensibilisation

Le médecin généraliste qui n'est pas sensible et sensibilisé à la cause, qui n'est pas averti des conséquences délétères que la dénutrition occasionne aux personnes âgées et qui n'est pas convaincu de l'intérêt de la prendre en charge, donne également moins de crédit à cette pathologie.

Dr. 3 : « Parce que je peux vous dire que je ne ... ça ne fait pas partie de ma réflexion professionnelle, la dénutrition. Voilà, je suis peut-être désolé, mais je ne fais pas beaucoup attention à ça. Même si j'ai peut-être tort ».

Ce manque de sensibilisation n'est pas forcément lié au manque de connaissances et de formations évoquées plus haut. Le médecin traitant peut connaître médicalement la dénutrition mais ne pas y voir pour autant l'intérêt de la gérer.

Par ailleurs, le médecin sensibilisé à la cause rapporte avoir dû le faire par lui-même. Les maisons de repos et les hôpitaux ont eux été davantage sensibilisés à la problématique ces dernières années.

Dr. 5 : « Et puis, évidemment on a une sensibilisation à la dénutrition qui est en MRS très intéressante. Toutes les maisons de repos prennent le poids ou presque maintenant, suivent le MNA. Donc, tout ça à domicile, c'est peut-être un peu plus compliqué ».

« Je crois n'avoir pas porté assez mon attention. Mon expérience me dit maintenant que je ne l'ai pas fait assez. On ne m'a pas assez sensibilisé. Je me suis sensibilisé tout seul, progressivement, avec le temps, parce que quand on est médecin coordinateur, on doit s'occuper de tout ça. Et sur le coup, franchement, je ne l'ai pas fait assez et j'en suis certain ».

« Moi, je trouve qu'il n'y a pas de frein. C'est juste qu'on n'est pas sensibilisé assez ».

« Je pense que le médecin généraliste n'est pas assez convaincu de l'intérêt. Oui, c'est parce qu'on le fait pour eux en maison de repos mais sinon ils ne portent pas leur attention ».

« Il faut donner aux médecins généralistes les problématiques qui sont liées à la nutrition. Donc, bien sûr le dépistage, mais aussi les conséquences que ça a, parce que beaucoup ne le comprennent pas ce qu'on veut obtenir ».

EN LIEN AVEC LE PATIENT

1. Le manque de conscientisation

Le patient et son entourage sont souvent peu au fait de la dénutrition et de ses conséquences négatives sur la santé des séniors.

D'une part, ceux-ci ne voient pas la dénutrition comme un état pathologique mais comme faisant en quelque sorte partie du vieillissement normal. En effet, dans l'imaginaire collectif il est normal pour une personne âgée d'avoir moins d'appétit et de moins manger (20). Il semblerait alors dans l'ordre des choses qu'une vieille personne s'alimente de moins en moins pour finir par s'éteindre. La circulation de ces fausses croyances dans la population tend à banaliser et à normaliser le fait d'être dénutri pour une personne âgée.

D'autre part, étant peu conscients que cet état pathologique nécessite d'être dépisté pour être pris en charge précocement, ils y sont peu vigilants. Ainsi, la personne âgée et ses proches ne se rendent pas toujours compte de la perte de poids. Lorsqu'ils tirent la sonnette d'alarme auprès du généraliste, la situation est souvent précaire.

Dr. 7 : « Les gens ne se rendent pas toujours compte de leur état. Ça vient tout doucement donc il y a très peu d'évolution rapide de jour en jour. Les gens ne se voient pas involuer. ».

2. Capacité physique limitée

Le handicap physique du patient peut être un frein au diagnostic. Comment peser un patient qui ne se mobilise plus ? Là où, à l'hôpital ou en maison de repos, des alternatives efficaces (des verticalisateurs, des fauteuils pèse-personne, ...) existent, c'est très rarement le cas et, tout du moins, difficilement envisageable en consultation ou au domicile du patient.

Cet obstacle concerne une minorité de patients mais nécessite que le médecin traitant trouve des alternatives ou pose le diagnostic et organise le suivi en l'absence de poids.

Dr. 4 : « Les freins pour le dépistage ? Eh bien, par exemple, j'ai une personne âgée que je ne sais pas peser. Eh oui ! Donc elle, je n'ai aucune idée de comment suivre son poids parce qu'elle ne tient pas sur une balance. Donc ça, c'est une bête chose ».

3. La non-demande : la dénutrition, une plainte qui n'en est pas une

La personne âgée demande rarement au médecin de prendre en charge sa nutrition. En outre, ce n'est pas une plainte qui pousse les vieilles personnes à consulter spontanément.

Dr. 2 au sujet des freins au dépistage de la dénutrition : « Ben déjà, les gens n'en parlent pas, spontanément, ils ne parlent pas ».

Dr. 3 à la question de pourquoi il/elle ne dépiste pas la dénutrition : « Bah oui, pourquoi faire j'ai envie de dire ? Pour moi, la médecine générale est focalisée, doit être focalisée sur la demande des gens en fait ». « Les gens viennent avec leurs plaintes, leurs demandes, ... S'ils ne demandent rien ... ». « Mais la personne ne demande pas. Et maintenant, j'essaie de me focaliser sur la demande de la personne ». « On a tous des pratiques différentes. Je suis le médecin, relativement ... axé sur les plaintes de la personne et sur les demandes ».

Dr.6 : « Maintenant, si c'est une la petite dame qui vient pour autre chose je ne vais pas doser la préalbumine et l'albumine ». « Parfois, les gens viennent pour tout à fait autre chose, donc on ne va pas gérer ça. Oui, c'est surtout ça je pense, on n'y pense pas ».

La dénutrition est une pathologie sournoise. Il incombe donc au médecin traitant d'être vigilant. Celui-ci doit questionner le patient, traquer les signes d'alerte et les facteurs de risque de dénutrition même si le patient consulte pour un autre motif ou qu'il ne le demande pas spontanément.

Dr. 1 : « et je vais être particulièrement attentif chez le patient chez qui j'essaie de constater une perte de poids parce que j'essaie aussi de peser régulièrement ou des gens qui ont été hospitalisés récemment pour des problèmes d'infection ou des problèmes de chute. Voilà s'il y a d'autres problèmes suraigus qui vont se rajouter, d'essayer de voir s'il n'y a pas des signes de dénutrition effectivement qui se cachent derrière ».

