

LE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ LA
PERSONNE AGEE DE PLUS DE 70 ANS VIVANT A
DOMICILE ET EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS :
MODALITES, FREINS ET PISTES D'AMELIORATION

Etude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arrondissement de
Dinant

FLORINE ROMAIN

Tuteur: Dr TAMINIAUX Dominique

Année académique 2020-2021

I. TABLE DES MATIÈRES

II. Remerciements.....	3
III. Glossaire	4
IV. Résumé.....	5
1. Contexte	5
2. Objectif.....	5
3. Méthode	5
4. Résultats	5
5. Conclusions	6
V. Introduction.....	7
VI. Méthodologie	9
1. Revue de la littérature.....	9
2. Méthode de travail	10
2.1. Description de la méthode d’investigation utilisée	10
2.2. Critères d’inclusion et d’exclusion des sujets de l’étude.	10
2.3. Le mode de recueil des résultats	10
2.4. Les précautions éthiques.....	11
2.5. Modalités de communication des résultats	11
VII. Résultats	12
1. Présentation des participants	12
2. Etat des connaissances	12
2.1. Définition : pas de consensus	12
2.2. Dépistage	14
3. Freins au dépistage.....	17
3.1. La contrainte du temps et de la charge de travail.....	17
3.2. Un dépistage qui dépasse les compétences médicales du médecin généraliste.....	18
3.3. “Money Money”	18
3.4. Une communication précaire	19
3.5. La marge de manoeuvre limitée du médecin coordinateur	20
3.6. Le “poids de la balance”	20
3.7. Une prise de conscience tardive	20
3.8. La crise covid-19	21
3.9. Freins inhérents au patient.....	21
4. Pistes d’améliorations	22
4.1. Vers un changement des pratiques ?.....	22

4.2. Vers une communication 2.0 ?	23
4.3. Le rôle de l'assistant	24
4.4. Impliquer davantage le patient, sa famille et les autres aidants proches	25
VIII. Discussion	26
1. Rappel des principaux résultats	26
2. Forces et biais de l'étude	28
3. Quel éclairage de la littérature pour le médecin généraliste ?	29
3.1. Définition de la dénutrition.....	29
3.2. Le dépistage de la dénutrition.....	30
3.3. Les freins au dépistage de la dénutrition	33
3.4. Les améliorations possibles	35
IX. Conclusions et perspectives.....	38
X. Bibliographie	41
XI. Annexes.....	44
Annexe 1 - Guide d'entretien	44
Annexe 2 - Formulaire d'information et de consentement	45
Annexe 3 – Entretien individuel semi-directif du MG2	46
Annexe 4 – MNA-SF	53
Annexe 5 – Etiologie multifactorielle de la dénutrition chez les personnes âgées	54
Annexe 6 – Spirale de la dénutrition.....	55
Annexe 7 – Schéma diagnostique proposé par le GLIM pour le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et la sévérité de la dénutrition + critères phénotypiques et étiologiques (12).....	56

II. REMERCIEMENTS

Je suis consciente que ce travail porte mon nom seul mais, sans les personnes que je vais énumérer dans la liste non exhaustive ci-dessous, ce travail n'aurait pu voir le jour.

Mon premier remerciement ira tout particulièrement à ma famille, mon compagnon et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de la réalisation de ce travail, et bien avant car si j'en suis là aujourd'hui, c'est avant tout grâce à eux. Je les remercie d'avoir été présents, d'avoir supporté mes états d'âmes, mes remises en question et mon caractère ; ils m'ont été précieux et je souhaite leur dire merci de m'avoir toujours relevée et motivée dans les moments de doute.

Merci à mes grands-parents, à ceux qui sont encore là et ceux partis trop tôt, d'avoir été ma source d'inspiration pour ce travail.

Je tiens à remercier les médecins, mes confrères et consœurs qui m'ont accordé un peu de leur précieux temps pour enrichir ce travail en se livrant à moi, malgré leur charge de travail dans cette situation sanitaire si compliquée.

Parmi ceux-ci, un remerciement particulier :

- Au Docteur Sylvia De Vulder pour ses conseils et son enthousiasme ;
- Au Docteur Ségolène de Rouffiniac pour ces précieux conseils méthodologiques lors de la formation par vidéoconférence du 20 novembre 2020.
- Aux professeurs du certificat de nutrition clinique qui m'ont donné l'envie de m'investir davantage dans les questions nutritionnelles.

Je ne pourrais écrire ces remerciements sans en adresser un tout particulier au Docteur Taminiaux pour ces trois années d'apprentissage, pour sa disponibilité, ses conseils et pour m'avoir permis de réaliser ce travail dans des conditions optimales en m'octroyant le temps nécessaire à sa réalisation.

Enfin, je terminerai en vous adressant à vous, chers membres du jury, mes remerciements les plus sincères pour la lecture que vous ferez de mon travail et les remarques constructives qui en découleront.

III. GLOSSAIRE

OMS/WHO : Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organization

KCE : Federaal Kenniscentrum – Centre fédéral d’expertise

MRS : maison de repos et de soins

UCL : Université Catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université de Liège

PWNS-be-A : Plan Wallon Nutrition, Santé et bien-être des Aînés

TFE : Travail de fin d’études

MG : Médecin généraliste

CDLH : Cebam Digital Library for Health

MeSH : Medical Subject Headings

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

IMRaD : Introduction, Méthodes, Résultats et (and) Discussion

ESPEN : European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

MNA-sf : Mini Nutritional Assessment short form

IMC/BMI : indice de masse corporelle/body mass index

GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

IV. RÉSUMÉ

1. CONTEXTE

La dénutrition chez la personne âgée est un des défis majeurs qu'il faut relever dès à présent. Elle est aussi fréquente que sous-dépiétée. Elle le sera davantage dans les années à venir avec le vieillissement de la population si rien ne change. Ses conséquences en terme de mortalité, de morbidité et de santé publique doivent faire réagir les médecins généralistes qui occupent une place centrale dans son dépistage.

2. OBJECTIF

Il s'agit d'évaluer les modalités de dépistage de la dénutrition par le médecin généraliste, d'identifier les freins rencontrés et les pistes d'amélioration à explorer.

3. MÉTHODE

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de six médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant. Les résultats des entretiens ont été analysés selon la méthode de théorisation ancrée.

4. RÉSULTATS

La définition de la dénutrition souffre d'une absence de consensus.

Son dépistage n'est pas systématique et se base sur l'appréciation clinique qu'a le médecin de son patient. Il fait écho à une demande décentralisée. Les modalités de dépistage sont la mesure du poids, l'(hétéro) anamnèse alimentaire, la biologie et l'examen clinique. L'inspection du frigo à domicile et l'utilisation d'un guide dans les maisons de repos sont d'autres outils.

Les freins sont regroupés en 3 catégories : ceux dépendants et indépendants des médecins et les freins inhérents à la personne âgée.

Différentes pistes d'amélioration sont envisagées par les médecins généralistes pour l'améliorer.

5. CONCLUSIONS

Le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée est encore insuffisant en médecine générale. Même si des efforts pour réduire le fossé entre théorie et pratique sont entrepris, il reste du chemin à parcourir. L'identification de messages-clés est proposée afin d'identifier les points sur lesquels les médecins généralistes peuvent agir afin d'améliorer le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée et des perspectives d'évolution de ce travail sont mises en avant.

Mots-clés : dépistage – dénutrition – personne âgée – médecin généraliste – étude qualitative

Indexation : QD4 (prévention clinique) – E46 (malnutrition protéino-énergétique, sans précision) – QC15 (personne âgée) – QS41 (médecin généraliste) – QR31 (étude qualitative)

V. INTRODUCTION

La transition démographique est en cours. Selon les prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus va doubler, passant de 12 à 22% entre 2015 et 2050. (1)

Les chiffres prévisionnels pour la Wallonie vont dans le même sens. D'après les projections du Bureau fédéral du Plan, le pourcentage des 65 ans et plus passera de 18,9% en 2020 à 27,5% en 2071. (2)

La majorité des problèmes de santé dont souffrent les personnes âgées sont en lien étroit avec les affections chroniques et en particulier les maladies non transmissibles. Adopter des comportements sains comme une bonne nutrition, même chez les personnes âgées permet de prévenir et retarder les maladies et entraîne de puissants bienfaits pour la santé. (3) Le rôle du dépistage précoce de la dénutrition permet une prise en charge réussie d'autres problèmes de santé et de perte de d'autonomie.

En Belgique, le rapport du centre fédéral d'expertise (KCE) tire la sonnette d'alarme. Plus de la moitié des personnes âgées vivant en maison de repos et de soins (MRS) et à domicile sont à risque de dénutrition (57% en MRS versus 50% à domicile) et 16% sont dénutries en MRS versus 13% à domicile. (4) Divers efforts sont entrepris dans notre pays pour contrer ses chiffres comme le Plan Wallon Nutrition, Santé et bien-être des Aînés (PWNS-Be-A) dont un des chevaux de bataille est la lutte contre la dénutrition en maison de repos.

Et pourtant, malgré ces efforts, le dépistage de la dénutrition fait encore défaut sur le terrain et davantage à domicile. Le médecin généraliste a lui aussi son rôle à jouer pour améliorer ce dépistage.

La nutrition et la gériatrie sont deux facettes de la médecine qui m'ont toujours attirées. En 2019, j'ai obtenu la certification interuniversitaire (ULC, ULB, ULG) en nutrition clinique. Dans mes projets futurs, j'aimerais davantage mettre en application les acquis du certificat et développer mes connaissances dans le secteur de la nutrition.

Suite à cette formation et à la réalité du terrain, je me suis demandée pourquoi le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée n'est-il pas réalisé plus souvent alors qu'il est systématique

dans les services de gériatrie ? Quel est le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage et comment l'aborder ?

À ma grande déception, la lecture de la littérature scientifique n'a pas apporté de réponses à mes nombreuses questions. Il me paraît donc tout à fait opportun de me pencher sur ce sujet à travers ce travail de fin d'étude.

L'objectif de ce travail est triple :

- Dresser un état des lieux des modalités de dépistage, afin de comprendre les représentations qu'en ont les médecins généralistes.
- Identifier les freins au dépistage de la dénutrition permettra de conscientiser nos lacunes.
- Apporter des pistes d'améliorations afin de mieux apprivoiser ce dépistage et améliorer la pratique clinique .

Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant.

VI. MÉTHODOLOGIE

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans un premier temps, j'ai débuté mes recherches par la plateforme de la CDLH. Par ce biais, j'ai consulté un premier méta-moteur, CISMéF. J'ai également fait des recherches dans le méta-moteur Tripdatabase. De plus, j'ai effectué une recherche dans la littérature secondaire et primaire en consultant Embase et Pubmed respectivement. J'ai terminé ma revue en consultant la littérature grise et le moteur de recherche Google Scholar. Ma recherche bibliographique a débuté le 6 mai 2020 et s'est clôturée le 30 avril 2021.

J'ai d'abord déterminé les mots-clés de mon équation de recherche: (dépistage OU diagnostic) ET (dénutrition OU malnutrition) ET (personne âgée). Ensuite, j'ai traduit les termes français vers un descripteur américain (Inserm) pour obtenir les MeSH correspondants :

- “*screening*” pour le dépistage ou diagnostic AND
- “*malnutrition*” pour la malnutrition ou dénutrition AND
- “*elderly*” pour la personne âgée

Pour la recherche dans PubMed, j'ai utilisé le MyNCBI pour focaliser ma recherche sur le Q-Code QS41 qui reprend “*family doctor*” OR “*general practitioner*” OR “*primary care physician*” OR “*primary care practitioner*”

Pour la recherche dans le méta-moteur Tripdatabase, je me suis basé sur le PICO (P = elderly I = malnutrition C=/ O=/)

Mes critères d'inclusion ont retenu les articles datant de moins de dix ans. J'ai privilégié les textes intégraux. Seuls les articles en français ou en anglais ont été retenus. Les articles devaient traiter des personnes âgées de plus de 70 ans, vivant en maison de repos et de soins ou à domicile et avoir un lien avec la médecine générale. Les articles ne concernant que les personnes âgées hospitalisées ont été exclus.

J'ai également consulté d'autres sites comme celui de l'OMS, du KCE et le portail santé de la Wallonie.

2. MÉTHODE DE TRAVAIL

2.1. DESCRIPTION DE LA MÉTHODE D'INVESTIGATION UTILISÉE

J'ai tout d'abord consulté à de nombreuses reprises l'outil MGTFE mis à disposition des assistants en médecine générale. Grâce à ce guide, je me suis orientée vers une approche qualitative pour la réalisation de ce travail. Ce choix me semblait tout à fait approprié pour répondre à ma question de recherche. En effet, l'objectif est de comprendre en profondeur un phénomène au travers des idées et des opinions de mes confrères généralistes. Pour cela, j'ai d'abord élaboré un guide d'entretien puis j'ai conduit des entretiens individuels semi-directifs auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant dans l'arrondissement de Dinant.

2.2. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES SUJETS DE L'ÉTUDE.

Mon étude cherche à identifier les modalités de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée ainsi que les freins au dépistage et les améliorations possibles pour les médecins généralistes. Mes critères d'inclusion concernent donc les médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant dont la patientèle est constituée de personnes âgées de 70 ans et plus, vivant au domicile ou en maison de repos et de soins. Mes critères d'exclusion sont donc les médecins généralistes exerçant hors de l'arrondissement de Dinant, les médecins spécialistes (gériatres) et le personnel paramédical (infirmier(e)s, kinésithérapeutes, logopèdes, diététicien(ne)s), les médecins généralistes qui ne suivent pas de personnes âgées au domicile ou en maison de repos ainsi que les médecins assistants.

2.3. LE MODE DE RECEUIL DES RÉSULTATS

J'ai pris contact avec les médecins généralistes directement par téléphone. La sélection s'est basée sur le critère démographique tout en visant à obtenir une répartition équitable des genres, des pratiques et des années d'expérience.

