

Université Paris VII – Denis Diderot
Faculté de médecine

N° de thèse :

Année : 2014

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Luciana BADU CARVALHO VALE
Née le 02 février 1986 à Rio de Janeiro (Brésil)

Présentée et soutenue publiquement le : 15 mai 2014

TITRE

**PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE
DE LA PERSONNE AGÉE :
ÉVALUATION DE LA PRESCRIPTION DE COMPLÉMENTS
NUTRITIONNELS ORAUX EN MÉDECINE DE VILLE**

Président : **Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON**

Directeur : **Professeur Bruno LEPOUTRE**

DES de Médecine Générale

∞ Remerciements ∞

À Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.
Merci pour vos conseils avisés.

À Monsieur le Professeur Bruno Lepoutre pour avoir accepté d'allonger sa liste de thèse en acceptant de diriger celle-ci. Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail avec toujours autant de patience et de disponibilité. Un grand merci à vous et votre famille pour m'avoir accueilli avec autant de tendresse.

À tous les autres membres du jury qui ont pris le temps de juger ce travail.

À tous les médecins généralistes qui ont rendu possible ce travail en acceptant de me recevoir malgré leur emploi du temps chargé.

À mon tuteur, le Docteur Sylvain Hirsch pour tous ces conseils précieux.
Merci à tous les autres merveilleux médecins rencontrés au cours de mes stages qui ont su nous transmettre leur savoir pour nous préparer au mieux à exercer ce beau métier de médecin généraliste

À ma famille :

Mes parents pour leur amour inébranlable et leur soutien à toute épreuve, merci d'avoir cru en moi.
Une petite mention spéciale pour ma mère, qui a vécu la P1 au moins aussi intensément que moi, sans toi, je n'en serai sûrement pas là.

À ma Tia Carminha, mon grain de folie.

À mes grands parents, partis beaucoup trop tôt.

À Kévin, pour tout son amour et sa présence rassurante dans les (nombreux) moments de doute.

À mes ami(e)s qui ont été présent(e)s dans les bons, comme les mauvais moments : mes Guapas chéries, Myriam, Aurélie, Audrey, Cécile, Béné, Élise... et tous mes co-internes, toutes ces personnes formidables qui ont pimentés mes stages toutes ces années !

Myriam, Pascal, Kévin merci pour votre lecture attentive et vos remarques constructives.

**PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE
DE LA PERSONNE AGÉE :
ÉVALUATION DE LA PRESCRIPTION DE COMPLÉMENTS
NUTRITIONNELS ORAUX EN MÉDECINE DE VILLE**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	7
1/ DÉNUTRITION PROTÉINO-ÉNERGÉTIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE	7
1.1 Définition.....	7
1.2 Épidémiologie et coût.....	7
1.3 Causes et facteurs favorisant de la dénutrition.....	9
1.4 Diagnostic	15
1.5 Conséquences	18
1.6 Traitements	25
2/ LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ORALE PAR LES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO).....	30
2.1 Description des CNO	30
2.2 Indications	31
2.3 Modalités de prescription	31
2.4 Surveillance du traitement	32
2.5 Études réalisées sur les bénéfices des CNO.....	32
CONCLUSION.....	42
DEUXIÈME PARTIE: MÉTHODE ET RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	44
INTRODUCTION.....	44

1/ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	45
2/ DESCRIPTION DE LA MÉTHODE.....	45
2.1 Choix de la méthode qualitative.....	45
2.2 Population étudiée.....	46
2.3 Élaboration d'un guide d'entretien.....	47
2.4 Recueil et analyse des données.....	51
3/ RÉSULTATS.....	52
3.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	52
3.2 Découpage en unités élémentaires, regroupement en catégories conceptuelles, puis définition des thèmes généraux.....	55
3.3 Résumé des résultats et obstacles à la prescription des CNO en ville.....	85
TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	88
1/ LIMITES DE L'ÉTUDE.....	88
1.1 Liées à la méthode.....	88
1.2 Liées à la population.....	88
2/ LES CRITÈRES MOTIVANT LA PRESCRIPTION DE CNO EN MÉDECINE AMBULATOIRE.....	89
3/ LE SUIVI DU TRAITEMENT PAR CNO.....	93
4/ ÉLABORATION D'UNE FICHE D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE CNO ADAPTÉE À LA MÉDECINE GÉNÉRALE.....	101
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	105
PERMIS D'IMPRIMER.....	108
RÉSUMÉ.....	109

INTRODUCTION

Du fait du vieillissement constant de la population ces dernières années, les pathologies spécifiques du sujet âgé sont devenues de réels problèmes de santé publique. La dénutrition, fréquemment rencontrée dans ce type de population même dans les pays développés, fait partie intégrante de la prise en charge du sujet âgé.

Même si en médecine ambulatoire la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées est moins importante qu'en milieu hospitalier ou qu'en institution, le nombre de personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition est très important en valeur absolue. (1)

La dénutrition est un facteur de morbi-mortalité bien connu, sa prise en charge se doit d'être précoce pour éviter la survenue de complications, et par conséquent, limiter la dépendance des personnes âgées. (2)

D'un point de vue économique, les coûts de la prise en charge des pathologies relatives à la dénutrition est exorbitant, estimés à plus de 5,9 billions d'euros par an (3). Une étude réalisée aux Pays Bas montre une économie estimée à 13 millions d'euros grâce au traitement des pathologies relatives à la dénutrition en prescrivant des compléments nutritionnels oraux aux patients dénutris. (4)

Le traitement de la dénutrition occupe donc une place centrale dans la prise en charge du sujet âgé. Le médecin généraliste a une place capitale dans le dépistage et le traitement précoce d'une éventuelle dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile.

La quasi totalité des études sur la prise en charge des personnes dénutries ou à risque de dénutrition sont réalisées en milieu hospitalier ou en institution. Pour se rendre compte des modalités et bénéfices de la prise en charge précoce de la dénutrition, il est indispensable d'évaluer cette prise en charge en médecine ambulatoire.

Dans le but d'apporter quelques éléments de réponse, nous réalisons cette étude qualitative, qui a

pour population cible les médecins généralistes ayant des personnes âgées dans leur patientèle.

Cette étude a pour but d'évaluer la prescription des compléments nutritionnels oraux dans le cadre du traitement de la dénutrition du sujet âgé par les praticiens généralistes en médecine ambulatoire.

Au cours de la première partie, nous justifierons l'importance de cette étude par une revue de la littérature, pour étudier les conséquences de la dénutrition protéino-énergétique, l'importance de son dépistage et du traitement de la dénutrition chez les personnes âgées. Nous nous intéresseront également aux recommandations actuelles sur la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

La seconde partie est basée sur les résultats d'une étude qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes. Ces entretiens sont élaborés à partir de données de la littérature et d'hypothèses personnelles. Les données obtenues ont été étudiées et comparées aux données recueillies dans la littérature.

Cette étude a pour objectif d'étudier les modalités de prise en charge de la dénutrition en médecine ambulatoire par les médecins généralistes, plus particulièrement le dépistage et de traitement de la dénutrition chez les personnes âgées.

Il sera intéressant de voir sur quels critères se basent les médecins généralistes pour évaluer le statut nutritionnel de leurs patients et surtout ce qui motive leurs prescriptions de compléments nutritionnels ; la clinique, la biologie .

Mais aussi de savoir si les praticiens prescrivent un support nutritionnel en prévention, chez un sujet à risque de dénutrition, ou en curatif lorsque la dénutrition est prouvée, et en quoi consiste le suivi de ce traitement.

Également de comparer leurs modalités de prise en charge avec les dernières recommandations de la HAS disponibles sur ce sujet.

PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1/ DÉNUTRITION PROTÉINO ÉNERGÉTIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

1.1 Définition

Selon la HAS, « la dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères. » (5) .

Cette insuffisance d'apport, si elle devient chronique, va provoquer une carence en micronutriments qui peut aboutir secondairement à une malnutrition protéino-énergétique. (6)

La définition de dénutrition n'est pas consensuelle. La société allemande médicale de nutrition (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, DEGM) fait une différence entre la dénutrition qu'ils définissent comme étant une diminution de la masse maigre ; et la malnutrition comme étant une pathologie associée à une perte de poids, ou à un déficit protéique, ou encore à une carence en un nutriment essentiel. (2) D'après la société française, la dénutrition est un déséquilibre entre les apports et les besoins nutritionnels de l'organisme, responsable de pertes tissulaires ayant des conséquences fonctionnelles délétères.(7)

Pour résumer, la dénutrition est la conséquence d'une insuffisance chronique d'apports énergétiques par rapport aux besoins quotidiens de l'organisme, souvent associé à un état d'hypercatabolisme.

1.2 Épidémiologie et coût

Dans les populations de personnes âgées, la dénutrition est en constante augmentation. D'après une étude britannique, « actuellement 16% des personnes âgées de plus de 65 ans et 2% des personnes âgées de plus de 85 ans sont considérés comme dénutris ». Ce cas de figure va empirer dans les trente années à venir. (8)

Selon une autre étude britannique, 10 à 60% des patients entrant à l'hôpital sont à risque de

dénutrition, la fourchette est de 15 à 30% pour les patients sortant d'hospitalisation, et concernant ceux vivant à domicile et en institution ce chiffre varie entre 14 et 44%.⁽⁹⁾

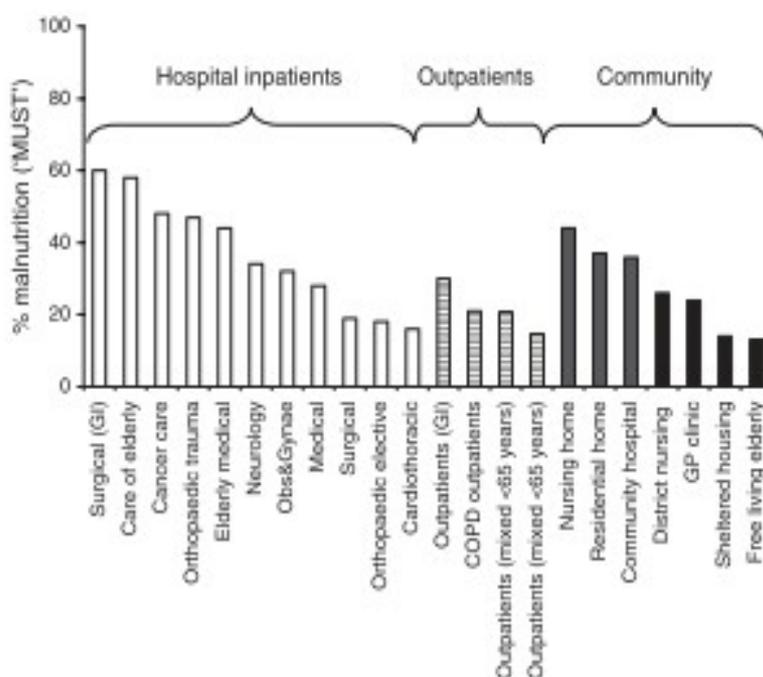


Fig. 1. Prevalence of disease-related malnutrition (using 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST')) in patients in hospital and community settings in the UK. GI, gastrointestinal; Obs & Gynae; obstetrics and gynaecology; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; GP, general practitioner.

Actuellement en France, **la prévalence de la dénutrition en ville varie de 4 à 10%, en institution elle se situe entre 15 et 38% en moyenne. A l'hôpital, que ce soit pour des courts séjours ou des séjours de soins de suite, la prévalence oscille entre 30 et 70%. (1)**

Une étude de *Russel et Elia (2009)* a montré que **le risque de dénutrition est de 40% plus élevé chez les personnes de plus de 65 ans (4)**. Or d'ici à 2030 la population française âgée de plus de 60 ans s'élèvera à 35%. La fréquence de la dénutrition augmentant avec l'âge, cette pathologie devient une priorité dans la prise en charge des sujets âgés.

La dénutrition, de part ses conséquences néfastes sur la santé de la population, entraîne des

coût astronomiques.

Une estimation des dépenses de santé pour prendre en charge les pathologies aux Royaume Uni s'élève à plus de 13 milliards de livres par an, soit plus de 15,5 milliard d'euros. (9)

En Europe, les pathologies relatives à la dénutrition touchent plus de 20 millions de personnes, ce qui occasionne un coût de plus de 120 milliards d'euros par an aux gouvernements européens.(4)

De plus, les conséquences de la dénutrition sont graves et génèrent un surcoût important des dépenses de santé, plus de 1.7 milliards d'euros en 2006 aux Pays Bas ce qui représente 2.8% des dépenses totales de santé du pays.(4)

L'estimation du coût additionnel des soins qui découle de la malnutrition est de plus de 5,9 milliards d'euros par an .(10)

Cependant, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Royaume Uni) montre qu'en dépistant et traitant précocement la dénutrition, une économie estimée à 28 472 livres pour 100 000 habitants peut être réalisée.(9)

1.3 Causes et facteurs favorisant de dénutrition

Chez les personnes âgées, **ils existent des modifications physiologiques liées à l'âge qui ne sont pas à elles seules responsable d'une malnutrition.**

Le sujet âgé n'a pas la capacité d'adapter son **appétit** à un stress alimentaire (11). Les personnes âgées qui ont diminué leurs apports alimentaires quelque soit la raison, auront tendance à prolonger cette période de sous alimentation. En effet, ils ne sont pas capables de compenser spontanément cette perte de poids, contrairement aux sujets jeunes, qui après une période de sous-alimentation augmentent spontanément leurs ingestats pour récupérer le poids qu'ils ont perdu.(6) (1)

Cette baisse de l'appétence est d'origine multifactorielle.

Avec l'âge, **le goût se modifie**. Pour qu'un aliment soit perçu, il faut que son goût soit plus prononcé

car le seuil du goût de ce dernier s'élève avec l'âge. La polymédication qui est fréquente dans cette population joue également un rôle sur l'appétit.(1) En effet, certains médicaments modifient le goût et/ou sont responsable d'un assèchement de la bouche.(11) (8)

L'odorat joue un rôle dans l'anorexie du sujet âgé. Un sujet qui ne sent pas ce qu'il mange, va diminuer spontanément ses apports alimentaires. Dès l'âge de 40 ans, la perte de l'odorat commence et s'accélère après 60 ans, pour devenir supérieure à 70% après 75 ans.(8)

Les sujets âgés ont tendance à avoir un taux de leptine (hormone de la satiété) supérieure aux sujets jeunes, ce qui participe au phénomène d'anorexie physiologique du sujet âgé .(8)

Ces modifications de l'appétit, du goût et de l'odorat apparaissent de façon insidieuse et modifient l'alimentation du sujet âgé. Ces derniers orientent leur consommation alimentaire de préférence vers les produits sucrés, au détriment de leur ration protéique quotidienne.(1)

Les différentes parties du **tube digestif** s'altèrent avec l'âge. Un mauvais état bucco-dentaire avec ou sans mise en place de prothèse dentaire est fréquent. **La mastication** est la première étape du processus d'alimentation et pour que celle-ci soit correcte, il faut qu'elle soit indolore et efficace.

Avec l'âge, la muqueuse gastrique s'atrophie, ceci s'accompagne d'une diminution de la sécrétion gastrique et donc d'un retard à la vidange gastrique.(11) **L'hypochloridrie** qui en résulte a pour conséquence **une pullulation microbienne**. « Une étude a montré que dans un service de gériatrie, 71% des patients avaient une pullulation microbienne dans l'intestin grêle et 11% de ces patients ce sont avérés être dénutris ». Cette pullulation microbienne qui s'associe à une diminution de la sécrétion des enzymes digestives, sont également responsables de la réduction l'absorption des nutriments et donc d'une perte de poids. (4)

« **Le ralentissement du transit intestinal** avec l'âge est responsable de stase intestinale, de constipation et de pullulation microbienne. »(11)

Les modifications du métabolisme participent à la survenue d'une dénutrition et de la perte de poids.

Le métabolisme des protéines est très touché lors du vieillissement. La masse musculaire squelettique diminue progressivement avec l'âge, cela représente une perte de 40% à l'âge de 65 ans. Ceci est dû à une réduction importante de l'activité physique des sujets âgés, associée à des apports protéiques alimentaires insuffisants, alors que « le rendement du métabolisme protéique n'est que légèrement diminué ». L'association de tous ces paramètres aboutit à une réduction de la masse musculaire, qui dans sa forme extrême est appelée sarcopénie.(11)

Le métabolisme des lipides est aussi modifié au cours du vieillissement sans conséquences physiologiques. On note une légère hypercholestérolémie sans gravité chez les sujets âgés, alors qu'une hypocholestérolémie est un signe de mauvais pronostic, car elle constitue un signe de malnutrition.(11)

Une carence en calcium secondaire à une perte d'origine osseuse apparaît avec l'âge dans les deux sexes, de façon plus prononcée chez la femme après la ménopause. A ceci s'ajoute un défaut d'absorption intestinale du calcium.(11)

La composition corporelle en eau du sujet âgé est réduite de 20% à l'âge de 60 ans. Le seuil de perception de la soif est abaissé, ce qui favorise la déshydratation et réduit le pouvoir de concentration des urines, empêchant une élimination correcte des déchets et une accumulation de certaines molécules (notamment des médicaments, avec un risque de surdosage non négligeable). Cette altération des mécanismes régulateurs de l'eau, doit être compensée par « un apport hydrique régulier et systématique » chez la personne âgée.(11)

Les insuffisances d'apport sont le deuxième grand facteur pourvoyeur de dénutrition. Les causes d'insuffisances d'apport sont nombreuses et souvent insidieuses, c'est pourquoi le médecin doit les rechercher précisément.

Les causes sociales sont très fréquentes (isolement et niveau faible des ressources) ainsi que l'altération des facultés physiques.

Les personnes âgées sont très souvent isolées, ce qui est aggravé par la disparition du conjoint.

Les difficultés financières qui peuvent survenir et qui sont de plus en plus fréquentes à cet âge, empêchent le sujet de subvenir correctement à ses besoins alimentaires, l'obligeant à adopter un régime plus pauvre et donc plus carencé.(11)

Les personnes âgées voient nombre de leurs capacités physiques diminuées. La **capacité masticatoire** est très souvent altérée du fait d'une denture défailante ou d'un appareillage inadapté, à ceci s'ajoute les troubles de la déglutition qui sont fréquents (séquelles d'accidents vasculaires cérébraux). **Les troubles locomoteurs**, principalement la marche, les empêchent de s'approvisionner et les déficits du membre supérieur, les handicapent pour la préparation des repas ou l'alimentation elle-même.

A terme, **la grabatisation** rend le sujet âgé totalement dépendant de ses éventuels aidants.

Les détériorations intellectuelles majorent les difficultés à suivre une alimentation correcte : insuffisante ou inadaptée à ses besoins.

Les états dépressifs sont de grands pourvoyeurs de dénutrition. Une personne dépressive mangera 20 à 30% de plus si sa dépression est traitée.(1)

Les erreurs diététiques à cause de l'ignorance des besoins nutritionnels de la personne âgée ou des régimes restrictifs abusifs, qui sont inutiles voire dangereux dans cette population, sont fréquentes et très souvent anorexigènes. Il ne faut pas sous-estimer l'abus d'alcool chez la personne âgée.(11)

Les hospitalisations sont également une cause d'anorexie chez la personne âgée, car les aliments proposés sont peu appétissants, les régimes restrictifs y sont appliqués quasi systématiquement et

les médicaments souvent nombreux, donnés en début de repas.

Selon l'étude ENERGIE 4+, qui porte sur l'observation de la consommation alimentaire sur quatre jours d'hospitalisation : 66% des sujets inclus dans ce protocole n'ont pas consommé la ration calorique dont leur organisme avait besoin pendant ces quatre jours et jusqu'à 83% si l'on considère la ration protéique. Ceci est loin d'être négligeable puisque environ 40% des personnes consultant aux urgences sont âgées de plus de 80 ans et que jusqu'à 60% d'entre eux seront hospitalisés par la suite.(1)

Le syndrome d'hypercatabolisme joue un rôle primordial dans l'apparition et/ou l'aggravation d'une dénutrition proteino-énergétique de la personne âgée, si ce phénomène se prolonge, on aboutit à la cachexie.

Selon l'étude Raynaud-Simon et son équipe :« Un hypercatabolisme est déclenché lors de toute maladie qu'il s'agisse d'une infection (hyperfonctionnement des lymphocytes), d'une destruction tissulaire comme un infarctus ou un accident vasculaire cérébral (hyperfonctionnement des phagocytes) ou d'une réparation tissulaire lors de fractures ou d'escarres (hyperfonctionnement des fibroblastes). »(11)

Le syndrome d'hypercatabolisme est donc un mode de réponse de l'organisme face à une agression sévère.

Les **cytokines pro-inflammatoires** (IL-1, IL-6, Tumor Necrosis Factor ou TNF α) sécrétées par les monocytes circulants ou les macrophages tissulaires sont à l'origine de cet état d'hypercatabolisme.

En fonction du type d'agression, ces cytokines vont activer un certain type de cellules spécifiques : les lymphocytes s'il s'agit d'une pathologie infectieuse, les phagocytes si destruction tissulaire et si nécessité de réparation tissulaire, les fibroblastes. Rarement, les apports alimentaires quotidiens seront adaptés aux besoins lors d'un syndrome d'hypercatabolisme. Par conséquent, l'activation de toutes ces cellules est responsable de la consommation des réserves nutritionnelles de l'organisme, pour fournir à ces cellules tous les nutriments indispensables à leur fonctionnement: les acides

aminés provenant des muscles, les acides gras des cellules adipeuses, glucose et calcium.(11)

Cette consommation, qui comme nous venons de le voir, est en adéquation avec les apports nutritionnels du sujets âgé, cause des carences.

Le métabolisme hépatique est aussi touché, la synthèse des protéines de transport comme l'albumine, la préalbumine vont diminuer au profit de la synthèse des protéines de l'inflammation (Protéine C Réactive (CRP), fibrinogène, orosomucoïde...) qui jouent un rôle dans les mécanismes de défense et de cicatrisation.(6)

Ce processus de défense de l'organisme via les cellules inflammatoires, toutes ces réorganisations métaboliques sont à **l'origine d'une fonte de la masse maigre du sujet** dans le but de fournir l'énergie pour répondre à ce stress métabolique.