Les freins à la prise en charge

EN LIEN AVEC LE MÉDECIN

1. Le manque de pluridisciplinarité et de ressources disponibles

Le médecin généraliste se sent limité dans ce qu'il peut mettre en place à domicile, à la fois car il manque de professionnels disponibles avec qui travailler en réseau et ensuite car, vu qu'il y a peu de collaboration, l'évaluation et la gestion du statut nutritionnel lui demande beaucoup de temps et des compétences qu'il n'a pas toujours.

En effet, la prise en charge de la dénutrition, pour être efficiente, doit être une prise en charge pluridisciplinaire. En MRS, les médecins sont entourés de paramédicaux et à l'hôpital, d'une équipe nutritionnelle (21). Le médecin généraliste se retrouve, lui, souvent seul et désarmé pour s'occuper de ses patients à domicile.

Dr. 5 : « Pour moi, le problème nutritionnel c'est un problème pluridisciplinaire. Et donc, il faut vraiment... Si on nous offre l'organisation, une fois deux fois par an, d'un groupe de réflexion avec le kiné, l'infirmier, l'ergo, logo, médecin traitant, fin ça serait génial évidemment. Ça, c'est sûr qu'on n'a pas ça à notre disposition, mais ça serait génial ».

Il arrive fréquemment que le médecin de famille soit le seul professionnel de santé à se rendre au domicile du patient. Celui-ci tente alors de mettre en place des aides extérieures comme le passage d'un kinésithérapeute ou d'une infirmière. Dans le cas de la dénutrition, le passage d'une aide familiale est souvent le plus utile, mais malheureusement aussi, le plus difficile à mettre en place. En effet, les aides-familiales étant peu nombreuses et souvent sollicitées, il y

a souvent pénurie de personnel. Sur le terrain, il peut être ardu pour le médecin d'entourer son patient d'autres professionnels qualifiés.

Dr. 2 : « On revient toujours sur l'organisationnel et tout ce qui est réaliste à domicile. Je pense que c'est beaucoup plus facile en maison de repos ».

Dr. 4 : « La dénutrition, ah oui, ça m'intéresse fort oui. Je suis fort interpellée mais je trouve qu'après on est limité sur le terrain ».

A la question de savoir si la prise en charge de la nutrition relève du domaine d'action du médecin généraliste : *« Heu oui, mais je trouve qu'on devrait être secondé. Je trouve que ce serait intéressant d'avoir l'aide d'une diététicienne parce qu'on n'a pas toujours le temps non plus ». « Maintenant après, ..., après je trouve que c'est vraiment compliqué à mettre en charge à domicile »*

Expliquer les enjeux de la dénutrition, comment enrichir son alimentation, proposer des recettes, calculer les apports caloriques et protéiques, choisir les compléments nutritionnels les plus adéquats, vérifier la déglutition et l'état buccodentaire, s'assurer que le dentier est adapté, ... sont autant de situations chronophages, qui nécessitent des compétences propres, et face auxquelles le médecin généraliste se retrouve parfois démuni.

Sur le marché, différentes gammes de produits hypercaloriques et/ou hyperprotéinés sont disponibles mais il n'est pas toujours aisé non plus de faire la part des choses et de proposer le bon produit pour son patient entre les crèmes, les jus, les boissons lactées, les biscuits, les poudres, ...

Dr. 2 Au sujet des connaissances des suppléments alimentaires et des possibilités qu'il existe : *« Non. On a les bases et parfois si on voit un petit délégué, il donne une petite feuille avec les différentes sortes. Sinon, généralement, on a « les bases » quoi ».*

Dr. 4 Au sujet des connaissances des suppléments oraux : *« Non. Non. Je pense que ça, ça peut être intéressant aussi une fois d'avoir peut-être une fiche, un peu avec quel produit utiliser parce que je sais qu'il y a aussi les hypercaloriques et il y a les hyperprotéinés ».*

En outre, selon le généraliste, collaborer avec une diététicienne serait grandement utile pour expliquer comment enrichir l'alimentation, calculer les apports adaptés et mieux connaître les alternatives de suppléments oraux, autant en termes de goûts que de textures. D'autant plus

que l'on sait que proposer des produits ajustés aux préférences du patient est un facteur clé de la compliance.

Dr.6 : « Ben tout ce qui est Fortimel, le goût n'est pas toujours top. Donc les patients au début en prennent. Puis, ils n'aiment pas parce que si c'est froid ce n'est pas bon, la soupe ça les ... le goût n'est pas toujours idéal ». « Le Protifar ils ont l'impression que ça épaissit trop. Pourtant, normalement, c'est un goût neutre. Donc je dirais que c'est plus ... le frein c'est ça ».

2. Une prise en charge oiseuse

Pour le médecin, la dénutrition n'est pas vue comme un état pathologique à prendre en charge mais comme la conséquence d'une maladie initiale plus importante à solutionner. La dénutrition est vue en quelque sorte comme une résultante qu'il est inutile de prendre en charge. L'intérêt premier étant de trouver la cause de la dénutrition puisque si la cause est prise en charge et résolue, la dénutrition le sera également.

Ex. dr.3 : à la question de savoir si la prise en charge de l'état nutritionnel fait partie du rôle du généraliste : *« Même pas non. Je pense que si la personne est en bonne santé, elle aura dans la plupart des cas envie de manger et ne sera pas dénutrie, je ne pense pas. S'il y a des problèmes de santé, évidemment, peut-être la malnutrition, la dénutrition, tout ce que vous voulez, ça peut aller de pair. Mais il faut se focaliser sur leur problème de santé initial ».*
« Une fois le problème réglé, je pense que l'appétit va revenir petit à petit. Et voilà. Personnellement, je ne me focalise pas là-dessus ». « Ma focalisation, c'est de trouver un problème somatique ou ... Enfin, ce n'est pas le but en soi de trouver la perte de poids, la dénutrition et cætera. En quelque sorte, je m'en fiche de ça ».

3. Le questionnement éthique

Lorsque l'on soigne des personnes âgées, et à fortiori si elles sont dénutries, intervient tôt ou tard un questionnement éthique. Assurément, « dois-je forcer mon patient à manger ? », « quelle est ma place de médecin traitant ? », « jusqu'où faut-il aller ? » sont autant de questions auxquelles le généraliste est confronté.

