

**ANNEE 2021**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE SAONE-ET-  
LOIRE DANS LE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES  
DE PLUS DE 75 ANS VIVANT A DOMICILE**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 Novembre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Floriane BARBERET

Née le 13/11/1993

A Auxerre (89)

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2021**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE SAONE-ET-  
LOIRE DANS LE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES  
DE PLUS DE 75 ANS VIVANT A DOMICILE**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18 Novembre 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Floriane BARBERET

Née le 13/11/1993

A Auxerre (89)

**Doyen :**

Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie

M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY, Gériatre

Membres :

Monsieur le Professeur Arnaud GOUGET (Directeur), Médecine Générale

Monsieur le Docteur Julien GAUTHIER, Gériatre

Madame le Docteur Aurore LECUELLE, Médecine Générale

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que je sois déshonorée et méprisée si je manque à mes promesses, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle."*

## Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY, vous avez accepté sans hésitation de présider cette thèse. Je vous remercie pour le temps et l'aide que vous m'avez accordés tout au long de la réalisation de cette thèse. Je vous adresse mes plus sincères remerciements et je vous prie de recevoir le témoignage de mon profond respect.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Arnaud GOUGET, vous m'avez accueillie et accompagnée dans votre cabinet lors de mon internat. Vous me faites l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Merci d'avoir partagé votre point de vue et votre expérience sur ce sujet. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre relecture. Soyez assuré de mon estime et de mon très grand respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Julien GAUTHIER, vous m'avez accueillie dans votre service de Gériatrie dont je garde un excellent souvenir. Je vous remercie vivement pour tout ce que vous m'avez enseigné durant ce semestre et pour votre aide dans la réalisation de cette thèse. Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mon estime et de mon très grand respect.

Madame la Docteur Aurore LECUELLE, vous avez accepté de participer au jury de cette thèse, je suis heureuse de vous témoigner ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à l'étude.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée et qui ont participé à ma formation.

## A ma famille

A mon chéri Yann, merci pour ta patience inépuisable, ta bonne humeur communicative, ton amour, ton aide précieuse pour l'informatique et la relecture.

A mes parents, merci pour votre éducation et votre soutien infaillible tout au long de ces années.

A Elise, merci pour ton aide durant ces longues années. Merci pour tes relectures et tes corrections. A ton tour maintenant Elise !

A Céline et Arthur, merci pour tous ces moments de complicités. Je vous souhaite plein de bonheur pour la suite.

A Lucas, merci pour les rigolades en vacances, la musique et les expressions franc-comtoises.

A ma mamie et ma tante, merci pour tous ces bons moments passés en votre compagnie et d'avoir pris soin d'Oréo pendant de nombreuses vacances.

A mes grands-parents qui nous ont quittés bien trop tôt. Je garde de bons souvenirs avec vous, et j'espère que vous êtes fiers de moi.

A tous les amis du collège et du lycée (Camille, Christopher, Clémence, Florie, Gaétan, Olivia, Sébastien), merci pour cette complicité toujours présente malgré les années. J'ai hâte de continuer à partager tous ces moments de vie avec vous.

A toutes les copines de Médecine (Aurélie, Elise, Fanny, Karima, Lorane, Louise Marion, Mélanie), merci pour votre présence dans les bons et les moins bons moments. A tous ceux qu'ils nous restent à partager ensemble.

Et à tous ceux que j'oublie. Je vous souhaite à tous le meilleur

## TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>14</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>15</b>
1.	CHOIX DE LA METHODE .....	15
2.	REALISATION DU QUESTIONNAIRE.....	15
3.	POPULATION ETUDIEE.....	16
4.	RECUEIL DE DONNEES .....	16
5.	ANALYSE .....	16
<b>III.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
1.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES .....	18
2.	ANALYSE DESCRIPTIVE.....	19
3.	ANALYSE INFERENTIELLE .....	24
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>28</b>
1.	LE CHOIX DE LA METHODE .....	28
2.	LE QUESTIONNAIRE .....	28
3.	LE TAUX DE PARTICIPATION .....	29
4.	LA POPULATION .....	29
5.	ANALYSE DES RESULTATS .....	31
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>40</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>42</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>46</b>
1.	QUESTIONNAIRE.....	46
2.	TEXTE D'INTRODUCTION DU QUESTIONNAIRE.....	48
3.	ANNEXE : METHODE ET FREQUENCE D'EVALUATION DE LA DENUTRITION CHEZ LES MEDECINS DE L'ETUDE .....	49
4.	ANNEXE : DOSAGE SANGUIN REALISE DANS LE CADRE DU DEPISTAGE DE LA DENUTRITION PAR LES MEDECINS DE L'ETUDE.....	49
5.	ANNEXE : FREQUENCE D'EVALUATION DU POIDS DES PATIENTS PAR LES MEDECINS DE L'ETUDE.....	49
6.	ANNEXE : EVALUATION DE LA PRISE ALIMENTAIRE PAR LES MEDECINS DE L'ETUDE.....	50
7.	ANNEXE : UTILISATION DU MNA EN PRATIQUE COURANTE PAR LES MEDECINS DE L'ETUDE.....	50
8.	ANNEXE : OBSTACLE RESSENTI AU DEPISTAGE DE LA DENUTRITION PAR LES MEDECINS DE L'ETUDE.....	50
9.	ANNEXE : PISTES D'AMELIORATION DU DEPISTAGE DE LA DENUTRITION SELON LES MEDECINS DE L'ETUDE .....	51

## Table des figures

Figure 1: Pourcentages des signes d'alerte du risque de dénutrition cités par les médecins généralistes de l'étude .....	22
---	----

## Table des Tableaux

Tableau 1: Caractéristiques des médecins ayant répondu à l'étude.....	19
Tableau 2: Méthodes d'évaluations de la dénutrition utilisées par les médecins généralistes de l'étude .....	20
Tableau 3: Durée d'évaluation de la dénutrition au cours d'une consultation .....	21
Tableau 4: Estimation de la prévalence de la dénutrition par les médecins de l'étude dans leur propre patientèle âgée de plus de 75 ans vivant à domicile .....	21
Tableau 5: Mode d'exercice des médecins de l'étude en fonction de leur âge .....	24
Tableau 6: Mode d'exercice des médecins de l'étude en fonction de leurs années d'ancienneté.....	24
Tableau 7: Durée de dépistage de la dénutrition en fonction de l'âge des médecins .....	25

## Liste des abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CDOM : Conseil Département de l'Ordre des Médecins

CRP : C-Reactive Protein

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FFN : Fédération Française de Nutrition

GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition

ICOPE : Integrated care for older people

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

TSH : Thyroid-stimulating hormone

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

## I. Introduction

La dénutrition chez les personnes âgées de plus de 75 ans est un évènement pathologique bien connu dans le milieu hospitalier et les institutions. La prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées varie de 15 à 38% dans les institutions et de 30 à 70% à l'hôpital selon les études (1,2). La majorité des personnes âgées vivent à domicile et sont suivies par leur médecin généraliste. La prévalence de la dénutrition chez ces sujets est estimée entre 4% et 10% dans la population âgée de plus de 70 ans, et à 10% au-delà de 80 ans (1–3).