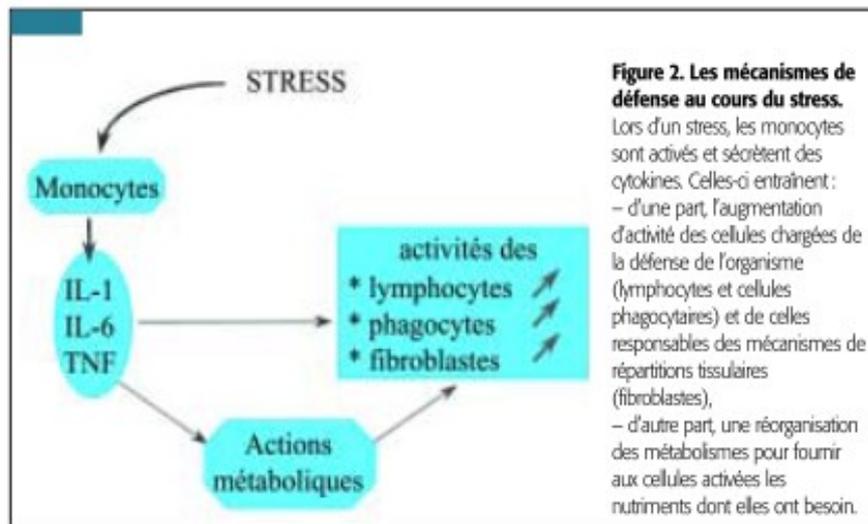


Tableau récapitulatif des causes de dénutrition selon la HAS 2007 :(7)

- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

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

1.4 Diagnostic

Le point primordial dans la prise en charge de la dénutrition du sujet âgé est le diagnostic, et donc le dépistage. **Le dépistage de la dénutrition doit être systématique chez la personne âgée**, et le plus précoce possible, pour pouvoir être traité avant que n'apparaissent les complications qui ne feront qu'aggraver le phénomène.

Selon la HAS, « le dépistage de la dénutrition est recommandé chez toutes les personnes âgées et doit être réalisé au minimum une fois par an en ville, à l'admission puis une fois par mois en institution, et lors de chaque hospitalisation. »(5)

Le dépistage d'une dénutrition repose tout d'abord sur la **recherche de toutes les situations à risque** qui ont été sus-citées (mauvais état bucco-dentaire, difficultés socio-économiques, polymédication, pathologie aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique,

hospitalisations...). L'accumulation de ces situations amplifie les risques, les risques de dénutrition et la gravité de ses conséquences.

Une enquête alimentaire simple peut être utile, en questionnant le sujet sur son appétit, ses apports alimentaires moyens, la fréquence des repas par jour, les apports en produits laitiers, fruits et légumes, ainsi qu'en produits carnés.(11)

La mesure du poids est indispensable, elle doit être répétée à chaque consultation en médecine de ville, à l'entrée en hospitalisation, puis toutes les semaines et à l'entrée en institution, puis tous les mois.(5) **La perte de poids est le premier signe d'alarme de dénutrition**. Il faut être très vigilant sur ce point de l'examen clinique car c'est une information facile à obtenir, reproductible et acceptable pour le patient.

Le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) fait parti du diagnostic de dénutrition et de plus, il permet d'en apprécier la gravité. Chez les sujets se tenant debout, la taille se mesure avec une toise mais pour ceux qui sont grabataires, « il est recommandé d'utiliser les formules de Chumlea 5 qui permettent d'estimer la taille à partir de la mesure de la hauteur talon-genou, ou bien d'utiliser la taille déclarée. »(5)

Formule de Chumlea 5 :

Estimation de la taille :

Femme : $T \text{ (cm)} = 84,88 - 0,24 \times \text{âge (années)} + 1,83 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

Homme : $T \text{ (cm)} = 64,19 - 0,04 \times \text{âge (années)} + 2,03 \times \text{hauteur talon-genou (cm)}$

(Taille de la jambe mesurée entre la partie fixe d'une toise pédiatrique placée sous le pied et la partie mobile appuyée au-dessus du genou au niveau des condyles, le patient étant en décubitus dorsal et le genou fléchi à 90°)

D'autres données anthropométriques tels que **les circonférences de membre peuvent nous permettre d'estimer la masse musculaire**, et donc la masse maigre de l'individu. Cela est très utile dans le cas de patients grabataires où la mesure de la taille pour le calcul de l'IMC est peu fiable. Le

plus souvent, la circonférence du bras est utilisée. Chez les personnes âgées, une diminution de la masse maigre est considérée pour une circonférence du bras inférieure à 25cm chez l'homme et à 23cm chez la femme. **La mesure des plis cutanés nous informe sur la quantité de masse grasse.**

« Une épaisseur de pli cutané tricipital inférieur à 6mm chez l'homme et à 10mm chez la femme est en faveur à une diminution des réserve de graisse. »(11) Cependant ces mesures quoiqu'informatives sont peu reproductibles, elles sont spécifiques mais peu sensibles et ne permettent donc pas une surveillance de l'état nutritionnel.

Des questionnaires tel que le Mini Nutritional Assessment (MNA) peuvent être utilisés pour le dépistage de la dénutrition selon la HAS (recommandation de grade C).

Il existe également une forme simplifiée du MNA parfaitement adaptée à la pratique de ville car le questionnaire est court et les questions sont simples. Une étude de 2012 sur l'efficacité du MNA pour détecter la dénutrition chez 100 patients hospitalisés dans un service de gériatrie montre que le MNA classique a une spécificité de 91% et une sensibilité de 51% pour détecter une fragilité, et que le MNA simplifié a une spécificité et une sensibilité respective de 76,5% et de 80% lorsque le chiffre de 9 est retenu comme seuil diagnostic.(12)

Même si utiliser le MNA dans le dépistage de la dénutrition n'est qu'une recommandation de grade C, le résultat de ce questionnaire est inclus dans les critères diagnostic de la dénutrition (que nous aborderons ultérieurement).

Les paramètres biologiques de la nutrition sont le dosage de l'albumine et de la préalbumine, qui sont toutes deux synthétisées par le foie et dont la synthèse est perturbée par les processus inflammatoires. Malheureusement ces protéines ne sont pas spécifiques de l'état nutritionnel, leurs taux varient en fonction de l'état d'hémoconcentration et des rythmes circadiens.

La préalbumine est une protéine de demi-vie courte (2 jours) et reflète donc les modifications très récentes de l'état nutritionnel. Un seuil compris entre 200 et 150mg/l traduit une

dénutrition modérée, si ce seuil est inférieur à 150mg/l il s'agit d'une dénutrition sévère.

L'albumine qui a une demi-vie bien plus longue de 21 jours, est un marqueur sensible mais peu spécifique de dénutrition. Sa valeur en absence de dénutrition se situe entre 42 et 45g/l, si cette valeur se situe entre 30 et 36g/l cela traduit une dénutrition modérée et si cette valeur est inférieure à 30g/l, c'est une dénutrition sévère.(4) ; (11)

Il est utile de doser la CRP en même temps que l'albumine, car celle-ci est affectée par l'inflammation. On ne peut interpréter une albumine basse lorsque la CRP est élevée.

Selon la HAS, **l'albuminémie est un facteur pronostique majeur de morbi-mortalité**. Grâce au dosage de l'albuminémie, on peut distinguer la dénutrition par carence d'apport où l'albuminémie peut être normale ; et la dénutrition par hypercatabolisme où l'albuminémie diminue rapidement.(5)

Le diagnostic de dénutrition ainsi que sa sévérité reposent sur la présence d'un ou plusieurs paramètres.(7)

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

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

1.5 Conséquences

Les conséquences générales de la dénutrition :

La dénutrition se manifeste le plus souvent par une **altération de l'état général** qui se compose du triépied: asthénie, anorexie, amaigrissement. Cette anorexie peut être due à une pathologie physique ou psychologique, mais aussi tout simplement à une carence chronique d'apports alimentaires. Une carence en vitamines peut se traduire par une apathie et une asthénie, aggravant l'isolement du sujet

en réduisant ses activités et altérant sa qualité de vie. L'amaigrissement traduit déjà un état de dénutrition déjà bien plus avancé.(6)

La dénutrition est également grande pourvoyeuse de **chutes et ses complications fracturaires** à cause de la fonte musculaire et de la fragilisation osseuse que nous étudierons par la suite.

La dénutrition est responsable d'une diminution des réserves de l'organisme et donc facilite les décompensations d'organes chez les personnes âgées, engageant ainsi leur pronostic vital.

Selon l'étude *Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patient*, par Cederholm et al. En 1995 la mortalité à 9 mois pour des patients âgés hospitalisés pour décompensation cardiaque aiguë, serait 4 fois plus élevée si les patients sont dénutris. De plus, dans cette même étude, il est démontré que la dénutrition protéino-énergétique peut être responsable d'une décompensation cardiaque.

La mortalité chez les sujets âgés est augmentée en cas de dénutrition. Dans l'étude EuroOOPS, sortie en 2008, incluant plus de 5000 patients de 26 hôpitaux en Europe, il est montré que le taux de mortalité est plus élevé chez les patients dénutris ou à risque de dénutrition (12% contre 1%) par rapport à un patient sain. La durée d'hospitalisation ainsi que le taux de complications sont significativement plus élevés dans cette population fragile, respectivement de 9 jours vs 6 jours; [p<0,001 et OR:3,47;p<0,001].(2)

Une autre étude plus récente publiée en 2011 tente de montrer l'impact de la dénutrition sur la durée d'hospitalisation, le risque de ré-hospitalisation et la mortalité à trois ans.

On remarque que les patients dénutris restent hospitalisés plus longtemps (6.9-7.3 jours vs. 4.6-5.6 jours, p<0.001) et que le taux de ré-hospitalisation à 15 jours est plus élevé par rapport aux autres patients non dénutris (RR : 1,9% ; [IC95% (1,1-3,2)] p=0,025).

La mortalité des patients avec une dénutrition protéino-énergétique est significativement plus élevée à 1 an (34% vs. 4.1 %), 2 ans (42.6% vs. 6.7%) et 3 ans (48.5% vs. 9.9%); p<0.001 pour chacun.

Cette étude conclue que la malnutrition est un facteur prédictif significatif de mortalité avec un

OR:4,4% IC (3,3-6,0) p<0,001.(13)

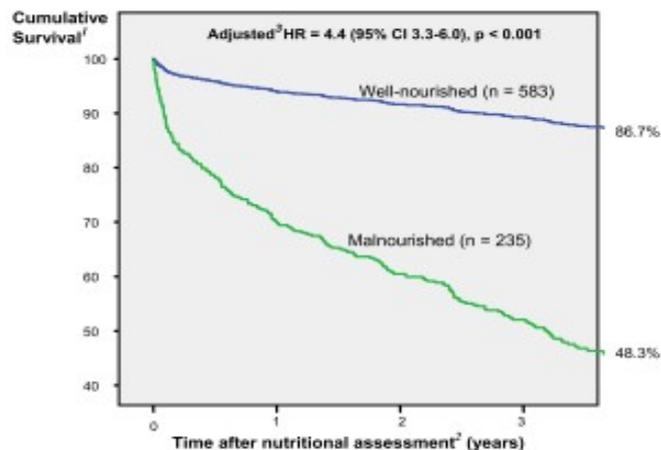


Fig. 2. Cumulative survival in well-nourished and malnourished patients (n = 818). HR, Hazard ratio. ¹Survival and mortality data from Singapore Death Registry. ²Assessment with Subjective Global Assessment within 48 h of hospital admission. ³Adjusted for ethnicity, age and gender.

Donc, comme nous venons de le voir, la dénutrition du sujet âgé entraîne une augmentation de la morbi-mortalité : pathologies aggravées par la dénutrition, augmentation de la mortalité et de la durée de séjour hospitalière.

Les conséquences plus spécifiques de la dénutrition :

La principale conséquence de la dénutrition protéino-énergétique et des carences en oligo-éléments et vitamines est un déficit immunitaire. Celui-ci est corrélé à l'intensité de la dénutrition et touche les deux types d'immunité, (spécifique et non spécifique).

Ce déficit immunitaire, souvent profond, explique la fréquence élevée des pathologies infectieuses chez les personnes âgées dénutries.(6)

Ce déficit immunitaire se traduit par :

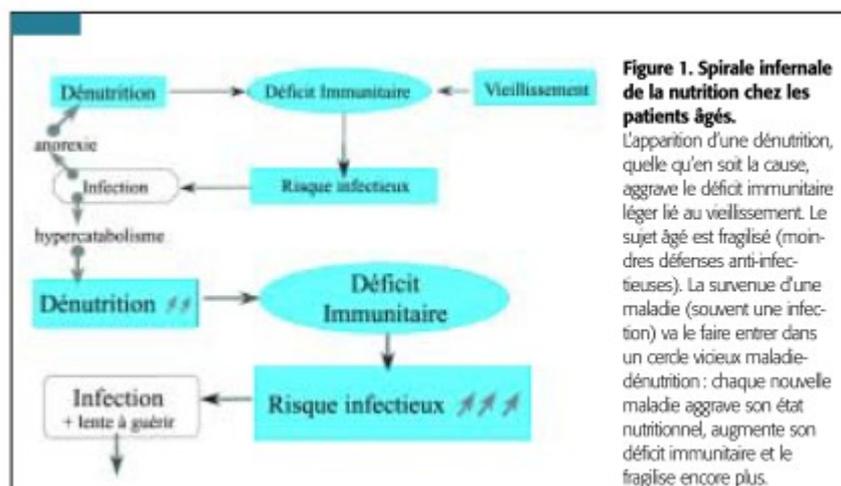
- une lymphopénie (<1500/mm³)
- une immunité à médiation cellulaire défaillante : avec des lymphocytes T immatures, proliférant peu, diminution de la synthèse des cytokines et de la cytotoxicité à médiation

cellulaire avec diminution de la réaction des tests d'hypersensibilités retardées

- une diminution de l'immunité humorale avec une réponse faible ou absente lors de vaccinations (antitétanique ou antigrippale)
- une réduction de la fonction des cellules phagocytaires d'où une réduction de la bactéricidie et de la production de cytokines par les monocytes et macrophages (IL1)

La dénutrition protéino-énergétique est la première cause de déficit immunitaire acquis. Or l'infection aggrave la dénutrition. Ceci enferme l'individu dans un cercle vicieux, d'autant plus que les signes infectieux sont abâtardis car ils sont souvent pauci-symptomatiques (apyrexie).(11)

Tableau récapitulatif (6) :



La dénutrition a aussi des conséquences hormonales.

Au cours d'une malnutrition par hypercatabolisme, **il y a un production accrue de cytokines monocytaires qui vont stimuler directement ou indirectement les systèmes hormonaux. De cette façon, les sécrétions de TSH, de cortisol et de glucagon peuvent être accrues, alors que celle de l'insuline diminue.** (11)

Les troubles de la glycorégulation apparaissent avec le vieillissement et sont fatalement aggravés par la dénutrition chronique. Ces troubles se manifestent le plus souvent par une hyperglycémie

post-prandiale à cause de l'association d'un hypoinsulinisme et d'une insulino-résistance, mais dans certains cas des hypoglycémies à jeun sont observées.(6) Pourtant, il ne s'agit pas d'un vrai diabète, qui ne justifie pas un traitement.

Au cours d'une malnutrition par hypercatabolisme, il y a une **production accrue de cytokines monocytaires qui vont stimuler directement ou indirectement les systèmes hormonaux**. De cette façon, les sécrétions de TSH, de cortisol et de glucagon peuvent être accrues, alors que celle de l'insuline diminue.(11)

La dénutrition est responsable de carence en micronutriments qui est très délétère pour le sujet âgé.

Les déficits en vitamine B, notamment en vitamine B9 (folates), B6 et B12 « ont été décrits comme associés à un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de déficience intellectuelle chez les sujets âgés. » En effet, les vitamines B9, B6 et B12 sont indispensables dans le métabolisme de l'homocystéine. Si ces vitamines viennent à manquer, le taux sanguin d'homocystéine augmente, ce qui est un marqueur précoce de carence de ces trois types de vitamines B.

Une homocystéinémie élevée est associée à une augmentation du risque cardio-vasculaire indépendamment des autres facteurs. Cependant, d'après les résultats d'une revue systématique de la Collaboration Cochrane de 2010, dans le but d'étudier l'efficacité de la prescription de vitamine B pour diminuer le risque cardiovasculaire : une supplémentation en complexes multivitaminiques B6, B9, B12, comparée à un placebo ou à une supplémentation vitaminique de faible dose, chez des patients avec ou sans maladie cardio-vasculaire, ne diminue pas le risque d'infarctus myocardique [RR 1,0 (IC 95% 0,9- 1,1)] (7 essais), ni d'AVC [RR 0,9 (IC 95% 0,7- 1,1)] (5 essais), ni d'une insuffisance cardiaque ou de mortalité globale respectivement de [RR 1,2 (IC 95% 1,0-1,4) (1 essai) et [RR 1,0 (IC 95% 0,9-1,1)] (6 essais).(14)

Des troubles cognitifs et psychiques sont également associés à des carences en vitamines B12 et

en folates chez les personnes âgées. Ces troubles se manifestent par des signes dépressifs, une diminution des activités physiques et des fonctions intellectuelles et peuvent volontiers aggraver la fonction cognitive des patients atteints de maladie d'Alzheimer.(6)

Le déficit en calcium chez les personnes âgées est constant du fait d'une diminution des apports alimentaires et aggravé par un état d'hypercatabolisme. **L'hypercatabolisme est responsable d'une augmentation de la résorption osseuse** par les cytokines pro-inflammatoires pour libérer le calcium osseux qui servira au fonctionnement des cellules activées par cet état inflammatoire. Ce processus accélère donc l'ostéoporose qui est déjà plus prononcée chez les femmes que chez les hommes, **et favorise donc la fragilisation osseuse responsable de chutes et de fractures.**(6)

La diminution de la masse et de la force musculaire, une de complication majeure de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé.

L'état de dénutrition induit une utilisation excessive des réserves protéiques de l'organisme, d'où une réduction importante et rapide de la masse musculaire et donc de la force musculaire.(6) Ceci a pour conséquence une réduction des activités physiques qui favorise l'amyotrophie du sujet âgé, provoquant par la suite des troubles de l'équilibre et chutes. **La personne âgée se trouve ainsi prise dans un cercle vicieux ; la dénutrition provoquant une fonte de la masse musculaire, et la fonte musculaire favorisant la dénutrition par une perte d'autonomie progressive du sujet qui sera dépendant d'un tiers pour se nourrir.**

Les troubles de l'hydratation sont fréquents chez les personnes âgées.

Cette population est particulièrement victime de déshydratation, plusieurs facteurs favorisent une perte hydrique importante.

A partir de 70 ans, **la masse d'eau corporelle est réduite de 8 à 10L.** A ceci s'ajoute une **diminution du pouvoir de concentration des urines,** qui est responsable d'une fuite d'eau

importante. De plus, la personne âgée voit sa **sensation de la soif altérée**, et diminue par conséquent ses apports hydriques. **La dénutrition favorise cette réduction**, car la moitié des besoins en eau provient des aliments, donc une réduction des apports alimentaires a pour conséquence une réduction des apports hydriques.(6)

La cicatrisation est freinée par la dénutrition.

Tous les types de réparation tissulaire (osseuse, dermique) sont ralentis par la dénutrition.(6) D'où une augmentation de la durée d'hospitalisation, des soins et des risques de complications lors d'une fracture, d'ulcères, d'escarres, et en post-opératoire chez les personnes âgées dénutries.(2)

La dénutrition favorise les anomalies intestinales telles que la constipation avec forte probabilité de constitution d'un fécalome, une pullulation microbienne par une diminution de la capacité contractile des fibres musculaires lisses. Cette dernière est aggravée par une diminution physiologique du péristaltisme intestinal lié au vieillissement. Ceci favorise les troubles hydro-électrolytiques.(11)

Tableau récapitulatif des différentes conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé : (2):

TABLE 2	
Clinical consequences of progressive under-/malnutrition demonstrated in scientific studies	
Immunocompetence	↓
Rate, duration, and severity of infections	↑
Overall complication rate	↑
Healing disorders, decubitus ulcers	↑
Immobility, risk of falling	↑
General health	↓
Mental state	↓
Need of help and care, infirmity	↑
Tolerance of treatment	↓
Quality of life	↓
Morbidity	↑
Mortality	↑
Prognosis	↓

Pour conclure, la dénutrition protéino-énergétique fragilise le sujet âgé. Elle est source d'un déficit immunitaire profond qui favorise les infections et décompensations d'organes. Le sujet âgé avec un mauvais état nutritionnel ou même seulement carencé en certains oligo-éléments, entre dans un cercle vicieux, où la dénutrition provoque une maladie qui va à son tour aggraver la dénutrition et ralentir les processus de réparation. Le sujet âgé devient vite dépendant d'autrui au quotidien, ce qui empire encore son état nutritionnel, et le plus souvent l'issue est fatale à court ou moyen terme.

Nous allons maintenant aborder le traitement de la dénutrition. Nous allons voir quels sont nos objectifs nutritionnels dans cette population âgée et quels sont les moyens thérapeutiques dont nous disposons.

1.6 Traitement

Selon les recommandations de la HAS de 2007, « **l'objectif de la prise en charge nutritionnelle chez la personne âgée dénutrie est d'atteindre un apport énergétique de 30 à 40 kcal/kg/jour et un apport protéique de 1,2 à 1,5 g de protéine/kg/jour, en sachant que les besoins nutritionnels peuvent varier d'un sujet à l'autre et en fonction du contexte pathologique.** »(5)

Voici un tableau issu du Programme National de Nutrition Santé qui compare les références de consommation des différentes catégories des aliments entre les adultes et les personnes âgées.(15)

Tableau XX : Les repères de consommation correspondant aux objectifs du PNNS pour l'adulte et pour les personnes âgées fragiles		
	Adultes	Personnes âgées fragiles
Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	Au moins 5 par jour
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs	À chaque repas et selon l'appétit	À chaque repas et selon l'appétit
Lait et produits laitiers	3 par jour	3 à 4 par jour
Viandes et volaille, poissons, produits de la pêche, œufs	1 à 2 fois par jour	2 fois par jour
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation	Sans en abuser
Produits sucrés	Limiter la consommation	Sans en abuser
Boissons	De l'eau à volonté	1 litre à 1,5 litre d'eau par jour

Ces repères correspondent à la consommation requise pour un sujet en bonne santé. C'est un objectif minimal à atteindre pour tout patient à risque de dénutrition ou dénutri.