Les entretiens individuels ont été réalisés à la meilleure convenance des participants à l'aide d'un guide d'entretien réalisé par mes soins (annexe 1). Celui-ci a été testé sur mon maître de stage et a ensuite subi quelques modifications tout au long des différents entretiens. Ces modifications sont inhérentes à la démarche de théorisation ancrée. Les entretiens se sont déroulés du 1^{er} au 23 février 2020. Un formulaire d'information et de consentement a également

été signé par chaque participant (annexe 2). Pour cinq d'entre eux, l'entretien a été réalisé dans leur propre cabinet et pour l'un des médecins dans mon cabinet. Les entretiens ont été entièrement enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits mots à mots par mes soins. Un des entretiens est annexé au présent travail (annexe 3). Les autres entretiens menés sont consultables sur simple demande. L'anonymat des participants a été assuré en les codant (ex : MG1, MG2, ...). Un des médecins sollicités n'a pas donné de suite positive à mon appel. Les résultats ont ensuite été analysés à la main selon la méthode de théorisation ancrée. Pour m'aider dans cette démarche, je me suis référée à une lecture suggérée dans MGTFE (5). Les entretiens ont été lus à de nombreuses reprises afin d'en sortir les éléments importants et de leur donner un sens. Ensuite, les étiquettes obtenues ont été classées en catégories conceptuelles. Enfin, ces catégories ont été regroupées en thèmes généraux en regard des objectifs du TFE.

Dans le travail de préparation au TFE en deuxième année de master, j'avais prévu de réaliser un focus group. Cependant, différentes raisons n'ont pas permis de concrétiser ce projet :

- Tout d'abord, avec la pandémie COVID-19, réunir des médecins dans un endroit n'était pas approprié. La rencontre par vidéoconférence aurait pu pallier à ce problème, cependant, je ne me sentais pas à l'aise avec cet outil.
- Le manque de temps en cette période particulière m'a contraint à abandonner ce mode de recueil de résultats.

2.4. LES PRÉCAUTIONS ÉTHIQUES

J'ai soumis mon sujet de TFE au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale qui n'a pas jugé nécessaire de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique.

2.5. MODALITÉS DE COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Ce travail de fin d'études a été structuré selon le plan IMRaD pour faciliter sa lecture et offrir une meilleure lisibilité aux lecteurs.

VII. RÉSULTATS

1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

Tableau 1. Caractéristiques des participants

	Nombre d'années de pratique			Sexe	Pratique	Région	Qualification
	< 5 ans	5-20 ans	>20 ans				
MG1			X	Homme	Solo	Ville	MG
MG2	X			Homme	Association	Semi-urbain	MG + MC
MG3	X			Femme	Association	Ville	MG
MG4		X		Homme	Association	Ville	MG
MG5		X		Femme	Solo	Rural	MG
MG6			X	Homme	Solo	Ville	MG + MC

MC = médecin coordinateur ; MG = médecin généraliste

Dans cette étude qualitative, 6 médecins généralistes ont été interrogés entre le 2 février et le 23 février 2021 au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Ces 6 médecins font tous partie de l'arrondissement de Dinant, où je pratique actuellement.

Concernant la durée des différentes interviews, celle-ci varie de 23 minutes pour la plus courte à 47 minutes pour la plus longue.

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. DÉFINITION : PAS DE CONSENSUS

La majorité des médecins généralistes interrogés se basent sur des critères qualitatifs pour définir la dénutrition. Pour eux, la dénutrition chez la personne âgée est la conséquence de multiples problèmes physiques, psychiques, organisationnels et financiers. Certains rajoutent qu'il s'agit de façon plus théorique d'une insuffisance d'apports.

- *“Ça m'évoque des difficultés de préparation des repas à domicile (...) utilisation de boîtes de conserve, rarement des produits frais si personne ne s'occupe d'aller faire leurs courses (...) nourriture peu variée, à peu près les mêmes menus tout le temps (...). Manque d'envie de se faire à manger, on se contente d'une tartine (...) En maison de repos, je pense qu'ils sont limités par un budget.”* MG1

- *“Heu, en tout cas des patients qui ont des multiples pathologies et qui sont plus fragiles” MG3*
- *“L’origine de tout ça bah je pense que c’est multifactoriel hein, j’imagine qu’il y a une perte d’odorat, de goût qui peut entraîner ça, heu... le fait qu’ils aient pas mal de médicaments, heu, qu’ils ne bougent plus, le fait d’avoir moins de muscles (...)” MG4*
- *“... pour moi c’est une insuffisance d’apport, autant calorique que nutritive ...” MG2*
- *“La dénutrition c’est un manque d’apports, heu nutritionnels.” MG5*

Parmi les médecins, certains voient la dénutrition comme faisant partie intégrante du processus de vieillissement.

- *“... en plus ils ont tous une amyotrophie qui s’installe progressivement avec l’âge donc heu c’est normal qu’ils aient une perte de poids, enfin il me semble.” MG1*
- *“...J’ai l’impression que c’est quasi une évolution ...” MG4*

En terme de fréquence, tous les médecins interrogés sont d’accord pour dire que la dénutrition est plus fréquente en maison de repos et de soins qu’à domicile, en raison d’un niveau d’autonomie plus faible en MRS pour les activités de la vie journalière (AVJ). Certains regrettent le placement en maison de repos qui accélère cette dénutrition.

- *“À domicile, je trouve qu’il y en a ... c’est moins présent parce que les personnes âgées que j’ai dans ma patientèle qui sont à domicile, bah.. elles sont pas en maison repos donc ça veut dire qu’elles savent encore aller aux toilettes elles-mêmes, elles savent faire leur toilette, elles savent faire leur cuisine, la plupart du temps elles font leurs courses ou elles ont un ami qui fait leurs courses. Ils savent ce qu’ils vont manger et ils se préparent à manger s’ils aiment manger...” MG2*
- *“Je trouve que malheureusement, parfois le placement en maison de repos accélère un peu la perte d’autonomie et du coup la dénutrition quoi (...) c’est un peu malheureux et triste à dire mais on infantilise beaucoup les personnes âgées en maison de repos et donc on fait un peu tout à leur place, (...) donc je pense que c’est vraiment ça, cette infantilisation et cette perte d’autonomie qui fait que la dénutrition est plus fréquente en maison de repos et s’y accélère très vite” MG3*

2.2. DÉPISTAGE

A. UN DEPISTAGE NON SYSTEMATIQUE

Tous les médecins sont d'accord pour dire qu'ils n'en font pas un dépistage systématique mais ciblé, surtout à domicile. Le médecin généraliste connaît ses patients et se base sur l'appréciation clinique générale comme indicateur de dénutrition. Ce qui explique que l'état nutritionnel n'est pris en considération que lorsque l'état de santé de la personne âgée se dégrade.

- *“Moi, généralement, les patients âgés, je les vois une fois par mois pour les chroniques et donc heu, fin voilà, on est parfois frappé par l'aspect, l'amaigrissement, perte de poids, enfin bon il faut déjà quand même une perte de poids déjà assez importante heu sinon, j'essaye d'identifier ceux qui sont plus à risque aussi.” MG5*
- *“heu je me sens concerné mais je me sens plus concerné quand ça devient, quand ça a un impact réel flagrant sur la santé (...) C'est quelque chose qu'on va remarquer quand on va aller voir les gens, qu'on va voir une plaie, un escarre, qu'on va voir des signes cliniques secondaires en fait, ou une maigreur anormale, ou une inappétence. (...) Je ne pense pas qu'il faut en faire un dépistage systématique parce que c'est très... personne dépendant (...)” MG2*
- *“ça représente pour moi un facteur d'inquiétude, c'est pas bon signe si quelqu'un commence à être dénutri dans sa prise de sang, si il ne veut pas manger (...) Au final, je ne sais pas si je fais bien mais on travaille aussi beaucoup au nez, voilà, donc on connaît un peu les gens, on connaît leur comportement, on sait leurs habitudes de vie, leur négligence.” MG4*
- *“Bah je me sens concerné en cas de fatigue, d'amaigrissement, heu... infection traînante, peut-être plus chez les diabétiques, en cas de problème de cholestérol.” MG1*

B. UNE DEMANDE DE DEPISTAGE DECENTRALISEE

Le dépistage fait souvent écho à une demande décentralisée de la part de la famille ou du personnel paramédical (infirmiers(ères), aides-soignants(e)s, ...) en MRS et à domicile d'après la majorité des médecins généralistes interrogés.

- *“C'est plutôt la famille qui nous interpelle, mais encore une fois pour les personnes âgées à domicile ou en maison de repos. Ils disent 'ha maman ne mange plus rien, ha j'ai l'impression qu'elle maigrit à vue d'œil, heu. (...) MG3*

- *“Parfois je suis interpellé par des familles parce que leur papa ou maman perd du poids, ne mange pas mais c’est plus souvent le personnel ou les familles qui m’interpellent en disant “faudrait la re-booste un peu, lui donner un fortifiant”. Ils s’inquiètent beaucoup si il ne mange pas et ils ont bien raison, voilà.” MG4*

C. OUTILS DE DÉPISTAGE : PAS DE REGLES PRÉCISES

Les moyens utilisés pour dépister la dénutrition sont variés. Par ordre de fréquence, la mesure du poids et son suivi sont les premiers outils utilisés, davantage en maison de repos. Viennent ensuite l’anamnèse et surtout l’hétéroanamnèse alimentaire des aidants au domicile et en maison de repos, la biologie avec dosage des protéines et en dernier lieu l’examen clinique jugé moins important d’après certains, ciblant surtout une recherche des signes de déshydratation.

- *“L’examen clinique chez une personne dénutrie, si c’est pour un problème de dénutrition (...) je trouve ça moins important par contre l’anamnèse ça, ça va vraiment être important, autant l’anamnèse de la personne que l’hétéro-anamnèse de gens qui vivent avec ou qui lui donnent à manger ou qui lui font à manger ou.. un peu savoir comment ça se déroule au niveau de l’alimentation quoi.” MG2*
- *“Beh donc, pesée régulière et alors prise de sang et dosage principalement des protéines, heu dont la pré-albumine et l’albumine pour voir un petit peu l’état nutritionnel quoi (...) la recherche de signe de déshydratation parfois c’est... en lien avec la dénutrition.” MG3*
- *« Ici bien entendu moi j’ai un aide-soignant qui fait ça qui prend les poids tous les mois hein » MG6*

Un autre outil sur lequel la plupart des médecins généralistes se basent lors de leurs visites à domicile est l’inspection du frigo, témoin indirect de l’alimentation à domicile.

- *“Souvent le bac frigo des légumes et des fruits n’est pas très fourni et souvent ils ont des plats tout préparés ou bien heu... un paquet de beurre, une petite tranche de jambon qui traîne puis plus grand chose quoi.” MG1*
- *“Le frigo vide, idem si on voit que la cuisine n’a plus servi depuis mathusalem, dès qu’on voit qu’il y a des piles de trucs qui s’entassent, enfin voilà. Que les gens ne mangent pas ou qu’ils mangent mal par exemple que des biscuits c’est pas top non plus. Ça on va le voir en fonction des déchets de la consommation, c’est la même chose pour l’alcool et le tabac.” MG2*

- *“Fin ça m’est déjà arrivé d’aller voir dans les frigos hein. Parce que la personne me disait oui oui je mange et en fait elle mangeait pas” MG5*
- *« On m’a toujours dit d’aller voir de temps en temps dans le frigo des gens à domicile, euh... c’est un bon reflet de ce qu’il se passait. » MG6*

Un des médecins coordinateurs se base également sur un guide pour les maisons de repos. Néanmoins, il trouve cet ouvrage exhaustif ce qui rend sa mise en pratique difficile.

- *« C’est ma bible moi ça (il tape sur une pile de feuilles : le Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés – Guide pour les maisons de repos), en alimentation mais un peu trop même. Mais au moins là, tu sais donner le boulot à... je suis infirmier je fais ci, je suis aide-soignant, je fais ça (...). Moi quand j’ai lu tout ça y a , je crois qu’il y a 6 ans que ça a été fait, bah c’est très bien fait et je t’engage à le lire et à t’en servir pour ton travail mais pratiquement c’est presque pas possible... Bah c’est-à-dire que c’est un petit peu idéalisé » MG6*

Les 2 médecins coordinateurs interrogés ont évoqué l’existence d’une échelle mais son utilisation reste faible et non systématique en maison de repos. À domicile, aucun médecin généraliste n’utilise d’échelle de dépistage de la dénutrition.

- *“Et donc il y a une échelle bien sûr de dénutrition » MG6*
- *“(…) normalement en théorie il y a des outils qui existent pour ça. Est-ce qu’on les utilise ? Non. (...) On a des échelles d’évaluation, du risque de dénutrition. Je ne connais pas du tout leur nom (...) ils utilisent déjà quelques autres échelles qui sont utiles mais... en gros c’est simplement des bilans logopédiques sur comment la personne se nourrit donc je trouve que c’est pas assez approfondi et donc avoir une bonne échelle et savoir que cette personne là on doit la peser toutes les semaines alors qu’une autre plutôt une fois par mois ou tous les 3 jours par exemple, ça me semble plus utile” MG2*

D. REPERCUSSIONS DU DEPISTAGE

Les bénéfices d’un dépistage précoce pour le patient mais aussi pour le médecin sont bien connus par la majorité d’entre eux (amélioration de l’autonomie, diminution de la morbidité et de la mortalité).

- *“Je pense que la dénutrition ça peut engendrer une perte d’autonomie, des chutes, tu vois, des choses comme ça.” MG5*

- *“Pour le patient, il est plus actif, il est de nouveau beaucoup plus motivé, moins de dépression, probablement moins d’insomnie aussi heu.. donc activité plus grande des personnes âgées, moins d’escarres, heu... moins d’œdèmes, ils marchent plus facilement et plus de force, ils sont autonomes plus longtemps qu’en étant dénutris quoi.” MG1*
- *“Une diminution tout simplement des comorbidités et de tout ce qui est soins de santé qu’on aurait pu éviter (...) je risque de devoir les voir moins souvent tout simplement, et donc aussi moins d’hospitalisation” MG2*

3. FREINS AU DÉPISTAGE

3.1. LA CONTRAINTE DU TEMPS ET DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Le temps est le principal facteur limitant évoqué par tous les médecins interrogés. De plus, la charge de travail qui incombe au médecin généraliste laisse peu de place pour ce dépistage.

- *“Souvent on a autre chose à faire, donc on a autre chose à penser” MG2*
- *“Je pense que c’est le manque de temps ou plutôt le temps qu’on ne prend pas plutôt en maison de repos (...) On a déjà tellement de truc à faire, à gérer, heu ça va du psychologique, à l’infectieux, au cancer, donc heu voilà, ça serait bien si on avait le temps de faire tout ça, donc voilà faudrait avoir beaucoup moins de patients” MG4*

Le suivi des patients dépistés pose davantage de contrainte de temps que le dépistage lui-même. Les critères sur lesquels baser le suivi ne sont pas connus, un simple suivi de poids est généralement admis.