Les conséquences de la dénutrition sont multiples et majeures. La dénutrition a un rôle dans l'augmentation du risque de morbi-mortalité qui est responsable d'une altération de l'état général d'où l'importance de la dépister le plus tôt possible (1,2,4). Les très fortes prévalences et les conséquences majeures qui en découlent ont amené à considérer la dénutrition de la personne âgée comme une préoccupation de santé publique. Le quatrième Plan National Nutrition Santé de 2019-2023 (PNNS 4) a comme objectif numéro 17, un chapitre complet sur la dénutrition. Le but étant de prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public, les professionnels de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition » ainsi que de favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors (5).

Le vieillissement de la population est particulièrement marqué dans le département de la Saône-et-Loire. En effet, selon les dernières données de l'INSEE, la tranche d'âge des plus de 75 ans représente 12,5% de la population totale en Saône et Loire soit plus de 69 000 personnes (6,7). C'est dans cette optique de sensibilisation au dépistage de la dénutrition des personnes âgées que ce travail a été réalisé.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les moyens utilisés quotidiennement par les médecins généralistes en Saône et Loire pour dépister la dénutrition de la personne âgée de plus de 75 ans vivant à domicile.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins éventuels et les solutions pour favoriser ce dépistage.

## II. Matériel et Méthode

### 1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une enquête de pratique dont l'objectif était de questionner les médecins généralistes de Saône-et-Loire concernant leurs habitudes dans le dépistage de la dénutrition chez les patients âgés de plus de 75 ans (8). Nous avons choisi une méthode descriptive avec un auto-questionnaire.

### 2. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire comporte 20 questions (Annexe 1). Il est composé de différents types de questions : à choix multiples, à choix simple et rédactionnelles courtes. Le temps nécessaire pour y répondre est compris entre 3 et 5 minutes. Le questionnaire a été réalisé sur le logiciel « WEPI ».

Le questionnaire a été construit avec l'aide de deux gériatres et deux médecins généralistes ainsi que l'étude de la bibliographie avec notamment les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2007 (9).

Le questionnaire est scindé en deux grandes parties : une première, de la question numéro 1 à la 13, qui traite directement des habitudes des pratiques, et une seconde, de la question numéro 14 à la 20, qui s'intéresse au profil et à l'environnement d'exercice du médecin.

La première partie du questionnaire comprend des questions sur la fréquence d'évaluation de la dénutrition, sur les méthodes d'évaluation de celle-ci en s'intéressant aux indicateurs cliniques de dénutrition (9–13). Nous nous interrogeons ensuite sur les dosages sanguins réalisés, en nous basant notamment sur les recommandations de la HAS (9). La fréquence de la pesée est aussi demandée. Puis, nous demandons les méthodes d'évaluation de la prise alimentaire, en nous appuyant notamment sur la technique des quarts, ou encore l'étude des réfrigérateurs (14–16). Nous cherchons aussi à savoir si le Mini Nutritional Assessment (MNA) est utilisé en pratique courante (17,18). À la suite de cela, nous leur demandons d'estimer le temps que leur prend dans une consultation la réalisation du dépistage de la dénutrition, ainsi que d'évaluer la prévalence de la

dénutrition dans leur patientèle âgée de plus de 75 ans vivant à domicile. Puis nous les interrogeons sur d'éventuels obstacles ressentis (19,20) à la pratique de ce dépistage, ainsi que des solutions envisageables ou non afin de le faciliter (21–23).

La seconde partie du questionnaire s'intéresse à leur profil (sexe, âge), leur mode d'exercice (cabinet seul, groupe, Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)), leur environnement (rural, semi-urbain, urbain), leur ancienneté d'exercice et leurs éventuelles formations complémentaires (nutrition, gériatrie, Maître de Stage des Universités (MSU)).

### 3. Population étudiée

Nous nous sommes intéressés à la population de médecins généralistes dans le département de la Saône-et-Loire. Au total, 362 médecins généralistes ont été sollicités. La liste est issue des données du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

### 4. Recueil de données

Le questionnaire à réponses anonymes a été adressé aux Médecins généralistes de Saône-et-Loire par mail, avec un court texte d'explication de la thèse (Annexe 2). Le CDOM leur a directement transmis ce mail qui contenait un lien pour accéder au questionnaire.

L'étude a été réalisée du 6 avril au 1<sup>er</sup> juillet 2021, avec un mail de relance à deux mois et demi.

### 5. Analyse

Les résultats du questionnaire « WEPI » ont été exportés via Epi Data dans un document Microsoft Excel. L'analyse statistique a ensuite été effectuée avec l'aide du logiciel SPSS 25. Nous avons réalisé une analyse descriptive avec le calcul de moyenne/écart-type pour les variables quantitatives et de fréquence pour les variables qualitatives.

Nous avons ensuite réalisé une analyse inférentielle, afin de chercher des déterminants des pratiques selon l'âge et l'ancienneté du médecin généraliste (test

de comparaison de moyenne ANOVA à 1 facteur) et le sexe (test du Chi2). Le risque alpha de première espèce est à 5 % ( $p < 0.05$ ).

### III. Résultats

#### 1. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes

Sur les 362 questionnaires qui ont été envoyés aux médecins généralistes de Saône-et-Loire, nous avons obtenu 67 réponses, soit un taux de réponse de 18,5%. L'échantillon de médecins généralistes ayant répondu comprenait 42 femmes soit 62,7% des répondants et 25 hommes soit 37,3% des répondants. La moyenne d'âge des répondants était de  $45,5 \pm 11,2$  ans [29 à 74] sexe confondu. Pour les femmes, la moyenne d'âge était de  $43,8 \pm 10,0$  ans [31 à 74] ; pour les hommes la moyenne d'âge était de  $48,4 \pm 12,6$  ans [29 à 69]. Concernant l'expérience professionnelle des répondants, ils avaient en moyenne  $14,9 \pm 11,5$  années d'exercice [1 à 45].