Tout traitement de la dénutrition débute par son diagnostic et une prise en charge des facteurs favorisant. Il faut donc agir sur plusieurs axes de façon concomitante: traiter simultanément les pathologies sous-jacentes, faciliter la prise alimentaire du sujet âgé en lui procurant selon ses besoins, des soins dentaires, l'aide d'une tierce personne pour l'alimentation. Il est primordial de réévaluer à chaque consultation la nécessité de chaque médicament ou régime.(5) **Plus la prise en charge de la dénutrition est précoce, plus elle sera efficace.(2)**

La prise en charge nutritionnelle orale débute par des conseils diététiques. Chez les personnes âgées, il existe un grand bénéfice à **fractionner les repas**. Introduire des collations entre les repas, retarder l'heure du dîner ou avancer l'heure du petit déjeuner, sont des moyens qui permettent de **limiter les périodes de jeûne ce qui aide à lutter contre la réduction spontanée des apports alimentaires, fréquente chez le sujet âgé.** (15)

Une alimentation enrichie est recommandée pour augmenter les apports caloriques quotidiens sans augmenter le volume d'aliments ingéré (Grade C). Selon des études de Barton AD, Beigg CL, Mac Donald IA et Allison SP parues dans *Clinical Nutrition* en 2000 ; 42% des patients âgés hospitalisés trouvent que le plateau repas servi à l'hôpital est trop copieux (*High food wastage and low nutritional intakes in hospital patient*). Il a été remarqué lors d'une étude qui compare la prise des repas dans deux groupes, l'un recevant un plateau repas classique et l'autre, un plateau repas moins copieux mais enrichi (+ 14% d'apport énergétique supplémentaire) ; les ingestats sont augmentés de 25% pour le groupe recevant des repas enrichis (*A recipe for improving food intakes in elderly hospitalised patients*).⁽⁸⁾

La polymédication est très fréquente chez les personnes âgées et elle participe à la réduction des apports alimentaires. **C'est pourquoi il est conseillé aux personnes âgées de prendre leurs médicaments en fin de repas et non en début.** Rien que cette mesure permet d'augmenter de 20 à 25% la consommation alimentaire.⁽¹⁾

Il a été démontré qu'un environnement agréable et convivial ainsi qu'un allongement du temps des repas aide à accroître la prise alimentaire.⁽⁸⁾

Il est nécessaire d'adapter la texture des aliments à chaque patients pour faciliter la mastication et la déglutition.⁽¹⁵⁾

D'après les recommandations de la HAS, « **les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont envisagés en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère (grade C)** ». ⁽⁵⁾ **Les CNO ne doivent pas substituer l'alimentation classique, le but est d'augmenter les apports énergétiques et protéiques chez les personnes âgées, en augmentant que très peu le volume de leurs apports alimentaires quotidiens.** La prise des CNO se fait dans l'idéal à 1h30 avant ou après les repas en adaptant leur parfum et leur texture au goût du patient.⁽¹⁵⁾

Ci-dessous les mesures d'enrichissement alimentaire proposées par le PNNS :

Tableau XIX : Description et indications des mesures correctives permettant d'augmenter les apports oraux protéino-énergétiques	
Mesure corrective	Définitions et indications
Alimentation fractionnée	Trois repas principaux (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) et ajout de deux à trois collations par jour (10h, 16h, soirée) Indication : petits appétits, suites de chirurgies digestives touchant l'œsophage, l'estomac et le pancréas
Alimentation enrichie	Augmentation de l'apport protéique et/ou calorique des plats sans en augmenter le volume (ajout de poudre de lait, œuf, jambon ou viande mixée finement, crème, sauce béchamel, fromage fondu ou râpé, préparations sous forme de flans, gratins...) Indications : petits appétits
Alimentation à texture modifiée	Texture hachée (viande), moulinée (viande hachée gros et purée, légumes écrasés...), mixée (viande finement hachée, purées, mousses, compotes sans morceaux, texture lisse) ou liquide Indications : troubles de la mastication, troubles de la déglutition, dysphagie œsophagienne
Compléments nutritionnels oraux	Préparations nutritives plus ou moins complètes permettant un apport énergétique et/ou protéique important sous un volume restreint

La nutrition entérale est réservée à des cas bien particuliers avec une nutrition orale impossible, tels que les troubles sévères de la déglutition, les chirurgies de la sphère oro-pharyngée et les dénitritions sévères avec des apports alimentaires très faibles.(5)

La nutrition parentérale est elle aussi réservée à trois situations particulières, à savoir l'échec d'une nutrition entérale bien conduite, les occlusions intestinales et les cas de mal-absorptions anatomiques ou fonctionnelles.(5)

La surveillance de la dénutrition se fait à chaque consultation par la mesure du poids avec de préférence calcul de l'IMC, l'évaluation des ingestats spontanés quotidiens, l'évolution des pathologies sous-jacentes, la tolérance et l'observance des conseils nutritionnels et compléments alimentaires oraux, et le dosage de l'albuminémie qu'il est inutile de faire plus d'une fois par mois.

Pour conclure, voici le tableau récapitulatif de la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée selon les recommandations de la HAS de 2007 (5) :

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

* Réévaluation comportant :

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

CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale

SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

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

2/ LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ORALE PAR LES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO).

2.1 Description des CNO

Il existe une très grande variété de CNO pour s'adapter aux goûts et aux besoins de chaque patient.

On peut trouver des CNO sucrés ou salés. Tous les types de textures existent : liquide (jus de fruit) pâteux (sous forme de crème dessert, de soupe, de yaourt liquide) et de poudre. Ils s'adaptent aux pathologies des patients : sans protéine de lait de vache ou sans gluten pour les intolérants à ces composants, avec édulcorant pour les patients ayant des troubles de glycorégulation, sous forme de poudre épaississante pour ceux ayant des troubles de la déglutition ou pour stimuler le transit, ou encore sous forme de jus de fruit pour les patients dénutris avec tendance à la déshydratation.

Les caractéristiques de chaque produit sont étudiées pour subvenir au mieux aux besoins de chaque patient, certains CNO sont hyperprotidiques seuls, hyperénergétiques-normoprotidiques, hyperénergétiques-hyperprotidiques ou enrichis en fibres.

Les parfums sont nombreux : les classiques fraise, chocolat, vanille, café, mais aussi d'autres moins connus comme fruits tropicaux, pomme, banane, caramel, pêche-orange, vanille-citron, framboise, raisin-pomme, abricot, pruneau, légumes du soleil, crème-carotte, poulet-petits légumes... la liste est longue, pour montrer que l'on peut trouver un CNO qui conviendra au patient.(16)

Les CNO les plus couramment prescrits sont les petites bouteilles de 200ml dont les apports caloriques varient de 250 à 300 kcal (densité calorique 1,25-1,5kcal par ml) et apportent entre 12 et 20g de protéines. Les apports énergétiques se repartissent globalement en 16% de protéines, 35% de glucides et 49% de lipides.

Une nouvelle gamme de CNO de densité calorique plus élevée (2,4kcal/ml) est parue, très utile chez

les patients qui ne parviennent pas à consommer plus d'une bouteille de CNO par jour. La bouteille contient 300ml où se concentre plus de 700kcal et 30g de protéines. Avec ce produit, une bouteille suffit au lieu de deux.(16)

Les CNO constituent également un apport considérable en oligo-éléments (calcium, fer, zinc, magnésium, phosphate, sélénium...) **et en vitamines** (vitamines A,B,D,E,K et C) rectifiant ainsi les carences fréquentes dans cette population.

2.2 Les indications des CNO

Les CNO sont indiqués en cas de dénutrition après échec d'une alimentation normale ou enrichie pendant une semaine, 15 jours ou un mois selon la gravité de l'état nutritionnel du patient. Ils peuvent être également prescrit chez un patient présentant des facteurs de risque de dénutrition , ne parvenant pas à enrichir suffisamment son alimentation. **Leur utilisation est transitoire et complémentaire de l'alimentation normale et ne doit surtout pas la remplacer.**(17)

2.3 Les modalités de prescription des CNO

La prescription de CNO peut être aussi bien faite par un médecin généraliste que par un spécialiste. **Depuis 2009, les CNO sont pris en charge par l'assurance maladie pour une seule indication : la dénutrition. La première prescription est valable pendant un mois maximum et le renouvellement peut se faire pour 3 mois.**(17)

La prescription se fait au cas par cas, il faut qu'elle soit en accord à la fois avec les besoins nutritionnels du patient, ses pathologies (troubles de déglutition, allergies, etc) et ses goûts.

Sur l'ordonnance, on note le type de produit (hypercalorique, hyperprotéiné ou non, enrichi en fibres, sans lactose...), sa texture, la quantité de produit à consommer par jour et sa durée. Le choix du parfum est laissé au patient.(15) Il est conseillé de délivrer les produits en petite quantité au début, jusqu'à ce que le patient trouve le CNO qui lui convient, et ainsi limiter les gâchis.

Cette prescription s'accompagne d'information sur le mode d'administration des CNO.

Les CNO se donnent à distance des repas, environ 2h avant pour ne pas couper l'appétit pour le repas. Certains produits peuvent se consommer aussi bien, glacé, frais que chaud et peuvent être intégrés au repas (dessert, soupe) sans le remplacer pour autant. Une fois ouvert, ils se conservent 24h au réfrigérateur.(17)

Le coût journalier du traitement par CNO est d'environ 2,30 euros ou 4,60 euros respectivement si le patient prend une ou deux bouteilles par jour.

2.4 Surveillance du traitement par CNO

Lors d'un traitement par CNO il est nécessaire de surveiller la bonne observance qui se traduit à terme par une prise de poids.(17) Avant de voir une prise de poids, il faut surveiller la quantité et la qualité des apports alimentaires, mesure du poids hebdomadaire (stabilité puis prise de poids) et dosage au maximum une fois par mois de l'albuminémie en dehors d'un état infectieux.

2.5 Études réalisées sur les bénéfices du traitement de la dénutrition par les CNO

Un nombre croissant d'études est réalisé dans le but de tenter de connaître les répercussions de la consommation des CNO chez les personnes dénutries ou à risque de dénutrition. Ces études portent sur la mortalité, le poids, la survenue de complications secondaires à un mauvais état nutritionnel telles que la survenue de fractures et d'escarres, les hospitalisations (fréquence et durée), mais aussi sur des points plus difficiles à évaluer car plus subjectifs, tels que la qualité de vie, les limitations fonctionnelles et sur le niveau de dépendance des sujets âgés.

Les deux auteurs très fréquemment retrouvés dans l'étude des effets des CNO sont Stratton et Elia. Une méta-analyse publiée en 2010 par ces derniers, révèle le bénéfice de la prescription des CNO, en montrant **une réduction de mortalité chez les patients dénutris traités par CNO avec OR:**

0.66 (95% CI [0.49-0.90]), alors que pour les patients non dénutris supplémentés par CNO on ne peut pas conclure à une réduction significative de la mortalité OR: 0.99 (95% CI 0.81; 1.21)(9) .

Une autre méta-analyse faite par Milne et son équipe de 2009, incluant 62 études avec un total de 10187 patients randomisés, sur une durée au minimum de 18 mois montre également un bénéfice en terme de réduction de la mortalité chez les patients dénutris traités par CNO. Le niveau de preuve de chacune de ces études est globalement faible, ce qui justifie la réalisation d'une méta-analyse dans le but d'augmenter le niveau de preuve des recommandations.

Pour 42 de ces études, il n'y a pas eu de réduction significative de la mortalité entre le groupe contrôle et le groupe intervention (RR :0.92 ; IC95% [0.81-1.04]).(3) La réduction de la mortalité n'était significative que pour les études de plus de 2461 patients définis comme dénutris (RR :0.79 ; IC95% [0.64-0.97]). Cependant les risques de complications étaient réduits dans 24 études (RR 0.86; [IC95% (0.75 to 0.99)]. (18)

Voici deux tableaux montrant les résultats des diverses méta-analyses prouvant l'efficacité des CNO dans la réduction de la morbi-mortalité chez les patients âgés dénutris . (9) ;(2)

Table 3. Effect of oral nutritional supplements (ONS) on mortality and complication rates (analyses of trials in a mix of patient groups; adapted from Stratton & Elia⁽³²⁾)

Systematic review	Intervention v. routine care	Mortality*	Complication*
Stratton <i>et al.</i> ⁽¹²⁾ (studies in a wider range of patient groups, hospital and community settings)	Mostly multi-nutrient, liquid ONS, 250–600 kcal (1.05–2.52 MJ)/d for <1 week to 2 years	OR 0.62 (95% CI 0.49, 0.76), 17 RCT, n 2096	OR 0.29 (95% CI 0.18, 0.47), 10 RCT, n 494
NICE ⁽²⁰⁾ (studies in malnourished patients with a wide range of conditions in hospital and community settings)	Multi-nutrient proprietary ONS	RR 0.81 (95% CI 0.68, 0.97), 18 RCT, n 2564	RR 0.71 (95% CI 0.61, 0.82), 7 RCT, n 1001
Milne <i>et al.</i> ⁽³¹⁾ (all studies with a mean age >65 years, individuals with a wide range of conditions)	Mostly multi-nutrient, liquid ONS, some powders, 175–1000 kcal (0.74–4.2 MJ)/d for 10 d to 18 months	OR 0.86 (95% CI 0.74, 1.00), 25 RCT, n 6852 Unwell OR 0.86 (95% CI 0.74, 1.00), 22 RCT, n 6630 Aged >75 years OR 0.64 (95% CI 0.49, 0.85), 18 RCT, n 1611	OR 0.82 (95% CI 0.65, 1.03), 19 RCT, n 5508
Stratton <i>et al.</i> ⁽²²⁾ (studies in all patients at risk of developing pressure ulcers, hospital and community settings)	All multi-nutrient, liquid ONS, mostly high protein, 250–600 kcal (1.05–2.52 MJ)/d for 2 to 26 weeks	–	OR 0.79 (95% CI 0.62, 0.89) [†] , 4 RCT, n 1224
Koretz <i>et al.</i> ⁽³³⁾ ‡ (studies in geriatrics and in perioperative patients – variety of conditions and both hospital and community settings)	Mostly multi-nutrient, liquid ONS	Geriatrics [§] –4% (95% CI –7% to –1%), 14 RCT, n 1733 Peri-operative [§] 0 (95% CI –2, 2)%, 8 RCT, n 792	Geriatrics [§] Infectious complications only –5 (95% CI –13, 3)%, 3 RCT, n 503 Peri-operative [§] Total complication rate –13 (95% CI –23, –3)%, 9 RCT, n 789 Infectious complication rate –10 (95% CI –18, –1)%, 8 RCT, n 637 Major complications –11 (95% CI –20, –2)%, 6 RCT, n 568
Cawood <i>et al.</i> ⁽³⁶⁾ ‡ (studies in patients with a wide range of conditions and in both hospital and community settings)	Ready-made, multi-nutrient ONS, High protein (>20% energy from protein)	–	OR 0.68 (95% CI 0.54, 0.86), 7 RCT, n 1543

RR, relative risk; RCT, randomised controlled trials.

*An OR or RR < 1 indicates a lower incidence of mortality or complications in the supplemented patients than control patients. If the confidence interval does not pass 1.00, the result is statistically significant.

†In this meta-analysis the only complication assessed was pressure ulcers. In all other trials, a variety of complications were assessed (including wound infections, chest infections, pressure ulcers, etc.).

‡Added since publication of the 'review of reviews'⁽³²⁾.

Une des méta analyses montre une réduction de 30% de la mortalité chez les patients admis à l'hôpital pour une pathologie aiguë qui ont été supplémentés par les CNO. La réduction de la mortalité est plus marquée chez les patients dénutris, une étude montre une réduction significative de la mortalité chez les patients ayant un IMC<20kg/m2.

TABLE 3		
The effect of nutritional drinks/oral supplements on mortality and complication rates according to various published meta-analyses (modified according to 8)		
Meta-analyses	Complication rate	Mortality
Potter et al. (2001)		0.61 (CI 0.45–0.82) ^{*1}
Stratton et al. (2003)	0.29 (CI 0.18–0.47) ^{*1}	0.62 (CI 0.49–0.76) ^{*1}
Stratton et al. (2005) ^{*3}	0.79 (CI 0.62–0.89) ^{*1}	
NICE (2006)	0.71 (CI 0.61–0.82) ^{*1}	0.81 (CI 0.68–0.97) ^{*1}
Milne et al. (2006) ^{*2}	0.72 (CI 0.53–0.79) ^{*1}	0.66 (CI 0.49–0.90) ^{*1}
Stratton et al. (2007)	0.37 (CI 0.23–0.60) ^{*1}	
Milne et al. (2009)		0.79 (CI 0.64–0.97) ^{*1}

Odds ratios with 95% confidence intervals;
^{*1} statistically significant result;
^{*2} only patients with under-/malnutrition during hospitalization;
^{*3} specific evaluation concerning pressure sores/decubitus ulcers
 CI: 95% confidence interval

L'emploi des CNO entraîne une réduction du taux de complications.

Toujours selon Stratton et Elia, une revue systématique de la littérature faite sur des patients en période péri-opératoire, montre une réduction du nombre de complications post-opératoires avec une supplémentation par CNO avant, pendant et après l'hospitalisation.

L'étude de Canwood, Stratton et Elia, publiée en 2011, rassemblant les résultats de 36 études contrôlées randomisées, incluant 3790 patients et une série de méta-analyses cherche à démontrer les effets bénéfiques de CNO hyperprotéinés dans tous les milieux et tous les groupes de patients.

Cette étude conclue à une **réduction significative des complications avec un risque relatif de 0,68 [IC95% (0,55-0,83)] p<0,001 dans 10 études contrôlées randomisées (ce qui correspond à un échantillon de 1830 patients)** et une réduction du taux de réadmission à l'hôpital (RR 0,59 [IC95% (0.41-0.84)], p=0.004, dans 2 études (546 patients inclus).(19)

Le but de cette revue de la littérature est d'augmenter le niveau de preuve des recommandations concernant la prescription des CNO hyperprotéinés pour lutter contre les effets cataboliques de la maladie et faciliter sa guérison, car en effet, les recommandations concernant les modalités de traitement de la dénutrition sont de faible niveau de preuve.

De même dans le cas de fracture du col fémoral, il y a moins de complications et de décès post-opératoire chez les patients ayant reçu des CNO avec un risque relatif de (0,52 IC95% [0,32-0,84]).

(9)

Selon l'étude *Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment, 2003* de ces mêmes auteurs (Stratton et Elia), **la consommation de CNO des patients dénutris réduisait significativement le taux de complications avec un risque relatif de 0,29 [IC95% (0,18-0,47)].**

(2)

Les escarres sont à la fois favorisées, aggravées par la dénutrition et leur cicatrisation est également freinée par celle-ci.

D'après une revue systématique de la littérature de Stratton et son équipe en 2005, **le risque de développer une escarre est significativement réduit de 25% par la prise en charge de la dénutrition par les CNO.**(4) Et plus récemment, en 2010 une revue systématique souligne une réduction significative du développement d'escarres avec l'utilisation des CNO par rapport à une prise en charge classique de la dénutrition, sans utilisation de CNO (OR 0.75 [IC95% (0.62, 0.89)].

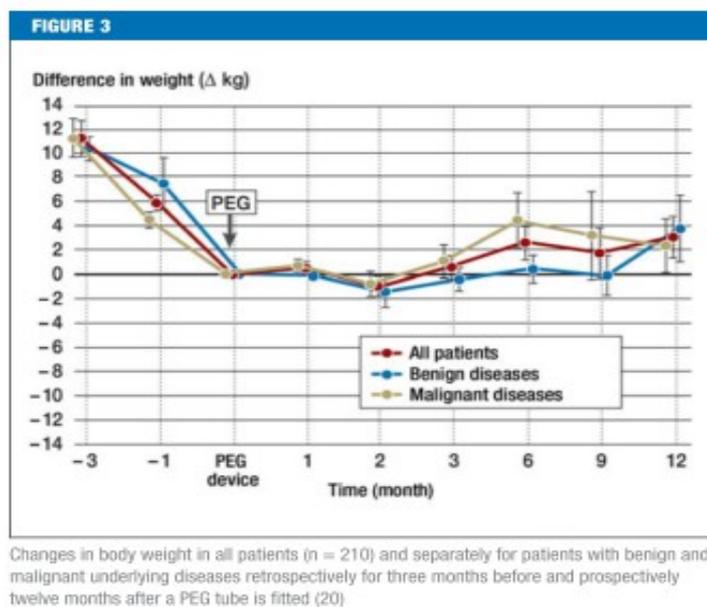
(9) Et ceci est valable quelque soit le stade de l'escarre. Il y a toujours un bénéfice de supplémenter le patient avec des CNO sur la rapidité de la cicatrisation de l'escarre.

La mesure du poids est un facteur déterminant de la surveillance de l'état nutritionnel de la personne âgée, c'est une mesure acceptable pour le patient, reproductible et économique. Le poids est donc surveillé de près lors du traitement de la dénutrition, sa stabilisation est le premier signe de l'efficacité du traitement.

L'hospitalisation est un facteur de risque de réduction des apports alimentaires quotidiens (plus particulièrement chez les personnes âgées) et de perte de poids, et ce quelque soit le motif de l'hospitalisation.

Voici un graphique montrant les variations de poids chez des patients hospitalisés (2). On remarque

bien que dans tous les groupes de patients (ceux atteints d'une pathologie maligne ou non), il y a eu une perte de poids au cours de leur hospitalisation.



La plupart des études réalisées sur l'efficacité des CNO montrent une stabilisation, voire une augmentation de poids lors de la consommation de ces derniers car ils complètent les apports alimentaires spontanés des patients en énergie, protéines et micronutriments.

D'après une étude française de Lauque et al de 2004, qui a pour objectif d'évaluer l'effet des CNO prescrits pendant 3 mois, sur le poids, la composition corporelle, le statut nutritionnel et sur la cognition chez les patients de plus de 65ans atteints de maladie d'Alzheimer. Les patients ont été randomisés en deux groupes, un groupe recevant les CNO quotidiennement pendant 3 mois et le groupe contrôle recevant le traitement de routine.

A 3 mois, les ingestats caloriques et protéiques ont significativement augmenté dans le groupe ayant reçu des CNO, de même que le taux de masse maigre et le poids. Il faut souligner le fait que l'observance des patients pour la prise de CNO au cours de cette étude était bonne. Ils ont également remarqué que ces bénéfices obtenus après 3mois de supplémentation étaient encore conservés après 3 mois d'arrêt de la supplémentation.(20)

Dans l'étude *Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition*, Milne and al, 2009, la différence moyenne de poids est de 2,2% en moyenne chez les patients supplémentés par rapport au groupe contrôle.(IC95% (1.8 à 2.5) pour 42 trials).(18)

Une autre méta-analyse de Milne et al datant de 2006, montre une « augmentation significative du poids chez les sujets recevant des CNO en soins de longue durée (+2,51% ;[IC95%(1,73-3,20)], en ville(+2,25%;[IC95%(1,72-2,70)],et à l'hôpital (+1,75% ;[IC95%(1,12-2,30)] par rapport à ceux ayant bénéficiés du traitement de routine. »(9) **Cependant, les auteurs ont remarqué que ce gain de poids est beaucoup plus important chez patients dénutris, ayant un BMI<20kg/m².**

Dans l'étude *Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial*, Lauque et al, 2000, qui est une étude contrôlée, randomisée, prospective réalisée dans une maison de retraite à Toulouse, les patients ont été répartis en 4 groupes en fonction de leur statut nutritionnel déterminé par l'échelle MNA. Les patients ont été répartis en trois groupes : les patients dénutris (MNA<17) qui ont reçu des CNO, ceux non dénutris (MNA>24) qui n'en n'ont pas reçu de CNO et ceux à risque de dénutrition avec un MNA compris entre 17 et 24 qui ont été randomisés soit dans le groupe recevant des CNO soit dans le groupe n'en recevant pas.