- *“Alors après c’est clair que le suivi va peut-être prendre plus de temps, il va falloir peut-être être plus régulier et y aller un peu plus régulièrement (...)” MG3*
- *“il faudrait envisager un suivi nutritionnel régulier quoi, mais est-ce qu’on peut envisager ça chez tous les patients âgés et puis sur base de quel critère ?” MG5*
- *“Et suivi des paramètres de poids” MG1*

3.2. UN DÉPISTAGE QUI DÉPASSE LES COMPÉTENCES MÉDICALES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Tous les médecins interrogés se sentent incompetents dans ce domaine de la médecine. Le manque d'(in)formation est la principale raison.

- *“En général on n’a pas eu de formation là-dessus à part en gériatrie mais sinon c’est à peu près tout” MG2*
- *“Il y a des recommandations là-dessus ?” MG1*

Un sentiment d'impuissance gagne certains médecins qui ne savent pas comment enrayer ce fléau.

- *“(…) j’ai l’impression que c’est difficile de lutter contre ça (…)” MG4*
- *“On dépisterait beaucoup plus tôt les gens. Est-ce qu’on sait adapter quelque chose derrière si les gens ne mangent pas bien chez eux ? Ce n’est pas évident” MG1*

D’autres médecins se disent peu investis dans ce dépistage par manque d’affinité et de motivation. Selon l’avis d’un des médecins, une femme serait plus sensible qu’un homme au problème de la dénutrition.

- *“Il y a des choses que je domine bien dans mon boulot que là je suis moins à l’aise donc heu, pourquoi, manque de motivation (…)il y a un manque de motivation de ma part pour cette partie-là de la médecine (…) Je pense aussi qu’une femme a plus de sensibilité qu’un homme pour ce problème-là.” MG1*
- *“je ne suis pas pro-actif là-dedans, je devrais j’imagine. Je pense que c’est une négligence condamnable (rire)” MG4*
- *“j’avoue que souvent on a la patientèle qui nous ressemble” MG3*

3.3. “MONEY MONEY”

Certains médecins évoquent aussi le fait que le dépistage de la dénutrition ne bénéficie pas de subventions financières, ce qui n’incite pas à la dépister.

- *“Elle n’est pas rémunérée non plus, mais bon ça c’est à la limite, c’est pas encore trop grave mais… heu… voilà” MG1*
- *“(…) Je pense que c’est encore une fois une question d’argent, parce que voilà, il faut gagner sa vie” MG4*

3.4. UNE COMMUNICATION PRÉCAIRE

Les médecins interrogés remarquent que la communication avec les infirmier(e)s, logopèdes, aides familiales, diététicien(ne)s et même avec le patient et sa famille est compliquée. Elle l'est d'autant plus au domicile qu'en maison de repos.

- *“L’infirmière n’est pas toujours au courant non plus puisque ce n’est pas elle spécialement qui fait, qui donne le repas, c’est aussi les aides-soignantes, donc on a pas toujours le retour d’information non plus quoi.” MG1*
- *“Ce qui est pas toujours facile c’est qu’ils savent pas toujours répondre eux-mêmes et donc l’hétéro-anamnèse des infirmiers et des aides-soignants est quand même fort importante aussi à ce niveau-là quoi... quand elles sont présentes (...) À la maison c’est encore plus compliqué. J’essaye d’avoir un contact, hors maison de repos, j’essaye de laisser un carnet de communication et alors j’essaye... j’essaye que les aides-soignantes et les inti le lisent, ce qui est pas toujours le cas (rires). Mais pour vraiment qu’elles notent leurs commentaires et qu’on ait au moins une communication parce que par téléphone, de vive voix c’est pas toujours évident”MG3*

Le manque de communication pose d’autres problèmes comme la méconnaissance du travail des intervenants, surtout concernant le travail des diététicien(ne)s. Elles sont davantage sollicitées par les médecins pour des problèmes d’obésité et de diabète que de dénutrition.

- *“Il n’y a pas d’échange avec les diététiciennes, c’est déjà arrivé un peu exceptionnellement où on a la diététicienne au téléphone, mais plutôt en cas de pathologie, en cas de diabète pour réintroduire les aliments en disant écoute ça ne va pas, elle est en train de descendre, faut qu’elle mange mais... c’est rare, diététicienne... je n’adresse pas pour la dénutrition, très rarement” MG1*
- *“A part l’une ou l’autre diététicienne en diabète j’ai pas d’autres échanges” MG2*
- *“À domicile, je pense que si les diététiciens pouvaient se déplacer pourquoi pas mais je pense que ce n’est pas encore dans les mœurs, voilà” MG4*
- *“C’est vrai que les logos à part malheureusement dire, oui attention il faut mixer, il faut plus donner de morceau (...) il faut se battre un peu avec les logopèdes pour pas... aller trop vite dans les mixés, les purées et les machins mais voilà.”MG3*

3.5. LA MARGE DE MANOEUVRE LIMITÉE DU MÉDECIN COORDINATEUR

En maison de repos, plusieurs médecins pensent que c'est au médecin coordinateur que revient cette tâche de dépistage de la dénutrition.

- *“Moi je trouve que c'est un peu le rôle du médecin coordinateur des maisons de repos, mais maintenant je pense que c'est compliqué parce que de nouveau ils ont énormément de choses à gérer et je pense que c'est un peu difficile (...)” MG3*

De son côté, un des médecins coordinateurs interviewé dit avoir un champ d'action limité à la fonction de coordinateur de soins et de conseiller.

- *« Le problème du médecin coordinateur c'est qu'il est sur la corde raide hein, il faut pas en faire trop et il faut pas en faire trop peu non plus (...) le médecin coordinateur bien entendu, à part la qualité générale de l'alimentation, moi j'ai pas accès au reste bien entendu, (il se racle la gorge) sauf à donner des conseils » MG6*

3.6. LE “POIDS DE LA BALANCE”

Certains médecins trouvent que la balance elle-même est un frein au dépistage. Elle est source de contrariété pour le médecin et son absence au domicile donne du fil à retordre à d'autres.

- *“Parfois c'est un peu compliqué pff quand la personne est toute seule, lui demander de se peser. Puis il y a en a qui n'ont pas de balance (soupire). Donc, je me souviens un décompensé cardiaque, heu j'ai dû apporter ma balance quoi, impossible d'avoir une balance donc je lui ai donné la mienne (rires).”MG5*
- *“Les peser j'ai l'impression que ça embête plus tout le monde” MG4*

La situation n'est pas meilleure dans certaines maisons de repos.

- *“On les pèse pas assez et il y a une maison de repos où ils n'ont pas de pèse-personne assis et donc voilà, il y a de gros problèmes” MG2*

3.7. UNE PRISE DE CONSCIENCE TARDIVE

Les médecins interrogés admettent qu'ils se rendent compte tardivement que leur patient âgé est (à risque) dénutri, parfois quand il est trop tard.

- *“En pratique c’est un problème qu’on soulève que très rarement quoi, sauf dans les cas extrêmes où c’est déjà un peu tard quoi.”MG2*
- *“A mon avis, on dépiste trop tard, on réagit trop tard” MG5*

Une des raisons à l’origine de cette prise de conscience tardive est le fait que la dénutrition est un motif de consultation caché. Les patients âgés ne consultent que très rarement pour une perte de poids.

- *“Déjà, ça va pas être la raison pour laquelle on nous appelle, tout simplement (...)” MG2*

A contrario, d’autres médecins interrogés n’ont pas l’impression que la dénutrition affecte de façon importante leurs patients âgés ou la dénutrition et son dépistage souffrent d’un manque de considération de la part de certains médecins généralistes.

- *“Ça doit être important, mais à mes yeux ça ne doit pas l’être aussi sinon je le ferais”MG1*
- *“Après le plus souvent, ce sont des dénitritions heu, si je ne les vois pas j’imagine qu’elles sont très modérées, on est pas sur quelqu’un qui est en dénutrition sévère.” MG4*

3.8. LA CRISE COVID-19

Le médecin coordinateur interrogé dénonce la situation sanitaire actuelle qui a mis entre parenthèse les réunions du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) en maison de repos.

- *« Tout ça a été stoppé ici depuis 1 an. On a vraiment plus fait que du COVID. Ça c’est quelque chose, moi ça me manque hein. » MG6*

3.9. FREINS INHERENTS AU PATIENT

La personne âgée véhicule des freins. En effet, certains médecins doivent faire face au refus de la personne âgée. Différentes raisons rapportées par les médecins généralistes peuvent l’expliquer.

- *“Puis il y a aussi le refus tout simplement” MG2*

- *“Les gens se pèsent à domicile, ceux qui veulent bien » MG6*

D’après l’un d’entre eux, le patient a l’impression que le médecin fait preuve d’indiscrétion, qu’il vient mettre son nez là où la personne âgée pense que tout va bien.

- *“Au début je pense que ça embête les patients parce qu’ils ont envie de faire leur popotte et qu’ils n’ont pas envie d’être embêtés à ce niveau là parce que pour eux c’est peut-être pas au médecin de s’en occuper heu” MG3*
- *« c’est un petit peu euh pas dénier mais enfin c’est à domicile en tous les cas je trouve que c’est pas toujours pris très au sérieux. Et puis ils mangent comme ils ont toujours mangé alors bon si c’est comme ça c’est pas très grave mais...mais nous ça doit nous alerter ! » MG6*

Un autre médecin parle de désinvestissement corporel. D’après ce médecin, avec l’âge, la personne âgée ne se préoccupe plus de son poids et de son apparence. L’absence de balance au domicile en est le signe.

- *“Je pense qu’elles se pèsent pas, elles ne se pèsent plus et je pense qu’elles ne sont pas trop attentives à ça (...)Puis il y a en a qui n’ont pas de balance (soupire).” MG5*

Un autre médecin a l’impression que c’est un sujet tabou pour la personne âgée.

- *« Et puis, les gens ne se laissent pas toujours, ont tendance à nier la mauvaise (il bafouille) le mauvais appétit, la dénutrition (...) parce qu’ils ne se rendent pas compte» MG6*
- *« à domicile si on ne leur dit pas ou si on insiste pas ben ils n’en parlent pas » MG6*

4. PISTES D’AMÉLIORATIONS

4.1. VERS UN CHANGEMENT DES PRATIQUES ?

D’après un des médecins interrogés, le fait de programmer des visites en maison de repos en plus des visites de nécessité permettrait une meilleure prise en charge des personnes âgées.

- *“(...)j’aimerais changer un petit peu mon fusil d’épaule au niveau de la façon dont je vais en maison de repos, (...) je fais des visites de nécessité immédiate, par exemple quelqu’un qui tousse, (...), mais c’est vrai que je devrais revoir ma façon d’aller en maison de repos, par exemple prendre tous les vendredis pour aller voir mes patients*

en maison de repos et prendre un peu plus le dossier, voir les dernières prises de sang. Ça ce n'est pas parfait et je devrais changer.” MG4

Pour d'autres, l'interprofessionnalité permet de mettre en place de nouvelles procédures et d'approcher de façon différente le dépistage de la dénutrition en le déléguant à des personnes dont c'est le travail.

- *“J'avoue que je fais un peu plus maintenant que je travaille avec mon associé c'est qu'on pèse systématiquement tout le monde, à chaque fois qu'on les voit... ou quasiment. Sauf s'ils ont bah juste un rhume mais à tous les renouvellements d'ordonnances on les pèse donc beh.. et même les gens chez eux et donc ça permet quand même d'avoir une bonne idée” MG2*
- *« Mais je pense que quand on est à plusieurs on peut faire plus de choses. Moi je suis un convaincu qu'on ne fait pas la médecine tout seul » MG6*
- *“Est-ce que ça doit absolument passer par le médecin généraliste ? Non, moi je pense qu'il pourrait y avoir d'office des avis systématiques par des diététiciens, diététiciennes et puis après voilà on pourrait collaborer, avoir au moins une prise de sang mais il pourrait justement s'inquiéter de prendre tous les paramètres (taille, poids), j'imagine, d'autres mesures (...)” MG4*

En maison de repos, il existe déjà des personnes dédiées à la prise de poids, et le suivi se fait au travers de réunions CLAN.

- *« Ici bien entendu moi j'ai un aide-soignant qui fait ça, qui prend les poids tous les mois hein et donc ça on a quand même c'est beaucoup plus simple et on un CLAN tous les trimestres. C'est une réunion d'équipe si tu veux qui concerne la dénutrition. » MG6*

4.2. VERS UNE COMMUNICATION 2.0 ?¹

Les médecins généralistes ont tendance à privilégier une communication interposée par facilité et par manque de temps.

¹ « 2.0 » : Expression qui appartient au concept « Web 2.0 », désignant les technologies qui suivent la forme initiale du web. Le 2.0 favorise l'échange entre les utilisateurs et la création de réseaux sociaux » L'internaute.

- *“Je veux bien avoir un contact téléphonique mais pas me retrouver à la maison avec pour discuter pendant 1/2h du cas de madame une telle (...)”MG1*

Avec le développement des programmes médicaux informatisés, plusieurs médecins évoquent la possibilité d’incorporer un outil de dépistage de la dénutrition dans les logiciels informatiques.

- *“Il y a tout un outil, ça s’appelle DMG + dans mon programme informatique et heu qui reprend tous ce qui est activité physique, tabac, en fait il y a plein de trucs. Donc il y a aussi l’alimentation et le BMI, un test sur les habitudes alimentaires mais donc c’est plus orienté sur le dépistage de l’hypercholestérolémie (...). Donc c’est un outil utile, il pourrait rajouter un truc dénutrition.” MG3*

Les médecins plus jeunes sont davantage intéressés par des moyens informatiques de communication et de formation.

- *“Donc, d’aller voir les sites dédiés, les trucs de l’AVIQ, les formations en ligne. Voilà moi j’irais plutôt là dessus” MG2*

4.3. LE ROLE DE L’ASSISTANT

Parmi les médecins interrogés, deux d’entre eux soulèvent le rôle que peut avoir l’assistant dans ce dépistage.