L'environnement de pratique le plus représenté était la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), avec 27 réponses, soit 40,3%. En seconde place nous trouvons le cabinet de groupe avec 25 réponses, soit 37,3% puis le cabinet seul avec 13 réponses, soit 19,4%. Il y avait un seul remplaçant et un questionnaire sans réponse à cette question. Concernant l'intégration à un réseau gérontologique, on retrouvait seulement 3 personnes, soit 4,5%. Les bénéficiaires d'un(e) infirmier(ère) d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) étaient plus nombreux avec 11 répondants, soit 16,4%.

A propos de l'environnement de pratique, 18 personnes exerçaient en milieu rural soit 26,9%, 17 en milieu semi-urbain soit 25,4% et 4 en milieu urbain soit 6,0%. Il faut noter que 28 personnes n'avaient pas répondu à cette question, soit 41,8%.

Au sujet des formations, 5 personnes soit 7,5% avaient une formation spécifique en Nutrition et 10 personnes en Gériatrie soit 14,9%. Trente-deux des répondants étaient des Maîtres de Stage des Universités (MSU) soit 47,8%.

Toutes ces données sont reprises dans le tableau 1.

	N ou Moyenne ± Ecart type	%
Ensemble des médecins	67	
Sexe :		
- Femmes	42	62,7
- Hommes	25	37,3
Environnement :		
- MSP	27	40,3
- Cabinet groupe	25	37,3
- Cabinet seul	13	19,4
Environnement :		
- Rural	18	26,9
- Semi-urbain	17	25,4
- Urbain	4	5,9
Formation spécifique en Nutrition :		
- Oui	5	7,5
Formation spécifique en Gériatrie :		
- Oui	10	14,9
Maître de Stage des Universités	32	47,8
Age des médecins	45,5 ± 11,2	
Nombre d'année d'exercice	14,9 ± 11,5	

Tableau 1: Caractéristiques des médecins ayant répondu à l'étude

## 2. Analyse descriptive

### a. Modalités d'évaluation de la dénutrition

Nous avons remarqué que les médecins de l'étude évaluaient plus volontiers la dénutrition selon le contexte et la clinique pour 47 d'entre eux soit 70,1% des répondants, et cela de façon régulière (plusieurs fois par an pour un même patient) pour 22 d'entre eux soit 32,8% des répondants. Seulement 11 médecins soit 16,4 % évaluaient la dénutrition à chaque consultation (Annexe 3).

### b. Méthode d'évaluation de la dénutrition

Les deux méthodes les plus pratiquées pour évaluer la dénutrition étaient d'abord le bilan sanguin pour 63 médecins soit 94% des répondants, puis le contrôle de la pesée pour 60 médecins soit 89,6% des répondants. Toutes ces données sont reprises et développées dans le tableau 2.

	Nombre	%
Pesée	60	89,6
Courbe de poids	32	47,8
Evaluation apports alimentaires	22	32,8
Evaluation Taille des vêtements	10	14,9
IMC	31	46,3
Bilan sanguin	63	94,0
Plis cutané	2	3,0
Circonférences	1	1,5

Tableau 2: Méthodes d'évaluations de la dénutrition utilisées par les médecins généralistes de l'étude

### c. Bilan sanguin lors du bilan de la dénutrition

Les trois dosages les plus couramment réalisés par les médecins généralistes de Saône-et-Loire étaient l'albumine, la préalbumine puis la créatinine, respectivement pour 64 (95,5%), 45 (67,2%) et 29 (43,3%) des répondants de l'échantillon. La CRP était tout de même réalisée par 25 médecins soit 37,3% des répondants. Une personne a ajouté en réponse libre la glycémie et une autre la TSH (Annexe 4).

### d. Fréquence de l'évaluation du poids

L'évaluation du poids était réalisée majoritairement à chaque consultation pour 49 médecins (73,1% de l'échantillon) et 2 à 3 fois par an pour 12 d'entre-eux (17,9%). Seulement 5 personnes, soit 7,5% évaluaient le poids une fois par an, et une seule personne évaluait le poids moins d'une fois par an (Annexe 5).

### e. Méthode d'évaluation de la prise alimentaire

Plus d'un tiers (24 médecins, soit 35,8%) des médecins de l'étude ont reconnu ne pas évaluer la prise alimentaire. La solution la plus fréquemment utilisée pour évaluer cette prise alimentaire restait le questionnement sur les dernières 24h. En effet, 28 médecins réalisaient ce test (41,8% de l'échantillon de l'étude). Pour le reste, on retrouvait l'inspection des placards et réfrigérateur lors des visites à domicile, l'agenda alimentaire sur 7 jours. Certains médecins préféraient demander de façon précise la composition en féculents, protéine... des différents repas. D'autres se renseignaient auprès des aidants sur les modalités de réalisation, distribution et prise

des repas (portage des repas à domicile, partage des repas...). Certains questionnaient tout simplement le patient sur son appétit (Annexe 6).

#### f. Réalisation du MNA

Une grosse majorité des médecins de l'étude n'utilisaient pas le MNA : 53 (79,1%) reconnaissaient ne pas s'en servir dans leur pratique. (Annexe 7).

#### g. Durée d'évaluation de la dénutrition au cours d'une consultation

La plupart des médecins mettaient environ moins de 5 minutes lors de la consultation à effectuer le dépistage de la dénutrition (46 médecins soit 68,7%). Dix-sept des médecins (25,4%) ont répondu que cela leur prenait entre 5 et 10 minutes. Globalement, la dénutrition est évaluée en moins de 10 minutes lors de la consultation. Toutes ces données sont présentées dans le tableau 3.

	Nombre	%
Moins de 5 minutes	46	68,7
De 5 à 10 minutes	17	25,4
Plus de 10 minutes	4	6

Tableau 3: Durée d'évaluation de la dénutrition au cours d'une consultation

#### h. Estimation de la prévalence

La majorité des médecins estimaient la prévalence de la dénutrition dans leur patientèle âgée de plus de 75 ans vivant à domicile entre 5 et 30%, avec un plus gros effectif de 33 médecins entre 11 et 30%. Toutes ces données sont reprises dans le tableau 4.

	Nombre	%
Moins de 5%	6	9
De 5 à 10%	25	37,3
De 11 à 30%	33	49,3
Plus de 30%	3	4,5

Tableau 4: Estimation de la prévalence de la dénutrition par les médecins de l'étude dans leur propre patientèle âgée de plus de 75 ans vivant à domicile

#### i. Connaissance des signes d'alertes de la dénutrition

Les médecins devaient écrire en réponse libre chacun trois signes d'alerte qu'ils recherchaient en priorité. Quatre signes d'alerte du risque de la dénutrition ont été

majoritairement cités. Il s'agissait en première place de l'isolement (50 réponses soit 74,6%), puis la dépression (25 réponses soit 37,3%), puis la perte de poids (24 réponses soit 35,8%) et enfin les troubles cognitifs (21 réponses soit 31,3%).