On a pu remarquer que les patients recevant des CNO ont augmenté leur apport énergétique journalier de façon significative, mais également, que la plupart des sujets à risque de dénutrition ont augmenté leur score de MNA et pris du poids. En revanche, ni le MNA ni le poids n'ont augmenté dans le groupe à risque de dénutrition qui n'a pas reçu de CNO. La supplémentation dans le groupe de patients dénutris a augmenté de façon significative le score MNA de (13,9+/-2,6 à 17,1 +/- 3,9) et le poids de 1,5 kg +/-0,4kg.(21)

La dénutrition et ses conséquences sont responsables de perte de fonctions physiques et donc d'une réduction de l'autonomie du sujet et par conséquent, de la qualité de vie, le conduisant à devenir dépendant à court ou moyen terme.

Il n'est pas aisé de démontrer un bénéfice fonctionnel ou une amélioration de la qualité de vie secondaire à l'emploi des CNO.

Selon la méta-analyse de Milne et al de 2009, peu d'études sont capables de suggérer un bénéfice fonctionnel en faveur de la supplémentation.(18)

D'après l'étude *Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs*, Neelemaat et al,2012, qui compare l'effet du traitement de la dénutrition par les CNO dans deux groupes de patients dénutris admis à l'hôpital. La qualité de vie, l'activité physique et les limitations fonctionnelles ont été mesurées au bout de 3 mois de traitement par des questionnaires standardisés validés. A la fin des 3 mois, il n'y a pas eu de différence significative mise en avant en ce qui concerne la qualité de vie et l'activité physique entre les deux groupes . En revanche, il a été retrouvé une réduction significative des limitations fonctionnelles dans le groupe de patients dénutris recevant les CNO (OR= -0.72; IC95% [-1.15; -0.28]).(22)

Les études qui retrouvent une amélioration de la qualité de vie, de l'activité physique ou des limitations fonctionnelles sont rares, mais surtout elles démontrent une différence significative pour des groupes bien spécifiques de patients, à savoir les patients atteints de pathologies chroniques et dénutris.(9)

Les prescriptions de CNO jouent également un rôle positif dans les caractéristiques de l'hospitalisation, à savoir une baisse de la durée et du taux de ré-admission après une hospitalisation, ce qui a une incidence non négligeable sur les dépenses de santé.

Selon une étude de Gariballa et al. publiée en 2006, qui avait pour but de mettre en avant les bénéfices cliniques de la prescription de CNO chez les patients de plus de 65ans hospitalisés pour une pathologie aiguë, il a été retrouvé une réduction de 40 à 29% du taux de ré-hospitalisation à 6 mois des patients ayant reçu des CNO par rapport à ceux n'ayant pas reçu de CNO.(4)

Selon une méta-analyse réalisée par Stratton et Elia, les taux d'admission à l'hôpital sont significativement plus faibles pour les patients recevant des CNO avec un risque relatif de 0.56 ; [IC95% (0.41, 0.77)]. (9)

Issu de la même étude, pour illustration, voici un tableau montrant la réduction des taux d'hospitalisation dans différentes catégories de patients, par rapport à ceux recevant des CNO.

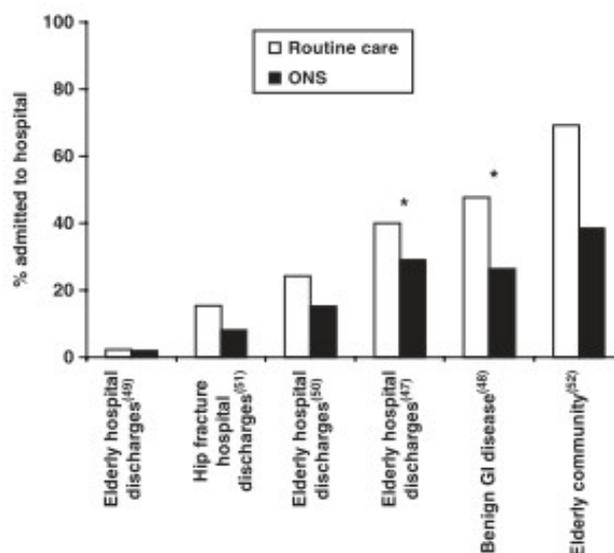


Fig. 3. Reduction in hospital admissions/readmissions with the use of oral nutritional supplements (ONS). *Significant reduction, $P < 0.05$ (individual study references: ⁽⁴⁶⁻⁵¹⁾).

Une méta-analyse réalisée par Potter et son équipe en 2009, *Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition*, montre que la durée moyenne de séjour hospitalier n'est significativement pas différente dans les groupes de patients ayant reçu des CNO par rapport aux groupes sans prescription de CNO (-0.8 jours, IC95%(-2.8 à 1.3)). (18) Ceci peut être la conséquence d'une trop faible puissance de l'étude, dûe à une population trop restreinte.

Dans une étude de cohorte observationnelle prospective qui se penche sur le versant pharmaco-économique de l'utilisation des CNO en médecine de ville, 90 médecins généralistes sont

sélectionnés selon leurs habitudes de prescription de CNO : certains prescripteurs réguliers de CNO et d'autres moins. Ces médecins ont été suivis pendant 12 mois, 378 patients dénutris âgés de plus de 70 ans vivant soit à domicile, soit en institution ont été inclus. Leur état nutritionnel a été déterminé avec l'échelle MNA, ainsi que les pathologies en rapport avec la dénutrition et leur consommation de soins médicaux.

Non seulement l'amélioration du MNA est significativement plus importante dans le groupe de médecins prescrivant des CNO, mais en plus les dépenses de santé dans ce groupe sont significativement plus faibles que dans le groupe ne recevant pas de CNO, et permet une économie de soins infirmiers de 145 euros en moyenne par patient par an , en incluant les dépenses relatives aux CNO. (23)

Une étude a montré qu'en délivrant une formation spécifique sur la dénutrition au personnel médical, leur demandant de dépister la dénutrition avec l'échelle MUST et de la traiter, on remarque qu'il y a eu une réduction significative du nombre et de la durée des hospitalisations ce qui représente une économie de 600 livres sterling par patients au bout de 3 mois.(9)

D'après le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) des économies de santé peuvent être réalisées en utilisant les CNO chez les personnes dénutries en médecine de ville (4) . En dépistant et en traitant précocement la dénutrition une économie estimée à 28 472 livres sterling pour 100 000 habitants pourrait être réalisée.(9)

Selon l'étude pharmaco-économique, *The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting*, Freijer et al, publiée en mai 2012, l'utilisation de CNO ne rajoute pas de coût supplémentaire à la prise en charge. Il réduit les coûts de presque 13 millions d'euros puisqu'il y a moins de ré-hospitalisation. Cependant, « si le patient a besoin de CNO pendant plus de 3 mois pour traiter sa dénutrition, il se peut que le coût du traitement devienne supérieur aux économies réalisées. »(7)

Table 3 | Results of the base case analysis: budget impact of ONS (without and with ONS) in elderly with DRM in the community in the Netherlands in 2009 (million Euros).

	Without ONS	With ONS	Savings
Costs of DRM	€ 275.643	€ 205.322	€ 70.321
Costs of ONS	€ 0	€ 57.335	-€ 57.335
Budget impact	€ 275.643	€ 262.657	€ 12.986

Une revue de la littérature des études sur le bénéfice de la prise en charge de la dénutrition en période péri-opératoire retrouve un bénéfice important de traiter la dénutrition par les CNO de façon précoce pendant cette période, et cela permettant de faire des économies d'environ 1000 euros par patients.(2)

CONCLUSION :

Une évaluation systématique précoce de l'état nutritionnel et le traitement des causes sous-jacentes potentiellement responsables de dénutrition, constituent une part essentielle du traitement médical des patients à risque de dénutrition.

En effet, plus la prise en charge de la dénutrition est précoce plus celle-ci sera efficace et bénéfique pour le patient, car le risque de complications secondaires à cette dénutrition est réduit.

Même si aucun bénéfice n'a pu être démontré avec le conseil diététique, ni avec l'enrichissement alimentaire dû au manque de données à ce sujet, ils restent toujours recommandé de les appliquer d'un point de vue clinique et économique. C'est toujours un moyen de redonner le goût des aliments aux patients et d'augmenter leurs apports énergétiques sans trop d'effort.

Néanmoins, seule l'utilisation correcte des CNO a permis de conclure à une réduction significative de la mortalité et des complications. Tous les bénéfices cliniques qu'offrent les CNO sont plus significatifs lorsqu'ils sont employés dans une population de sujets âgés dénutris (ayant un

IMC<20kg/m²).

Si nous suivons les recommandations de prise en charge de la dénutrition nous aboutirons à un meilleur état nutritionnel de nos patients, ce qui conduit à réduire les complications secondaires comme les infections pulmonaires, les escarres, les abcès de parois et des décompensations cardiaques. On peut estimer que cela aboutisse aussi à une diminution des admissions et des durées de séjour, ainsi qu'une réduction du nombre de consultations chez le médecin généraliste et des consultations externes.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODE ET RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

INTRODUCTION :

Nous avons vu précédemment à quel point une nutrition correcte est importante pour permettre un bon vieillissement, réduisant la survenue de complications (fracturaires, infectieuses, décompensation d'organes, etc) et par conséquent, retardant la perte d'autonomie.

La majorité des études sur la dénutrition des personnes âgées ainsi que sa prise en charge sont réalisées en milieu hospitalier ou en institution, les données sur ce sujet en médecine ambulatoire sont quasi inexistantes.

Pourtant nous avons vu que l'incidence de la dénutrition en médecine ambulatoire, même si elle est moins importante qu'en milieu hospitalier ou qu'en institution, n'est pas négligeable en valeur absolue. Ceci est dû au fait que la grande majorité de personnes âgées vit à domicile et que l'espérance de vie continue à augmenter.

Par conséquent, la prise en charge de la dénutrition chez les personnes âgées doit se faire par le généraliste et le traitement de la dénutrition passe par la consommation de compléments nutritionnels oraux.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer sur quels critères cliniques, biologiques se basent les généralistes en ville pour prescrire des compléments nutritionnels oraux. Sur quels références s'appuient-ils ?

Il s'agit également de savoir si ces CNO sont prescrit en curatif ou en préventif, s'il existe un suivi de l'observance et de l'efficacité de ce traitement, si le renouvellement de ce traitement est discuté régulièrement et si ces prescriptions sont conformes aux indications de la HAS.

L'hypothèse est basée sur le fait que la prescription initiale de CNO par les médecins de ville, ainsi que le suivi de la prise en charge se font principalement sur des critères cliniques pas forcément objectifs.

1/ OBJECTIFS DE L' ÉTUDE

Le principal objectif de cette étude est de voir sur quels critères cliniques, biologiques ou fondés sur des référentiels, les médecins généralistes prescrivent des CNO en ville ou en institution.

Secondairement, nous verrons si les généralistes prescrivent préférentiellement de façon curative ou préventive, si ces prescriptions sont conformes aux recommandations de la HAS et en quoi consiste le suivi de ce traitement par CNO.

2/ DESCRIPTION DE LA MÉTHODE

2.1 Choix de la méthode qualitative

La démarche qui semble la plus adaptée pour répondre aux questions posées est la méthode qualitative basée sur des entretiens individuels semi directifs avec les médecins généralistes exerçant en cabinet et/ou réalisant des visites à domicile.

Les méthodes qualitatives sont couramment utilisées en sciences sociales (sociologie, ethnologie, anthropologie et mercatique...), son utilisation devient de plus en plus courante en Médecine Générale car elle s'adapte bien aux sujets abordés par cette discipline.

Plusieurs méthodes existent en recherche qualitative :

- la méthode basée sur « l'observation directe » qui consiste à collecter des informations sans intervenir de manière significative sur le terrain. Cette méthode n'est pas adaptée à la question posée, de plus elle présente des contraintes pratiques non négligeables.
- Le « Focus Groupe » aurait été d'un grand intérêt dans cette étude car il aurait permis d'obtenir une grande variété de points de vue et de perceptions, stimulés par l'interaction entre les membres du groupe avec un devoir de justifier chacun de leur propos. Malheureusement, de nombreuses contraintes se posent dans ce cas du fait de ma population hétérogène dans le temps et dans l'espace, donc difficile de réunir tous les

membres de mon échantillon en même temps dans un même lieu.

- « L'entretien individuel » semi directif semble être le plus adapté pour répondre à la question posée et permet un recueil de données plus pertinent car il permet d'aborder les différents thèmes avec plus de liberté et donc apporte une richesse et une précision plus importantes dans les informations recueillies. Les entretiens sont basés sur un guide d'entretien qui a été réalisé à partir des données de la littérature et de ma propre hypothèse, puis ajusté après chaque entretien.

2.2 Population étudiée

La population étudiée est représentée majoritairement par les médecins généralistes exerçant dans le département des Yvelines (78), seul un médecin exerçait dans le département de Seine-Saint-Denis (93).

23 médecins ont été contactés par téléphone leur demandant de bien vouloir m'accorder un rendez-vous pour réaliser un entretien sur le thème de la dénutrition des personnes âgées. Le premier médecin contacté fut mon médecin traitant qui m'a ensuite dressé une liste de ses confrères (10) qui avaient une grande proportion de personnes âgées dans leur patientèle. Les autres médecins ont été contacté au hasard dans 4 villes du département en prenant leurs coordonnées dans l'annuaire téléphonique, le médecin exerçant dans le 93 était connu lors d'un stage en médecine ambulatoire.

Une première série de 20 appels concernait les médecins des villes du 78 : Houilles, Sartrouville, Carrières sur Seine et Montesson.

En cas de réponse insuffisante, une autre série d'appels était effectuée et étendue aux médecins généralistes des départements limitrophes (Hauts de Seine et Val d'Oise).

Le seul critère d'exclusion pour cette étude est une patientèle dépourvue de personnes âgées.

2.3 Élaboration d'un guide d'entretien

Afin de réaliser un guide d'entretien adapté à l'hypothèse, une revue de la littérature a été effectuée dans le but d'étayer mes hypothèses. Il se trouve qu'il y a peu d'étude sur ce sujet, alors que la question de la dénutrition chez les personnes âgées a tout de même une grande importance. Mon questionnaire s'est évidemment adressé aux médecins généralistes pour leur rôle central dans la prise en charge globale de la personne âgée et son maintien à domicile.

Après la lecture des différents articles, les critères motivant la prescription des CNO restent assez flous, puisqu'une minorité de patient (4%) qui a reçu des CNO avait dans leur dossier médical un poids et une taille avec un calcul de IMC datant de moins de 3 mois. Et seulement 32% des patients ayant reçu des CNO avaient un IMC inférieur à 20 kg/m².(24)

Se pose donc la question de savoir sur quels critères les médecins généralistes prescrivent les CNO. Sont-ils fondés sur une impression clinique globale ? Sur des données biologiques ? Sur une demande du patient ? S'aident-ils du contexte de leurs patients, leur mode de vie, leurs comorbidités? Les médecins généralistes prescrivent-ils les CNO de façon préventive, chez une personne à risque de dénutrition ou de façon curative, une fois la personne dénutrie ?

Le guide d'entretien permettra au fur et à mesure des questions et de relances, d'une part, de confirmer ou de réfuter ces hypothèses et d'autre part de mettre en avant des nouveaux éléments non retrouvés dans la littérature.

Ce guide sera modifié au fil des entretiens en fonction des informations recueillies, ce qui pourrait enrichir les entretiens suivants.

Première partie : Caractéristiques de la population étudiée

1. Age
2. Sexe
3. Ancienneté d'exercice
4. Part de personnes âgées dans la patientèle
5. Fait des visites à domicile
6. Appartenance à un réseau
7. Formations complémentaires

Deuxième partie :

1. Faites-vous un dépistage systématique ou ciblé de la dénutrition chez la personne âgée ?

Relances : Qui dépistez-vous ? Et comment ?

(Difficultés recherchées : Importance d'inclure le dépistage de la dénutrition dans la prise en charge courante de la personne âgée, connaissance des outils de dépistage, appréciation de l'impact de la dénutrition dans le maintien au domicile d'une personne âgée)

2. Recherchez-vous des facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées ? Et quelles situations vous poussent à dépister la dénutrition chez une personne âgée ?

Relance : Régimes restrictifs ? Degré de dépendance ? Polymédication ? Démence ?

Pathologies psychiatriques ? Maladies chroniques ?

(Difficultés recherchées : notion de population à risque, notions d'évaluation)

3. Quels critères de dénutrition de la personne âgée retenir-vous ?

Relance : Perte de poids, albuminémie, IMC

(Difficultés recherchées : connaissance des critères de la dénutrition de la HAS 2007)

4. Prescrivez-vous régulièrement des CNO ?
5. Qu'est-ce qui motive votre prescription de CNO ?

Relance : La clinique ? Le contexte ? Biologie ?

6. Quels produits prescrivez-vous ?

Relance: Une marque en particulier ou la mention « complément hyperprotéiné adapté au goût du patient » ? Quel type de produit ? Quelle posologie ? Quelle durée ? Adapté au goût du patient ?

(Difficultés recherchées : Connaissance des règles d'une bonne prescription initiale de CNO en ville)

7. Quels outils pour le suivi du traitement de la dénutrition par les CNO utilisez-vous ?

Relance : Comment évaluez-vous la compliance au traitement ? Son efficacité ?

(Difficultés recherchées: appréciation de l'impact à court terme de la prise en charge nutritionnelle en médecine de ville, notion d'évaluation, absence de formation)

8. Que faites vous devant la non-observance du patient à un premier type de CNO prescrit ?

Relance : Abandon ou essai d'un autre produit ?

(Difficultés recherchées : connaissance des différents produits disponibles sur le marché, manque de formation)

9. Une fois les objectifs atteints, quel est l'effet sur la prescription ?

(Difficultés recherchées : absence de formation)

Réalisation de la seconde version du guide d'entretien :

Au terme des trois premiers entretiens, il m'a fallu modifier mon guide pour récolter des informations complémentaires concernant la prescription des CNO. En effet, ces trois premiers entretiens ne développaient pas suffisamment sur la consommation des CNO, c'est pour cette raison que j'ai inclus une question sur les conseils de consommation des produits.

J'ai également dû modifier les deux premières questions de l'entretien car elles étaient redondantes et gênaient un peu les médecins.

Première partie : Caractéristiques de la population étudiée

8. Age
9. Sexe
10. Ancienneté d'exercice
11. Part de personnes âgées dans la patientèle
12. Fait des visites à domicile
13. Appartenance à un réseau
14. Formations complémentaires

Deuxième partie :

1. Faites-vous un dépistage de la dénutrition chez la personne âgée ?
Relances : Est-ce un dépistage systématique ou ciblé ? Comment dépistez-vous ? Le poids, IMC, MNA, enquête alimentaire, albuminémie ?
2. Recherchez-vous des facteurs de risque de dénutrition chez les personnes âgées ? Et quelles situations vous poussent à dépister la dénutrition chez une personne âgée ?
Relance : Régimes restrictifs ? Degré de dépendance ? Polymédication ? Démence ? Pathologies psychiatriques ? Maladies chroniques ?
3. Quels critères de dénutrition de la personne âgée retenir-vous ?
Relance : Perte de poids, albuminémie, IMC
4. Prescrivez-vous régulièrement des CNO ?
5. Qu'est-ce qui motive votre prescription de CNO ?
Relance : La clinique ? Le contexte ? Biologie ?
6. Quels produits prescrivez-vous ?
Relance : Une marque en particulier ou la mention « complément hyperprotéiné adapté au goût du patient » ? quel type de produit ? Quelle posologie ? Quelle durée ? Adapté au goût

du patient ?

7. Donnez-vous des conseils pour la consommation des ces produits ?
8. Quels outils pour le suivi du traitement de la dénutrition par les CNO utilisez-vous ?
Relance : Comment évaluez-vous la compliance au traitement ? Son efficacité ?
9. Que faites-vous devant la non-observance du patient à un premier type de CNO prescrit ?
Relance : Abandon ou essai d'un autre produit ?
10. Une fois les objectifs atteints, quel est l'effet sur la prescription ?
Relance : vous arrêtez ou vous poursuivez la prescription ?

2.4 Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé selon la méthode de la « Théorie ancrée » ou « Grounded Theory ». Les différents entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des interviewés, puis intégralement retranscrits « verbatim » sur support informatique.

La transcription des entretiens a été réalisée par une tierce personne extérieure au domaine médical, n'ayant pas assisté aux entretiens pour limiter les biais d'interprétation.

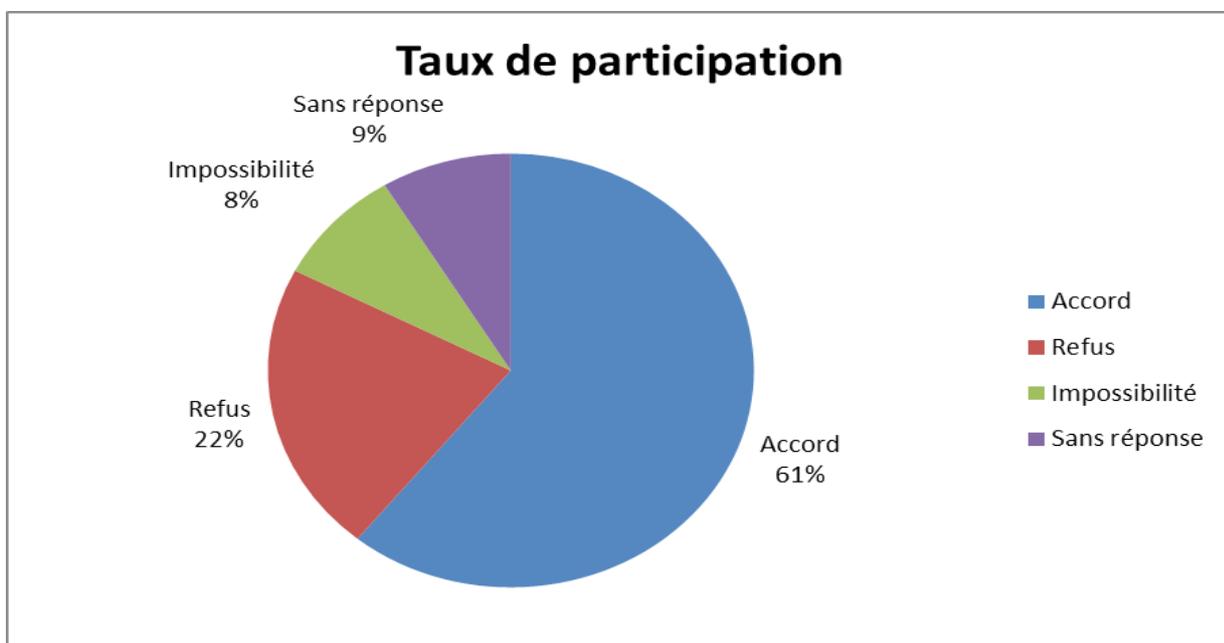
Les données de ces entretiens ont ensuite été analysées de la façon suivante : chaque phrase a été décomposée en groupes de mots qui forment des unités élémentaires de sens qui ont été codées et regroupées en « catégories élémentaires », qui ont été elles-mêmes regroupées en « catégories conceptuelles ». Ce réarrangement en liste de catégories a permis de faire émerger des « thèmes principaux » après une lecture répétée de chaque entretien.(25) Chaque thème est illustré par des exemples, des citations intégrales entre guillemets.