- *“Moi je me souviens assistante chez le Dr *** il avait clairement pas le temps de faire ses suivis réguliers en maison de repos et donc il libérait du temps pour moi pour le faire correctement, j’y ai passer des matinées et des après-midi entières pour revoir tous les traitements, faire les suivis de poids” MG3*
- *“Peut-être dans la motivation de nos assistants aussi bah c’est vrai quand vous posez des questions ou les stagiaires, comme ça on se remet un peu en question car on est un peu en pilotage automatique dans notre travail” MG1*

4.4. IMPLIQUER D'AVANTAGE LE PATIENT, SA FAMILLE ET LES AUTRES AIDANTS PROCHES

Les médecins sont d'accord pour dire qu'il faut également sensibiliser le patient âgé et son entourage surtout au domicile.

- *“Je pense que ce qui serait important c'est de sensibiliser le patient.” MG4*
- *Au domicile, peut-être contacter la famille et encore pas systématiquement. Je mets peut-être les points sur les “i” vis-à-vis des patients en leur expliquant ce qu'ils doivent faire.” MG1*
- *“c'est un peu à l'entourage d'avoir un peu l'œil attiré (...) Je pense que les aidants proches au domicile doivent aussi être vigilantes face à ce problème ” MG2*

VIII. DISCUSSION

1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Dans l'arrondissement de Dinant, la définition de la dénutrition ne bénéficie pas de consensus. Des critères qualitatifs sont utilisés pour la définir. Elle est perçue comme une **insuffisance d'apports** et comme la **conséquence de multiples problèmes** physiques, psychiques, organisationnels et financiers. Certains voient la dénutrition comme faisant partie intégrante du **processus de vieillissement**.

En terme de fréquence, tous les médecins sont d'accord pour dire que la dénutrition est **plus fréquente en maison de repos et de soins** qu'à domicile car l'**autonomie** dans les activités de la vie journalière (AVJ) y est **plus faible**. Certains médecins déplorent le placement en maison de repos qui aurait tendance à **accélérer la dénutrition**.

De plus, ils n'en font **pas un dépistage systématique mais ciblé, surtout à domicile**. Le médecin généraliste connaît ses patients et se base sur l'**appréciation clinique générale** pour suspecter une dénutrition. Ce qui explique que l'état nutritionnel n'est pris en considération que lorsque la santé de la personne âgée se dégrade.

Le dépistage fait souvent écho à une **demande décentralisée** de la part de la famille ou du personnel paramédical (infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, ...) en maison de repos et à domicile d'après la majorité des médecins généralistes interrogés.

Les moyens mis en œuvre pour dépister la dénutrition sont variés. **La mesure du poids et son suivi** sont les premiers outils utilisés, davantage en maison de repos. Viennent ensuite l'**anamnèse et surtout l'hétéroanamnèse alimentaire des aidants** au domicile et en maison de repos, la **biologie** avec dosage des protéines et en dernier lieu l'**examen clinique** jugé moins important d'après certains, ciblant surtout une recherche des signes de déshydratation.

Un autre outil sur lequel la plupart des médecins généralistes se basent lors de leurs visites à domicile est l'**inspection du frigo**, témoin indirect d'un (risque) de dénutrition.

En maison de repos, un des médecins coordinateurs utilise un guide, le **Plan Wallon nutrition, Santé et bien-être des Aînés** (PWNS-bé-A) mais il admet sa mise en pratique difficile.

L'existence d'une **échelle** est également évoquée par les deux médecins coordinateurs mais son utilisation reste faible en maison de repos et absente au domicile.

Enfin, les **bénéfices d'un dépistage précoce** pour le patient et pour le médecin soient **bien connus** par la majorité d'entre eux (amélioration de l'autonomie, diminution de la morbidité et de la mortalité).

Les freins dépendants des médecins sont le manque de temps, la charge de travail, intrinsèquement liés aux fonctions du médecin généraliste. Le **temps consacré au suivi** du patient après le dépistage pose davantage de problèmes pour certains, d'autant plus que les modalités de suivi ne sont pas connues, hormis un suivi du poids. Ensuite, viennent le **manque d'affinité et de motivation**, un **sentiment d'impuissance** qui gagne certains d'entre eux et une **conscientisation tardive du problème de la dénutrition** par manque de considération et parce que la dénutrition est un motif de consultation caché. Selon un des médecins, **une femme serait plus sensible** à la question de la dénutrition qu'un homme. Une autre difficulté rencontrée par tous les médecins, surtout au domicile est la **communication déficitaire** entre le médecin, le personnel paramédical, la famille et le patient lui-même. Ce manque de communication entraîne une **méconnaissance du travail des partenaires de soins**, dont celui des diététicien(ne)s qui en subissent les conséquences. Un frein propre au médecin coordinateur est son **champ d'action** qui se limite à une fonction de conseiller et de coordinateur.

Des freins indépendants des médecins sont également soulevés. Le manque d'(in)formation est le premier. Ensuite un frein plus technique rencontré est **l'absence de balance** surtout à domicile mais parfois rencontré également en maison de repos. Un autre frein est **l'absence de financement du dépistage**, et depuis un an maintenant, **la crise sanitaire**.

De plus, des freins inhérents aux patients sont rapportés, comme le **refus** du patient de se peser. Ce refus a trois explications selon les médecins généralistes : la dénutrition est un **sujet tabou** pour le patient âgé. Avec l'âge il se **désinvestit de son poids et de son corps** et enfin, il pense que ce n'est **pas au médecin de s'occuper de ce problème**.

La première piste d'amélioration soulevée par les médecins généralistes est un **changement des pratiques** qui consisterait en la **programmation de visites de routine en maison de repos** et le développement de **la collaboration interprofessionnelle** pour améliorer le dépistage de la dénutrition.

Ensuite avec le développement d'une médecine plus informatisée, l'idée est née **d'incorporer dans les logiciels médicaux un outil au dépistage** de la dénutrition. Les médecins plus jeunes sont davantage intéressés par des **outils de communication et de formation connectés**.

La troisième piste serait de **sensibiliser davantage le patient et les aidants proches** (professionnels et proches) pour améliorer le dépistage.

Enfin, l'**implication de l'assistant** dans ce dépistage serait une autre idée à développer.

2. FORCES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

Pour commencer, le choix de la méthode qualitative par entretiens individuels semi-directifs a permis de répondre à ma question de recherche. En effet, l'exploration des expériences et du ressenti des médecins généralistes face au dépistage de la dénutrition grâce aux entretiens a mis en lumière les modalités, les freins et les pistes d'améliorations possibles. De plus, les entretiens ont apporté un côté plus réaliste, une sensibilité aux réponses à la question de recherche, qu'un questionnaire n'aurait pas amené.

De plus, c'est pour moi une petite victoire personnelle. Je me sens assez fière d'avoir réalisé des interviews car de nature plutôt réservée et introvertie, j'ai dépassé mes propres limites en allant à la rencontre de mes confrères. C'était aussi un de mes objectifs au terme de ce travail de fin d'études et de l'assistantat en médecine générale. Pour **limiter le biais de non réponse**, j'ai décidé de contacter directement les médecins généralistes par téléphone, m'assurant ainsi plus de réponses positives que négatives ou d'oublis.

Les entretiens se sont basés sur un guide d'entretien élaboré par mes soins. Au début, il a été difficile de ne pas donner mon avis car j'ai senti que certains médecins cherchaient mon approbation à leurs réponses ou l'avis de leurs confrères déjà interrogés, générant un **biais de désirabilité sociale**. De plus, même si l'entretien semi-dirigé offre un cadre au sujet de l'étude, certaines thématiques comme le traitement de la dénutrition ont été abordés mais ne sont pas discutés dans ce travail par soucis de concision, créant donc un **second biais dépendant du mode de récolte de mes résultats**. De plus, par manque d'expérience, **le stress** des entretiens a pu limiter la qualité des réponses. Le fait de répéter les entretiens et d'améliorer mon guide d'entretien m'a permis de me sentir plus à l'aise et de réduire ce stress et ainsi d'améliorer la qualité des entretiens.

Le troisième biais rencontré est le **biais de sélection**. Les entretiens se sont limités aux médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant. Pour atténuer ce biais, j'ai multiplié les entretiens avec des médecins de sexe, de pratique et de région différents. Une septième médecin généraliste contactée par téléphone n'a pas donné de suite à ma sollicitation, malgré un rappel

téléphonique, ce qui explique la disparité de genre. Malgré ce refus, je suis tout de même arrivée à la saturation des données au bout des six entretiens menés.

De ce troisième biais découle un **biais de représentativité**. En effet les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisables à l'ensemble de la population. De plus, les entretiens n'ont ciblé que les médecins généralistes et les médecins coordinateurs de maison de repos et de soins. Il aurait été intéressant d'obtenir l'avis d'autres personnes concernées comme les infirmier(e)s, les kinésithérapeutes, les aide-soignant(e)s, le patient ainsi que sa famille pour enrichir le sujet. Cela pourrait être le fruit d'une autre étude qualitative.

Un cinquième biais est le **biais de confirmation**. En effet, étant moi-même médecin, lors de la création de mon guide d'entretien, j'ai tenté de répondre aux questions et j'ai émis mes propres idées au sujet de la question. J'ai donc pu privilégier les informations qui confirmaient mes hypothèses préconçues. Tout au long de l'écriture de ce travail, j'ai gardé en tête ce biais pour essayer de le limiter le plus possible.

3. QUEL ÉCLAIRAGE DE LA LITTÉRATURE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

3.1. DÉFINITION DE LA DÉNUTRITION

La littérature scientifique ne nous éclaire guère en ce qui concerne la signification de la dénutrition. Malgré de nombreuses tentatives de définition, l'absence de consensus est ressentie dans la pratique quotidienne. La disparité dans les définitions recueillies auprès des médecins généralistes en est le constat le plus clair. La dixième version de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (ICD-10 de l'OMS) ne vient pas en aide aux médecins généralistes puisque le terme "dénutrition" en est le grand absent et est repris sous le vocable de "malnutrition". (6)

Mais alors, c'est quoi la dénutrition ?

Les experts de la haute autorité de santé (HAS) propose de définir la dénutrition comme un état de déséquilibre nutritionnel caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif. (7) Les personnes âgées sont les cibles privilégiées de la dénutrition car elles y sont plus vulnérables en raison de multiples facteurs qui peuvent être regroupés en 3 catégories ; les facteurs intrinsèques, extrinsèques et situationnels (annexe 5). La complexité du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition réside entre autre dans l'identification de ces facteurs et peut donc effrayer plus d'un(e) confrère/consœur . (8) (9) Les conséquences de la dénutrition sont mieux

connues des médecins généralistes (augmentation de la mortalité et de la morbidité, hospitalisation, perte d'autonomie. (10) Malgré cela, le dépistage reste insuffisant.

Par contre, la perte de poids ne fait pas partie du vieillissement physiologique, ce qui va à l'encontre de la pensée de certains confrères. En effet, il n'est pas normal qu'une personne âgée maigrisse en vieillissant. Certes, il est vrai que la composition corporelle change, le muscle et l'os se raréfient mais ils laissent place à du tissu graisseux. Une personne âgée devrait donc dans le pire des cas garder un poids stable en vieillissant. (11)

On remarque que la dénutrition n'est donc pas un terme facile à définir pour les médecins généralistes. Elle est à la fois définie par une insuffisance d'apports et sur base de ses conséquences. De plus, la normalisation de la perte de poids lors du vieillissement pourrait aller à l'encontre du dépistage de la dénutrition.

3.2. LE DÉPISTAGE DE LA DÉNUTRITION

Si définir la dénutrition n'est pas chose aisée pour les médecins interrogés, la dépister est une tâche encore plus fastidieuse. En effet, on est loin du dépistage idéal selon lequel toutes les personnes âgées - quelles que soient leurs pathologies et même en cas de surpoids et d'obésité - devraient être systématiquement dépistées, selon les recommandations de l'ESPEN (12).

Sur le terrain, le dépistage n'est pas réalisé systématiquement et est plutôt tributaire d'un ressenti médical. Cette appréciation clinique générale sur laquelle se base les médecins généralistes pour dépister la dénutrition est un élément nouveau qui paraît tout à fait pertinent pour approcher et cibler ce dépistage en première ligne de soins. Contrairement à ce que dit l'ICD-10 de l'OMS, cette approche ne devrait être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles, lorsqu'aucune mesure du poids n'est possible, alors il convient de se fier à l'aspect clinique (6).

Il faut reconnaître que le risque de ce dépistage ciblé est de passer à côté de personnes âgées qui n'ont pas "l'air dénutries" et qui pourtant le sont, comme les personnes âgées en surpoids ou obèses. Il serait donc plus sage de dépister systématiquement toutes les personnes âgées de 70 ans et plus.

Les médecins généralistes font souvent le constat que la "demande" de dépistage vient des proches de la personne âgée (famille ou personnel paramédical comme les infirmier(ère)s, aide-soignant(e)s, ...). Cela peut s'expliquer car la dénutrition n'est pas un motif de consultation et

c'est bien souvent lorsque l'appétit diminue ou à l'occasion d'une perte de poids que le médecin est interpellé.

Mais finalement, à quelle fréquence faut-il dépister ?

Les recommandations souffrent elles aussi d'une absence de consensus. Le dépistage devrait être fait dès l'entrée de la personne âgée en maison de repos puis répété par exemple tous les trois mois si le poids est stable et tous les ans chez les personnes âgées ambulantes. Le but est d'arriver à un dépistage précoce de la dénutrition afin de prévenir ses conséquences. (12) (8)

Les médecins interrogés complètent le dépistage par la mesure du poids (et son suivi). Ensuite, une (hétéro) anamnèse surtout alimentaire est menée ; une prise de sang avec dosage de l'albumine et de la pré-albumine est réalisée et enfin un examen clinique à la recherche de signes de déshydratation. La majeure partie de ces outils sont retrouvés dans le Mini Nutritionnel Assessment short form (MNA-sf). Cette échelle dont l'utilisation en médecine générale est largement oubliée, au domicile et en maison de repos, l'est surtout par méconnaissance de son existence par les médecins généralistes. Le MNA-sf évalue la prise alimentaire, le poids, la taille, le BMI, la motricité, la présence d'une affection aiguë physique ou psychologique et éventuellement la mesure de la circonférence du mollet si le BMI n'est pas calculable. (annexe 4) L'utilisation de cette échelle validée est proposée par l'ESPEN pour le dépistage du risque de dénutrition car elle est facile d'utilisation et peu chronophage. (12) Son utilisation pourrait être rendue plus systématique en médecine générale afin d'améliorer le dépistage de la dénutrition.