Nous avons noté ensuite plusieurs items caractéristiques de la patientèle gériatrique, à savoir : la précarité (12 réponses), les chutes (11 réponses), les pathologies aiguës (cancer, infection, hospitalisation...) avec 10 réponses, le veuvage (9 réponses), les problèmes dentaires (8 réponses), la perte d'autonomie (8 réponses).

Puis, quelques autres propositions ont été relevées ; à savoir : les troubles trophiques (5 réponses), l'anorexie (4 réponses), les déménagements (3 réponses), l'asthénie (3 réponses), les comorbidités (3 réponses), l'alerte de l'entourage (2 réponses) et la biologie (2 réponses). Toutes ces données sont reprises dans la figure 1.

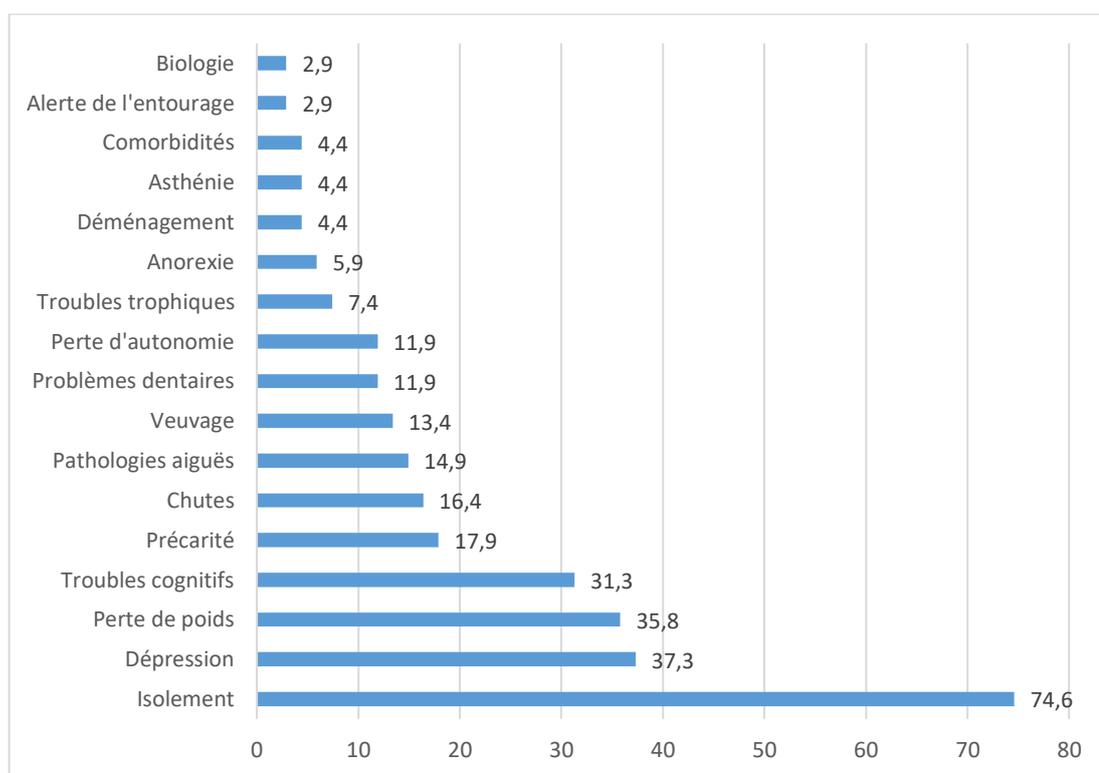


Figure 1: Pourcentages des signes d'alerte du risque de dénutrition cités par les médecins généralistes de l'étude

#### j. Obstacle au dépistage de la dénutrition

La présence d'obstacle à la réalisation du dépistage de la dénutrition était ressentie par 58 médecins de l'étude soit 86,6% des répondants. Selon eux, les 5 principaux facteurs limitant le dépistage étaient : les conditions d'exercices pour 48 d'entre eux (71,6%), la fiabilité des informations recueillies pour 41 (61,2%), l'état physique et psychique du patient limitant l'entretien pour 39 (58,2%), mais aussi un manque de temps pour 38 médecins (56,7%) et un manque de formation pour 28 (41,8%).

Pour 24 des répondants (35,8%), il existait un manque de recommandation claire et applicable. Tandis que 21 (31,3%) notaient une absence d'outil adapté au dépistage dans le quotidien, 17 médecins (25,4%) trouvaient que l'activité du dépistage n'était pas valorisée. Dix médecins (14,9%) rapportaient un manque d'intérêt de la population concernant ce dépistage et 7 médecins (10,4%) se posaient comme question la réelle utilité du dépistage. Trois médecins ont précisé en réponse libre un manque de moyen de correction de la dénutrition, une difficulté liée aux troubles de la mémoire des patients et un manque d'accès à des diététiciens dédiés (Annexe 8).

#### k. Propositions afin de favoriser le dépistage de la dénutrition

Les premières pistes d'amélioration du dépistage de la dénutrition cochées par les médecins de l'étude étaient : l'encouragement de réseaux de professionnels pour favoriser l'échange (38 médecins, soit 56,7%), puis le remboursement de consultations par un diététicien (37 médecins soit 55,2%) et enfin une meilleure formation du personnel médical et para médical (28, soit 41,8% des répondants). Concernant les actions de Santé Publique, 38 médecins (56,7%) estiment qu'il faudrait réaliser une campagne d'information de la population et 36 (53,7%) qu'il faudrait sensibiliser les patients.

Pour 29 médecins (43,3%), il faudrait inclure davantage les aidants dans le dépistage de la dénutrition. Pour 23 médecins (34,3%), il faudrait créer une consultation dédiée au dépistage de la dénutrition. Ils sont 22 (32,8%) à penser qu'une cotation spécifique pour l'utilisation du MNA favoriserait ce dépistage. Tandis que 19 (28,4%) auraient aimé qu'il existe un mois du dépistage de la dénutrition. Pour 15 médecins (22,4%) un bilan sanguin systématique annuel pourrait favoriser ce dépistage, 11 médecins

(16,4%) pensaient que le remplissage d'une fiche de suivi alimentaire améliorerait le dépistage de la dénutrition. Seulement 8 médecins (11,9%) pensaient qu'un rappel automatique sur les logiciels pourrait aider au dépistage de la dénutrition.