3/ RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Sur un total de 23 appels effectués d'avril à juin 2013 , j'ai obtenu :

- 14 réponses positives immédiates avec une proposition de rendez-vous
- 5 refus pour diverses raisons : 3 par manque de temps, 2 car pas de patientèle concernée
- 2 réponses différées par impossibilité de rendez-vous dans les 3 semaines et possibilité de rappeler ultérieurement si échantillon insuffisant
- 2 appels sans réponse



La relance téléphonique n'a pas été réalisée en raison d'un échantillon saturé en informations obtenues.

Celle-ci a été obtenue à partir du 11ème entretien. Les entretiens ont été réalisés par le même interviewer , moi-même entre fin avril et fin juin 2013. Leur durée moyenne est de 12min.

13 entretiens ont été réalisés au sein du cabinet du médecin et 1 par téléphone.

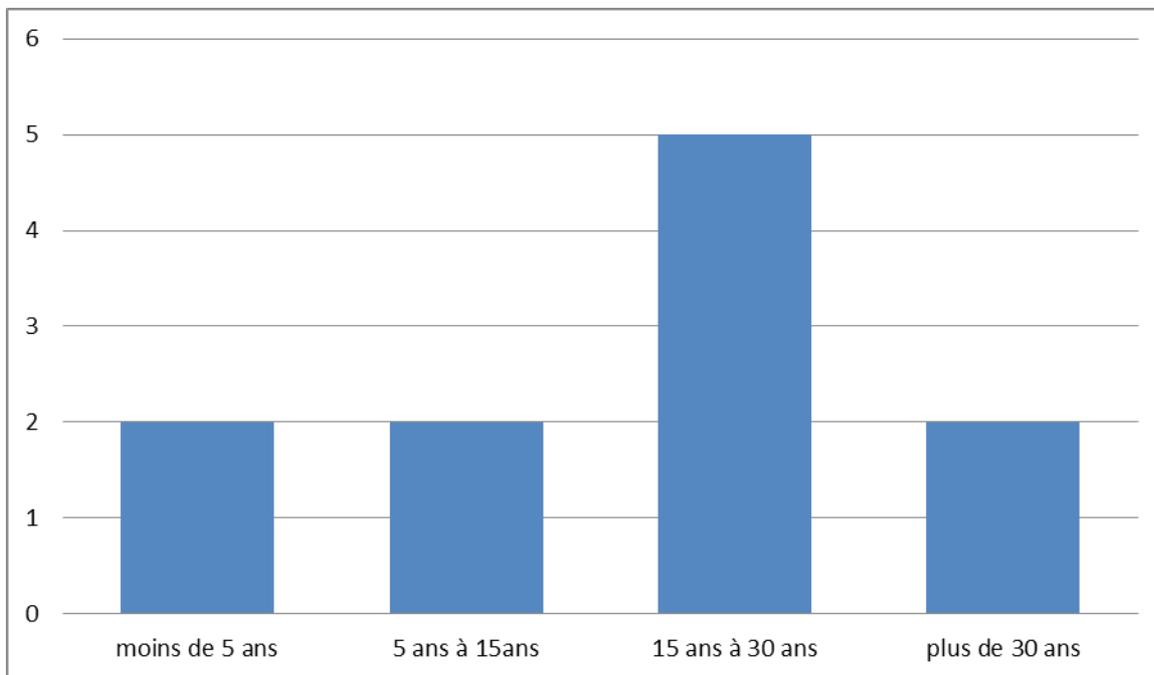
Parmi les 14 médecins interviewés, il y avait 5 femmes et 9 hommes.

L'âge varie de 29 ans à 63 ans avec une moyenne d'âge de 54,2 ans.

L'ancienneté d'exercice des médecins varie de 2 mois à 37 ans.

- 2 exercent la médecine générale depuis moins de 5 ans
- 2 exercent la médecine générale depuis plus de 5 ans et moins de 15ans
- 5 exercent la médecine générale depuis plus de 15 ans et moins de 30 ans
- 2 exercent la médecine générale depuis plus de 30 ans

Durée d'exercice des praticiens :



Tous les médecins effectuaient des visites à domicile.

Concernant leur appartenance à un réseau :

- 2 médecins appartiennent à un réseau gérontologique
- 12 médecins n'appartiennent à aucun réseau

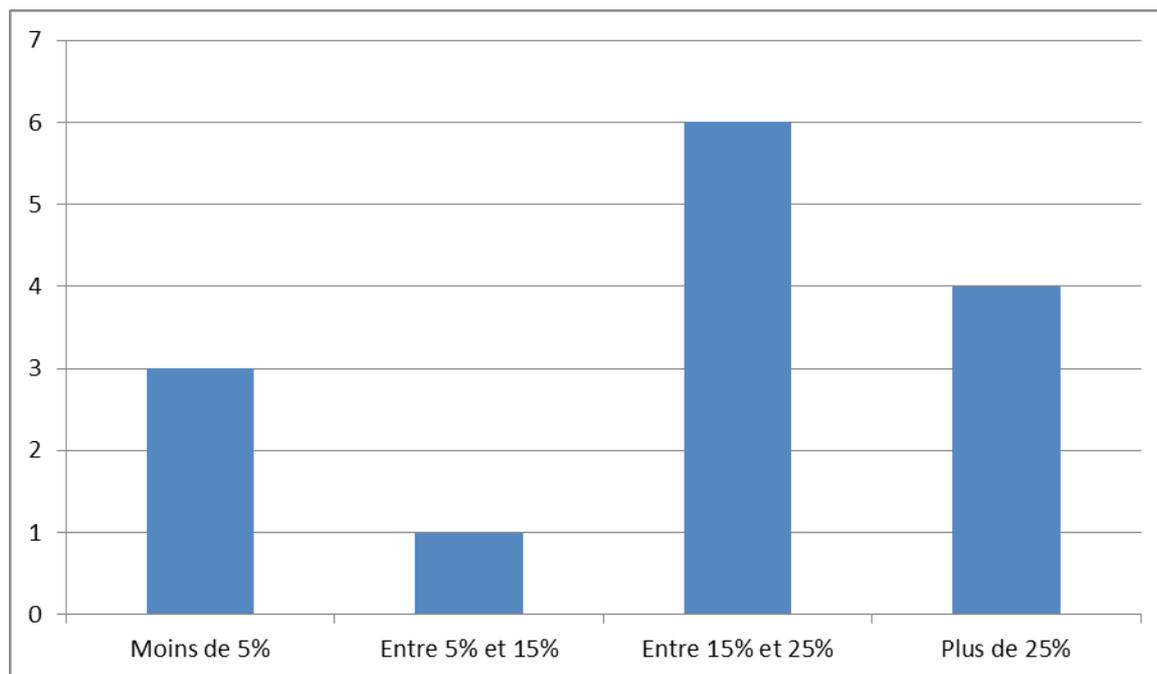
Concernant leurs formations complémentaires :

- 2 médecins ont des formations complémentaires : médecin du sport, ostéopathie
- 12 n'ont pas de formation complémentaire
- aucun n'a de formation spécifique en gériatrie

La proportion de personnes âgées de la patientèle de chacun, varie entre 0,5 et 30% :

- 3 médecins ont entre 0,5% et 5%
- 1 médecin a entre 5% et 15%
- 6 médecins ont entre 15% et 25%
- 4 médecins ont plus de 25%

Proportion de personnes âgées de la patientèle :



La retranscription a été réalisée par une tierce personne mais le découpage en « unités élémentaires » et le regroupement en « catégories conceptuelles » puis en « thèmes généraux » ont été réalisés par moi-même.

Dans le prochain paragraphe, nous aborderons les différents thèmes généraux dégagés des entretiens qui vont nous permettre d'avoir une vision d'ensemble du dépistage de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville, ainsi que la prise en charge de celle-ci, en se focalisant plus précisément sur les modalités de prescription de compléments nutritionnels oraux en médecine ambulatoire.

3.2 Découpage en unités élémentaires, regroupement en catégories conceptuelles, puis définition des thèmes généraux

Thème général n°1 : Le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée en ville

La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Certes la dénutrition est plus fréquente en milieu hospitalier et en institution mais la part de personnes âgées dénutries en médecine de ville n'est pas négligeable.

1) Quel type de dépistage chez la personne âgée ?

Le dépistage ciblé, une méthode fréquente dans ce type de population

Une grande majorité de médecins interrogés choisissent de faire un dépistage ciblé pour rechercher la dénutrition chez les personnes âgées.

Les médecins se tournent préférentiellement vers un dépistage individuel, adapté à chaque patient.

«Non, je ne fais rien de systématique (...) si quelqu'un me paraît dénutri parce qu'il ne mange pas, parce qu'il y a un amaigrissement, là oui, je vais me pencher un peu plus dessus, mais jamais de manière systématique. Faut qu'il y ait un point d'appel (...) quelque chose qui va me faire penser

qu'il y a une carence au niveau nutrition. » (Médecin 3)

« Pas de dépistage systématique mais de temps en temps, quand j'ai des doutes, je fais une protidémie » (Médecin5)

« Systématique, non. Les patients qui sont dépendants, oui (...) Mais ce n'est pas en systématique, surtout les gens que je vois à domicile » (Médecin 6)

« Non, pas de façon systématique » (Médecin 12)

« Dépistage ciblé quand je vois qu'une personne a perdu du poids récemment, quand ils font des pathologies de type fracture, quand il y a un épisode viral ou bactérien qui a du mal à passer sous traitement adéquat, mais pas systématique » (Médecin 13)

De façon générale, les médecins attendent donc que quelque chose attire leur attention pour rechercher un problème de nutrition sous-jacent.

Le dépistage systématique de la dénutrition, une méthode plus marginale

Certains médecins recherchent la dénutrition chez les personnes âgées de façon systématique, mais c'est beaucoup plus rare. **Les médecins ayant une proportion très importante de personnes âgées dans leur patientèle ou travaillant dans les EHPAD** sont les plus concernés par cette modalité de dépistage. **Ils intègrent la dénutrition dans la prise en charge courante de la personne âgée.**

« OUI, en leur demandant ce qu'ils mangent » (Médecin 1)

« Ça fait parti du réflexe oui, on vérifie le pli cutané les choses comme ça, et puis on leur pose la question aussi » (Médecin 9)

« Oui, forcément, surtout que j'ai beaucoup de patients en maison de retraite, donc là oui on en fait, après aussi pour les patients en ville on y pense » (Médecin 10)

2) les outils de dépistage

Les signes cliniques sont au centre du dépistage de la dénutrition en médecine ambulatoire.

La biologie n'est que secondaire, elle vient confirmer le diagnostic et/ou constitue un critère de gravité. Mais aucun des médecins interrogés ne pose le diagnostic de dénutrition ou ne commence une prise en charge de celle-ci sur les seuls critères biologiques.

« Je fais comme ça, de manière instinctive par rapport à la perte de poids, je ne fais même pas forcément les calculs IMC, je fais surtout à la perte de poids, si elle a été rapide ou pas. »
(Médecin 3)

« D'abord j'essaie de les faire peser régulièrement, en EHPAD elles sont pesées 1 fois par mois et à domicile j'essaie d'avoir un poids tous les 6 mois, ce n'est pas toujours évident. Et puis sur la prise de sang il m'arrive de mettre une albumine et les protéines et là quand on voit que c'est bas. »
(Médecin 7)

« Je recherche un amaigrissement, et puis si je suspecte un amaigrissement je demande une albumine et puis chercher les carences vitaminiques » (Médecin 8)

« On le fait surtout par l'examen clinique, la masse musculaire, le poids, la variation du poids, les

examens biologiques. » (Médecin 10)

« Je les pèse et de temps en temps quand je fais des prises de sang, je regarde l'albumine, les protides » (Médecin 11)

On voit bien que dans tous ces exemples, **la biologie apparaît au second plan. Ce qui prime c'est l'état général du patient.** Et certains médecins n'utilisent que des critères cliniques, sans se soucier de la biologie. La connaissance de l'état habituel du patient a une grande valeur dans la prise en charge ambulatoire.

« C'est par rapport à la fonte musculaire, aux pathologies qu'ils peuvent avoir, mais voilà, je n'ai pas de tests particuliers » (Médecin 14)

« Je dépiste préférentiellement les gens avec un IMC relativement bas, les personnes âgées qui ont perdues récemment du poids et ceux qui ont une maladie cancéreuse associée, préférentiellement. (...) C'est principalement de la cancéro dans mon cas particulier, je vais renutrir assez rapidement, même sans avoir une valeur basse d'albuminémie, et même sans avoir une perte de poids importante. En cancéro, systématiquement, je donne des compléments alimentaires assez vite, car très vite ils sont dénutris. » (Médecin 2)

Le médecin généraliste, « médecin de famille » accorde plus d'importance à son impression clinique qu'aux examens biologiques, pour diverses raisons ; des raisons pratiques, des raisons de mauvaise corrélation entre la clinique et la biologie.

D'une façon générale, la clinique prime sur la biologie.

« Pour la pratique, c'est plutôt un état de fatigue, des troubles de la marche qui font penser que peut être il y a une insuffisance musculaire, et régime déséquilibré.(...) Oui je demande très souvent un dosage d'albumine mais très souvent ça ne correspond pas toujours à la clinique et des gens peuvent être très fatigués, avoir un aspect fragile et avoir une albumine parfaitement normale. (...) je n'ai jamais trouvé qu'il y ait une relation entre la biologie, l'albuminémie et clinique. »

(Médecin 4)

Nous pouvons voir à travers tous ces exemples que les outils employés pour dépister la dénutrition en ville se restreignent au poids avec rarement un calcul d' IMC, au dosage de l'albuminémie et de la protidémie. Certains font une enquête alimentaire sommaire mais aucun n'effectue un test MNA.

Le poids est le pivot central pour évaluer l'état nutritionnel, la dénutrition est avant tout un diagnostic clinique.

« Je leur demande si l'alimentation est comme d'habitude, je leur demande qu'est ce qu'ils mangent essentiellement si c'est plus des protéines ou des fruits des légumes, et après ça sera plus en fonction du poids, les peser à chaque consultation et voir s'ils ont une perte de poids. »

(Médecin 13)

Thème général n°2 : La dénutrition de la personne âgée en médecine de ville.

La dénutrition a tendance à s'installer de façon assez insidieuse, et peut facilement passer inaperçue jusqu'à la survenue de complications parfois graves, qui si elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital, rendent le maintien à domicile difficile si ce n'est impossible. Un état nutritionnel correct permet donc à la personne âgée de garder une certaine autonomie indispensable pour lui éviter

l'institutionnalisation, ce qui est un des objectifs principaux de tous les médecins généralistes.

Il est intéressant de voir comment les médecins généralistes voient la dénutrition dans leur pratique quotidienne.

1. La perception de la dénutrition de la personne âgée par les médecins généralistes

L'amaigrissement, premier point d'appel de dénutrition chez la personne âgée

La perte de poids est le premier signe objectif retenu par les médecins généralistes pour rechercher une dénutrition.

C'est une façon simple, reproductible et économique de repérer une dénutrition débutante et motivant par la suite des explorations complémentaires.

« Le poids, ils se pèsent souvent à chaque consultation ou au moins une consult' sur deux, même si j'oublie de le noter sur le dossier. A domicile c'est beaucoup plus compliqué, parce que y'a plein de gens qui n'ont pas de pèse-personne ou des appareils défectueux. » (Médecin 1)

« Je dépiste préférentiellement les gens avec un IMC relativement bas, les personnes âgées qui ont perdues récemment du poids » (Médecin 2)

« J'utilise la balance (...) Quelqu'un que je connais déjà et que je vois régulièrement et que je vois que le poids se dégrade » (Médecin 4)

« Par contre je les pèse régulièrement, le poids surtout. Je ne leur fais pas de tour de taille tout ça , mais je les pèse surtout. » (Médecin 5)

« La perte de poids...donc il faut peser. Et avoir une référence avant, sinon ça ne sert à

rien ! »(Médecin 9)

« La perte de poids dont la personne âgée n'est pas toujours consciente. » (Médecin 12)

« ça sera plus en fonction du poids, les peser à chaque consultation et voir s'ils ont une perte de poids. » (Médecin 13)

Certains médecins généralistes associent la perte de poids à une fonte musculaire. Cette dernière va de paire avec une perte d'autonomie.

« Après il y a d'une part la perte d'autonomie quand elles ne font plus leurs courses, qu'elles ont un isolement, le fait de manger seule le plus souvent c'est un facteur de malnutrition » (Médecin 12)

« Je ne fais pas de dépistage particulier. C'est par rapport à la fonte musculaire » (Médecin 14)

Un ensemble d'éléments cliniques plus subjectifs orientent également les généralistes vers une dénutrition.

Les médecins généralistes qui suivent leurs patients depuis de longues années utilisent beaucoup leur impression clinique globale pour s'orienter vers une dénutrition. De plus, ils ont la particularité de pouvoir voir leurs patients dans leur milieu de vie ce qui leur apporte énormément d'informations complémentaires, très utiles pour le suivi médical.

L'impression clinique globale que le médecin généraliste a de son patient est une appréciation, certes subjective de la dénutrition, mais pourtant ayant une bonne valeur clinique.

« J'essaie de voir par rapport aux vêtements, s'ils ont toujours les mêmes vêtements depuis 10 ans ou s'ils ont du en changer, et bon il y a l'œil aussi même si c'est très subjectif (...) Et quand je fais des visites à domicile je regarde ce qu'il y a dans le frigidaire. Les gens qui reçoivent des repas à domicile, si les barquettes s'empilent dans le frigidaire et si elles sont bombées. Ou s'il n'y a que des gâteaux, car l'appétence change aussi en vieillissant. (Médecin 1)

« Je pense que c'est plutôt l'aspect général du patient, une fatigue, une AEG, un état dépressif (...) quand on est amené à voir les gens à domicile, signe qu'une dépendance commence à s'installer, rien que voir les gens vivre dans leurs conditions de logement, il y a quelques signes d'appel. » (Médecin 4)

« Je pense que j'ai des appréhensions globales qui m'orientent vers une dénutrition mais je ne recherche pas systématiquement » (Médecin 7)

« En fonction de l'état général, (...) Et puis ça se sent hein, quand on a un petit peu de métier. Quand on connaît bien ses patients on peut regarder aussi l'état de la cuisine, ce qu'il y a dans le frigidaire » (Médecin 8)

En ville, certaines situations sont à risque de dénutrition chez les personnes âgées.

Spontanément les médecins généralistes associent dénutrition et personnes âgées vivant au domicile, principalement si celles-ci vivent seules ou isolées. Ils identifient l'isolement comme un facteur de risque de dénutrition dans cette population fragile.

L'isolement est un facteur de risque de dénutrition.

« Après c'est ceux qui restent à la maison qui ne bougent pas beaucoup, d'autant plus s'ils ont des

pathologies lourdes je le fais plus systématiquement. (...) , les deuils lorsque le conjoint est décédé ou un des enfants. (...) Par contre les gens seuls, oui c'est un problème » (Médecin 1)

« Chez les personnes âgées, le fait de vivre seul, car souvent quand elles vivent seules, elles s'alimentent très très mal, parfois n'importe quelle heure et avec une qualité d'aliments qui n'est pas équilibrée. » (Médecin 3)

« Les personnes seules déjà, souvent elles ne se nourrissent pas. » (Médecin 6)

« Et puis surtout en fonction du psychisme des gens s'ils sont plutôt isolés, s'ils vivent en couple, après le décès d'un des deux, souvent celui qui reste a tendance à ne pas trop manger, à faire des repas type plateau-télé. » (Médecin 8)

« Les facteurs de risques quelques fois s'imposent à l'évidence, les gens sont parfois un peu seuls, qui ont une mauvaise prise en charge au niveau familial, c'est déjà un facteur de risque. » (Médecin 10)

« C'est essentiellement l'isolement parce qu'on s'aperçoit que les personnes âgées qui vivent encore dans leur famille, avec leurs enfants qui mangent avec eux ou leur conjoint ça les incite à avoir une alimentation assez normale, assez variée, quand elles font encore leurs courses. » (Médecin 12)

Les personnes âgées souffrant de polyopathologies sont considérées aussi comme à haut risque de dénutrition.

Les insuffisances d'organes, pathologies chroniques ainsi que toutes les pathologies neuro-dégénératives surajoutées favorisent la survenue d'une dénutrition, de même que la polymédication

qui en découle. Les chutes constituent également un point d'appel de dénutrition pour de nombreux médecins interrogés.

De nombreuses situations sont pourvoyeuses de dénutrition telles que les patients polypathologiques avec insuffisance d'organe et par conséquent la polymédication. Les chutes à répétition doivent attirer l'attention et motiver une surveillance plus accrue du statut nutritionnel des personnes âgées.

« Les pathologies chroniques, lors des bilans de chute.(...) Sur une pathologie chronique, à la sortie d'hospitalisation » (Médecin 1)

« Essentiellement des maladies graves de type cancer, peut être aussi l'immobilisation prolongée (...) et puis le côté iatrogène de certains médicaments. » (Médecin 3)

« Démence, oui, systématiquement, après une hospitalisation, ça dépend du motif d'hospitalisation, si c'est une chute, une altération de l'état général » (Médecin 4)

« Les pathologies aiguës quelles qu'elles soient : cardiaques, infectieuses.... voilà, essentiellement ces situations aiguës qui amènent une situation d'existence qui n'est pas forcément idéale. Le niveau social qui joue , l'état dentaire (...) l'état psychologique aussi » (Médecin 6)

« Un état dépressif aussi, les maladies intercurrentes ça ce sont des facteurs de risque de dénutrition, ça c'est clair. » (Médecin 10)

« Quand ils font des pathologies de type fracture, quand il y a un épisode viral ou bactérien qui a du mal à passer sous traitement adéquat» (Médecin 13)

« ça va être les démences. Même au début d'un Alzheimer ils peuvent avoir des troubles de l'alimentation, oublié de manger etc... ça va être les insuffisances, insuffisances respiratoires, insuffisances pulmonaires, insuffisances hépatiques, ça va être également pour toutes les maladies graves type tumorale, c'est surtout celles ci qui vont me faire tilt. » (Médecin 14)

Quelques généralistes intègrent la dénutrition en médecine de ville à des patients qui sont en fin de vie ou atteint d'une pathologie cancéreuse au stade terminal.

« La grande majorité de mes patients dénutris, 95% c'est des patients que je prends en charge pour de la cancéro. » (Médecin 2)

« Oui, dans les cas de soins palliatifs par exemple (...) quand ils ont été en chimio, dans les cas de soins palliatifs essentiellement après des cures de chimiothérapies qu'on récupère après au domicile. » (Médecin 11)

« Des gens qui ont par exemple un cancer et qui sont en chimio on voit très vite s'ils baissent leur poids » (Médecin 14)

La dénutrition n'est parfois pas intégrée dans la prise en charge d'un patient en médecine de ville .