Ensuite, une fois que le risque de dénutrition est établi, une évaluation plus approfondie de l'état nutritionnel doit être réalisée, suivie d'une intervention individualisée et d'un suivi régulier. (12) Les médecins généralistes ont bien conscience que ce dépistage implique un suivi mais ils n'en connaissent pas les tenants et aboutissants hormis le suivi du poids. Cette évaluation nutritionnelle complète permet d'obtenir des informations sur la gravité de la dénutrition ainsi que les causes sous-jacentes (annexe 5) pour adapter la prise en charge nutritionnelle qui ne sera pas abordée dans le présent travail. Cette évaluation doit être coordonnée par une équipe multidisciplinaire, constituée du médecin, de diététicien(ne)s et d'infirmier(ère)s. (12) Les médecins généralistes sont demandeurs d'une approche multidisciplinaire du dépistage de la dénutrition, en témoigne le MG4 : *“Est-ce que ça doit absolument passer par le médecin généraliste ? Non, moi je pense qu'il pourrait y avoir d'office des avis systématiques par des diététiciens, diététiciennes et puis après voilà on pourrait collaborer”*.

Afin d'homogénéiser le dépistage de la dénutrition, les experts du Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) issus des sociétés savantes internationales de la nutrition sont arrivés à un consensus sur les critères diagnostiques de la dénutrition.

Une approche en deux étapes est proposée. La première consiste à identifier les personnes “à risque de dénutrition” à l'aide d'une des échelles validées (ex : MNA-sf). Dans un second temps, il s'agit de confirmer le diagnostic et d'évaluer sa sévérité. Pour cela, les experts proposent de baser la réflexion sur des critères phénotypiques et étiologiques. Les critères phénotypiques reprennent le poids, l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI) et la masse musculaire. Les critères étiologiques se réfèrent aux apports alimentaires et à la présence d'un état inflammatoire aigu ou chronique. Une personne est dénutrie si elle présente un critère phénotypique et un critère étiologique. Ensuite, les critères phénotypiques sont utilisés pour caractériser la sévérité de la dénutrition. (13) (annexe 7).

Ce dépistage de la dénutrition est idéal mais déraisonnable faute de moyens. Dans un premier temps, il faudrait systématiser l'utilisation du MNA-sf en médecine générale. Dans un second temps, il faudrait évaluer la masse musculaire et faire un suivi des apports alimentaires. Tout ceci nécessite des ressources importantes en termes de temps, de personnel et de moyens techniques que le médecin généraliste seul n'est pas à même d'apporter. Par exemple, il faudrait faire appel au kinésithérapeute pour évaluer la masse musculaire ou demander à l'aide-soignant de suivre les apports. Ceci devrait être plus facilement réalisable en maison de repos qu'au domicile car les ressources y sont plus importantes.

Ce dépistage est “sensé” être simple, facile d'accès et ne doit pas nécessiter de geste invasif comme une prise de sang ni d'examen clinique exhaustif dans un premier temps. Plusieurs médecins ont évoqué le dosage de l'albuminémie comme outil de dépistage. Cependant, d'après les auteurs d'une publication, l'hypo-albuminémie n'est pas un marqueur de dénutrition ni de l'efficacité d'une prise en charge nutritionnelle. Elle n'est d'ailleurs pas reprise dans les critères de dépistage de la dénutrition établis par le GLIM. Néanmoins, elle doit être considérée dans le bilan nutritionnel comme indicateur de complications liées à la dénutrition. (14)

À une toute autre échelle, l'inspection du frigo des personnes âgées vivant à domicile est un outil qui revient régulièrement dans les échanges. Marie Gifts, diététicienne clinicienne invite le médecin généraliste mais aussi tous les aidants au contact de la personne âgée à ouvrir la porte du frigo, dans le but de prendre la température de la situation nutritionnelle au domicile. Un frigo peu rempli doit interpeller celui qui l'ouvre. (15)

Selon l'ESPEN, des politiques et des procédures locales dans les maisons de repos doivent être instaurées pour offrir des soins nutritionnels de qualité aux résidents. Une équipe multidisciplinaire devrait être constituée d'une diététicienne, d'infirmier spécialisé en nutrition, d'un médecin, d'aide-soignant(e)s, et du médecin coordinateur afin de mettre en œuvre cette politique nutritionnelle. (12)

La Wallonie avait déjà bien reçu le message puisqu'en 2012 le Plan Wallon Nutrition, Santé et bien-être des Aînés (PWNS-be-A) a vu le jour. L'un des objectifs est la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition en maisons de repos. Ce dépistage passe par l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques où tous les aidants professionnels peuvent trouver des repères pour élaborer une stratégie, un plan nutritionnel propre à la maison de repos. Il se veut un outil de référence, alliant théorie et conseils pratiques (11).

On remarque que les efforts sont surtout orientés vers les maisons de repos et de soins, sans doute parce que de la prévalence de la dénutrition y est plus importante. C'est dommageable pour la personne âgée au domicile de ne pas bénéficier d'un tel plan en créant, par exemple des équipes mobiles de dépistage de la dénutrition qui se rendraient au domicile des personnes âgées sur prescription du médecin traitant.

Les initiatives (inter)nationales visant à améliorer le dépistage de la dénutrition sont nombreuses mais elles sont encore méconnues des médecins généralistes. Comme dit Eugène Marbeau : *“la théorie nous montre le but à atteindre, la pratique nous montre le terrain à parcourir”*.²

3.3. LES FREINS AU DÉPISTAGE DE LA DÉNUTRITION

Les bases théoriques sont posées, la pratique quotidienne des médecins généralistes nous montre le fossé. Pour essayer de le combler, il est intéressant d'identifier les difficultés qui nous empêchent d'atteindre le but, celui d'un dépistage systématique de la personne âgée. Il existe – à ma connaissance - peu d'études scientifiques portant sur l'identification des freins au dépistage de la dénutrition. Et pourtant, l'enjeu est de taille au vu de la transition démographique qui est en cours. On retrouve quelques essais dans la littérature grise, de personnes qui comme moi ont voulu s'essayer à cette tâche.

² *Remarques et Pensées*, Société d'éditions littéraires et artistiques, Paris, 1901

Une étude transversale menée en France en 2013 apporte des résultats qui vont dans le même sens (16). Les principaux freins au dépistage de la dénutrition sont la difficulté de cibler les patients à dépister et l'oubli de dépistage. Viennent ensuite le manque de connaissance et de temps, des conditions de travail peu adaptées, un manque de financement, une motivation et des ressources techniques insuffisantes. On retrouve comme derniers freins le manque de compliance du patient, l'envoi chez le spécialiste et un désintérêt du sujet pour certains médecins. Cependant, mon étude met en lumière de nouveaux freins. Le premier est le manque de communication avec les intervenants, qu'ils soient infirmier(ère)s, diététicien(ne)s, kinésithérapeutes, aide-soignant(e)s, logopèdes et proches. Ce manque de communication entraîne une méconnaissance des partenaires de soins, surtout en ce qui concerne le travail des diététiciens. Les médecins n'y font pas appel car la majorité pense que leur travail se limite à l'élaboration de régimes et de rééquilibrages alimentaires. Le second vient d'une remarque faite par un des médecins qui suggère qu'une femme serait plus sensible à ce problème. C'est un constat que j'ai pu remarquer chez les deux médecins femmes que j'ai interrogées dont l'engouement pour la question du dépistage de la dénutrition était plus important. Cependant, cette constatation n'est basée que sur mon propre ressenti. De plus, le manque de temps pour le suivi ainsi que la méconnaissance des tenants et aboutissants de ce suivi apporte une nuance supplémentaire. Enfin, le sentiment d'impuissance ressenti par certains médecins complète cette série. Ce sentiment peut être expliqué par la cascade de la dénutrition (annexe 6). En effet, en basant leur dépistage sur l'appréciation clinique de la personne âgée, les médecins arrivent souvent trop tard, lorsque les escarres, les chutes font déjà partie du quotidien de la personne âgée.

Un autre frein est lié à la situation en maison de repos et de soins. Les médecins généralistes pensent que c'est au médecin coordinateur qu'incombe la tâche du dépistage de la dénutrition. Le médecin coordinateur, se justifie en évoquant un champ de compétences limité par sa fonction. Pour étayer ces positions et apaiser les tensions, on retrouve dans le guide pour les maisons de repos du PWNS-be-A des repères pour les différentes pratiques professionnelles.

La fonction du médecin coordinateur est celle d'un intermédiaire entre médecins généralistes, direction et personnel soignant. Il les sensibilise à la mise en application du PWNS-be-A, il organise des formations continues et participe aux réunions du CLAN afin d'améliorer la pratique en maison de repos.

Le rôle du médecin traitant en maison de repos est quant à lui de rester attentif aux facteurs liés à la dénutrition (annexe 5), au screening nutritionnel (BMI, résultat MNA-sf et tests biologiques) ; de prendre en charge le patient dénutri en concertation avec la diététicienne et de participer aux réunions CLAN selon son souhait. Et c'est bien là que le bât blesse. Le PWNS-be-A est connu des médecins coordinateurs mais ne l'est pas des médecins généralistes, aucun n'a évoqué son existence. On peut donc en déduire que le médecin généraliste n'est pas au courant du rôle qu'il devrait jouer dans la prise en charge nutritionnelle de ses patients.

La situation sanitaire dans laquelle nous nous trouvons, ainsi que nos aînés n'a fait qu'enliser le dépistage de la dénutrition, en témoigne un médecin coordinateur en maison de repos. Le COVID-19 a été la priorité depuis le mois de mars 2020, laissant les réunions CLAN de côté. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'études évaluant le retentissement de la crise sanitaire sur le dépistage de la dénutrition.

On remarque donc que certains freins sont plutôt présents à domicile qu'en maison de repos.

- Le manque de temps et la charge de travail : en maison de repos, la pesée et le suivi du poids peuvent être réalisés par le personnel paramédical de façon plus régulière qu'au domicile. De plus, les réunions CLAN favorisent ce suivi.
- Le dépistage de la dénutrition n'est pas dépendant de l'affinité et de la motivation du médecin en MRS car la pesée et le suivi du poids sont réalisés par l'équipe paramédicale. Ainsi, le patient ne peut donc pas reprocher au médecin de se mêler de ce qui ne le regarde pas.
- La communication avec les partenaires de soins est plus difficile au domicile, ce qui rend le dépistage de la dénutrition plus compliqué. De plus, le rôle de chaque intervenant en terme de nutrition est bien identifié en MRS grâce au PWNS-be-A.
- Les maisons de repos sont –normalement- équipées de balances adaptées à la pesée de tous les patients âgés, le frein de la balance est donc moins présent en MRS.

3.4. LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES

À ma connaissance et après avoir consulté la littérature scientifique à ce sujet, aucune piste d'amélioration concernant le dépistage de la dénutrition n'est le sujet d'études scientifiques. Il s'agit donc d'éléments nouveaux et de suggestions personnelles. Cependant, pour justifier et enrichir certaines améliorations, des articles scientifiques n'ayant pas de rapport direct avec la personne âgée ou le dépistage de la dénutrition ont été retenus.

Tout d'abord, la programmation de visites de routine que ce soit en maison de repos ou à domicile permettrait d'approcher le patient différemment des visites de nécessité immédiate en accordant plus d'attention à la prévention. Cette perspective ressort d'une étude qualitative portant sur l'intérêt de la visite à domicile programmée (17). La visite à domicile est également l'occasion pour le médecin de se rendre compte de l'environnement dans lequel le patient âgé vit.

Ensuite, la collaboration interprofessionnelle est une des pistes à explorer afin d'améliorer le dépistage de la dénutrition. Elle permet de réfléchir et de développer des objectifs communs pour améliorer la pratique quotidienne afin d'offrir des soins de qualité et une prise en charge globale aux patients. Cette collaboration est davantage rencontrée en maison de repos au travers du CLAN dont l'objectif est, grâce à une approche transversale, de prévenir les problèmes nutritionnels comme la dénutrition (11). À domicile, la collaboration interprofessionnelle est plus précaire et repose souvent sur le bon vouloir des différents intervenants. Dans la plupart des cas, quand il y a collaboration, elle se fait au travers d'un cahier de communication, selon mon expérience personnelle.

En parallèle, la transformation digitale des soins de santé belges se poursuit. À l'avenir, il serait intéressant d'intégrer un outil de dépistage de la dénutrition de la personne âgée dans les logiciels médicaux afin de contribuer à l'amélioration de son diagnostic. Il pourrait servir de référentiel théorique et comme outil de rappel. Le développement de page web consacrée et d'e-learning offrent certaines commodités en terme d'accès à la (in)formation. C'est un outil à exploiter davantage à l'avenir en complément d'une formation plus classique sur les bancs de l'université (18). C'est en tout cas l'avis partagé de médecins généralistes plus jeunes.

Par ailleurs, pour impliquer l'assistant dans le dépistage de la dénutrition, il doit être formé. Cependant, à la sortie des études médicales, son baguage nutritionnel est restreint à quelques notions élémentaires. C'est insuffisant pour appréhender le défi de la dénutrition qui touche nos aînés. Selon les auteurs d'un article récemment paru dans la Revue Médicale de Liège, l'intérêt des médecins pour la nutrition ne s'estompe pas, en témoigne le succès des formations complémentaires proposées. De plus, dans la pyramide de soins, le médecin est le mieux placé pour identifier un problème de dénutrition chez la personne âgée. (19)

Enfin, une autre piste soulevée est d'impliquer le patient, sa famille et les aidants proches. Selon ESPEN, l'éducation nutritionnelle du patient (à risque) dénutri est primordiale pour le sensibiliser à maintenir un apport alimentaire adéquat. (9) En Belgique, les résultats de l'étude

Nutrition II révèle des résultats interpellant à ce sujet. En effet, seulement 13% des patients dénutris reconnaissent être dénutris. Cela signifie que près de 9 patients âgés sur 10 n'ont pas conscience d'être dénutris. De plus, les patients en maison de repos sont moins conscients de leur état de dénutrition que ceux vivant à domicile (20). Il est donc important de sensibiliser le patient à la dénutrition pour qu'il puisse être acteur de son dépistage lorsque son état cognitif le permet. La famille mériterait aussi de recevoir une information de qualité au sujet de la dénutrition pour interpeler le médecin ou les autres aidants proches au moindre problème.