En réponse libre ont été proposés : d'inciter le développement du réseau familial, d'encourager les réseaux gérontologiques et les infirmiers(ères) ASALEE, de promouvoir le plaisir de l'alimentation et de stopper les interdits (Annexe 9).

### 3. Analyse inférentielle

Nous avons réalisé des analyses inférentielles afin d'identifier d'éventuels déterminants des pratiques du dépistage de la dénutrition selon l'âge, l'ancienneté du médecin généraliste et le sexe. Nous avons cherché à savoir si les caractéristiques du médecin généraliste influençaient les pratiques nutritionnelles.

#### a. Mode d'exercice

Le mode d'exercice variait de façon significative en fonction de l'âge ( $p=0,009$ ) et de l'ancienneté ( $p=0,012$ ). Les médecins les plus âgés et ayant le plus d'ancienneté exerçaient plus volontiers en cabinet seul, contrairement aux plus jeunes qui choisissaient les MSP. Toutes les données sont présentées dans les tableaux 5 et 6.

	Moyenne	Ecart type
Cabinet seul	54,2	10,4
Cabinet de Groupe	44,9	8,3
MSP	41,7	11,3

Tableau 5: Mode d'exercice des médecins de l'étude en fonction de leur âge

	Moyenne	Ecart type
Cabinet seul	23,1	12,9
Cabinet de Groupe	14,7	8,5
MSP	10,8	10,8

Tableau 6: Mode d'exercice des médecins de l'étude en fonction de leurs années d'ancienneté

#### b. Formation des médecins répondants

Les hommes ( $p=0,032$ ) plus âgés ( $p=0,002$ ) et ayant plus d'ancienneté ( $p=0,031$ ) avaient significativement plus de formation spécifique en gériatrie que les autres. En

effet, les médecins ayant une formation en gériatrie étaient âgés en moyenne de 55,6 ± 9,8 ans et avaient 22,1 ± 13 années d'ancienneté. Ainsi, 9 hommes (28%) avaient une formation en gériatrie contre seulement 3 femmes (7,1%). Au contraire ceux n'ayant pas de formation spécifique en gériatrie étaient âgés en moyenne de 43,8 ± 10,5 ans et avaient en moyenne 13,7 ± 10,8 années d'ancienneté.

### c. Modalités d'évaluation de la dénutrition

La recherche de la dénutrition était préférentiellement réalisée selon le contexte clinique par les médecins les moins âgés de l'étude, et cela de façon significative ( $p=0,026$ ). En effet, les médecins réalisant ce dépistage en fonction du contexte clinique étaient en moyenne âgés de 43,5 ± 10,6 ans contre 50,2 ± 11,6 ans pour ceux ne le réalisant pas en fonction du contexte clinique.

Plus les médecins étaient âgés, plus ils mettaient de temps à dépister la dénutrition, et cela de façon significative ( $p=0,029$ ). Les données sont reprises dans le tableau 7.

	Moyenne	Ecart type
Moins de 5 minutes	43,5	10,2
5 minutes et plus	49,9	12,2

Tableau 7: Durée de dépistage de la dénutrition en fonction de l'âge des médecins

### d. Bilan sanguin lors du bilan de la dénutrition

La préalbumine était préférentiellement dosée de façon significative par les médecins les moins âgés ( $p=0,027$ ) et ayant le moins d'ancienneté ( $p=0,020$ ). Les médecins dosant la préalbumine étaient âgés de 43,4 ± 9,8 ans et avaient 13,1 ± 10,6 années d'ancienneté contre 49,8 ± 12,8 ans et 19,1 ± 12,6 années d'ancienneté pour ceux ne réalisant pas ce dosage.

Le dosage de l'albumine était préférentiellement réalisé de façon significative ( $p=0,012$ ) par les médecins ayant moins d'années d'ancienneté. Les médecins réalisant ce dosage avaient en moyenne 14,2 ± 11 années d'ancienneté contre 31,0 ± 1,7 pour ceux ne le réalisant pas.

#### e. Réalisation du MNA

Le MNA était connu et réalisé de façon significativement plus importante par les hommes ( $p=0,029$ ). En effet, 9 hommes (soit 36% des hommes) l'utilisaient contre seulement 5 femmes (11,9% d'entre elles).

#### f. Obstacle au dépistage

Le fait de ressentir des obstacles au dépistage de la dénutrition était mentionné de façon significative par les médecins plus jeunes ( $p= 0,001$ ) avec moins d'expérience ( $p=0,002$ ) et plus fréquemment par les femmes ( $p=0,011$ ). En effet, les médecins rapportant des obstacles étaient âgés en moyenne de  $43,8 \pm 10,3$  ans, et avaient  $13,2 \pm 10,2$  années d'ancienneté. Quarante femmes (soit 95% d'entre elles) rapportaient des obstacles contre 18 hommes (soit 72% d'entre eux). Au contraire les médecins ne rapportant pas d'obstacle étaient âgés en moyenne de  $56,6 \pm 11,1$  ans, et avaient  $25,9 \pm 13,5$  années d'ancienneté.

Le manque de formation était rapporté de façon significative par des médecins moins âgés ( $p=0,025$ ) et plus souvent par les femmes ( $p=0,010$ ). Les médecins cochant le manque de formation comme obstacle étaient âgés en moyenne de  $41,9 \pm 10,2$  ans. Vingt-trois femmes (soit 54% d'entre elles) rapportaient le manque de formation comme un obstacle, au contraire de seulement 5 hommes (20% d'entre eux) à s'en plaindre. Les médecins ne ressentant pas de manque de formation étaient âgés en moyenne de  $48,1 \pm 11,3$  ans.

Le manque de valorisation de l'activité de dépistage était mentionné de façon significative par des médecins plus jeunes ( $p=0,015$ ) et ayant moins d'ancienneté ( $p=0,018$ ). Ils étaient en moyenne âgés de  $39,9 \pm 7,8$  ans et avaient en moyenne  $9,3 \pm 7,3$  années d'ancienneté. Au contraire les médecins ne rapportant pas ce défaut de valorisation comme un obstacle étaient en moyenne âgés de  $47,4 \pm 11,6$  et avaient en moyenne  $16,8 \pm 12$  années d'ancienneté.

Les conditions d'exercices étaient significativement plus citées comme obstacle par des médecins plus jeunes ( $p=0,036$ ) et ayant moins d'années d'ancienneté ( $p=0,017$ ). Ils étaient âgés en moyenne de  $43,7 \pm 9,8$  ans et avaient  $12,8 \pm 9,7$  années

d'ancienneté. A l'inverse ceux ne citant pas les conditions d'exercice comme frein au dépistage étaient âgés en moyenne de  $50,1 \pm 13,4$  ans et avaient en moyenne  $20,2 \pm 14,0$  années d'ancienneté.