Pour certains médecins généralistes, la dénutrition des personnes âgées ne se rencontre pas au cabinet. Ils s'y sentent plus volontiers confrontés lors de leurs visites à domicile. En effet, ils ne considèrent pas comme pouvant être dénutrie une personne âgée pouvant se déplacer jusqu'au cabinet.

Certains médecins généralistes ne recherchent pas la dénutrition chez les patients suffisamment autonomes, pouvant se déplacer jusqu'au cabinet pour consulter.

«Après c'est plus au domicile qu'au cabinet, car au cabinet ceux qui viennent c'est quand même des gens un peu plus actifs parce qu'ils font l'effort de sortir de chez eux, de venir au cabinet. »

(Médecin 1)

« Oui, quand on est amené à voir les gens à domicile, signe qu'une dépendance commence à s'installer, rien que voir les gens vivre dans leurs conditions de logement, il y a quelques signes d'appel. Les gens que viennent à la consultation, moins parce que ce sont des gens qui semblent être parfaitement valides et n'ont pas à priori de facteur de risque de dénutrition. » (Médecin 4)

« Les patients qui sont dépendants, oui, je leur fais un bilan avec albuminémie, iono créat. Mais ce n'est pas en systématique, surtout les gens que je vois à domicile » (Médecin 6)

Un des médecins généralistes considère sa patientèle à l'abri d'une dénutrition du fait d'un bon niveau socio-économique.

« La dénutrition pure elle est souvent assez rare, c'est souvent un déséquilibre alimentaire parce que moi aussi j'ai la chance d'être dans une région privilégiée matériellement, il n'y a pas de populations vraiment qui sont susceptible de souffrir de la faim par manque de moyens, mais surtout par négligence, manque de variété dans l'alimentation. » (Médecin 12)

2. Absence de définition de la dénutrition de la personne âgée

Définition de la dénutrition

Les médecins généralistes interrogés ressentent une certaine difficulté à donner une définition de la dénutrition chez la personne âgée.

Les critères de dénutrition sont souvent peu connus. Cependant une grande majorité de médecins

assimilent la dénutrition à une perte de poids (12 médecins), à une albuminémie basse (8 médecins) sans que de valeur seuil ne soit énoncée. Il ne ressort pas une définition claire et consensuelle de ce qu'est la dénutrition chez la personne âgée.

La définition de la dénutrition reste souvent floue pour les praticiens interrogés, cependant l'amaigrissement et la diminution du taux d'albuminémie sont quasi systématiquement cités pour définir la dénutrition.

« Ah ça je suis très mauvais, parce que je n'ai pas de critères, un truc que je vais pas pouvoir te répondre. Je me fais gentiment mes calculs d'IMC et mes dosages d'albuminémie, mais je n'ai pas une valeur au delà de laquelle je vais m'énerver. » (Médecin 2)

« Normalement il y a des critères précis, pour les personnes âgées on sait que l' IMC ne soit pas inférieur à 21, ce genre de choses... Et après pour la pratique, c'est plutôt un état de fatigue, des troubles de la marche qui font penser que peut être il y a une insuffisance musculaire, et un régime déséquilibré. » (Médecin 4)

« Ce ne sont pas des critères bien précis scientifiques, mais pour moi, c'est toujours pareil : la courbe de poids, l'état musculaire et le taux d'albumine. » (Médecin 10)

De façon un peu plus marginale, un petit nombre de médecins intègrent également un mauvais état général avec asthénie et certaines carences vitaminiques dans les critères de dénutrition.

Les carences vitaminiques et l'altération de l'état général sont parfois citées pour caractériser une dénutrition.

« Biologiquement, il y a vitamine B12, folates, ferritine, albumine, après s'il y en a d'autres ...

Cliniquement, les pertes de poids, les amyotrophies, les asthénies. » (Médecin 1)

« Au niveau biologique, je fais souvent un dosage de la vitamine D, B12 et B9 et puis effectivement un dosage de l'albuminémie et protidémie. » (Médecin 3)

« Ça va être une fonte musculaire, une perte de poids , une fonte musculaire, une hypoalbuminémie, une carence en fer, une carence en calcium, en vitamine D mais bon ça c'est plus l'ensoleillement. » (Médecin 14)

Aucun des médecins interrogés n'a mentionné le test MNA pour diagnostiquer la dénutrition.

Thème général n°3 : État des lieux du traitement de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville.

Tous les médecins interrogés, sans exception, sont amenés à traiter la dénutrition en médecine de ville et tous prescrivent des CNO. Les raisons qui motivent chacun à prescrire ce traitement, ainsi que leurs modalités de prescription diffèrent d'un praticien à l'autre.

Les médecins sont confrontés à une certaine difficulté pour suivre ce traitement, son efficacité mais surtout sa compliance. Les patients sont dans l'ensemble assez réticents à ce traitement et les médecins ont la difficile mission de faire accepter la prise de CNO comme n'importe quel autre traitement de l'ordonnance.

Les généralistes interrogés sont assez partagés sur le maintien ou l'arrêt du traitement une fois les objectifs atteints.

1. Les motivations de la prescription de CNO en médecine générale

La clinique, le point de départ du traitement de la dénutrition

Quasiment tous les praticiens interrogés fondent leurs prescriptions sur la clinique et/ou sur le contexte de leurs patients. La biologie vient en dernière position pour réconforter leur impression clinique ou avoir une idée de la gravité de la dénutrition, en aucun cas leurs prescriptions ne se basent sur la biologie.

La prescription des CNO est fondée essentiellement sur la clinique, la biologie ne vient qu'au second plan.

« Oui, je me base sur la clinique, le contexte alimentaire, les habitudes alimentaires, donc finalement j'en prescris pas mal, après s'ils sont bien pris, je ne sais pas. » (Médecin 1)

« Plus le contexte et la clinique, je n'ai jamais trouvé qu'il y ait une relation entre la biologie, l'albuminémie et la clinique. Fréquemment, je donne plus de CNO sur l'état général des gens que sur l'albuminémie. » (Médecin 4)

« C'est la clinique, c'est le contexte, c'est la relation. Je commence à réagir avant que la biologie ne mette son nez dedans ! » (Médecin 9)

« Essentiellement la clinique » (Médecin 12)

« Ce qui me fera plus tilter ça va être plus la clinique. La biologie elle vient après la clinique, (...) c'est cette première impression clinique qui va me faire me dire cette personne là commence à être dénutrie (...) après je demande des prises de sang et je confirme mon diagnostic en cherchant des carences plus précises. Mais c'est d'abord la clinique qui va me faire dire, voilà vous avez perdu du

poids, ça fait 3 mois que je vous ai vu, je trouve que voilà... » (Médecin 14)

Un des médecins accorde de l'importance à la biologie pour prescrire des CNO et un second se base de façon égale sur la clinique, le contexte et la biologie. Mais cela reste des cas particuliers.

« La biologie souvent et puis le contexte aussi. » (Médecin 6)

« Un petit peu tout. » (Médecin 10)

La prescription préventive

Un seul de ces médecins se base exclusivement sur le contexte médical de ses patients, ce qui aboutit à une prescription préventive de CNO et non plus curative comme tous les autres médecins.

La prescription de CNO est parfois réalisée de façon préventive dans une situation à risques de dénutrition.

« En définitive, j'suis un très mauvais médecin, ma justificative est uniquement sur mon impression qu'ils vont en avoir besoin, c'est complètement pas scientifique et en dehors des normes de ce qu'on vous demande en ce moment mais quelqu'un qui visiblement va maigrir, je commence assez tôt de façon à ne pas avoir cette perte de poids importante que l'on a. » (Médecin 2)

2. L'ordonnance de CNO

Une prescription influencée

Une grande majorité de médecins prescrit les CNO qui leur ont été présentés par les laboratoires et plus particulièrement ceux qu'ils ont pu goûter. Les médecins ont plus de facilité à prescrire ce qu'ils connaissent et donc lorsque les laboratoires ont pris la peine de leur présenter leurs produits,

ils vont plus facilement prescrire la marque en question. L'avantage de la présentation par un laboratoire, c'est de permettre de connaître toute la gamme du produit et de mettre à jour les connaissances des médecins concernant les moyens thérapeutiques disponibles, mais aussi de leur rappeler que la dénutrition existe bien en ville.

La prescription des CNO est souvent influencée par l'expérience propre de chaque médecins. Ils vont prescrire préférentiellement ceux qu'ils ont eux-même essayé ou qui leurs ont été présentés par les laboratoires.

« Moi il y a une marque que j'ai goûté, je ne la trouve pas si mauvaise, c'est CLINUTREN®, en plus il y a plusieurs formes, entre les soupes, les entremets, les jus...la gamme est suffisamment large pour qu'ils puissent trouver quelque chose qui leur plaît. » (Médecin 1)

« Je marque une marque et je leur demande d'en acheter un échantillonnage, de goûter et d'après de choisir ceux qu'ils préfèrent. » (Médecin 2)

« Moi je prescris une marque plus particulièrement parce que je le connais un peu plus, c'est le FORTIMEL® car c'est une marque qui comporte un peu plus de choix. » (Médecin 4)

« En ville on prescrit ceux qu'on nous a présenté, moi je prescris surtout le CLINUTREN® de NESTLE ® car j'ai goûté leurs échantillons, j'en ai eu dans ma sacoche donc je les donne assez facilement et je trouve que ce sont des produits pas désagréables à avaler » (Médecin 8)

« En toute hypocrisie je dirais que ça dépend du visiteur médical qui est passé. Je mets souvent FORTIMEL MAX® parce que ça apporte une quantité calorique relativement importante. » (Médecin 9)

Prescription de CNO sous forme de libellé large.

Certains médecins prescrivent des CNO sous forme de libellé large, ce qui laisse plus de liberté au patient et au pharmacien pour le choix de la forme, de la texture et des parfums. Ceci permet d'adapter les CNO aux goûts du patient et ainsi espérer une meilleure adhésion au traitement. Surtout dans le cas de prescription de longue durée, où le patient est à risque de se lasser de ces produits. Une prescription large lui permet d'alterner entre les nombreux produits des différentes gammes.

La prescription des CNO sous forme de libellé large permet une meilleure adaptation du traitement aux goûts de chaque patient, et par conséquent une meilleure observance.

« Libellé plutôt large pour qu'ils puissent tout goûter puis ils prennent ce qu'ils préfèrent. »

(Médecin 6)

« En général je mets un libellé large ou parfois une marque qui me vient en tête ou sinon en renouvellement de ce qui avait été donné en hospitalisation. » (Médecin 11)

« Complément nutritionnel hyperprotéiné 1 par jour en complément d'une alimentation normale. »

(Médecin 13)

« Je mets un produit HPHC ou 2 par jour » (Médecin 14)

En fonction du remboursement

Certains médecins sont sensibles aux modalités de remboursement par la sécurité sociale de ces produits et ceci influence leurs prescriptions. Ils favorisent les produits les mieux remboursés et

font attention à bien prescrire selon les indications de la sécurité sociale pour permettre une prise en charge à 100% lorsque celle-ci se justifie.

Parfois les prescriptions sont également influencées par les modalités de remboursement de la sécurité sociale.

« Je prescris principalement pour des raisons de remboursement, ceux qui sont les mieux remboursés donc les trucs les plus classiques, RENUTRIL® et FORTIMEL® (...) Après on a des retours positifs ou négatifs, quand c'est positif, je continue, quand c'est négatif je change de produit, puis quand c'est négatif sur plusieurs produits remboursés, je passe à d'autres produits moins bien remboursés. » (Médecin 2)

« Maintenant on est très limité car pour que ce soit pris en charge à 100% même chez les personnes qui ne sont pas prise en charge à 100%, il faut que ce soit à une dénutrition supérieur à 10% de perte de poids et il faut qu'on précise en plus théoriquement la nature du produit que l'on prescrit, les références. Faut que l'on prescrive pour 1 mois puis de manière renouvelable. » (Médecin 3)

« Il y a 3 ans, on a eu un topo avec une marque qui nous disait que la sécu remboursait un taux de protéine journalier et donc on met ce qu'on veut sur l'ordonnance et puis le pharmacien adapte les quantités journalières de chaque produit. » (Médecin 8)

Posologie et durée de la première prescription

Dans l'ensemble, tous les médecins s'accordent sur la posologie de deux produits par jour pour une durée initiale de prescription d'un mois. Le renouvellement de cette prescription se fait après réévaluation du patient et en fonction du facteur ayant motivé la prescription initiale.

La prescription initiale est faite pour un mois, à hauteur de un à deux produits par jour. Le renouvellement se fait après réévaluation du patient à un mois.

«Oui, en général je leur demande un à deux par jour et pendant un mois pour une personne qui par exemple sort de l'hôpital. Après pour une pathologie chronique, ça peut être plus long et une posologie peut être plus importante. » (Médecin 1)

« Je prescris l'équivalent de 1000kcal/jour c'est à dire 2 boites en moyenne et puis ils prennent ce qu'ils peuvent prendre. Et pour la durée, en général comme c'est des gens que je revois régulièrement, je prescris pour un mois, et renouvelable, et comme je les revois régulièrement, ça me permet de réévaluer les besoins, et des les re-stimuler à le prendre. » (Médecin 2)

« Je prescris au début pour un mois et après je vois comment c'est accepté, si les gens les prennent régulièrement ou pas. Je prescris l'équivalent de 2 boites par jour de CNO. » (Médecin 4)

Certains médecins prescrivent ces compléments pour des durées plus courtes, le temps que le patient fasse face à une situation aiguë, telle une hospitalisation, un deuil, une dépression...

« Je leur demande un à deux par jour et pendant un mois pour une personne qui par exemple sort de l'hôpital » (Médecin 1)

«2 par jour et en général très peu de temps quand ils se remettent à manger et arrêtent de perdre du poids » (Médecin 5)

« Durée de traitement : ça peut être très long : dans le cas des soins palliatifs je leur en donne

jusqu'à la fin. Une vieille dame qui fait un espèce de syndrome dépressif avec une diminution des apports alimentaires, là ça peut être un certain temps jusqu'à ce qu'elle retrouve un peu son punch et qu'elle se remette à faire sa cuisine. » (Médecin 8)

« Souvent c'était assez ponctuel, pendant peut être 2 semaines, pas très long terme » (Médecin 12)

Un des médecins interrogés les prescrit de façon plus prolongée car il intègre cette prescription quasi exclusivement dans une démarche de soins palliatifs.

« Je pars sur une prescription de 3 mois et voilà , sur ce genre de prescription que je fais, c'est en général chez les patients que je sais qu'ils en auront jusqu'à la fin, parce que c'est quasiment que dans le palliatif. C'est très très rare que j'en prescrive comme ça, en sortie d'hospitalisation ou dans le cas de chute. » (Médecin 11)

Une aide bienvenue de la part des pharmaciens

Un nombre non négligeable de médecins s'attendent et espèrent que les pharmaciens les aident dans le choix des compléments prescrits, même si sur l'ordonnance c'est une marque qui est notée.

Les médecins savent que le pharmacien délivrera au patient préférentiellement la marque et le type de produit qu'ils ont en stock. Cependant, les pharmaciens sont en mesure d'aider le patient à trouver le produit qui lui convient lors d'une prescription initiale et les médecins attendent une certaine collaboration de la part des pharmaciens.

Les pharmaciens sont une aide précieuse en ce qui concerne la prescription de CNO.

Ils permettent d'accroître l'adhésion du patient à ce traitement, en les aidant à trouver le type de produit qui convient le mieux.

« Après je ne sais pas ce que font les pharmaciens, est ce qu'ils substituent ? Et les pharmaciens connaissent probablement mieux que nous les produits et ça m'arrangerait qu'ils mettent leur grain de sel dans la délivrance des produits. Quand les patients vont se ravitailler en produit, les pharmaciens sont de meilleurs intermédiaires. » (Médecin 4)

« Je laisse au pharmacien le soin de gérer les quantités de produit journalier (...) c'est là ou certains pharmaciens ne jouent pas le jeu. Je marque sur l'ordonnance de délivrer en petites quantités et qu'ils changent de marque en fonction du goût du patient. Et ça parfois les pharmaciens n'arrivent pas à comprendre ce que ça veut dire, c'est à dire qu'ils en filent pour 1 mois que le patient bouffe ou pas le machin, ils s'en fichent complètement. » (Médecin 8)

« Pas toujours une marque, parfois je mettais du RENUSTRIL® mais le plus souvent je faisais confiance au pharmacien » (Médecin 12)

« Après selon les labos, il y a plein de formes mais on ne les connaît pas bien, on ne les apprend pas à la fac et du coup on laisse un peu au pharmacien le choix. » (Médecin13)

3. Le suivi du traitement par les CNO

Le poids, critère principal du suivi du traitement

Le poids reste le premier critère choisi par les médecins pour évaluer l'efficacité du traitement et la compliance des patients. Ils recherchent une stabilisation du poids de façon précoce et au mieux un gain de poids.

Le suivi du traitement est principalement fait sur le poids.

« J'ai pas besoin d'outils au départ donc je n'ai pas d'outils de suivi derrière. Si je fais très peu

d'albuminémie au départ, j'en ferai très peu derrière. Je le fais uniquement sur le poids au départ, donc je n'utilise que ça après. » (Médecin 2)

« le poids, s'il arrête de perdre du poids. » (Médecin 6)

« Pas grand chose, le poids ! » (Médecin 7)

« Je dirai essentiellement la balance, voir si les patients reprennent du poids et le suivi de l'albumine et des protides. » (Médecin 13)

La clinique tient une place primordiale dans la médecine de ville, les généralistes accordent une grande importance à l'impression clinique qu'ils ont de leurs patients. Ils se permettent ce jugement clinique subjectif du fait qu'ils suivent leurs patients de façon rapprochée depuis de longues années.

«Après c'est peut être très subjectif, mais il y a aussi le comportement un peu des gens, s'ils retrouvent un peu d'énergie, d'autonomie. » (Médecin 1)

« Chez quelqu'un qui est apathique, tout sec, s'il reprend une alimentation équilibrée, tu vas retrouver une meilleure, tension, meilleure mine, des signes faciles de s'apercevoir lorsque tu connais les gens depuis longtemps » (Médecin 3)

« La prise de poids, la vitalité du patient, sa sensation de mieux être, de forme physique. Si l'albuminémie était basse au départ, je la re-contrôle, mais encore une fois je trouve que c'est assez peu corrélé. Je m'en sers relativement peu. » (Médecin 4)

« Je regarde la trophicité cutanée et le dynamisme de la personne, on le voit vite. Ils savent le dire que ça va mieux et puis on voit qu'ils ont plus de facilité pour se déplacer et pour se lever du fauteuil...c'est aussi parce qu'on connaît nos patients. » (Médecin 9)

La compliance au traitement, une donnée très difficile à évaluer

Comme pour tous les traitements prescrits, il est primordial que le patient adhère bien à celui-ci pour espérer avoir le résultat escompté. Cependant, il est très difficile pour le médecin de vérifier la compliance de la prise des CNO. Nous avons vu que les généralistes se basent essentiellement sur des critères cliniques pour évaluer l'efficacité du traitement, donc des critères assez tardifs. Les médecins interrogés s'appuient dès que c'est possible sur l'entourage du patient pour savoir si celui-ci consomme bien les produits prescrits.

L'évaluation de la compliance au traitement par CNO est assez difficile. Elle se fait principalement sur l'interrogatoire du patient ou de son entourage surtout lorsque celui-ci a des troubles cognitifs ; et parfois au cours des visites à domicile à la recherche de stocks de CNO constitués par les patients peu compliant.

« Savoir s'ils le prennent bien, je trouve que c'est quand même difficile s'ils sont seuls, ils peuvent nous raconter ce qu'ils veulent. » (Médecin 1)

« Souvent au travers des proches, des aides soignants, c'est pas les patients eux même qui te le disent. » (Médecin 3)

« Je demande directement plutôt au conjoint et au patient s'il est capable de répondre, mais plus fréquemment au conjoint qui a un regard critique. Le conjoint étant plus fréquemment

demandeur. » (Médecin 4)

Les médecins se rendent mieux compte si leurs patients prennent convenablement leurs CNO lorsqu'ils vont leur rendre visite à leur domicile. En effet, au cours des visites à domicile, les médecins peuvent juger par eux-mêmes si les produits sont pris régulièrement car ils n'hésitent pas à ouvrir les placards et les réfrigérateurs à la recherche de stocks cachés...

« Chez les personnes qui vivent seules, quand je les visite à domicile, je regarde dans leur frigo. »

(Médecin 3)

« (...) et puis je vois déjà s'ils les prennent . Si je vois 30 paquets qui pourrissent dans le placard, c'est pas la peine. C'est plus pour des gens que je suis à domicile, je regarde quand même s'ils ont consommé, j'ouvre facilement le frigo » (Médecin 6)

« En allant chez les gens et en regardant le nombre de bouteilles encore pleines chez eux, parce que quand on leur prescrit depuis longtemps on voit que les bouteilles s'accumulent et quand on leur demande ils nous disent qu'ils n'en prennent pas tous les jours » (Médecin 13)

Peu de médecins donnent des conseils pour la consommation des CNO, certains s'attendent à ce que ce soit les pharmaciens qui s'en chargent. Pourtant ces conseils pourraient favoriser la prise régulière et pérenne des CNO.

Il est important, et pourtant encore très rare, de donner des conseils de consommation de ces produits pour favoriser la compliance au traitement.

« Je dis au gens de consommer leur repas habituel et de se servir de ça en complément, ou d'en prendre au milieu de la journée quand c'est des entremets. Mais ce n'est pas un peu le rôle des

pharmaciens de leur dire comment les consommer ? » (Médecin 4)

« En général je leur dis, vous en prenez la moitié le matin et le reste dans l'après midi. » (Médecin 7)

« Oui, alors en général les gens n'aiment pas, j'essaie de varier les plaisirs en leur donnant différentes marques, c'est là où certains pharmaciens ne jouent pas le jeu. Je marque sur l'ordonnance de délivrer en petite quantité et qu'ils changent de marque en fonction du goût du patient. Et ça parfois les pharmaciens (...) ils s'en fichent complètement. » (Médecin 8)

« Ne pas tout avaler d'un seul coup mais de le répartir dans la journée. » (Médecin 9)

« Oui, comme c'est générateur d'intolérance digestive on peut avertir des effets secondaires. Éventuellement de les diluer, les prendre en dehors des repas. » (Médecin 10)

« Alors non, pas particulièrement. Leur dire plutôt de les prendre en dehors des repas bien sûr, plutôt en collation. Une demie bouteille dans la matinée, une demie bouteille dans l'après midi pour ne pas qu'ils saturent et qu'ils aient quand même faim pendant les repas. » (Médecin 14)

Attitude des médecins devant l'échec d'une première prescription

Les médecins savent que la prescription de CNO n'est globalement pas correctement suivie par leurs patients. Devant l'échec d'une première prescription, je remarque deux réactions différentes de la part des médecins interrogés.