Ces questionnements sont d'autant plus fondés que le champ des possibles pour la prise en charge de la dénutrition s'étend. En effet, la nutrition artificielle, autrefois réservée au milieu

intra-hospitalier, augmente lentement depuis une dizaine d'années en MRS et à domicile (21) et concerne maintenant aussi le médecin généraliste. Celui-ci reste frileux par rapport à ces pratiques à domicile et ce notamment parce que cela lui pose question au niveau éthique.

Dr. 4 : « Ça arrive souvent d'avoir des trucs parentérales/entérales pour une dénutrition ? Parce qu'il faut voir aussi, c'est quel est le projet ? Parce que c'est en fonction du projet aussi. On est quand même sur des personnes âgées de plus de 75 ans ». « Je pense que c'est intéressant de discuter aussi un petit peu au niveau du projet thérapeutique avec les patients aussi de voir un peu ... On ne peut pas forcer les gens à manger. Maintenant, on peut faire une nutrition ... Effectivement une nutrition entérale ou parentérale ça peut être intéressant en aigu, mais en chronique, je pense que ça n'a pas de sens. Maintenant, peut-être, c'est vrai, je devrais le proposer aux patients. Peut-être qu'ils ont le choix de ... mais ... voilà ».
« Par exemple, j'ai un patient qui perd du poids mais il ne mange plus et ... et il boit du vin. Rire. Ben, je lui ai déjà dit qu'il devait arrêter le vin mais je vais ... Est-ce que je dois lui enlever son vin alors qu'il est tout à fait ... ».

Trois raisons principales à ce questionnement sont avancées.

Premièrement, outre les cas psychiatriques, décider ou pas de s'alimenter relève du choix du patient. Il faut pouvoir respecter ce choix et la personne âgée, qui, n'ayant plus goût à la vie décide de son plein gré de ne plus s'alimenter.

Dr. 7 « J'ai l'impression que parfois, il y a des gens aussi qui choisissent de ne plus manger. Au niveau psychologique, voir psychiatrique, là c'est un autre domaine, mais il y en a qui font ce choix là où bien, à un moment donné, il faut aussi pouvoir lâcher prise et accepter que les choses se détériorent et on ne peut pas être maître de tout ».

Dr. 3 : « Mais je peux comprendre que quelqu'un qui, vu son âge, devient de moins en moins autonome, qui, même si c'est malheureux de le dire, commence à s'éteindre un petit peu, il mange de moins en moins bien, de moins en moins varié, etc. Oui effectivement, je peux parfois tenir compte de ça, mais il faut savoir que ce sont généralement les personnes qui perdent petit à petit le goût de la vie. Est-ce qu'il faut à tout prix ? ».

Deuxièmement, manger est une grande source de plaisir dans la vie. Alimenter quelqu'un, que ça soit via des suppléments oraux de textures ou de goût désagréables, par sonde gastrique ou par Baxter, peut altérer le contentement et le côté sacré du repas.

Dr. 2 au sujet de la nutrition NE et NP : « chez une personne âgée ... éthiquement, ... ça pose question. Je pense que physiologiquement, quand les gens vieillissent, ils ont de manière générale moins faim, ce qui est normal. Le but de les faire manger, c'est d'éviter les complications mais s'ils sont au point de mettre des tuyaux pour manger... est ce qu'on ne ferait pas mieux de laisser faire un peu les choses et de se dire qu'à un moment donné, c'est dans l'ordre des choses d'aller vers la fin de vie et de le laisser tranquille quoi. En sachant qu'une alimentation parentérale de toute façon, ce n'est pas confortable. Et je pense qu'il n'y a aucun plaisir pour la personne à ça non plus et qu'à un moment donné, quand on est vieux, n'importe quel plaisir, ça compte, y compris manger. Mais voilà quoi ils n'ont peut-être pas besoin qu'on leur rajoute ça en plus ».

Enfin, lorsqu'on instaure un CNO, il n'est pas toujours facile de savoir quand l'arrêter. La littérature scientifique conseille à ce propos de maintenir le traitement jusqu'à résolution du critère phénotypique de la dénutrition (9).

Les apports protéino-caloriques recommandés chez un sénior dénutri sont plus élevés que pour un adulte en bonne santé. Ils sont difficiles à atteindre quotidiennement, nécessitant parfois l'ajout de 2 CNO par jour, en plus des repas.

Se posent pour le généraliste, d'un côté la question de l'utilité de poursuivre les CNO à long terme, et d'un autre côté, le bien-fondé de les stopper chez un sénior qui n'aura pas suffisamment d'apport protéino-calorique sans.

Dans la pratique, ce questionnement est d'autant plus nécessaire que, dans la balance, le généraliste doit tenir compte du coût non négligeables de ces CNO pour le patient et de la compliance souvent médiocre.

Dr. 4 : au sujet des recommandations difficilement applicables sur le terrain : « Par exemple, à vie de continuer avec un CNO ... En fait j'ai l'impression qu'idéalement, enfin j'ai l'impression que parfois les recommandations ne sont pas du tout adaptées à la vie quotidienne. Et donc j'ai l'impression qu'il y a des patients qui n'arriveront jamais à arriver aux recommandations et que c'est parfois un peu... utopique. Parce que ce que je veux dire c'est que la plupart des patients ne peuvent pas prendre un complément alimentaire tous les jours, toute l'année. Or, s'ils ne prennent pas ça, ils sont dénutris. Et donc c'est ça que je trouve que ce n'est pas ..., on ne peut pas, ... les patients ne peuvent pas prendre des compléments tout le temps. Oui, est ce que les recommandations sont réalistes ? ».

EN LIEN AVEC LE PATIENT

Le patient obstacle

Le profil du patient est également source de freins à sa prise en charge. Assurément, la prise en charge de la dénutrition diffère, involontairement, d'un patient à l'autre suivant ses caractéristiques propres. Certains patients étant plus difficiles à soigner que d'autres. Ces difficultés avancées par les généralistes ont été regroupées pour créer ce profil du « patient obstacle ». Le « patient obstacle » caractérise donc le profil type du patient qui va être plus ardu à soigner, que ça soit dépendant de sa personne ou pas, du fait de son caractère, de ses difficultés physiques, de sa situation socio-économique, ...