#### g. Propositions afin de favoriser le dépistage de la dénutrition

Concernant les solutions envisageables afin d'améliorer le dépistage, la consultation spécifique était proposée de façon significative par des médecins plus jeunes ( $p=0,005$ ) et ayant moins d'années d'ancienneté ( $p=0,019$ ). Ils étaient âgés en moyenne de  $40,4 \pm 8,7$  ans et avaient en moyenne  $10,4 \pm 8,7$  années d'ancienneté. Ceux ne citant pas la consultation spécifique comme un moyen adapté pour favoriser le dépistage étaient en moyenne âgés de  $48,2 \pm 11,5$  ans et avaient en moyenne  $17,3 \pm 12,1$  années d'ancienneté.

A contrario, la réalisation du bilan sanguin annuel systématique comme proposition pour favoriser le dépistage était citée de façon significativement plus importante chez les médecins plus âgés ( $p=0,003$ ) et ayant plus d'ancienneté ( $p=0,014$ ). Ils étaient âgés en moyenne de  $52,9 \pm 10,8$  ans et avaient en moyenne  $21,3 \pm 12,5$  années d'ancienneté. Ceux ne citant pas cette solution étaient âgés en moyenne de  $43,4 \pm 10,5$  ans et avaient en moyenne  $13,1 \pm 10,6$  années d'ancienneté.

La fiche alimentaire comme solution pour améliorer le dépistage était choisie de façon significativement plus importante par les femmes ( $p=0,043$ ). En effet, 10 femmes, soit 23,8% l'ont cochée contre seulement un homme, soit 4%.

Concernant les autres tests, nous n'avons pas retrouvé de différence significative que ce soit avec l'âge, l'ancienneté des médecins ou le sexe.

## IV. Discussion

### 1. Le choix de la méthode

Pour réaliser cette enquête, nous choisissons d'utiliser un auto-questionnaire, car nous voulons toucher un grand nombre de praticiens en peu de temps. La méthode des entretiens semi-dirigés est écartée, du fait de sa faisabilité plus complexe à nos yeux. En effet, la disponibilité des médecins généralistes pour réaliser un entretien de 30 minutes à une heure nous paraît plus difficile et complexe que de répondre à un questionnaire en ligne lorsqu'ils le souhaitent et qui ne leur demandera que quelques minutes de leur temps. De plus, le contexte sanitaire actuel et les limitations de déplacement favorisent le choix du recueil de données par mail, afin d'éviter au maximum les contacts.

Le listing des mails a été obtenu d'un organisme neutre, à savoir le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Saône-et-Loire (CDOM). Avec ce type de méthode, les médecins sont libres de répondre lorsqu'ils le souhaitent. Le choix de l'anonymat des réponses favorise l'objectivité.

Il faut reconnaître que l'enquête par auto-questionnaire a un faible niveau de preuve. Le choix de l'auto-questionnaire qui est une méthode déclarative, expose au biais de mesure, de déclaration. Il existe un risque de différence entre la déclaration et les faits réels.

Ce type d'étude est réalisé dans une démarche-qualité d'auto-évaluation.

### 2. Le questionnaire

Les questions fermées facilitent la réalisation des statistiques mais peuvent aussi fortement orienter les réponses des médecins.

Au contraire, les questions ouvertes guident moins les réponses des médecins mais rendent leur analyse statistique plus difficile.

Lors de la construction du questionnaire, certaines questions regroupaient trop d'items. Notamment la question 16 sur l'environnement de pratique, où un certain nombre de médecins peut ne pas avoir lu ou rempli la question en entier. De même,

n'ayant pas défini lors du questionnaire les valeurs de population des termes « rural, semi-urbain, urbain », il est possible que les médecins répondants attribuent à ces secteurs des bornes de populations différentes et variées de leur exercice, uniquement basées sur leur ressenti.

### 3. Le taux de participation

Nous obtenons un taux de participation de 18,5 %. Pour ce type d'étude le taux de participation est au-dessus de la moyenne, qui selon l'URPS se situe entre 5 et 10%.

Le taux de participation à ce type d'étude reste bas. On peut expliquer ce faible taux par une sur sollicitation des médecins pour répondre aux questionnaires de thèse que leur communique le CDOM (ce dernier ayant opté pour la transmission systématique de tout questionnaire de thèse). De plus, le premier envoi du mail a eu lieu au début d'un nouveau confinement et après un long week-end de trois jours. Le contexte sanitaire, les nombreuses informations transmises aux médecins à ce sujet par le CDOM et la surcharge de travail ont probablement influencé le taux de réponse, lié à un manque de temps. Toutefois, la relance effectuée à deux mois et demi a permis d'augmenter considérablement le taux de participation.

### 4. La population

Selon les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le département de la Saône-et-Loire comprenait, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, 355 médecins libéraux exclusifs (24). On note une différence de 7 personnes par rapport à la liste du CDOM qui comptait alors 362 adresses électroniques.

Sur ces 355 médecins libéraux exclusifs, nous comptabilisons 154 femmes soit 43,4% et 201 hommes soit 56,6%. L'âge moyen des médecins exerçant exclusivement en libéral dans le département au 1<sup>er</sup> janvier 2020, tout sexe confondu est de 51,1 ans (24).

En comparaison à l'ensemble de la population de médecins généralistes de Saône-et-Loire, la population de notre échantillon est plus jeune (âge moyen 45,5 ans) et plus féminine (62,7%). Nous ne savons pas si cette différence est due au hasard ou à un biais d'échantillonnage. Lors de son étude sur la Côte d'Or, Mercier C (25) avait aussi

observé une population plus jeune et plus féminine que celle exerçant sur le département. Cette observation peut être en lien avec la féminisation de la profession, mais aussi avec une démotivation des plus âgés à répondre aux questionnaires de thèses.

Nous comptabilisons 32 Maîtres de Stage des Universités soit 47,8% de notre population. Selon les chiffres fournis par le Département de Médecine Générale de Dijon il y a 100 Maîtres de stage des Universités en Saône-et-Loire, soit 28% des médecins de Saône-et-Loire. Ils sont plus représentés dans notre étude. On peut penser qu'ils se sentent plus concernés par les études et les questionnaires de thèse car ils accueillent eux-mêmes des internes, voire accompagnent certains dans leur travail de préparation et soutenance.