Une majorité de médecins ne s'arrêtent pas à un premier échec, ils cherchent à connaître la cause du refus et essaient de prescrire un autre produit qui sera plus accepté par le patient. Le large choix de

produits disponibles permet d'adapter la prescription à chaque personne âgée.

Devant l'échec d'une première prescription, un autre type de produit est prescrit le plus souvent. Une minorité de médecins abandonnent cette prescription après un premier échec.

« Je lui propose d'en essayer un autre, d'une autre marque » (Médecin 1)

« J'essaie un autre produit. » (Médecin 2 et 5)

« On essaie de savoir pourquoi ils ne les prennent pas, si ça leur provoque une diarrhée, s'ils n'aiment pas le goût, s'ils ont une dépression et qu'ils ne mangent rien de toute façon. » (Médecin 6)

« Souvent je leur donne plutôt à boire et je leur demande s'ils préfèrent à manger sous forme de crème ou je change de marque pour avoir des textures et des goûts différents, j'essaie de sensibiliser la famille et s'il y a des aides ménagères j'essaie d'appeler les aides ménagères. » (Médecin 7)

« J'essaie de savoir pourquoi il ne le prend pas, on voit les boîtes qui s'accumulent. Moi je veux bien qu'ils changent de produits, je ne suis pas borné. Je leur dis qu'ils ne sont pas obligés de prendre ce que je marque, ils peuvent choisir parmi tous les produits qui sont disponibles en pharmacie. » (Médecin 9)

« On peut changer de produit, changer de marque, de consistance, on adapte oui. » (Médecin 10)

« Souvent d'abord c'est une question de goût, parce que il y a tellement de variétés de goût que je

leur dis d'essayer autre chose » (Médecin 12)

« Déjà j'essaie de savoir pourquoi ils ne les prennent pas, si c'est une question de goût, soit c'est crème, soit c'est liquide et on essaie de changer la galénique du CNO » (Médecin 13)

Devant l'échec d'une première prescription, quelques médecins n'insistent pas et après avoir expliqué la nécessité du traitement, abandonnent les CNO.

« Mais il y a des patients âgés qui ont été toujours habitués à manger, qu'on leur donne des substituts comme ça, ils ne comprennent pas forcément. Donc quand ça ne passe pas, ça ne passe pas. » (Médecin 3)

« On ne peut pas obliger les gens à manger, je n'impose pas au patient d'avaler ce que je prescris. Si le patient veut se laisser mourir de faim à la limite je le laisse mourir de faim. Je n'impose pas. » (Médecin 8)

« S'il n'en veut pas on lui explique quel est l'intérêt de prendre ce médicament, après c'est libre choix, on ne peut pas forcer une personne, comme tout autre médicament on ne peut pas les forcer à les prendre. » (Médecin 13)

L'enrichissement alimentaire, une mesure complémentaire précieuse

Certains médecins généralistes interrogés font appel à l'enrichissement alimentaire pour augmenter les apports protéino-énergétiques de leurs patients. Ils utilisent l'enrichissement alimentaire soit en première intention avant de prescrire des CNO, soit devant l'échec de la prise de CNO, soit de façon concomitante avec la prescription de CNO.

L'enrichissement alimentaire est couramment utilisé soit avant de débiter une prescription de CNO soit de façon complémentaire à celle-ci.

« J'essaie de pas mal leur augmenter leurs apports alimentaires, de rajouter du lait concentré, du fromage, des œufs dans la soupe, renforcer aussi les goûts et les arômes, parce que les compléments c'est bien beau mais c'est quand même un peu fadasse et les gens s'en lassent. » (Médecin 1)

« On essaie de trouver une autre solution, après si vraiment ça ne plaît pas du tout, on peut enrichir l'alimentation d'une autre manière, à ce moment là il faut peut être trouver d'autres techniques qui peuvent être moins efficaces....Oui, on peut mettre des laits en poudre dans les purées, on peut enrichir par un jaune d'œuf, un peu plus de beurre. » (Médecin 14)

Le devenir de cette prescription

Souvent les médecins ont tendance à poursuivre la prescription de CNO une fois les objectifs atteints. En effet, ils préfèrent maintenir les CNO même si le patient réduit la dose quotidienne ou à la limite qu'ils le prennent à la demande pour pérenniser les bénéfices du traitement. Dans les cas où l'état nutritionnel du patient est assez précaire, la prescription de CNO se fait au long cours.

Dans les situations aiguës, la durée de prescription des CNO est limitée à celle-ci.

Dans la pratique, les médecins ont l'habitude de poursuivre le traitement par CNO au delà de trois mois dans le but de prolonger les bénéfices obtenus. Puis en fonction du contexte, le traitement est soit prescrit au long cours, soit pour une courte durée lors d'une situation aiguë.

« Donc je les continue un peu et je me rends compte que les gens les prennent quand ils sont moins bien ou quand ils n'ont pas beaucoup mangé. Et pour certains faut les continuer parce que sinon ils

ont des rations tellement petites, qu'on n'a pas le choix. » (Médecin 1)

« Je leur donne au cas où, s'ils en sentent l'envie parce que souvent il faut maintenir un minimum, c'est pas des gens qui vont se remettre à faire des grands repas, donc maintenir un par jour, c'est pas mal. » (Médecin 3)

« Ça dépend s'il y a une cause aiguë, on peut l'arrêter, si c'est un état chronique je continue, surtout s'ils les prennent bien . » (Médecin 6)

« J'arrête quand il me semble qu'ils vont mieux, quitte à reprendre s'il se remettent à ne pas manger, quitte à ne pas reprendre si la cause de carence est supprimée. » (Médecin 8)

« S'ils aiment ça, je ne vois pas pourquoi j'arrêteraï la prescription, je préfère qu'ils continuent la boîte de compléments plutôt que d'avoir le bol de chocolat ou de café au lait et des biscottes pour le soir...(..) je préfère qu'on garde cette habitude là (...) pour qu'ils gardent un apport calorique important. » (Médecin 9)

« Je pense que je continue, puisque si sous traitement les objectifs sont atteints, c'est qu'il faut le continuer. » (Médecin 13)

« Si la pathologie est une pathologie qui est limitée dans le temps, qui est passagère et bien ça sera un traitement passager, après si c'est une pathologie qui est chronique, je le laisse jusqu'à la fin. » (Médecin 14)

3.3 Résumé des résultats de l' évaluation de la prescription des CNO en médecine ambulatoire

1. État des lieux du dépistage de la dénutrition en médecine de ville

- Les médecins interrogés sont plus attachés à faire un dépistage ciblé de la dénutrition, ils attendent un point d'appel pour se pencher plus particulièrement sur l'état nutritionnel de leurs patients.
- Les médecins ayant une proportion importante de personnes âgées dans leur patientèle intègrent la dénutrition dans le suivi courant de la personne âgée et la dépistent plus systématiquement.
- De façon unanime, les médecins interrogés posent le diagnostic de dénutrition sur des critères cliniques, la biologie vient au second plan pour appuyer le diagnostic ou comme facteur de gravité supplémentaire.
- Les calculs d' IMC et les enquêtes alimentaires sont rarement réalisés en ville. Le test MNA n'a jamais été mentionné.

2. La perception de la dénutrition par les médecins généralistes

- La plupart des médecins associent la dénutrition à une perte de poids, une fonte musculaire et par conséquent, une perte d'autonomie, mais ils donnent aussi une place importante à l'impression clinique globale qu'ils ont de leur patient. La dénutrition est avant tout un diagnostic clinique en médecine générale.
- Certaines situations comme l'isolement, l'incapacité pour les patients de sortir de chez eux, les patients polypathologiques, ainsi que les chutes, attirent l'attention des médecins

généralistes sur une probable dénutrition.

- Il arrive que les médecins généralistes ne se sentent pas concernés par la dénutrition au sein de leur patientèle du fait d'un bon niveau socio-économique de celle-ci.
- Les médecins interrogés définissent la dénutrition comme un amaigrissement et une baisse de l'albumine sans donner de valeur seuil. Les définitions de dénutrition énoncées restent assez floues.

3. La place de la prescription de CNO dans le traitement de la dénutrition de la personne âgée en médecine de ville

- Certains médecins prescrivent les CNO de façon préventive ou d'emblée dans des cas particuliers comme lors d'une démarche palliative ou au cours d'une pathologie cancéreuse.
- De façon générale la prescription des CNO par les médecins généralistes est assez influencée par les rencontres avec les représentants des laboratoires. Ils prescrivent plus facilement les CNO qui leurs ont été présentés ou ceux qu'ils ont connus au cours de leurs stages hospitaliers.

Certains médecins sont influencés dans leurs prescriptions par les modalités de remboursement de ces produits par la sécurité sociale.

- Les médecins prescrivent ces CNO sous forme de libellés larges laissant le libre choix aux patients du type de CNO. De plus, les médecins s'attendent à ce que les pharmaciens participent au choix des produits et orientent les patients.
- Le suivi du traitement se fait également par la clinique et plus particulièrement sur le poids.
- La grande difficulté pour les généralistes réside dans l'évaluation de la compliance au traitement, pour cela ils comptent énormément sur l'entourage du patient, ou ils le constatent par eux-mêmes lors des visites à domicile.

- Rarement les médecins donnent des conseils pour la consommation des CNO.
- Souvent les médecins essaient de prescrire un autre produit si le premier n'est pas bien accepté par le patient. Cependant si le patient refuse toujours, ils n'insistent pas et tentent de trouver une alternative pour augmenter les apports nutritionnels en enrichissant l'alimentation avec des produits du quotidien.
- Une fois les objectifs atteints, les médecins poursuivent souvent la prescription de CNO pour maintenir les bénéfices obtenus quitte à réduire la posologie quotidienne.

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

1/ LIMITES DE L' ÉTUDE

1. Liées à la méthode

Pour répondre à l'objectif principal de cette thèse, à savoir, évaluer la prescription de CNO dans le cadre de la dénutrition du sujet âgé en médecine ambulatoire, la méthode la mieux adaptée est la méthode qualitative. Le recueil de données s'est fait au cours d'entretiens individuels avec les différents médecins généralistes sélectionnés. La retranscription (qui se veut être la plus fidèle possible) a été réalisée par écrit immédiatement après les entretiens. Il n'y a pas eu malheureusement de triangulation possible au cours de l'analyse des résultats, ce qui ajoute une part de subjectivité à l'interprétation des résultats. Par conséquent, la généralisation des résultats constitue une limite de cette étude. De plus, mon manque d'expérience en tant que meneuse d'entretien a pu également limiter la qualité des réponses obtenues.

Cependant, un des avantages de la méthode qualitative est de pouvoir travailler avec un échantillon de taille relativement réduite, en revanche elle ne permet pas une extrapolation au reste de la population, mais fournit une explication tout de même plausible et cohérente du phénomène étudié. Il serait intéressant de réaliser cette étude avec une population plus importante pour généraliser les résultats et que ceux-ci soient plus représentatifs.

2. Liées à la population

La sélection des médecins généralistes a été réalisée par appel direct des médecins à leur cabinet en vue de leur proposer un entretien, pour ne sélectionner que ceux ayant des sujets âgés dans leur patientèle, ce qui est le seul critère d'exclusion de cette étude. Le fait de téléphoner directement aux médecins m'a permis de maximiser le nombre d'inclusions en limitant le nombre de refus, qui auraient été sûrement bien plus important si j'avais constitué ma population en leur envoyant une

invitation par mail ou voie postale. Un autre avantage de cette démarche est de m'avoir permis de constituer relativement rapidement ma population, avant les congés estivaux des praticiens, mais également d'inclure les médecins qui se sentaient peu concernés par la nutrition et la prise en charge des personnes âgées. De cette façon, ma population de médecins généraliste est hétérogène : la proportion de sujets âgés variant dans leur patientèle, ainsi que leur expérience en terme de prise en charge de la dénutrition. J'ai grâce à cela évité un biais de sélection qui aurait été d'interroger des médecins qui s'occupent surtout de personnes âgées.

Le seul biais de sélection restant est celui de la zone géographique d'exercice à savoir le département des Yvelines (78) et le fait que certains médecins m'aient été indiqués par des confrères. On peut imaginer qu'ils aient une formation similaire ou des centres d'intérêts identiques. On pourrait aussi penser que le conseil de l'Ordre des Yvelines sensibilise ses médecins à ce sujet. Élargir la zone géographique en choisissant des médecins exerçant dans d'autres départements aurait permis de diversifier d'avantage la population et donc peut être de modifier les résultats obtenus. Seul un des médecins est maître de stage à la faculté avec un devoir de formation et donc possiblement plus à jour sur les recommandations.

Cependant la population obtenue reste hétérogène en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'ancienneté d'exercice, ainsi que la proportion de personnes âgées de leur patientèle.

2/ LES CRITÈRES MOTIVANT LA PRESCRIPTION DES CNO EN MÉDECINE

AMBULATOIRE

La prise en charge de la dénutrition passe avant tout par le dépistage de celle-ci. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître les critères de dénutrition et les facteurs de risques qui laissent présager qu'une dénutrition est possible. La HAS a publié en 2007, des recommandations assez précises sur la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé, pour venir en aide aux différents professionnels de

santé. Ces derniers doivent faire face à ce récent problème de santé publique, du fait de l'inexorable vieillissement de la population.

Lors de ces entretiens, nous avons remarqué que les médecins généralistes accordent une très grande importance à l'état général ainsi qu'à l'impression clinique qu'ils peuvent avoir de leurs patients. Malgré le fait que ceci ne soit mentionné dans aucune recommandation, cette impression clinique peut dans certains cas leur suffire à suspecter une dénutrition et à prescrire des CNO.

L'impression clinique est un critère d'évaluation très important de l'état nutritionnel pour l'ensemble des médecins généralistes prenant en charge des sujets âgés.

A l'unanimité, les médecins interrogés se basent sur l'amaigrissement de leurs patients pour diagnostiquer une dénutrition. En effet, le poids a été énoncé systématiquement comme critère de dénutrition, et par conséquent motivant une prescription de CNO. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS, qui intègre la perte de poids (réduction de moins de 5% en 1 mois ou moins de 10% en 6 mois) dans les critères de dénutrition (5) .

Contrairement au poids qui est énoncé comme critère de dénutrition par la grande majorité de médecins généralistes, le calcul de l' Indice de Masse Corporel (IMC) reste très marginal. En effet aucun des médecins généralistes n'énonce un IMC inférieur à 21 comme étant un signe de dénutrition (7) ; pourtant mentionné dans les recommandations de la HAS de 2007 . Ce calcul d'IMC est rarement effectué car contrairement à la pesée qui est souvent systématique à chaque consultation, la mesure de la taille du patient est très souvent omise. Ceci a été retrouvé dans une étude réalisée au Royaume-Unis qui étudie les habitudes de prescription des CNO, seulement 4% des patients avaient un poids et une taille inscrits dans leur dossier avant une première prescription de CNO (24). Ce qui signifie que les médecins de cette étude ainsi que ceux interrogés ne prennent pas en considération la valeur de l'IMC pour prescrire des CNO.

Selon les recommandations de bonne pratique de 2007 de la HAS, l'amaigrissement du sujet âgé est un signe d'alerte de dénutrition pour les médecins généralistes, le poids est donc fréquemment mesuré lors des consultations. A l'inverse, le calcul de l'IMC n'est pris en compte que de façon exceptionnelle en médecine ambulatoire, du fait de la difficulté de la mesure de la taille du sujet âgé.

De même en ce qui concerne le Mini Nutritional Assessment, qui est également considéré comme un critère de dénutrition lorsque celui-ci est inférieur à 17 (5). Il s'agit certes, que d'une recommandation de grade C, mais qui n'a été citée par aucun des praticiens interrogés. Pourtant plusieurs études récentes accordent une grande importance au questionnaire MNA dans le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées. Une étude australienne de 2012 qui se penche sur le dépistage et le traitement précoce de la dénutrition chez les patients âgés récemment hospitalisés a pu mettre en évidence que sans la réalisation du questionnaire MNA, les médecins n'ont dépisté qu'une faible proportion de patients dénutris ou à risque de dénutrition(26). En effet, le test MNA est souvent employé car il apparaît comme un outil de dépistage fiable, reproductible, rapide et économique de la dénutrition chez les sujets âgés (27). Le MNA a une sensibilité de 80% et une spécificité de 90%, de nombreux programmes reconnaissent le MNA comme un excellent indice nutritionnel gériatrique pour évaluer l'état nutritionnel des patients à domicile (28) ;(29) . Et pourtant cet indice est totalement absent de la pratique des médecins généralistes interrogés. Une étude irlandaise de 2004, *Nutrition in community*, de Loane et al, qui évalue la prise en charge de la dénutrition et la prescription de CNO en médecine de ville, a retrouvé qu'aucun des médecins interrogés ne fait de dépistage complet de la dénutrition et que seulement 25% des infirmières libérales disent utiliser un outil de dépistage nutritionnel pour savoir si leurs patients nécessitent la prescription de CNO. (30) Les résultats de cette étude concordent avec les résultats retrouvés au cours des entretiens réalisés pour cette thèse. En effet aucun des médecins interrogés ne dit utiliser

un outil pour l'aider à prescrire des CNO.

Une étude canadienne plus récente de 2009, *Use of oral nutrition supplements in long-term care facilities* qui examine les pratiques de prescription de CNO chez les personnes âgées dans des soins de longue durée, montre que les médecins ne prescrivent les CNO que sur des critères cliniques. En effet, les CNO étaient prescrits dans les cas d'une diminution des apports nutritionnels, d'une perte de poids involontaire ou si il y avait cicatrisation de plaie en cours.(31)

Le questionnaire MNA n'est habituellement pas employé pour le diagnostic de dénutrition en médecine ambulatoire, malgré sa bonne sensibilité et acceptabilité. Par contre, celui-ci est souvent rencontré dans les études comme critère de dénutrition.

Les médecins interrogés s'appuient également sur la fonte musculaire et/ou la perte d'autonomie pour prescrire des CNO, c'est à dire des conséquences déjà assez tardives de la dénutrition qui constituent une perte de chance pour le patient. Toutes les études publiées à ce jour s'accordent à dire qu'une prise en charge précoce de la dénutrition est primordiale d'un point de vue médical et économique (29);(2). En effet, plus la prise en charge nutritionnelle est précoce, plus les bénéfices cliniques pour les sujets sont importants. Ceci permettrait de réduire les coûts du traitement de la dénutrition. Ils sont estimés à 13 millions de livres par an aux Royaumes Unis par exemple.(32)

Une prise en charge précoce de la dénutrition est essentielle pour limiter la dépendance du sujet âgé et par conséquent limiter les coûts de prise en charge.

Malheureusement, toutes ces études ont été réalisées en milieu hospitalier, il est donc difficile de comparer la prise en charge de la dénutrition en ville et en milieu hospitalier. Dans les services de gériatrie, le bilan nutritionnel est systématiquement inclus dans le bilan d'entrée

du patient alors qu'en médecine ambulatoire, il n'est que très rarement systématique.

L'évaluation nutritionnelle ainsi que la prescription de CNO sont plus communément réalisées sur un point d'appel.

Pour permettre une prise en charge précoce de la dénutrition, les médecins interrogés se basent volontiers sur les facteurs de risques de dénutrition. La recherche de facteurs de risque est un des piliers fondamentaux du dépistage annuel de la dénutrition recommandé par la HAS (5).

La situation la plus pourvoyeuse de dénutrition selon les médecins généralistes interrogés est l'isolement, et toutes les situations aboutissant à un isolement, à savoir, le deuil du conjoint, l'éloignement de la famille, la perte d'autonomie confinant le patient au domicile. D'après un article paru dans le *Clinical Interventions in Aging* en 2010, ces mêmes sujets âgés isolés augmentent leurs ingestats de 50% lorsqu'ils prennent leurs repas avec une compagnie.(8) Il est donc de bon ton de s'intéresser de près à ce facteur de risque comme le font les praticiens rencontrés.

Une autre situation qui alerte ces praticiens sur une éventuelle dénutrition est celle des chutes à répétition. C'est un signe assez tardif puisqu'elles sont une conséquence de la dénutrition et non une cause. C'est une situation très fréquente en médecine ambulatoire, potentiellement grave puisqu'elle peut se compliquer de fractures, traumatismes crâniens et autres donc très pourvoyeuse d'hospitalisations. Dans la littérature, la fréquence des chutes est plus souvent utilisée comme un critère pour évaluer les bénéfices du traitement par les CNO et non comme un signe de dénutrition. D'après la méta-analyse de la revue Cochrane de 2009, la prise en charge de la dénutrition par les CNO permet d'augmenter le taux des activités quotidiennes et de réduire le nombre de chutes (augmentation significative du niveau d'activité au bout de 8 semaines de supplémentation, Larsson 1990 ; 0% de chutes dans le groupe supplémenté contre 21% dans le groupe contrôle (p=0,05) Gray-Donald 1995) (10)

D'autres facteurs identifiés comme à risque de dénutrition sont recherchés par les généralistes comme les pathologies multiples, chroniques, neuro-dégénératives, les insuffisances d'organes, les

démences et les syndromes dépressifs; ceci toujours en accord avec les recommandations de la HAS (7), mais aussi retrouvés dans la littérature (8) ;(11) ; (10).

En médecine ambulatoire, les praticiens s'efforcent de rechercher les facteurs de risque et situations pourvoyeuses de dénutrition pour permettre ainsi, une prise en charge la plus précoce possible.

En accord avec de nombreuses études, l'isolement, les chutes à répétition, les maladies chroniques, les patients polypathologiques ainsi que les démences et autres troubles neuro-psychiatriques sont des signes d'alerte faisant rechercher un état nutritionnel insatisfaisant.

Au cours des entretiens avec les généralistes, les soins palliatifs et la fin de vie sont parfois énoncés comme étant un facteur de dénutrition. Cependant dans la littérature aucune étude récente n'est retrouvée pour étudier le bénéfice d'un support nutritionnel dans ce domaine particulier qu'est la fin de vie. Dans cette situation de prise en charge palliative en médecine de ville, la quasi totalité des cas rencontrés sont des cancers, et les médecins ont déjà débuté le support nutritionnel par CNO le plus souvent dès que le diagnostic a été posé.

Pour tous les médecins rencontrés, **les critères biologiques viennent au second plan** pour la prescription des CNO. Un faible taux d'albumine est à chaque fois cités comme étant un critère de dénutrition par les généralistes comme le recommande la HAS (5). Pourtant aucun des médecins généralistes n'énonce de taux limite d'albumine caractérisant une dénutrition. Or même si la prescription de CNO ne doit être basée sur le taux d'albumine seul, ce taux est un pronostic de morbi-mortalité et permet de se rendre compte de la sévérité de la dénutrition (albuminémie inférieure à 30g/L avec une CRP négative) (7)

L'étude parue dans le Clinical Nutrition en 2012, qui étudie entre autres, la dénutrition et ses

impacts en terme de mortalité à 3 ans, on retrouve que la dénutrition est un important facteur prédictif de mortalité avec un risque relatif de 4,4%(IC95% [3.3%-6.0%,] p<0.001) (13).