Chaque caractéristique peut exister seule et l'addition de ses attrait entrave davantage une prise en charge optimale. Au plus le patient se rapproche du profil de ce « patient obstacle », au plus le médecin généraliste devra être attentif et investi dans la thérapeutique.

Ce « patient obstacle », avant d'être explicité davantage, peut être résumé comme suit : Il ne s'implique pas, il est socialement isolé, inactif, polymédiqué, il a des problèmes buccodentaires et/ou de déglutition et il est en situation de précarité.

1. Une implication limitée

Le patient qui ne s'implique pas dans sa prise en charge, que ça soit parce qu'il n'a pas conscience de son état, des risques et conséquences de celui-ci ou parce qu'il n'en a pas l'envie ou l'énergie, est un obstacle majeur à une bonne renutrition. Ce patient difficile à prendre en charge met en échec les différentes stratégies thérapeutiques proposées par le médecin et est, par définition, non compliant.

Dr. 4 « le plus grand frein ce sont les patients eux-mêmes. Qui ne veulent pas manger et qui ne veulent pas ... ah non, je n'aime pas les crèmes ... ah non je n'aime pas les trucs ... ah non je n'aime pas les compléments ». « Je trouve que le plus gros obstacle à la dénutrition, c'est le patient lui-même, qui ne veut pas manger, qui n'aime pas ou qui ne veut pas prendre, ... ». « J'essaie de varier quand ils n'aiment pas les textures, d'aller sur les crèmes, ... Ou alors, de rajouter du Protifar dans les aliments. Mais souvent, les patients se plaignent parce qu'ils n'aiment pas » « La compliance, ... La compliance est vraiment compliquée je trouve ».

Il n'est pas aisé de savoir ce que ce patient peu collaborant mange réellement sur sa journée et où des adaptations sont possibles et appropriées. Il ne participe pas activement à son suivi, ne se pèse pas et est peu enclin à appliquer les conseils diététiques et d'enrichissement de son alimentation. Il arrive fréquemment qu'il refuse l'aide extérieure.

Dr 2. : « c'est-à-dire qu'on leur donne des conseils, etc. Maintenant, est ce qu'ils vont appliquer parce qu'ils ont peut-être plus difficile, parce que si, parce que là ... ça, c'est autre chose, évidemment, et qu'on n'est pas là pour vérifier ».

Dr. 4 « parfois, c'est difficile de savoir exactement ce que la personne mange. Je trouve qu'au niveau de l'anamnèse c'est parfois..., c'est un peu compliqué ». « Il y a des personnes qui n'ont pas de balance ou qui ne veulent pas se peser ou qui ne se pèsent pas régulièrement. L'implication du patient n'est pas toujours au rendez-vous.

Dr. 1 : « C'est toujours l'idéal d'essayer des compléments alimentaires naturels en enrichissant l'alimentation. Cependant c'est souvent difficile à domicile parce que les gens ont peu envie de cuisiner et peu envie d'enrichir ». « J'essaye de proposer, mais on se heurte souvent à un frein. Vu que les gens, souvent, arrivent dans cette dénutrition parce qu'ils n'ont plus l'envie de se faire à manger, ou la force de se faire à manger et ça devient compliqué ».

2. L'isolement

L'isolement, social ou géographique, est un frein à une prise en charge optimale. Pour les personnes âgées qui sont seules, il peut être difficile de faire les courses. Il n'y a pas non plus de famille ou d'ami pour aider à préparer le repas ou le partager et ainsi stimuler la prise alimentaire. Cela est d'autant plus vrai pour les seniors veufs/veuves qui, outre la tristesse d'avoir perdu leur moitié, voient leurs habitudes alimentaires complètement chamboulées. Le médecin traitant essaye de trouver des alternatives comme demander le passage d'une aide familiale, commander les repas via le CPAS ou via un traiteur, si les finances le permettent. Ces alternatives sont en revanche moins modulables aux préférences du patient et ne règlent souvent pas le problème de la solitude au moment du repas.

Dr.2 « Ce sont souvent des gens qui ne sont pas super entourés. Donc le frein c'est de savoir s'ils cuisinent et les courses, ... Oui, plus l'aspect organisationnel dans leur vie privée ».

Dr. 7 : « L'isolement, certainement l'isolement social. Quand vous n'êtes pas stimulés à manger avec quelqu'un, qu'on mange tout seul ».

3. Le cercle vicieux de l'inactivité

Qu'il soit dû à des problèmes physiques, psychologiques ou à la personnalité de la personne âgée, le manque d'activité physique est un frein à la renutrition. Il y a très souvent un cercle vicieux qui se met d'ailleurs en place où le patient dénutri mange moins, il a donc moins d'énergie et bouge moins. Comme il bouge moins, il a moins d'appétit, ... et on est parti dans une spirale infernale.

Dr.5 : « le manque d'activité physique aussi. Parce que si, forcément, si je ne bouge pas, mon muscle va fondre et ça va donner un état de dénutrition. Donc c'est un cercle vicieux ».
« Parce que dénutri, c'est moins manger, moins bouger, c'est avoir moins d'énergie, c'est moins marcher. Donc on est parti dans la spirale hein ».

A tort, on pense souvent que les personnes âgées ne peuvent plus fabriquer de muscle. Néanmoins, c'est toujours le cas, à condition d'avoir un apport protéique et une activité physique suffisantes (16).

Dr. 5 « Parce que si on ne bouge pas, on ne sait pas refaire du muscle, on ne sait pas. Et rien n'ira. Et encore plus chez les personnes âgées, il faut les faire bouger et c'est comme ça qu'on va les faire, ... Mais oui, c'est impossible de les faire bouffer sans les faire bouger, on n'aura pas ... On ne va rien trouver d'intéressant, on va les faire grossir mais c'est tout. On va avoir une obésité inutile ».

Les limitations fonctionnelles sont un frein supplémentaire à la renutrition car elles limitent également la personne âgée dans son autonomie au quotidien rendant par exemple laborieux les courses, la préparation et la prise du repas. Parfois, simplement réchauffer un plat préparé au micro-onde n'est plus possible.

Les patients qui souffrent de démence se retrouvent également dans ces situations.

Dr. 5 : « C'est souvent l'augmentation des difficultés, des handicaps, qui va faire qu'il va y avoir des problèmes. Ça peut être déjà la difficulté d'aller chercher à manger. »

4. Se nourrir de médicaments

Un obstacle supplémentaire à la renutrition, qui est encore plus vrai chez les personnes âgées, c'est la polymédication.