L'environnement de pratique déclaré par nos répondants est majoritairement en milieu rural et semi-urbain, puisque ces deux secteurs d'exercice représentent 52,3% des réponses si on les associe. Ces résultats semblent correspondre au département de la Saône-et-Loire. Il faut cependant rappeler qu'il y a un manque de données, puisque pour 41,8% des questionnaires nous n'avons pas obtenu de réponse à cet item. De plus, il n'existe pas une définition parfaite pour catégoriser l'environnement de pratique comme l'explique COUTRIX C dans sa thèse (26). La perception des médecins généralistes concernant leur environnement de pratique semble être définie par plusieurs critères : distance d'un service d'urgence, activité plus ou moins élargie à tous les aspects des soins premiers, densité de population, typologie du territoire et catégorie socio-professionnelle des patients.

On retrouve une différence du mode d'exercice en fonction de l'âge et du sexe. Les médecins plus âgés exercent plus volontiers en cabinet seul, là où les plus jeunes et les femmes choisissent la MSP en premier et le cabinet de groupe après. Cette différence peut être liée à l'évolution de la pratique, qui se veut de plus en plus dans la concertation pluridisciplinaire et aussi tout simplement à la création des cabinets de groupes voire des MSP qui se multiplient depuis quelques années. Ces données sont conformes à celles que l'on retrouve dans l'étude sur l'installation des jeunes médecins réalisée par l'Ordre National des Médecins, où 72% des internes interrogés

(dont plus de 8000 était des internes de Médecine Générale) plébiscite l'installation en MSP et exercice coordonné (27). Le cabinet de groupe ou la MSP est un environnement plus sécurisant pour les jeunes professionnels qui peuvent alors plus facilement échanger sur des dossiers.

## 5. Analyse des résultats

### a. Modalités d'évaluation de la dénutrition

La majorité des médecins de l'étude recherchent la dénutrition chez leurs patients âgés au moins régulièrement, c'est-à-dire plusieurs fois par an pour la même personne. La HAS dans ses dernières recommandations de 2007 (9) recommande de réaliser un dépistage de la dénutrition une fois par an pour toutes les personnes âgées et à une fréquence plus importante pour les personnes âgées à risque de dénutrition. Les médecins les plus jeunes réalisent ce dépistage en fonction du contexte clinique, là où les plus âgés semblent se fier à leur instinct. Cela est probablement en lien avec une expérience plus importante concernant les médecins les plus âgés. Il apparaît que les médecins généralistes pensent à dépister une dénutrition quand il existe déjà un élément faisant évoquer une dénutrition (perte de poids, pathologie aiguë ou chronique), mais pas suffisamment dans le cadre de la prévention, chez un sujet apparemment « sain ». Les médecins généralistes ont globalement un bon ressenti, en tenant compte de leur impression clinique lorsque la dénutrition est déjà bien installée. Cependant, cela expose au risque de sous-dépister un patient entrant dans la dénutrition.

### b. Méthodes d'évaluation de la dénutrition

Concernant les méthodes d'évaluation de la dénutrition, on remarque que la première méthode utilisée est un examen complémentaire avec un bilan sanguin, avant même la réalisation du contrôle du poids. La réalisation d'une prise de sang n'est pas toujours simple, (en fonction de la distance du laboratoire, des limites de possibilités de déplacement), n'est pas forcément facile d'accès, ensuite cet examen représente un coût et de plus il faut que le patient fasse l'effort de le réaliser. Le contrôle du poids quant à lui ne nécessite qu'une balance, et permet d'obtenir une valeur immédiatement. La réalisation de la courbe du poids arrive en troisième

position avant les évaluations des apports alimentaires et la taille des vêtements. Les mesures anthropométriques ne sont globalement plus réalisées, elles ne sont pas reproductibles individuellement et trop longues à mettre en œuvre. Globalement ces résultats sont en accord avec ceux des autres études, à savoir lors de l'étude de Mallejac M (28), une étude transversale descriptive par envoi de questionnaire, qui retrouve comme méthode de dépistage le dosage de l'albumine à 89%, suivi du poids à 81%. De même lors de l'étude de Mercier C, une enquête de pratique réalisée par auto-questionnaire, le dosage de l'albumine est utilisé à 83%, suivi de la courbe de poids à 61% (25) .

### c. Bilan sanguin lors du dépistage de la dénutrition

A propos du bilan sanguin, la créatinine est réalisée relativement régulièrement, probablement dans le but d'obtenir la fonction rénale. La créatinine permet aussi d'avoir une idée de la masse musculaire des patients. Le dosage de la CRP n'est pas inintéressant, cela peut renseigner sur l'étiologie de la dénutrition.

L'albumine et la préalbumine sont préférentiellement dosées par les médecins généralistes plus jeunes. Il semble y avoir un effet de génération. Les médecins plus jeunes ont bénéficié d'une formation avec un temps d'exercice non négligeable en établissement de santé où ils ont vu prescrire ce type de dosage et où ils y avaient facilement accès. Ils n'ont sûrement pas eu de sensibilisation quant à l'intérêt médical, ni au coût d'un tel dosage. Il est probable qu'ils aient ainsi gardé cette habitude de prescription. Nous rappelons que le dosage de l'albumine fait pour le moment partie des critères diagnostiques de la dénutrition selon les dernières recommandations de la HAS de 2007 (9) . Cependant, lors du dernier rapport du Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM), l'albumine n'est plus retenue comme critère diagnostique. La principale nouveauté des recommandations du GLIM est l'association de critères dits phénotypiques à des critères dits étiologiques. Les experts ont retenu 5 critères : une perte de poids non volontaire, une diminution de l'IMC, une réduction de la masse musculaire, une diminution des apports alimentaires ou de l'absorption, la présence d'une maladie ou d'une inflammation. Basée sur ces cinq critères, cette méthodologie permet de déterminer facilement si

une personne souffre de dénutrition et quel est son degré de gravité. Le GLIM préconise une approche en deux étapes : la première étape consiste en l'identification du statut à risque par l'utilisation de tout outil de dépistage validé (MNA...) et la deuxième étape consiste en une évaluation pour réaliser le diagnostic de dénutrition et déterminer son degré de gravité (12). On peut donc se demander si la HAS ne va pas suivre le GLIM et retirer le dosage biologique d'albumine des critères diagnostiques de la dénutrition.

#### d. Fréquence d'évaluation du poids

73,1% des médecins de l'étude déclarent peser à chaque consultation leur patient, ce qui est conforme aux recommandations de la HAS qui préconise de peser de façon répétée les patients (9). Nous aurions pu penser à faire différencier la mesure du poids au cabinet et à domicile. On pourrait penser que cet outil d'évaluation soit moins utilisé à domicile. Les patients des visites à domicile ont bien souvent des capacités de déplacement très limitées et un équilibre précaire rendant la montée sur une balance difficile. De plus, certains patients n'ont pas de balance, et souvent s'ils en ont une elle est mal étalonnée. Riche M retrouve dans son étude un taux de 80% de pesée à chaque consultation (29), là où Mallejac ne note que 37% de contrôle de poids à chaque consultation (28). Cependant ses données sont déclaratives, et comme Mercier C a pu le montrer dans son étude, il peut y avoir une différence dans les faits. Dans son étude les médecins déclarent à 72% peser leur patient à chaque consultation or, dans les faits elle ne retrouve la trace d'une prise de poids dans la dernière année que dans 28,8% des cas (25).