IX. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La question de la dénutrition et de son dépistage chez la personne âgée reste encore peu abordée en médecine générale. Même si des efforts pour réduire le fossé entre théorie et pratique sont entrepris, il reste du chemin à parcourir. Les modalités de dépistage, l'identification des freins et des pistes d'amélioration ont permis de comprendre la manière dont le dépistage de la dénutrition est effectué par les médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant.

Cela a permis d'identifier les points sur lesquels les médecins généralistes peuvent agir afin d'améliorer le dépistage de la dénutrition chez leurs patients âgés de plus de 70 ans vivant au domicile ou en maison de repos et de soins.

Ces points sont synthétisés sous forme de « *Take home messages* »³ :

- L'absence de consensus de définition est remarquée dans la pratique par la disparité des interprétations du terme.
- Le dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans par les médecins généralistes dans l'arrondissement de Dinant n'est pas systématique, il est basé sur l'appréciation clinique générale du patient et fait souvent écho à une demande décentralisée.
- La dénutrition est plus fréquente en maison de repos qu'à domicile.
- Les moyens utilisés par le médecin généraliste pour approcher le dépistage de la dénutrition sont : le poids et son suivi, l'(hétéro)anamnèse alimentaire, la biologie, l'examen clinique, l'inspection du frigo au domicile et la mise en application d'un guide dans les maisons de repos par le médecin coordinateur.
- Les principaux freins peuvent être regroupés en trois catégories :

³ «*Take home messages*» : les messages à retenir

- 1) Les freins dépendants du médecin : le manque de temps et la charge de travail ; le manque d'(in)formation, d'affinité et de motivation ; un sentiment d'impuissance ; une conscientisation tardive du problème ; une sensibilité moins importante au sujet par les médecins généralistes de sexe masculin et pour finir une communication déficitaire entre les intervenants entraînant une méconnaissance du travail respectif.
 - 2) Les freins indépendants au médecin : la crise sanitaire, le manque de financement, l'absence de balance au domicile et en maison de repos, le champ d'action limité du médecin coordinateur en maison de repos et de soins.
 - 3) Les freins inhérents à la personne âgée qui se désinvestit de son corps ; pour qui la dénutrition constitue un sujet tabou et qui considère que ce n'est pas le travail du médecin de prendre en charge ses problèmes nutritionnels.
- Les pistes d'améliorations s'orientent vers un changement de pratique, une communication et des formations « 2.0 » ainsi que l'implication de l'assistant, du patient et de sa famille.

Ce travail s'est concentré sur l'expérience des médecins généralistes. Il est sans prétention et n'est pas exhaustif mais il se veut un outil, une base de travail pour améliorer le dépistage de la dénutrition chez nos aînés. Ce travail ne dévoile "qu'une version" du dépistage de la dénutrition mais il serait tout aussi intéressant d'aller à la rencontre des personnes âgées, de leurs proches, des aide-soignant(e)s, des infirmier(ère)s, des diététicien(ne)s, des logopèdes et des kinésithérapeutes pour connaître leur ressenti et enrichir ce travail de différents points de vue. Il serait également intéressant d'étudier les conséquences de la crise sanitaire sur la dénutrition de la personne âgée en MRS et à domicile. De plus, un outil pratique adapté à la pratique en médecine générale pourrait être créé afin d'améliorer le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée.

Ce travail est destiné aux médecins généralistes mais aussi à toute autre personne intéressée par son sujet. Cette étude permettra, je l'espère, d'enrichir la littérature scientifique, pauvre d'études qualitatives sur le sujet

X. BIBLIOGRAPHIE

(1) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Vieillesse et santé**. [Web page]. 2018. Available from : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (consulté le 13/01/2021)

(2) Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). **Populations des 65 ans et +** [Web page]. 2021. Available from : https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2021/03/D009-POP.65-032021_full1.pdf (consulté le 14/02/2021)

(3) Organisation Mondiale de la Santé. **Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé**. [Web page]. 2016. Available from : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf?ua=1 (consulté le 13/01/2021)

(4) Mistiaen P., Cordon A., Devriese S., Nevens H., San Miguel L., Savoye I., Van den Heede K. **Organisation et remboursement de la nutrition entérale et parentérale en milieu hospitalier et extrahospitalier**. [Web page]. 2019. Available from : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_315B_Nutrition_enterale_et_parenterale_Synthese_0.pdf (consulté le 13/01/2021)

(5) Blais M, Martineau S. **L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes**. Recherches qualitatives 2006 ; 26(2):1-18.

(6) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). **Malnutrition (E40-E46)**. World Health Organization. 2019. [Web page]. Available from : <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/E40-E46> (consulté le 07/03/2021)

(7) Joly F., Desport J-C., Mas Emmanuel. **Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte**. HAS. 2019 [Web page] Available from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf (consulté le 23/03/2021)

- (8) Van der Schueren Th., Vanhalewyn M. **Dénutrition de la personne âgée : dépistage, diagnostic et prise en charge**. RMG 2012, 289:34-41. [Web page]. Available from : https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/289/RMG289_34-41.pdf (consulté le 12/01/2021)
- (9) Yerly N., Nguyen S., Major K., Bosshard Taroni W., Büla C. **Approche ambulatoire de la dénutrition chez la personne âgée**. Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 2124-2128.
- (10) Ebpracticenet. **Problèmes nutritionnels chez les personnes âgées**. Duodecim Medical Publications Ltd. 2020 [Web page]. Available from: <https://www.ebpracticenet.be/fr/gp/pages/display.aspx?ebmid=ebm00467> (consulté le 13/01/2021)
- (11) Barbier C., Jacobs M., Ruidant L., Taeymans B. **Plan Wallon Nutrition santé et bien-être des aînés. Guide pour les maisons de repos**. 2012. Service Public de Wallonie. 1-50. [Web page]. Available from : https://questionsante.org/assets/files/PS/Collaborations/31237_SPW_Br_Plan_Nutrition_MR.pdf (consulté le 09/05/2020)
- (12) Volkert D., Beck A., Cederholm T., et al. **ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics**. Clinical Nutrition 2019, 38:10-47.
- (13) Cederholm T., Jensen G.L., Correia M.I.T.D., et al. **GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community**. Clinical Nutrition 2019, 38 : 1-9.
- (14) Aussel C., Cynober L. **L'albuminémie est-elle un marqueur de l'état nutritionnel ?** Nutrition Clinique et Métabolisme 2013, 27 : 28-33. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0985056212001161?via%3Dihub> (consulté le 07/03/2021)
- (15) Anzevui A., Gits M. **La dénutrition menace les personnes âgées**. L'Avenir 2015, 122, p. 1-3 [Web page] Available from : <https://core.ac.uk/download/pdf/34084468.pdf> (consulté le 13/03/2021)

- (16) Gaboreau Y., Imbert P., Jacquet J-P., Marchand O., Couturier P., Gavazzi G. **What are key factors influencing malnutrition screening in community-dwelling elderly populations by general practitioners? A large cross-sectional survey in two areas of France.** European Journal of Clinical Nutrition (2013) 67, 1193-1199.
- (17) Drouguet A. **La visite à domicile programmée de longue date : intérêt et rôle du médecin généraliste.** UCLouvain (2020).
- (18) Galland-Decker C., Gachoud D., Monti M. **E-learning : un complément efficace et nécessaire à la formation post graduée.** Rev Med Suisse 2016 (12) ; 2004-2006. Web page. Available from : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-540/E-learning-un-complement-efficace-et-necessaire-a-la-formation-postgraduee> (consulté le 03/04/2021)
- (19) Thissen JP., Boucquiau A., Paquot N., Preiser JC. **Plaidoyer pour l'enseignement de la nutrition clinique aux futurs médecins.** Rev Med Liège 2021; 74:4 : 256-261.
- (20) Vandewoude M., Van Wijngaarden J., De Maesschalck L., Luiking Y., Van Gossum A. **The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes : results of the NutriAction II study.** Aging Clinical and Experimental Research (2019) 31:175-183.

XI. ANNEXES

ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN

1. Introduction

Je réalise une étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant qui a pour sujet le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans vivant au domicile ou en maison de repos (et de soins).

2. Phase de début d'entretien

Pourriez-vous vous présenter en quelques phrases et me parler de votre parcours professionnel ?

3. Thème 1 : Etat des lieux. Qu'est-ce que la dénutrition de la personne âgée vous évoque ? Comment la définiriez-vous ?

- Selon vous, quelle est l'importance du problème de la dénutrition dans votre patientèle de personne âgée vivant au domicile et en maison de repos ?
- Dans quelle mesure vous sentez-vous concerné(e) par l'état nutritionnel de vos patients âgés ?

4. Thème 2 : Dépistage de la dénutrition. Face à un patient âgé dénutri, quelle est votre attitude ?

- A quelle fréquence et quels moyens utilisez-vous pour dépister la dénutrition ? Les moyens dont vous disposez sont-ils facilement disponibles et applicables ?
- Quels pourraient être les bénéfices (pour le patient et pour vous-même d'un dépistage précoce chez vos patients âgés ?
- Quelles sont les difficultés / les freins au dépistage que vous rencontrez dans votre pratique ?

5. Thème 3 : Améliorations possibles ?

- Sur quels aspects pensez-vous pouvoir agir pour améliorer le dépistage de la dénutrition chez vos patients âgés ?
- Qu'êtes-vous prêt à mettre en place dans votre pratique pour améliorer le dépistage de la dénutrition ?

Version adaptée du formulaire de consentement proposé par le Collège de Médecine Générale de Nice, disponible sur : https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53

N° d'identification du participant : MG (chiffre)

Introduction : Dans le cadre de mon travail de fin d'année, je réaliser une étude qualitative sur le dépistage de la dénutrition de la personne âgée de plus de 70 ans vivant au domicile ou en MR(S) auprès de médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant

Réalisation de l'entretien : Cet entretien sera réalisé par Florine Romain suivant vos disponibilités. Il durera de 30 à 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est-ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu/ expérience clinique du dépistage de la dénutrition chez vos patients âgés de plus de 70 ans vivant au domicile ou en maison de repos.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Florine Romain

Les résultats seront utilisés dans le cadre du travail de fin d'étude de Florine Romain.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature + date
(participant) _____

Signature +
(investigateur) _____

1. Pourriez-vous vous présenter en quelques phrases et me parler de votre parcours professionnel ?

Ok, moi je suis médecin généraliste agréé depuis 3 mois, j'ai été diplômé de médecine générale en octobre 2020. Heu... pendant tout mon assistanat j'ai participé, enfin, j'ai suivi et participé et suivi des médecins coordinateurs de maison de repos, et donc ça j'ai repris le flambeau au 1er octobre, dès que j'ai eu mon diplôme et heu ben donc je me suis installé, je suis médecin généraliste nouvellement installé et j'ai surtout de nombreux patients en maison de repos. Je travaille aussi en association avec un autre médecin généraliste déjà installé depuis plusieurs années. Donc, ben actuellement on partage le même cabinet. Je suis médecin coordinateur de 2 maisons de repos à *** et ***.

2. Etat de lieux.

Qu'est-ce que la dénutrition vous évoque ?

La formation que j'ai eu en tant que médecin coordinateur (rires) surtout. Mais donc heu moi ce que ça m'évoque c'est que c'est un problème un peu trop peu adressé en tout cas, donc heu en médecine générale. En général on n'a pas eu de formation là-dessus à part en gériatrie mais sinon c'est à peu près tout. Et sinon en pratique c'est un problème qu'on soulève que très rarement quoi, sauf dans les cas extrêmes où c'est déjà un peu tard quoi.

Comment la définiriez-vous ?

Silence, beh heu... pour moi c'est une insuffisance d'apport, autant calorique que nutritive, bah chez une personne... âgée en l'occurrence, donc voilà c'est plus une insuffisance.

Est-ce un motif fréquent de consultation ?

Non, vraiment pas, parce que... j'ai plus l'impression que c'est pas un motif de consultation mais que c'est quelque chose qu'on va remarquer quand on va aller voir les gens, qu'on va voir une plaie, un escarre, qu'on va voir des signes cliniques secondaires en fait, ou une maigreur anormale, ou une inappétence, où le fait que voilà, mais souvent c'est déjà installé. Donc on fait rarement de la prévention à ce niveau-là en tout cas. Je ne pense pas qu'il faut en faire un dépistage systématique parce que c'est très... personne dépendant, on va voir le profil de la personne gériatrique fragile qui elle est à grand risque de dénutrition de par le fait qu'elle ne sait pas s'alimenter elle-même ou parce qu'elle a perdu le goût où parce que juste qu'elle a plus envie de manger, elle ne ressent plus la faim, bah ça c'est les personnes à risque mais dans ce cas-là, c'est un peu à l'entourage d'avoir un peu l'œil attiré par ce type de détail là, ou bien par le médecin généraliste qui signale à l'entourage que ça ne va plus, qu'il faut un peu trouver des solutions pour la faire manger. Après une mesure très informative, et j'avoue que je fais un peu plus maintenant que je travaille avec mon associé c'est qu'on pèse systématiquement tout le monde, à chaque fois qu'on les voit... ou quasiment. Sauf s'ils ont bah juste un rhume mais à tous les renouvellements d'ordonnances on les pèse donc beh.. et même les gens chez eux et donc ça permet quand même d'avoir une bonne idée bah.. aller pour les insuffisants cardiaques

on va regarder plus l'eau mais pour les autres on va regarder plus qu'ils ne perdent pas de poids, donc ça c'est bien.

Quelle est l'importance du problème de la dénutrition dans votre patientèle de personnes âgées ?

À domicile, je trouve qu'il y en a ... c'est moins présent parce que les personnes âgées que j'ai dans ma patientèle qui sont à domicile, bah.. elles sont pas en maison repos donc ça veut dire qu'elles savent encore aller aux toilettes elles-mêmes, elles savent faire leur toilette, elles savent faire leur cuisine, la plupart du temps elles font leurs courses ou elles ont un amis qui fait leurs courses. Ils savent ce qu'ils vont manger et ils se préparent à manger s'ils aiment manger donc heu... je ne vais pas dire qu'ils mangent équilibré mais voilà... en tout cas au niveau juste purement calorique et au niveau vitamines ils ont ce qui faut. Ça je trouve que c'est un problème qu'on voit beaucoup moins à domicile et quand on le voit à domicile c'est justement qu'il y a un dysfonctionnement à ce niveau-là, que soit il y a une chute et donc elle ne sait plus faire ses courses elle-même ou soit qu'il y a des troubles cognitifs qui apparaissent et que il ne font plus les courses, des trucs comme ça quoi.