D'une part, prendre beaucoup de médicaments peut freiner la prise alimentaire qui s'ensuit du fait de la quantité de médicaments à ingurgiter. Il n'est pas rare, en effet, pour les séniors de commencer le déjeuner avec une prise de 8 comprimés ou plus par exemple.

D'autre part, les médicaments peuvent avoir comme effet secondaire un effet anorexigène.

Dr. 4 : « Mais je pense aussi que parfois, ils ont trop de médicaments. Alors, ils n'ont pas faim. La polymédication oui ».

Dr. 5 : « Le frein, c'est la polymédication qui ne facilite pas la nutrition, qui décourage les gens à manger. Et puis, tous les effets secondaires qu'on a avec les médicaments parfois. Ce n'est pas seulement en polymédication, mais ce sont aussi les effets secondaires des médicaments. Tout ça, c'est un frein à une renutrition correcte ».

5. Le point de départ : si la bouche ne va pas rien ne va

Le patient âgé avec des problèmes buccodentaires ou des troubles de la déglutition est également plus ardu à prendre en charge. Ces problèmes vont d'une stomatite mycotique, à un dentier inadapté en passant par un abcès, un ralentissement du tonus buccolingual ou à la nécessité d'adapter les textures pour des troubles de la déglutition.

Résoudre ces problèmes chez les séniors est également plus laborieux voire impossible si la personne ne se déplace plus. Les dentistes ou les logopèdes ne se rendant pas au domicile pour évaluer les patients, il est primordial que le généraliste en tienne compte.

Dr. 5 : « le frein aussi, un des plus difficiles aussi, c'est le buccodentaire. Lorsqu'on a affaire à des problèmes buccodentaires, trouver un dentiste qui peut aller soit en maison de repos, soit chez une personne âgée qui est chez elle, c'est vraiment totalement impossible ou presque complètement impossible. Voilà, quand la personne sait se déplacer c'est différent déjà ».

6. La précarité

Enfin, un dernier point et pas le moindre, l'aspect financier. Tous les patients ne sont pas égaux, loin s'en faut, et le médecin généraliste doit prendre en considération les difficultés financières de son patient pour le soigner au mieux.

Dr. 2 : « Je vais vers des compléments alimentaires, pour autant qu'ils aient assez de sous pour les acheter, ce qui n'est pas toujours le cas. Et donc voilà, ça clairement, l'aspect financier, c'est un frein quoi. Pour leur prise en charge à eux, c'est un frein ».

Dr. 5 : « d'ailleurs, tous les substituts qui sont souvent proposés sont horriblement chers ».
« Quel frein à la prise en charge ? Je pense que quand on est dans des situations compliquées, la difficulté la plus grande, lorsqu'on doit utiliser des compléments alimentaires artificiels, ça coûte très cher. Le prix ça, à mon avis, ça n'aide pas. Lorsqu'on a des personnes qui n'ont pas facile au niveau financier, parce que si on fait un calcul de ce que ça peut coûter sur un mois, c'est parfois terrible. Je suis gêné parfois de voir ce qu'on demande aux gens ».

Bon nombre de démarches que le médecin va proposer pour la renutrition sont concernées par cet aspect financier : adopter une alimentation équilibrée et variée, avoir un apport protéiné suffisant, enrichir, ajouter des CNO, faire intervenir des aides extérieures, faire livrer des repas préparés, ...

Dr. 2 : « Les suppléments oraux, même ceux de base parfois les gens quand ça coûte 4-5€, si on leur dit prenez-en deux par jour, ils n'y arrivent déjà pas quoi ». « Il faut payer en sachant que même les protéines et des choses comme ça, ce n'est pas forcément, au final, ou à part les œufs, ça coûte cher. Et donc oui, c'est plutôt tous ces aspects là aussi quoi ».

Dr. 7 : « Parfois peut-être certaines personnes ont un peu de mal à joindre les deux bouts. Donc acheter de la viande c'est compliqué. L'aspect financier oui ».

Il est nécessaire que le médecin qui, connaissant les difficultés de son patient, ait également connaissance des possibilités de CNO ainsi que des prix afin de proposer le produit à la fois le plus adapté et le plus raisonnable financièrement.

Dr 4. « Je pense que l'obstacle financier est un des plus importants, surtout avec les compléments, parce que ça coûte super cher. Parfois je mets du Protifar parce que je pense que ça coûte un peu moins cher ».

Aussi, il est primordial que le médecin traitant réévalue régulièrement la situation afin de ne pas laisser des CNO ou une nutrition artificielle au long cours si cela n'est plus nécessaire ou si les apports peuvent être suffisants en enrichissant simplement l'alimentation.

DISCUSSION

Synthèse et analyse des résultats

Cette étude qualitative a permis de mettre en lumière différents freins au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition par le généraliste en médecine ambulatoire. Afin d'analyser ces obstacles de façon logique, ceux-ci sont illustrés dans le tableau ci-dessous. Les freins sont ordonnés en deux groupes : ceux au dépistage d'un côté, ceux à la prise en charge de l'autre. Chacun de ces deux groupes a, à nouveau, été scindé pour différencier les freins qui sont davantage en lien avec le généraliste de ceux en lien avec le patient. Ces catégories ne sont pas exclusives, et un même frein peut intervenir à plusieurs endroits.

Cette proposition de classification des obstacles permet d'avoir une vue d'ensemble des facteurs limitant une gestion optimale de l'état nutritionnel. Il est ainsi possible de situer, en cas de gestion déficiente, où le problème se pose et où des améliorations sont possibles.