Les méta-analyses des études réalisées dans le cadre de situations pathologiques aiguës montrent une réduction de mortalité chez les patients dénutris traités par CNO avec un OR: 0.66(IC 95% [0.49-0.90]) alors que pour les patients non dénutris supplémentés par CNO on ne peut pas conclure à une réduction significative de la mortalité OR: 0.99 (IC 95% [0.81; 1.21]) (9). Il est donc intéressant de doser l'albumine pour savoir dans quelle catégorie se situe le patient: non dénutri ou dénutrition sévère ou non.

De plus, selon un essai clinique contrôlé randomisé, publié en 2010 qui analyse les bénéfices de la prise de CNO en période péri-opératoire, celle-ci a tendance à augmenter le taux d'albuminémie chez l'ensemble des patients, dénutris ou non (33), il est donc utile de connaître un taux de base d'albumine.

Le taux d'albumine est donc un facteur prédictif déterminant de morbi-mortalité chez la personne âgée. Un taux faible isolé d'albumine ne motive pas la prescription d'un support nutritionnel, ce critère biologique passe au second plan pour motiver la prescription de CNO en médecine de ville. En revanche, il a une grande importance pour évaluer la sévérité de la dénutrition.

De nombreux médecins interrogés ont cité les déficits vitaminiques comme des signes biologiques de dénutrition. Les carences vitaminiques sont couramment rencontrées au cours d'une dénutrition (6) (11), les recommandations anglaises (*NICE guidelines*) les inclues même dans leur définition de la dénutrition (34). Pourtant, on peut avoir des carences vitaminiques en l'absence de dénutrition.

Les autorités françaises de santé ont choisi de ne pas intégrer les déficits en vitamines dans la définition de dénutrition et utilisent le terme plus ciblé de dénutrition protéino-énergétique.(5)

Les déficits en vitamines ne sont utilisés dans aucuns des articles rencontrés pour caractériser une dénutrition.

3/ LES CARACTÉRISTIQUES DU SUIVI DU TRAITEMENT PAR CNO EN MÉDECINE AMBULATOIRE

1. L'observance

Les médecins interrogés se basent sur une stabilisation ou une prise de poids pour se rendre compte de la bonne observance de la prise des CNO de leurs patients ; cependant ce critère d'évaluation reste assez tardif. Il est conseillé par la HAS de peser de façon hebdomadaire les personnes âgées dénutries. (5)

Ce qui semble le plus réaliste pour ces médecins généralistes pour se rendre compte de l'observance de la prise de CNO, c'est l'interrogatoire des patients ou de leur entourage surtout si les patients présentent des troubles cognitifs. La littérature n'est pas très prolifique au sujet de l'observance des traitements par CNO. Une bonne adhésion au traitement est tout de même un critère indispensable en vue de pouvoir conclure à un effet de la supplémentation protéino-énergétique. Une étude de Kennedy et al, parue en 2010 dans *Age and Ageing*, qui se penche sur l'observance de ces produits, retrouve que les hommes acceptent moins bien les CNO que les femmes. Dans cette étude, la compliance a été faible, seulement 37% des prescriptions ont été respectées ; les causes les plus souvent évoquées pour la justifier sont le goût, la texture et une mauvaise tolérance digestive à ces produits. (32)

Une étude sud-américaine publiée en 2013 suggère également que le manque d'appétit et l'aspect peu appétissant des CNO sont les raisons les plus fréquentes pour justifier une faible prise.(35)

Dans toutes ces études, pour se rendre compte de la bonne observance de la consommation des ces compléments nutritionnels, les investigateurs estiment la quantité de produit consommé soit en pesant ce qui n'a pas été consommé, soit en élaborant une échelle semi-quantitative permettant

d'estimer la quantité de produit consommée.(35) ;(8)

D'une manière générale, la compliance de la supplémentation est très souvent rapportée comme étant bonne lors des études. Dans cette étude belge publiée en 2003, *Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial*, qui compare deux groupes de patients à risque de dénutrition, l'un prenant des CNO et un groupe contrôle n'en consommant pas : le groupe consommant des CNO avait un apport énergétique supplémentaire de 407+/-184 kcal. Le recueil de la quantité de CNO consommée quotidiennement était réalisé de façon semi-quantitative par une infirmière pendant l'hospitalisation puis par le patient lui-même à sa sortie, laissant place à un biais d'évaluation non négligeable.(27)

En pratique, les médecins interrogés profitent de leurs visites à domicile pour évaluer la consommation des CNO de leurs patients, ils recherchent les éventuels stocks de CNO qui se constituent lorsque les patients ne les consomment pas régulièrement, voire pas du tout. La compliance est donc un critère très difficile à évaluer une fois le patient sorti de l'hôpital.

Ceci n'est pas retrouvé dans la littérature car les études sont quasiment toutes réalisées dans le milieu hospitalier ou en institution. L'étude de la prise en charge de la dénutrition en médecine de ville est exceptionnellement rare.

Contrairement à la médecine hospitalière , il est particulièrement difficile pour les praticiens, d'évaluer la bonne adhésion au traitement du patient. Cette évaluation est forcément biaisée et se fait, soit de façon subjective en interrogeant le patient lui-même ou son entourage, soit de façon tardive et répétée par la pesée du patient à la recherche d'une stabilisation ou d'un gain de poids.

Puisque l'adhésion supposée à ces CNO est particulièrement faible, il est intéressant de se pencher sur les moyens qu'ont pu trouver les praticiens pour tenter d'augmenter celle-ci. Plus précisément,

est-ce que des conseils de consommation de ces produits sont donnés au patient ou à son entourage lors de leur prescription ?

Au cours de cette enquête, les médecins qui donnent des conseils de consommation des CNO pour espérer accroître l'adhésion à ce traitement restent une minorité. Pour que la prise de CNO soit maximale au cours des études, une large sélection de CNO est proposée. Divers produits, sucrés, salés, à consommer chaud ou froid et de textures différentes pour s'adapter au goût de chaque patient et ainsi favoriser la compliance au traitement.(21)

Il a été mis en évidence que le fait de privilégier les CNO avec une haute densité énergétique et protéique favorise l'observance puisque les patients, en particuliers ceux anorexiques, ingèrent préférentiellement des petites quantités de produit.(9)

Selon Milne et al (2009), il est important de considérer tous les moyens diététiques ou non pour augmenter les apports alimentaires et le statut nutritionnel.(10) Les conseils nutritionnels, l'enrichissement alimentaire sont à encourager même s'il n'y a pas d'étude qui prouve formellement qu'il y ait de bénéfices cliniques ou de réduction significative de la mortalité, cela reste une mesure cliniquement et économiquement efficace. (9) Il serait intéressant de réaliser des études de plus grande ampleur et idéalement en médecine ambulatoire.

2. L'efficacité

De façon unanime au sein de la population de médecins interrogés, le poids reste le principal critère pour évaluer l'efficacité du traitement par CNO. En effet, c'est une mesure facile, reproductible et donc parfaitement adaptée à la médecine de ville.

L'étude de Lauque et al. parue dans la revue *Age and Ageing* en 2000, est une des rares études prospectives contrôlées qui étudie l'effet de la prise de CNO sur le poids et le score MNA au sein

d'une population de 88 personnes âgées vivant en institution. Elle montre, malgré le fait qu'elle ne soit pas réalisée en double aveugle et du fait que la population soit restreinte, que la supplémentation par CNO a permis la prise de poids et l'augmentation du score MNA chez les personnes à risque de dénutrition. Il a été remarqué que la supplémentation dans le groupe de personnes dénutries a augmenté de façon significative le score MNA de 13,9+/-2,6 à 17,1 +/- 3,9 et le poids de 1,5 kg +/-0,4kg.(21)

Une revue de la littérature réalisée par Stratton, *Summary of a systematic review on oral nutritional supplement use in the community* datant de 2000 ,réalisée sur des patients suivis en médecine ambulatoire, montre également le bénéfice de la supplémentation par les CNO en ce qui concerne la prise de poids, les apports énergétiques quotidiens et les limitations fonctionnelles. Encore une fois les bénéfices concernant ces paramètres s'avèrent être plus importants et plus fréquents pour les personnes dénutries avec un IMC<20kg/m². (36)

Cette notion est également retrouvée dans la thèse de Kennelly parue en 2012, *A Community Dietetics Intervention to Improve the Use of Oral Nutritional Supplements in the Community Setting*, les différentes études concluent à une prise de poids significative grâce à l'utilisation des CNO et ce d'autant plus, que les patients sont dénutris. Cependant il s'avère que cette prise de poids est moins importante que ce qui avait été prévu par les auteurs au début des études, probablement en rapport à un défaut de compliance.(37)

Les médecins interrogés recherchent également une amélioration clinique lorsqu'ils prescrivent des CNO à leurs patients. Plus précisément, ils recherchent une réduction des limitations fonctionnelles donc un gain d'autonomie pour permettre une meilleure qualité de vie au patient.

Les médecins généralistes évaluent l'efficacité du traitement par CNO en priorité par la surveillance du poids, mais aussi par une réduction de la dépendance des sujets âgés pour les gestes de la vie quotidienne. Cependant les études actuelles peinent à montrer

une amélioration de la qualité de vie et une réduction des limitations fonctionnelles au décours d'une prise en charge de la dénutrition par les CNO dans cette catégorie de population.

L'étude *Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs*, parue dans *Clinical Nutrition* en 2012 compare deux groupes de patients de plus de 60ans, ceux qui ont reçu des CNO durant 3 mois après leur sortie d'hospitalisation et le groupe contrôle qui n'a pas été supplémenté. Après 3 mois il n'y a pas eu de différence significative de la qualité de vie et de l'activité physique entre les deux groupes. Les limitations fonctionnelles ont significativement diminué dans le groupe intervention (OR= -0.72, 95% CI-1.15; -0.28). (22)

Il faudrait réaliser des études de plus grande ampleur et de préférence en médecine ambulatoire pour pouvoir conclure de façon significative sur ces critères.(18) ;(21) ; (10)

4/ ÉLABORATION D'UNE FICHE D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE CNO CHEZ

LE SUJET AGÉ ADAPTÉE A LA MÉDECINE GÉNÉRALE

FACTEURS DE RISQUE LES PLUS FRÉQUENTS DE DÉNUTRITION

Situations à risque de dénutrition :

- isolement , deuil
- perte d'autonomie, dépendance
- hospitalisation, institutionnalisation
- polymédication
- régimes restrictifs

Pathologies à risque de dénutrition :

- insuffisance d'organe chronique
- affection aiguë (infection, fracture)
- syndrome dépressif
- démence
- néoplasie

CRITÈRES DE DÉNUTRITION

Au moins un des critères suivant :

- perte de poids >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
- indice de masse corporelle < 21kg/m²
- albuminémie < 35g/L
- MNA global < 17

PROGRESSION THÉRAPEUTIQUE

- 1) **Conseils nutritionnels** : augmenter la fréquence des prises alimentaires , organiser une aide au repas
- 2) **Enrichissement alimentaire** : pour augmenter les apports protéino-énergétiques sans augmenter le volume des ingestats (poudre de lait, œufs, crème fraîche, fromage râpé, etc)
- 3) **Prescription de CNO** : hypercalorique et/ou hyperprotidique, pour assurer un apport supplémentaire de 400kcal et de 30g de protéine par jour
- 4) **Nutrition entérale** : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale ou en première intention si dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles ou troubles sévères de la déglutition

ORDONNANCE TYPE DE CNO

Complément nutritionnel oral:

- hypercalorique et/ou hyperprotidique
- adapté au goût du patient
- texture et type de CNO adapté aux pathologies du patient (trouble de la déglutition, diabète)
- à délivrer au fur et à mesure
- deux produits par jour
- durée initiale d'un mois
- à renouveler jusqu'à une durée totale de trois mois

CONSEILS DE CONSOMMATION

- consommer les CNO à distance des repas
- consommer les CNO en plus de l'alimentation classique, ils ne remplacent pas les repas
- possibilité de les intégrer au repas en potage ou dessert
- varier les goûts et les textures pour ne pas se lasser
- les consommer bien frais ou chaud selon les produits
- une fois ouvert, se consomme dans les 2h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur

CRITÈRES DE SURVEILLANCE

- surveiller le poids: stabilisation, prise de poids
- enquête alimentaire : évaluer la quantité et la qualité des ingestats
- dosage plasmatique de l'albumine : après minimum 3 semaines de prise en charge, en absence de syndrome inflammatoire, inutile de le répéter plus d'une fois par mois

DEVANT UN ÉCHEC DU TRAITEMENT PAR CNO

- Essayer un autre type de CNO
- Renforcer l'enrichissement alimentaire
- Mettre en place une aide aux repas
- Cas particuliers, indication possible à une nutrition entérale, à débiter lors d'une courte hospitalisation

CONCLUSION

Au cours de cette étude nous avons pu remarquer que les médecins généralistes se basent essentiellement sur leur impression clinique pour prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées. Le critère clinique prioritaire motivant cette prise en charge est le poids. En effet, le poids est une donnée facilement mesurable en médecine de ville, faisant de l'amaigrissement un signal d'alerte motivant la recherche de dénutrition.

De plus, les médecins identifient certaines situations comme pourvoyeuses de dénutrition pouvant conduire à une surveillance plus accrue du statut nutritionnel et/ou à une prescription de compléments nutritionnels oraux. Cependant, le questionnaire MNA, ainsi que le calcul de l'indice de masse corporelle sont très rarement réalisés en médecine de ville dans le cadre de dépistage de dénutrition.

Les critères biologiques viennent au second plan et ne sont recherchés que s'il existe un point d'appel clinique. Pourtant, connaître le taux d'albumine, caractérisant la dénutrition protéino-énergétique lorsqu'il est abaissé, permet de caractériser la sévérité de la dénutrition et constitue un facteur prédictif de morbi-mortalité.

Les praticiens se basent sur les mêmes critères cliniques énoncés dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour prescrire des compléments nutritionnels, mais accordent peu d'importance aux critères biologiques. C'est ainsi qu'une prise en charge précoce est possible, permettant de limiter la perte d'autonomie de la personne âgée.

L'observance du traitement est évalué difficilement en médecine ambulatoire, elle ne peut se faire que subjectivement par l'interrogatoire, ou plus objectivement, par l'observation lors des visites à domicile. Les compléments nutritionnels de haute densité énergétique et protéique sont à privilégier pour améliorer l'observance au traitement.

Dans les situations où l'adhésion au traitement est insuffisante, les praticiens ont tendance à modifier les types de compléments prescrits. Les conseils de consommation lors de la prescription du traitement sont rarement délivrés par les praticiens.

L'efficacité du traitement par les compléments nutritionnels quant à elle, est également réalisée sur des critères cliniques en médecine ambulatoire, et préférentiellement par le poids.

Actuellement, toutes les études sur la prise en charge de la dénutrition ont été réalisées en milieu hospitalier, il est donc difficile de comparer la prise en charge de la dénutrition en ville et en milieu hospitalier. Il serait intéressant d'évaluer la prescription, ainsi que les bénéfices des compléments nutritionnels oraux à plus grande échelle chez les personnes âgées vivant au domicile, compte tenu du taux important et en perpétuel augmentation, de personnes âgées concerné par la dénutrition en médecine ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Revel C, De C. Table ronde 28 La dénutrition du sujet âgé : un enjeu de santé publique Comment la dépister , la prévenir , la traiter ? 2007;1–9.
2. Löser C. The Clinical and Economic Implications. 2010;107.
3. Milne, Potter, Vivanti A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. 2009.
4. Freijer K, Nuijten MJC, Schols JMG a. The budget impact of oral nutritional supplements for disease related malnutrition in elderly in the community setting. *Front Pharmacol* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Feb 24];3(May):78. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3355295&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Professionnelles R. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007;1–25.
6. Lesourd B. Conséquences cliniques. 2000;2183–90.
7. Des SE, Professionnelles R. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007;
8. Ahmed T. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. 2010;207–16.
9. Stratton RJ, Elia M. Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *Proc Nutr Soc* [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Feb 7];69(4):477–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20696091>
10. Ac M, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Review). 2009;(2).
11. Troubles nutritionnels du sujet âgé. 2001;
12. use the MNA to detect frailty inhospitalized older people.
13. Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. *Clin Nutr* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Jun [cited 2013 Feb 24];31(3):345–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22122869>
14. Peytremann-bridevaux I. Taux d ' homocystéine et diminution du risque cardiovasculaire : pas d ' effet des vitamines B. 2010;(4):14651858.
15. PNNS [Internet]. [cited 2013 Apr 2]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf
16. CNO nutricia [Internet]. [cited 2013 Apr 8]. Available from: http://www.nutricia.ch/pdf/fr/Nutricia_TA_Trinknahrung_fr.pdf
17. Sécu [Internet]. [cited 2013 Apr 8]. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo-cno.v2.pdf
18. Ac M, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition . 2009;(2):3–4.

19. Cawood a L, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. [Internet]. Ageing Research Reviews. Elsevier B.V.; 2011. p. 278–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212388>
20. Lauque S, Arnaud-Battandier F, Gillette S, Plaze J-M, Andrieu S, Cantet C, et al. Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer’s disease at risk of malnutrition: a prospective randomized study. Journal of the American Geriatrics Society. 2004. p. 1702–7.
21. Lauque S, Arnaud-Battandier F, Mansourian R, Guigoz Y, Paintin M, Nourhashemi F, et al. Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial. Age Ageing [Internet]. Br Geriatrics Soc; 2000;28(1):9–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10690696>
22. Neelemaat F, Bosmans JE, Thijs A, Seidell JC, van Bokhorst-de van der Schueren M a E. Oral nutritional support in malnourished elderly decreases functional limitations with no extra costs. Clin Nutr [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Apr [cited 2013 Feb 24];31(2):183–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071290>
23. Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufrère B, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. [Internet]. Clinical nutrition Edinburgh Scotland. 2004. p. 1096–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15380901>
24. Gale CR, Edington J, Coles SJ, Martyn CN. Patterns of prescribing of nutritional supplements in the United Kingdom. Clin Nutr [Internet]. 2001 Aug [cited 2013 Apr 20];20(4):333–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11478831>
25. Aubin-auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Letrilliant L. Introduction à la recherche qualitative. 2009;19:142–5.
26. malnutrition screening and early nutrition intervention in hospitalized patient in acute aged care.
27. Gazzotti C, Arnaud-Battandier F, Parello M, Farine S, Seidel L, Albert A, et al. Prevention of malnutrition in older people during and after hospitalisation: results from a randomised controlled clinical trial. Age Ageing [Internet]. 2003 May;32(3):321–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12720620>
28. Arija V, Martín N, Canela T, Anguera C, Castelao AI, García-Barco M, et al. Nutrition education intervention for dependent patients: protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Feb 24];12:373. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3508614&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. Malnutrition and associated factors in elderly hospitalized. 2012;27(2):652–5.
30. Loane D, Flanagan G, Siún a, McNamara E, Kenny S. Nutrition in the community--an exploratory study of oral nutritional supplements in a health board area in Ireland. [Internet]. Journal of human nutrition and dietetics the official journal of the British Dietetic Association. 2004. p. 257–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15139898>
31. Johnson S, Nasser R, Banow T, Cockburn T, Voegeli L, Wilson O, et al. Use of oral nutrition supplements in long-term care facilities. Can J Diet Pract Res [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Apr 20];70(4):194–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19958575>
32. Kennedy O, Law C, Methven L, Mottram D, Gosney M. Investigating age-related changes in taste and affects on sensory perceptions of oral nutritional supplements. Age Ageing

[Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Feb 24];39(6):733–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20861088>

33. Botella-Carretero JI, Iglesias B, Balsa J a, Zamarrón I, Arrieta F, Vázquez C. Effects of oral nutritional supplements in normally nourished or mildly undernourished geriatric patients after surgery for hip fracture: a randomized clinical trial. [Internet]. Clinical nutrition Edinburgh Scotland. 2010. p. 398. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20199828>
34. Guideline C. Nutrition support in adults Nutrition support in adults : oral nutrition. 2006; (February).
35. Lammel Ricardi J, Marcadenti A, Perocchin de Souza S, Siviero Ribeiro A. Oral nutritional supplements intake and nutritional status among inpatients admitted in a tertiary hospital. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 30];28(4):1357–60. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889667>
36. Stratton RJ. Summary of a systematic review on oral nutritional supplement use in the community. Proc Nutr Soc [Internet]. 2000 Aug;59(3):469–76. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10997676>
37. Thesis SK, Kennelly S. A Community Dietetics Intervention to Improve the Use of Oral Nutritional Supplements in the Community Setting By. 2012;

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université

Le Professeur de Gériatrie

Pr. RAYNAUD-SIMON

Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 88

C.H.U. BICHAT CL. BERNARD

46, RUE HENRI HUCHARD - 75877 PARIS CEDEX 18

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

Date

4/03/2014

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RÉSUMÉ

La dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé est devenue un problème de santé publique avec le vieillissement constant de la population, et son incidence ne cesse de croître en médecine ambulatoire. Le principal support nutritionnel dont dispose les praticiens pour traiter la dénutrition en ville sont les compléments nutritionnels oraux (CNO).

Notre principal objectif est de déterminer sur quels critères les médecins généralistes prescrivent les CNO. Secondairement, de savoir si ces CNO sont prescrits en curatif ou en préventif chez un sujet à risque de dénutrition ; si cette prescription est conforme aux indications de la Haute Autorité de Santé (HAS). Enfin, en quoi constitue le suivi de ce traitement par CNO.

Nous avons réalisé une étude qualitative observationnelle en interrogeant des médecins généralistes entre avril et juin 2013, au cours d'entretiens individuels à l'aide d'un questionnaire semi directif. Nous avons constaté que les praticiens se basent exclusivement sur des critères cliniques pour prescrire des CNO, les critères biologiques passent au second plan. L'amaigrissement et l'interrogatoire à la recherche de situations favorisant la dénutrition, comme l'isolement, la perte d'autonomie, les néoplasies et démences ; permettent aux praticiens de dépister une dénutrition. La biologie confirme cette dénutrition et caractérise sa sévérité. Couramment, les généralistes prescrivent les CNO de façon curative une fois la dénutrition diagnostiquée, et souvent d'emblée, sans délivrer de conseils diététiques ni préconiser l'enrichissement alimentaire comme le suggère les recommandations de la HAS. Le suivi du traitement par les CNO se base également sur la clinique, avec la pesée régulière et l'interrogatoire du patient en ce qui concerne la consommation des produits et l'observation du médecin lors des visites à domicile.

La nutrition est un facteur de morbi-mortalité important, nécessitant une prise en charge précoce et adaptée, car les conséquences de la dénutrition mettent en jeu l'autonomie du sujet âgé. Il serait intéressant d'effectuer d'autres d'études à plus grande échelle sur la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé en médecine ambulatoire.

MOTS CLÉS :

Dénutrition protéino-énergétique
Personnes âgées
Compléments nutritionnels oraux
Médecine générale