Dans quelle mesure vous sentez-vous concernés par l'état nutritionnel de vos patients âgés ?

Silence... heu, ça dépend de l'unité de mesure... heu je me sens concerné mais je me sens plus concerné quand ça devient, quand ça a un impact réel flagrant sur la santé. Mais c'est vrai que c'est pas le genre de truc que je vais dépister chez le tout-venant non plus.

Pour moi, je peux considérer que la dénutrition est une pathologie à part entière qui est un facteur favorisant, enfin ... pur moi je le verrais plutôt comme un facteur de risque comme le tabac quoi par exemple, ça serait plus dans ce style-là. Pour moi ça peut être la cause d'une maladie.

Face à un patient dénutri, quelle est votre attitude ?

Ben donc dans ce cas-là, déjà avoir un poids, avoir une idée des quantités de nourriture qu'il mange, et voir s'il n'y a pas des problèmes à ce niveau-là. S'il y a des problèmes de déglutition, est-ce qu'il y a des problèmes de goût ? est-ce qu'il a juste plus envie de manger ? est-ce qu'il y a pas une dépression qui est derrière ? est-ce que il y a pas une autre pathologie qui peut entraîner... donc ça ça va dépendre de la raison pour laquelle il y a un manque d'apport en tout cas mais ça c'est tellement vaste que je n'ai pas une règle précise mais en tout cas c'est mettre un poids et identifier la source de l'inappétence et puis après ça adresser ce problème-là.

Quel est l'intérêt de l'anamnèse et de l'examen clinique ?

L'examen clinique chez une personne dénutrie, si c'est pour un problème de dénutrition ben en dehors du poids et de tout ce qui est plus signes cliniques d'anémie ou de carences ou des trucs comme ça, à part de trouver une cause abdominale comme une constipation, une occlusion des trucs comme ça je trouve ça moins important par contre l'anamnèse ça ça va vraiment être important, autant l'anamnèse de la personne que l'hétéro-anamnèse de gens qui vivent avec ou

qui lui donnent à manger ou qui lui font à manger ou.. un peu savoir comment ça se déroule au niveau de l'alimentation quoi.

Je regarde aussi la tension et heu les plis cutanés, voir aussi au niveau de l'hydratation et alors tous ce qui est les points d'appui, donc ça va être plus les zones d'escarres, les sacrales, les talons principalement, c'est plus ça que je vais regarder et après la bouche si jamais ils me disent qu'ils ont un problème à ce niveau-là, et ne pas oublier le problème des dentiers mal positionnés, les pathologies au niveau des gencives, les mycoses buccales qui peuvent retirer du coup donc voilà c'est le genre de truc à regarder.

Et la taille ? Franchement rarement oui, je vois s'ils sont gros ou pas mais c'est vrai que je ne vais pas les mesurer.

Au niveau des examens complémentaires ça va vraiment dépendre de pourquoi est-ce qu'il y a un problème. Si c'est un patient gériatrique, c'est souvent, enfin je vais plutôt l'envoyer faire une hospitalisation de jour en gériatrie avec l'équipe de liaison gériatrique avec qui on a de bons contacts et qui font des rapports vachement complets avec beaucoup de proposition et un suivi établi, franchement je trouve que ça c'est vraiment une bonne aide, après au niveau des examens complémentaires ça va dépendre de ce que les gens ont quoi.

La prise de sang va pouvoir m'aider à déterminer si j'ai par exemple une grosse hypoprotéinémie, si j'ai une anémie, une carence soit en fer ou autre ..., de savoir si ça un impact plus global mais c'est vrai que ... ouf.. je me vois mal donner des compléments en fer chez quelqu'un qui mange déjà mal, c'est un peu... limite. La bio va m'aider dans certains cas qui sont quand même assez grave mais sinon, je vais quand même d'abord juste essayer de traiter la nutrition quoi, l'alimentation en tout cas.

Franchement je tombe tout le temps sur des patients ou je suis là... beh... là il a un soucis de nutrition et on les pèse pas assez et il y a une maison de repos où ils n'ont pas de pèse-personne assis et donc voilà, il y a de gros problèmes car les maisons de repos sont quand même des endroits où les gens sont quand même très très dépendants et où en tant que médecin on se rend pas toujours compte de .. de tout, de l'évolution et donc on est parfois appelé un peu tard quoi. Mais ça c'est plus le contact avec les logopèdes qui est intéressant. Elles donnent à manger au patient, elle essaye d'éviter les fausses déglutitions et décident un peu du type de régime qu'il leur faut, si c'est du mixé, lisse ou autre. Bah c'est aussi eux qui quand, enfin moi quand je les croise et qu'ils osent me parler bah ils disent voilà madame un tel ça fait 3 jours qu'elle mange pas ou madame un tel ça fait autant de jours qu'on doit lui écraser sa nourriture, elle fait des fausses déglutition, c'est pas dans son régime ou des trucs comme ça et ça c'est intéressant parce que les infi le savent pas toujours et en tout cas elles ne me font jamais le rapport. Je trouve qu'il y a plus un échange avec les logopèdes qu'avec les infi concernant la nutrition, oui vraiment. En maison de repos, on a pas une grande marge de manœuvre par rapport au contenu des repas, enfin je prescris quand même des petits suisses parce que voilà (rires), c'est ce qu'on m'a conseillé. Mais heu... moi ça m'arrive que je donne moi-même les consignes, après c'est vrai que si j'ai un cas de dénutrition à domicile avéré, à nouveau ça va dépendre si c'est la personne qui sait plus se faire à manger, si c'est pas équilibré ou si elle mange pas beaucoup, parce que là je vais vite avoir recours avec une solution rapide telle que des forticrème, des

fortimel, des aliments enrichis et puis après voir si il n'y a pas moyen de stabiliser le coup avec ... la famille mais souvent dans ces cas-là mine de rien beh heu il y a une précarité et ils ont de tout de façon pas les moyens en tout cas de faire les courses en conséquence ou même les moyens de payer quelqu'un pour faire la cuisine ou de pouvoir eux-mêmes venir, c'est toujours des situations sociales compliquées, il faut mettre en place toute une équipe autour quoi.

Ce que je retiens moi surtout ça va être le manque d'apport en protéines et le manque d'apport en sucre lent qui mine de rien vont saper tout ce qui est constitution énergétique et sans compter le rein qui fonctionne moins bien, il y a moins de rattrapage et tout ça et donc je vais plus leur conseiller d'augmenter... des aliments riche en protéines, et en tout cas... je vais quand même pas leur conseiller la viande rouge car si elle a un dentier elle va avoir du mal, c'est pas le genre de truc que je vais conseiller par contre il y a pleins d'autres aliments qui sont tout aussi riche, il y a pleins de féculents, de légumineuses qui sont aussi riche et donc là je vais plus les diriger vers ça. En maison de repos, comme les menus sont déjà fait, on a plus recours au complément alimentaire, des trucs comme ça et tous les aliments enrichis. Par contre je peux pas dire que je suis à l'aise de prescrire tout ça, on a un tableau comparatif des produits et en fonction de ce qu'ils mangent ou de ce qu'ils mangent pas ben je regarde le nombre de kcal par jour qu'ils doivent prendre, enfin j'essaye de faire attention. En tant que médecin coordinateur on est formé à essayer de sensibiliser le personnel et les médecins là-dessus, voilà, enfin notre formation on a eu 40 minutes dessus donc c'est pas ouf mais on sait ou trouver les trucs, on sait que l'AVIQ organise une formation pour le personnel des maisons de repos sur la nutrition, l'alimentation et qui apparemment est vraiment très bien faite et des retours qu'on a des directeurs de maisons de repos qui l'ont fait ça vaut la peine de former le personnel là-dessus parce qu'ils sont plus alertes, les plats et les menus changent quand même donc ça vaut la peine je pense.

Alimentation restrictive ? Silence.. Si je devais donner des conseils nutritionnels moi je ne prendrais pas spécialement des trucs qui... faut pas que ça donne un sentiment de satiété trop rapide, c'est plutôt ça parce que c'est ça qui va être le problème mais non restrictions, si la personne est grave hypertendue je vais pas lui donner du sel mais à part ça non il n'y a pas de restrictions. Il doit sans doute y avoir des balances, il faut sans doute respecter une certaine proportionnalité. J'avoue que moi si la personne elle mange déjà je suis content quoi donc si ma patiente est un peu dénutrie et qu'elle veut de la bière, bah je suis déjà contente qu'elle prenne un verre de bière, elle s'hydrate, c'est pas top mais au moins elle boit un truc. Souvent on est plus dans des situations où un peu vaut mieux que rien.

Quels pourrait-être les bénéfices d'un dépistage précoce ?

Une diminution tout simplement des comorbidités et de tout ce qui est soins de santé qu'on aurait pu éviter. Moi c'est de la prévention... quel type ? c'est à moitié de la prévention primaire parce qu'on va éviter que des trucs se passent. Et ça rend les gens plus robuste donc pour moi c'est important et normalement en théorie il y a des outils qui existent pour ça. Est-ce qu'on les utilise ? Non. Est-ce que je vais les mettre en place ? J'ai prévu de faire ça en cours d'année. On a des échelles d'évaluation, du risque de dénutrition. Je ne connais pas du tout leur nom, je ferai une recherche sur google puis je rechercherai le PowerPoint. Mais en tout je compte faire,

enfin organiser pendant quelques mois dans les maisons de repos, heu, peut-être pas former le personnel mais en tout cas je vais essayer de les sensibiliser là-dessus et systématiser l'utilisation de cette échelle-là lors de l'entrée des résidents parce qu'ils utilisent déjà quelques autres échelles qui sont utiles mais... en gros c'est simplement des bilans logopédiques sur comment la personne se nourrit donc je trouve que c'est pas assez approfondi et donc avoir une bonne échelle et savoir que cette personne là on doit la peser toutes les semaines alors qu'une autre plutôt une fois par mois ou tous les 3 jours par exemple, ça me semble plus utile.

Autres avantages ? Beh déjà moi avoir l'œil attiré en me disant, ha ben cette patiente-là, elle est à risque de dénutrition et donc au niveau anamnèse et des interactions avec les infi ben ça va déjà prendre un peu plus de place et puis je risque de devoir les voir moins souvent tout simplement, et donc aussi moins d'hospitalisation.

Quels sont les freins au dépistage de la dénutrition en médecine générale ?

Souvent on a autre chose à faire, donc on a autre chose à penser. Déjà, ça va pas être la raison pour laquelle on nous appelle, tout simplement et ensuite, vu qu'on a pas une formation systématique ou en tout cas une formation exactement là-dessus ben c'est pas le genre de truc sur lequel on va nécessairement penser. On va regarder les jambes, les plaies, on va écouter le cœur, les poumons mais on va pas nécessairement leur demander comment ça se passe, et en tout cas les peser à chaque fois. Ici on essaye mais c'est pas évident. C'est plus ça les freins, je pense d'une part que ça va pas être une demande parce que les gens vont pas s'en rendre compte sauf parfois la famille qui s'en inquiète mais voilà.

Puis il y a aussi le refus tout simplement. J'ai une patiente qui a fait une dépression mélancolique, qui avait vraiment un refus de manger, il y a eu un gros déclin fonctionnel, elle faisait plus à manger, ni pour elle ni pour son mari et elle était dans le déni de sa maladie. Donc, beh on pouvait pas faire une prise en charge psychiatrique parce qu'elle refusait d'y aller et on n'avait pas de raisons, pas de risques pour sa vie imminente et donc bah au final on a réussi à se débrouiller pour que ce soit son fils qui aille chez le traiteur et qui lui amenait des plats et qui lui faisait des trucs mais c'était quand même pas voilà, on est passé à côté quoi.

Silence... le fait aussi que les solutions ne sont pas nécessairement gratuites.

Autres prises en charge thérapeutiques ?

Ben donc dans ces cas-là, quand on a déjà un peu plus le temps et qu'il y a moyen d'envisager un régime alimentaire, dans ce cas-là oui faire appel à un diététicien ça peut être intéressant car il va voir avec celui qui fait la cuisine et avec celui qui mange quels types d'aliments ils aiment bien et en quelle proportion les préparer et sous quelle forme. Ça peut être intéressant d'enrichir aussi certains trucs. Je ne vais pas téléphoner au diététicien mais à l'occasion je vais leur dire d'aller chez un tel. A part l'une ou l'autre diététicienne en diabéto j'ai pas d'autres échanges.

Je pense que les aidants proches au domicile doivent aussi être vigilantes face à ce problème mais ça rejoint un peu mon TFE sur la participation sociale. Justement une étude avait été faire sur le justement sensibiliser les aidants proches ou les personnes à dépister les personnes qui étaient un peu heu isolée, ou en tout cas à risque d'isolement et je pense qu'on peut faire un peu

la même chose donc, que les aides familiales, les aides-soignantes fassent un peu attention aux signes d'alerte de la dénutrition quoi. J'ai parfois des retours quand les gens arrêtent de manger, voilà il reste autant dans l'assiette, il reste des repas, il y a une diminution de la quantité.

Autres indicateurs environnementaux ? **Le frigo vide**, idem si on voit que la cuisine n'a plus servi depuis mathusalem, dès qu'on voit qu'il y a des piles de trucs qui s'entassent, enfin voilà. Que les gens ne mangent pas ou qu'ils mangent mal par exemple que des biscuits c'est pas top non plus. Ça on va le voir en fonction des déchets de la consommation, c'est la même chose pour l'alcool et le tabac.

Améliorations possibles ?

Moi ça sera plutôt à mon niveau de médecin coordonnateur quoi, ça j'avais prévu en tout cas de ... faire une... d'adresser ce problème là le dépistage et la prise en charge de la dénutrition dans les 2 maisons de repos où je travaille. J'avoue que je ferai d'abord les soins de plaie mais ça passera en deuxième lieu. Et voilà, ça sera plutôt ça. Et au niveau de ma pratique personnelle je vais quand même essayer de garder l'œil ouvert mais je ne vais pas faire du dépistage de masse. Donc plutôt de la sensibilisation. Au domicile, je demande souvent comment ça va l'appétit ? et heu voilà, **mine de rien parler de nourriture ça fait parler de beaucoup de chose aux gens** donc quand ils savent bien parler ça donne pas mal d'indications.