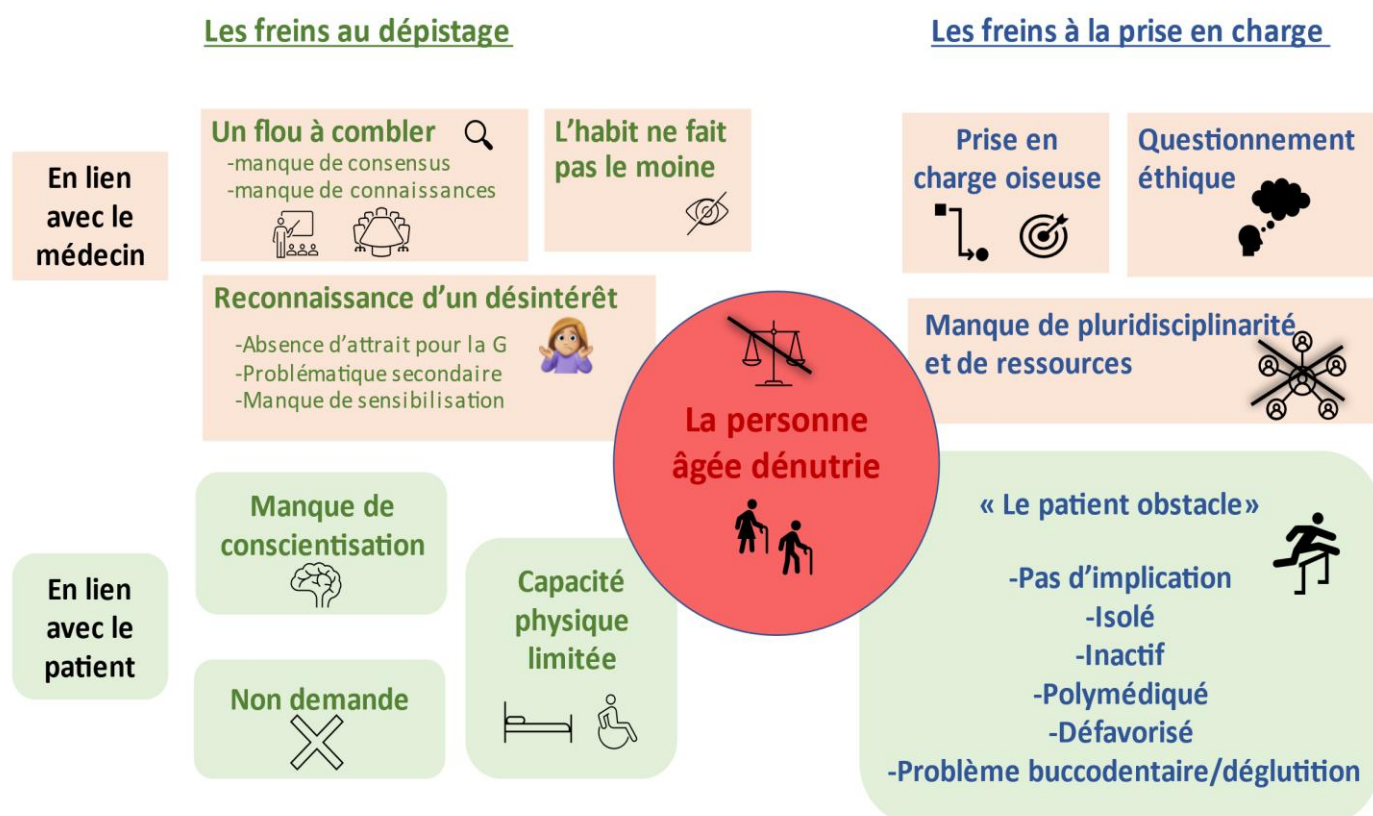


Tableau 2. Freins au dépistage et à la prise en charge rencontrés par le médecin généraliste de la région de Namur-Ouest

Concernant l'étude espagnole (1) qui évoquait un sous diagnostic de la dénutrition à l'hôpital en raison d'un manque de sensibilisation, d'informations, de connaissances ainsi que d'un manque de protocoles en place, on constate que ces raisons sont également mentionnées par la première ligne dans cette étude. D'autres obstacles apparaissent en revanche propres à la médecine générale, comme le manque de pluridisciplinarité par exemple.

A contrario, il semblerait que dans le cadre particulier des outils de dépistage, la méconnaissance des tests d'évaluation (en l'occurrence le MNA) ait peu d'impact dans la pratique pour l'établissement du diagnostic de la dénutrition par le médecin traitant. En effet, il ressort des résultats que dans leur pratique quotidienne, les médecins utilisent peu, voire pas du tout, les tests de dépistage et d'évaluation nutritionnelle comme le MNA. Néanmoins, cela ne les empêche pas, grâce à une bonne anamnèse et un examen clinique attentiste, de détecter de manière simple et rapide la dénutrition.

Une attention particulière concernant « le patient obstacle » est aussi à notifier. En confrontant ses caractéristiques à la littérature scientifique, on se rend compte que celles-ci correspondent en réalité aux facteurs de risque de la dénutrition (*Annexe 3. Drevet et Gavazzi, situations à risque de dénutrition chez la personne âgée, 2019*) (4) (22). On pourrait, par conséquent, en déduire que le patient qui est à risque de dénutrition est également plus difficile à prendre en charge. Avoir un œil attentif sur ce profil de patient est ainsi d'autant plus important pour le médecin généraliste.

Perspectives

Une fois la dénutrition installée, il est souvent difficile de casser le cercle vicieux qui s'est constitué progressivement et de récupérer un patient dénutri. C'est pourquoi, il est préférable d'éviter d'en arriver là. L'analyse des résultats s'accorde aux recommandations à ce propos et une règle d'or se dégage pour la gestion de l'état nutritionnel des personnes âgées : « Mieux vaut prévenir que guérir ».

Ce travail laisse également entrevoir quelques perspectives pour l'avenir. Cette étude a notamment mis en avant le désir des médecins généralistes de travailler davantage en réseau et de collaborer pour des problématiques qui le requièrent comme la dénutrition. Tout en

gardant la place centrale qu'il occupe auprès de son patient, le médecin généraliste souhaite intégrer à domicile cette multidisciplinarité nécessaire à la prise en charge optimale de ses patients dénutris.

Le médecin généraliste apparaît également soucieux d'améliorer ses connaissances et il est demandeur que des efforts soient faits en ce sens. Un meilleur bagage pourrait résoudre d'autres freins outre celui du manque de connaissances. En effet, savoir que le BMI peut être remplacé par la circonférence du mollet dans le MNA résoudrait par exemple le frein au diagnostic de la personne que l'on ne sait pas peser.

Le tableau de freins proposé ci-dessus se veut le plus exhaustif possible mais est basé sur les obstacles relatés par un panel limité de généralistes de la région dans laquelle j'exerce. D'autres études sur le sujet devraient permettre de corroborer ces dires, d'identifier peut-être d'autres facteurs limitants et pourraient également évaluer l'impact de ces freins sur le dépistage ou la prise en charge. En effet, comme évoqué plus haut également, l'absence de connaissance du test MNA semble dans cette étude avoir peu d'impact sur la gestion nutritionnelle. Il serait intéressant de l'évaluer davantage.

De même, les obstacles relatés ici, y compris ceux en lien avec le patient, sont issus du ressenti de médecins traitants. Il serait opportun en ce sens d'avoir le point de vue de la personne âgée dénutrie qui pourrait expliciter sa version : « Pourquoi n'est-elle pas impliquée ? Pourquoi elle ne demande pas à prendre en charge sa nutrition ? Quelles sont ses croyances ? Quels sont les goûts et les textures les plus appropriés ? ... ».

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude présente certaines limites et certains biais mais elle a également des atouts. En vue de les évaluer, ce travail a été confronté aux 6 critères de qualité attendus d'une étude qualitative en bonne et due forme (23).

LA TRIANGULATION

Les résultats des entrevues ont été comparés et confrontés à la collecte des données de méta-analyses de la littérature scientifique. Cela a permis de corroborer l'interprétation globale des

résultats ainsi que de garantir un certain degré d'exhaustivité et une analyse plus réfléchie des données. Cette façon de procéder est une force pour ce travail et un gage de qualité.

VALIDATION DU RÉPONDANT

Le médecin répondant a eu la possibilité de réagir et de valider le compte rendu de l'interview. Ce processus a permis de donner davantage de crédit aux dires des répondants ainsi que de réduire les erreurs. La validation des répondants a généré d'autres données, qui, à leur tour, ont été interprétées.

PRÉSENTATION CLAIRE DE LA MÉTHODE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

La méthodologie utilisée pour la recherche influence inévitablement le but de l'enquête. C'est pourquoi le processus de collecte et d'analyse de données a bien été décrit dans le point « Méthodologie » de ce travail. Toutes les retranscriptions se retrouvent également en annexe (*Annexe 8*). De cette façon, le lecteur peut ici juger que l'interprétation fournie est bien fondée sur les données collectées.

LA RÉFLEXIVITÉ

La réflexivité, toujours selon cette étude de qualité, signifie la sensibilité aux façons dont le chercheur et le processus de recherche ont façonné les données recueillies, y compris le rôle des hypothèses antérieures.

Je me suis donc interrogée moi-même sur mes propres actes et mon propre discours et je peux effectivement en dégager différents biais :

Biais de recrutement et de sélection :

Les répondants ont été contactés directement. Les médecins ayant accepté de répondre à l'enquête sont des médecins qui exercent dans la région où je travaille également. Un certain nombre d'entre eux me connaissant, il est probable qu'ils aient accepté de participer entre autres pour ce motif.

D'autre part, l'échantillon de répondants est faible. De ce fait, même si j'ai obtenu une apparente saturation des données avec des discours similaires, il n'y probablement pas une saturation complète des données.

Enfin, seul un panel de médecins d'une région rurale/semi-rurale a été examiné ici. Les résultats ne sont pas extrapolables pour d'autres régions ou au reste de la Belgique. Un échantillon différent de médecins aurait certainement mis en lumière d'autres freins et peut-être n'auraient-ils pas évoqué certains obstacles rencontrés ici.

Par ailleurs, ce travail s'est concentré sur le point de vue des médecins et n'a pas interrogé d'autre intervenant de la première ligne ni les patients.

Biais personnel et d'interprétation :

Étant la seule personne à avoir collecté, analysé et interprété les données, j'ai probablement créé un biais d'interprétation de par mon vécu, mes préjugés et mon statut d'assistante en médecine générale interrogeant des médecins plus expérimentés. Involontairement, il est également possible que j'aie orienté les médecins interrogés lors des interviews, créant notamment un biais de confirmation.

VIGILANCE AUX AVIS CONTRAIRES

Une attention aux avis déviants a été apportée. En effet, lors des entrevues d'autres explications alternatives aux données collectées ainsi que des éléments de données contradictoires ont été discutés afin d'améliorer la qualité des explications des répondants.

CRITÈRE D'ÉQUITÉ

L'échantillon de répondants intégré était le plus diversifié possible, de sorte à ne pas créer de biais de sexe ni d'âge.

Apports pour la pratique et implication personnelle

Ce travail n'a pas pour but de juger la prise en charge de la dénutrition en médecine générale mais au contraire de mettre en lumière toutes les difficultés auxquelles le médecin doit faire face, consciemment ou non, pour garantir une évaluation et une prise en charge nutritionnelles optimales.

Il est certain que reconnaître les difficultés d'une problématique est la première étape pour les résoudre. Ainsi, l'identification de ces obstacles permet d'une part de conscientiser et de sensibiliser le médecin généraliste. D'autre part, elle l'invite à questionner sa pratique et les mécanismes qu'il met en place, ou pas, afin de détourner ces difficultés. Connaître ses propres limites et celles de son patient, les entendre et essayer de les dépasser. Un tel cheminement, in fine, permet au médecin d'améliorer son expertise et ses compétences médicales et au patient, la prise en charge de sa santé.

A titre personnel, je souhaite plus tard poursuivre une pratique semi-rurale où la prise en charge des personnes âgées fait partie du quotidien. L'objectif de ce travail était également d'améliorer ma pratique de médecin généraliste et la prise en charge de mes patients âgés. A cet égard, cette étude m'a beaucoup apporté. Me conscientiser aux difficultés de cette problématique me procure un levier pour l'aborder plus sereinement et anticiper les nombreux obstacles potentiels.

Pistes

Mettre en lumière une problématique crée inéluctablement d'autres zones d'ombre à son contact. La mise en évidence de ces freins pousse le questionnement plus loin et il serait judicieux de réfléchir et de proposer des solutions à ses obstacles.

Quelques pistes d'amélioration :

- Attirer l'attention du corps médical ainsi que des patients et leur famille pour les conscientiser. Il a ainsi été proposé de parler davantage de la nutrition des seniors par exemple lors d'initiatives locales comme le Glem (groupe local de médecins

généralistes de partage et d'évaluation médicale en vue de promouvoir la qualité des soins). Il s'agirait en effet d'un très bon moyen de toucher les médecins qui méconnaissent ce problème de santé. Pour atteindre la population plus largement, que les autorités diffusent davantage de messages de prévention semble judicieux.