Si on pouvait aussi avoir les échelles de dépistage des personnes à risque de dénutrition ça serait intéressant, c'est comme pour le tabac que je demande une fois par an quand je vois les gens. Il y a tout un outil, ça s'appelle DMG + dans mon programme informatique et heu qui reprend tous ce qui est activité physique, tabac, en fait il y a plein de trucs. Donc il y a aussi l'alimentation et le BMI, un test sur les habitudes alimentaires mais donc c'est plus orienté sur le dépistage de l'hypercholestérolémie, alors il y a alcool, dépression, cardiaque, diabète et prévention du cancer colorectal et du sein. Donc c'est un outil utile, il pourrait rajouter un truc dénutrition.

Si je les pèse au cabinet, je leur demande combien il mesure parce que notre toise est tombée (rires). Mais dans l'idéal j'ai un BMI, c'est vrai qu'en fonction de leur âge, un BMI<20, moi ça va pas et <25 à partir d'un certain âge ça va pas non plus. Je considère qu'une personne âgée doit être un peu plus importante... enfin il me semble qu'on avait vu ça en cours, que les personnes âgées et mieux portantes étaient moins... enfin vivaient plus longtemps en tout cas. Les personnes âgées obèses peuvent être malnutries, c'est pas parce qu'ils ont des stocks qu'ils ont tout ce qui leur faut dans leurs stocks donc ça oui. Ça va se voir quand ils vont avoir des plaies au niveau des jambes, des trucs qui ... oui ils vont tomber plus souvent malades.

Conseils de sensibilisation aux confrères ?

Je juge que je suis très mal placé pour leur donner des conseils (rires). Le mieux c'est quand même de s'informer. Donc, d'aller voir les sites d'édier, les trucs de l'AVIQ, les formations en ligne. Voilà moi j'irais plutôt là-dessus. C'est vrai que je suis dans le CA du cercle donc c'est vrai qu'on pourrait organiser une formation sur la dénutrition, c'est pas une mauvaise idée. C'est tout à fait pertinent, je pourrais le proposer.

Je prescris aussi des médicaments qui stimulent l'appétit (rires). En général, c'est la mirtazapine en premier. L'autre fois, ben j'ai un patient palliatif avec une carcinomatose péritonéale, je l'ai mis sous médrol pour diminuer un peu la pression et ouvrir l'appétit et ça a franchement bien marché. Donc ça oui, après ouvrir l'appétit il y a aussi les neuroleptiques mais là on va être plus dans les cas de dépression où je ne vais pas trop hésiter à les mettre ou même aussi dans les syndrome de glissement.

Souvent les personnes âgées qu'on doit hospitaliser sont dénutries, mais je n'ai pas d'échanges avec les gériatres sur la dénutrition, ça va plutôt porter sur le reste sauf si vraiment la personne ne mange pour savoir s'il a pas une idée pour m'aider, parce que je n'arrive à rien, je vais pas hésiter mais sinon non.

Je pense que c'est un sujet important et que globalement on est pas assez informé dessus.

Disponible via : https://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Sexe:	<input type="text"/>	Age:	<input type="text"/>
Poids, kg:	<input type="text"/>	Taille, cm:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>		

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

- 0 = baisse sévère des prises alimentaires
1 = légère baisse des prises alimentaires
2 = pas de baisse des prises alimentaires

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 légère
2 = pas de problème psychologique

F1 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

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

- 0 = CM < 31
3 = CM ≥ 31

Score de dépistage

(max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal

8-11 points: risque de malnutrition

0-7 points: malnutrition avérée

Sauvegarder

Imprimer

Réinitialiser

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

ANNEXE 5 – ETIOLOGIE MULTIFACTORIELLE DE LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-494/Approche-ambulatoire-de-la-denutrition-chez-la-personne-agee>

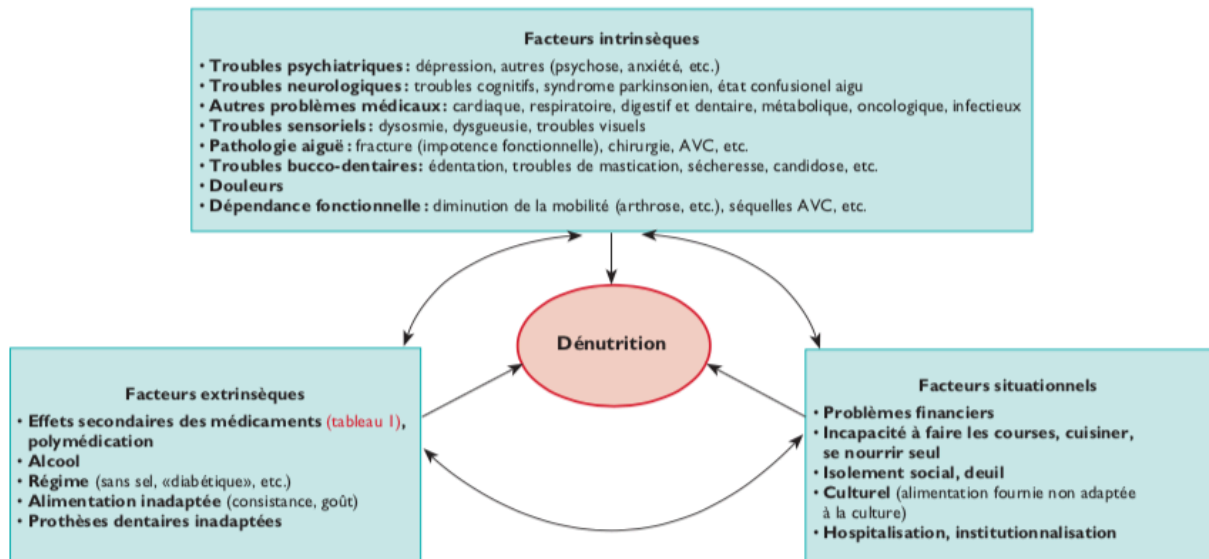
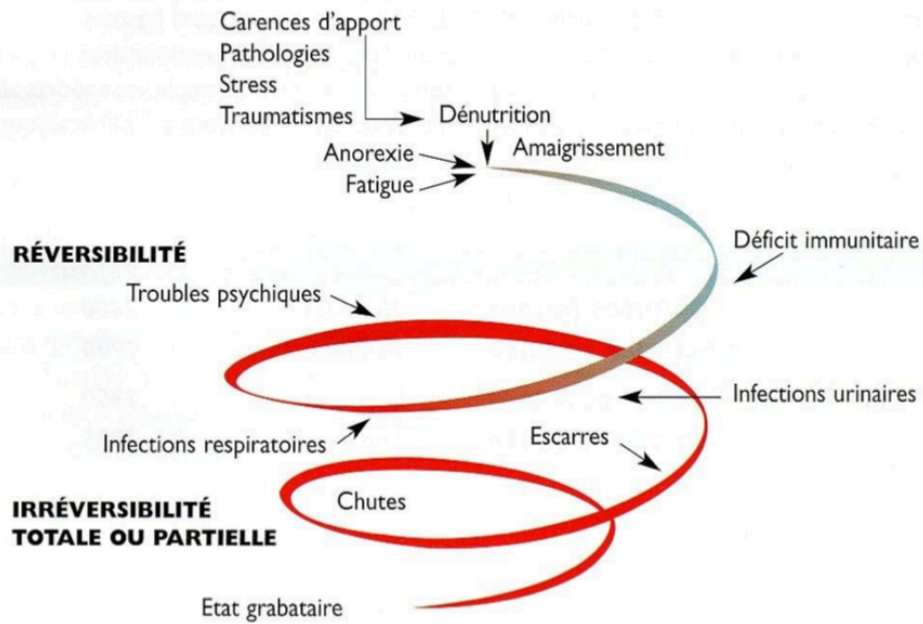


Figure 1. Etiologie multifactorielle de la dénutrition chez les personnes âgées

ANNEXE 6 – SPIRALE DE LA DÉNUTRITION

Disponible sur : <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-monique-ferry.pdf>



ANNEXE 7 – SCHÉMA DIAGNOSTIQUE PROPOSÉ PAR LE GLIM POUR LE DÉPISTAGE, L'ÉVALUATION, LE DIAGNOSTIC ET LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉNUTRITION + CRITÈRES PHÉNOTYPIQUES ET ÉTIOLOGIQUES (12)

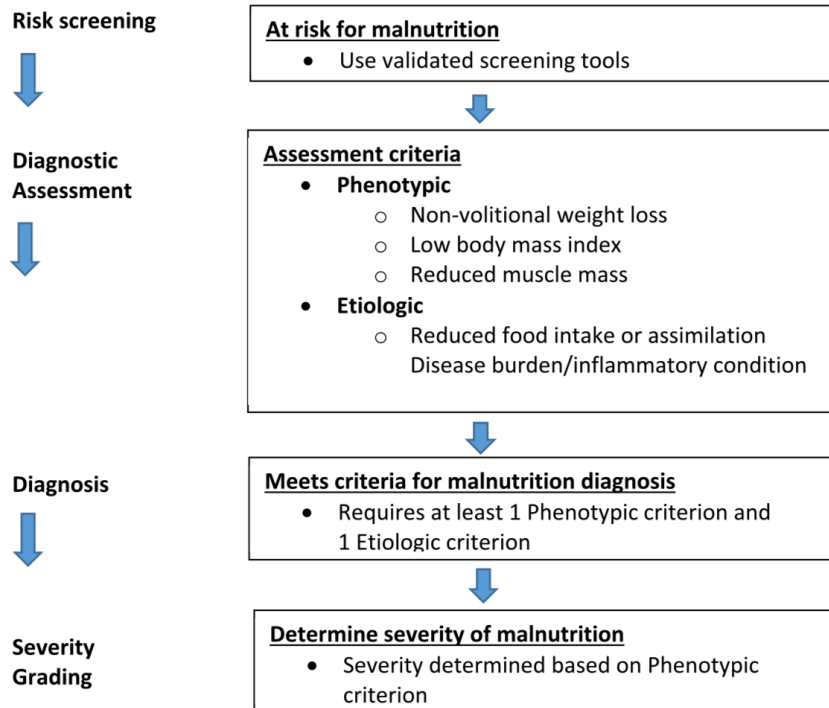


Table 3
Phenotypic and etiologic criteria for the diagnosis of malnutrition.

Phenotypic Criteria ^a			Etiologic Criteria ^g	
Weight loss (%)	Low body mass index (kg/m ²)	Reduced muscle mass ^a	Reduced food intake or assimilation ^{b,c}	Inflammation ^{d-f}
>5% within past 6 months, or >10% beyond 6 months	<20 if < 70 years, or <22 if >70 years Asia: <18.5 if < 70 years, or <20 if >70 years	Reduced by validated body composition measuring techniques ^a	≤50% of ER > 1 week, or any reduction for >2 weeks, or any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption ^{b,c}	Acute disease/injury ^{d,f} or chronic disease-related ^{e,f}

GI = gastro-intestinal, ER = energy requirements.

^a For example fat free mass index (FFMI, kg/m²) by dual-energy absorptiometry (DXA) or corresponding standards using other body composition methods like bioelectrical impedance analysis (BIA), CT or MRI. When not available or by regional preference, physical examination or standard anthropometric measures like mid-arm muscle or calf circumferences may be used. Thresholds for reduced muscle mass need to be adapted to race (Asia). Functional assessments like hand-grip strength may be considered as a supportive measure.

^b Consider gastrointestinal symptoms as supportive indicators that can impair food intake or absorption e.g. dysphagia, nausea, vomiting, diarrhea, constipation or abdominal pain. Use clinical judgment to discern severity based upon the degree to which intake or absorption are impaired. Symptom intensity, frequency, and duration should be noted.

^c Reduced assimilation of food/nutrients is associated with malabsorptive disorders like short bowel syndrome, pancreatic insufficiency and after bariatric surgery. It is also associated with disorders like esophageal strictures, gastroparesis, and intestinal pseudo-obstruction. Malabsorption is a clinical diagnosis manifest as chronic diarrhea or steatorrhea. Malabsorption in those with ostomies is evidenced by elevated volumes of output. Use clinical judgment or additional evaluation to discern severity based upon frequency, duration, and quantitation of fecal fat and/or volume of losses.

^d Acute disease/injury-related. Severe inflammation is likely to be associated with major infection, burns, trauma or closed head injury. Other acute disease/injury-related conditions are likely to be associated with mild to moderate inflammation.

^e Chronic disease-related. Severe inflammation is not generally associated with chronic disease conditions. Chronic or recurrent mild to moderate inflammation is likely to be associated with malignant disease, chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure, chronic renal disease or any disease with chronic or recurrent inflammation. Note that transient inflammation of a mild degree does not meet the threshold for this etiologic criterion.

^f C-reactive protein may be used as a supportive laboratory measure.

^g Requires at least 1 phenotypic criterion and 1 etiologic criterion for diagnosis of malnutrition.

Table 4
Thresholds for severity grading of malnutrition into Stage 1 (Moderate) and Stage 2 (Severe) malnutrition.

	Phenotypic Criteria ^a		
	Weight loss (%)	Low body mass index (kg/m ²) ^b	Reduced muscle mass ^c
Stage 1/Moderate Malnutrition (Requires 1 phenotypic criterion that meets this grade)	5–10% within the past 6 mo, or 10–20% beyond 6 mo	<20 if < 70 yr, <22 if ≥ 70 yr	Mild to moderate deficit (per validated assessment methods – see below)
Stage 2/Severe Malnutrition (Requires 1 phenotypic criterion that meets this grade)	>10% within the past 6 mo, or >20% beyond 6 mo	<18.5 if < 70 yr, <20 if ≥ 70 yr	Severe deficit (per validated assessment methods – see below)

^a Severity grading is based upon the noted phenotypic criteria while the etiologic criteria described in the text and Fig. 1 are used to provide the context to guide intervention and anticipated outcomes.

^b Further research is needed to secure consensus reference BMI data for Asian populations in clinical settings.

^c For example appendicular lean mass index (ALMI, kg/m²) by dual-energy absorptiometry or corresponding standards using other body composition methods like bioelectrical impedance analysis (BIA), CT or MRI. When not available or by regional preference, physical examination or standard anthropometric measures like mid-arm muscle or calf circumferences may be used. Functional assessments like hand-grip strength may be used as a supportive measure [15].