- Intervention financière/ remboursement des compléments nutritionnels oraux et de l'alimentation artificielle. Il semble nécessaire de repenser l'organisation et le financement des soins nutritionnels dans le secteur ambulatoire. (21)
- Encourager la diversification des CNO et proposer de nouvelles alternatives pour enrichir l'alimentation afin de satisfaire davantage les préférences et les goûts des personnes âgées. Ensuite, veiller à ce que l'information atteigne les médecins généralistes. Il a, par exemple, été proposé de réaliser des fascicules reprenant les différentes gammes et les différents produits disponibles sur le marché belge.
- Créer et développer des équipes nutritionnelles ambulatoires. En effet, pratiquement tous les hôpitaux belges ont maintenant des équipes nutritionnelles qui ont montré un effet bénéfique sur la gestion de la dénutrition. En 2019 déjà, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) recommandait que l'expertise de ses équipes soit également mise à profit en dehors des hôpitaux. (23)

Beaucoup a déjà été fait dans le domaine de la dénutrition des seniors mais, comme le démontre également ce travail, il y a encore du chemin à parcourir. En ce sens, toutes ces pistes sont attrayantes et il serait enrichissant de les explorer davantage, par exemple, lors d'un futur travail.

CONCLUSION

La surveillance de l'état nutritionnel de nos aînés est un véritable enjeu de santé publique et doit faire partie intégrante de l'examen de la personne âgée. Elle reste cependant peu évoquée.

Au terme de cette étude, les freins au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition en médecine générale ont été identifiés et illustrés de façon logique et cohérente dans un schéma conférant une vue d'ensemble à la problématique.

La mise en lumière de ces obstacles permet d'attirer l'attention sur les difficultés rencontrées par la première ligne. En cas de gestion nutritionnelle déficiente, le généraliste conscientisé peut facilement identifier où se trouve le problème. De ces difficultés, il découle certaines attentes de la part des généralistes dont la nécessité de pluridisciplinarité, de plus de connaissances et de formations.

Il semble également primordial que des normes et des protocoles internationaux pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition soient établis.

Afin d'améliorer cette gestion de l'état nutritionnel en ambulatoire, d'autres études dans le domaine sont cependant nécessaires. Apporter des solutions à ces freins ainsi que des démarches concrètes pour la première ligne serait en effet idéal.

Le mot de la fin (ou mot de la faim ?) au sujet de la dénutrition des seniors extrait de l'interview du dr. 5 : « *Je n'imagine pas un garagiste qui s'occupe d'une voiture et qui ne pense pas à remettre de l'essence dans la voiture, pour voir si elle n'avance pas* ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Serón-Arbeloa C, Labarta-Monzón L, Puzo-Foncillas J, Mallor-Bonet T, Lafita-López A, Bueno-Vidales N, et al. Malnutrition Screening and Assessment. *Nutrients*. 9 juin 2022;14(12):2392.
2. Isautier MJM, Bosnić M, Yeung SSY, Trappenburg MC, Meskers CGM, Whittaker AC, et al. Validity of Nutritional Screening Tools for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. oct 2019;20(10):1351.e13-1351.e25.
3. Barroyer P, Desport JC. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé. *Actual Pharm*. 1 déc 2021;60(611, Supplément):16-8.
4. Drevet S, Gavazzi G. Dénutrition du sujet âgé. *Rev Médecine Interne*. 1 oct 2019;40(10):664-9.
5. Ritchie C MD, MSPH, Yukawa M MD, MSPH. Geriatric nutrition: Nutritional issues in older adults. UpToDate. 2022. Disponible sur : https://www.uptodate.com/contents/geriatric-nutrition-nutritional-issues-in-older-adults?search=geriatric%20nutriton&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (consulté en mars 2022)
6. Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Paris: Springer; 2009 : 141-174.
7. Vzw Farmaka asbl, éditeur. Dénutrition. *Formul R Info*. nov 2010;n°4(17):29-37. Disponible sur : <https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/denutrition.pdf>
8. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr Edinb Scotl*. Juin 2015;34(3):335-40.
9. Sanchez M, Lahaye C, Desport J-C, et al: Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Paris : Haute Autorité de Santé (HAS) ; novembre 2021.
10. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. févr 2019;38(1):1-9.
11. Busnel C, Ludwig C. Dépister la dénutrition chez la personne âgée bénéficiant de soins à domicile : une évaluation de la précision diagnostique des indicateurs issus du Resident Assessment Instrument - Home Care adapté pour la Suisse. *Rech Soins Infirm*. 2018 ;132(1):54-63.
12. Hugonot-Diener L. Présentation du MNA ou MINI nutritional assessment. Un outil de dépistage et de suivi de la dénutrition. *Gérontologie Société*. 2010;33 / 134(3):133-141.
13. Zhang Z, Pereira S, Luo M, Matheson E. Evaluation of Blood Biomarkers Associated with Risk of Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 3 août 2017;9(8):829.
14. Bouteloup C, Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 févr 2014;28(1):52-6.
15. Allepaerts S. La nutrition de la personne âgée. *Rev Med Liège*. :7.
16. Vega A. Nutritional Issues in Older Adults. *Topics in Clinical Nutrition*. Juillet 2015 ;30(3): 247-263.

17. Union des Villes et Communes de Wallonie asbl - Fédération des CPAS – Brulocalis. Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ? [Internet]. 2021 Disponible sur : https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf (consulté le 01/03/23)
18. Population des 65 ans et plus en Wallonie [Internet]. Iweps. Disponible sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/> (Consulté le 01/03/2023)
19. Hugonot-Diener L. Mini Nutritional Assessment (MNA) tool for screening and monitoring malnutrition. Gerontol Soc. 20 oct 2010;33134(3):133-41.
20. Anzevui A, Gits M. La dénutrition menace les personnes âgées. L'Avenir. 2015;1.
21. Inégalités de remboursement pour les personnes qui doivent recevoir une alimentation artificielle | KCE [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqué-de-presse/inegalites-de-remboursement-pour-les-personnes-qui-doivent-recevoir-une-alimentation-artificielle> (Consulté le 15/02/2023)
22. Besora-Moreno M, Llaurad   E, Tarro L, Sol   R. Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Nutrients. mars 2020;12(3):737.
23. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.