#### e. Méthode d'évaluation de la prise alimentaire

Seulement 65% des médecins de l'étude semblent réaliser une évaluation des apports alimentaires. Or la HAS recommande d'estimer l'appétit et les apports alimentaires comme modalités de dépistage. On peut supposer que cette évaluation est peu pratiquée car elle prend du temps, elle est mal formalisée voire qu'il s'agit d'un exercice difficile pour le patient ou les aidants. Les mêmes constats sont fait dans différentes études, notamment lors l'étude de Riche M, où seulement 40% des médecins évaluaient la prise alimentaire (29)

#### f. Signes d'alertes de la dénutrition

Concernant les signes d'alerte de la dénutrition cités par les médecins de l'étude, en premier nous retrouvons l'isolement avec 74,6%, puis la dépression avec 37,3% suivi de la perte de poids à 35,8% et des troubles cognitifs à 31,3%. Globalement la majorité des situations à risque de dénutrition cités par le HAS (9) ont été données lors de notre étude, il manque cependant les traitements (polymédication, dysgueusie lié à certaines molécules...) et les régimes (diabétiques, hypocholestérolémiant...). Nous retrouvons des résultats similaires dans l'études de Loire Flour A qui est une étude qualitative avec entretien semi-directif qui rapporte l'isolement en premier facteur de risque suivi de la dépendance (30). Pour l'étude de Riche M, étude descriptive avec entretien semi structuré par un questionnaire, l'isolement arrive en première position avec 67%, suivi de la démence à 50% et de la dépression à 47% (29). Ces résultats nous confortent dans le fait que les professionnels de santé ont bien intégré l'importance des facteurs sociaux environnementaux. L'étude française SOLINUT de 2005 a démontré que l'isolement social retentit sur le statut nutritionnel, diminue l'envie de manger et la capacité de faire des courses (31).

#### g. Réalisation du MNA

Dans notre étude, le MNA est significativement plus réalisé par les hommes. On retrouve un taux de réalisation global à 20,9% soit en accord avec les résultats des autres études (32–35). Dans l'étude de Mallejac M on retrouve une utilisation du MNA à 16% (28) et dans celle de Mercier C à 20% (25). Malgré le fait que ce test soit reconnu et proposé par la HAS (9) afin de formaliser le dépistage, il n'est pas couramment utilisé. Les principaux freins à son utilisation cités dans les différentes études sont l'absence de connaissance du test, sa longueur et donc la durée de réalisation, le fait qu'il existe déjà beaucoup de tests gériatriques, et bien souvent la nécessité de la présence d'un aidant pour y répondre correctement (18,19,25).

#### h. Estimation de la prévalence

Lors de l'évaluation de la prévalence de la dénutrition dans leur patientèle âgée de plus de 75 ans, la majorité des médecins se placent entre 5 et 30% de dénutrition. De

plus, 53,8% des médecins cochent plus de 10%, ils sur estiment la prévalence dans leur patientèle si l'on se base sur les dernières données (1–3). Cette tendance à la surévaluation est déjà connue dans d'autres études (25). Cela implique que les médecins ont bien conscience du problème et de l'importance de la dénutrition.

#### i. Obstacles au dépistage de la dénutrition

Les obstacles à la réalisation du dépistage sont préférentiellement rapportés par des médecins généralistes plus jeunes, ayant moins d'ancienneté. Cette population a probablement plus d'appréhension, là où les médecins plus âgés ont gagné en expérience et ont des habitudes bien rôdées. L'évolution de l'activité est probablement l'une des causes. Le premier obstacle cité par les médecins de l'étude concerne les conditions d'exercice. En effet, ces dernières années, les consultations sont de plus en plus denses et complexes avec une multiplication des motifs de consultations (36,37). Le deuxième obstacle concerne les doutes sur la fiabilité des informations recueillies, puis les conditions physiques et psychiques du patient limitant l'entretien, le manque de temps et le manque de formation. Les jeunes rapportent le manque de valorisation comme un obstacle : nous pouvons aussi attribuer ce ressenti à l'évolution de la médecine générale et de sa complexité. Nous retrouvons globalement les mêmes obstacles cités, notamment dans le travail de Gachignard L qui est une étude de pratique. Le premier obstacle rapporté dans son étude est la difficulté du recueil de données à 89%, le manque de temps à 56,8%, le manque de formation à 34,7% et l'absence de valorisation financière à 20,3% (38). Dans les études de Loire Flour A et Rechid Y nous retrouvons aussi comme freins le manque de sensibilisation de la population, le manque de formation, la banalisation de ce trouble et le manque de temps (20,30).

Etrangement les jeunes médecins pointent du doigt un manque de formation, alors qu'ils sortent depuis moins longtemps que leurs aînés de leur faculté. Cela peut être encore une fois attribué à une moins longue expérience et donc moins bonne confiance en leurs connaissances. Ils n'ont pas encore eu le temps d'acquérir leurs routines d'exercice et encore moins d'esprit critique et d'analyse de pertinence sur leur pratique. Les femmes ressentent plus le besoin de formation. Cela semble

concorde avec le fait que nous avons montré que les hommes plus âgés ont plus de formation spécifique en gériatrie. Nous pouvons attribuer cela au fait qu'ils ont peut-être eu plus de temps que les jeunes médecins et que les femmes pour réaliser ces formations complémentaires. Ils s'adaptent aussi probablement à l'évolution de leur clientèle qui vieillit avec eux et font des formations en rapport avec leur besoin quotidien.

#### j. Propositions afin de favoriser le dépistage de la dénutrition

Concernant les solutions les plus choisies par les médecins de l'étude, on retrouve principalement le fait de favoriser les réseaux pour échanger au sujet des patients, voire les adresser plus facilement. La réalisation d'une campagne d'information afin de sensibiliser les patients revient aussi, ainsi que le remboursement d'un certain nombre de consultations de diététiciens. Plusieurs médecins ont précisé en réponse libre l'intérêt des infirmiers(ères) ASALEE et des réseaux. En effet, cela permet de déléguer (prise de poids, courbe de poids...) de sorte que le médecin concentre son temps sur l'analyse des résultats et la synthèse globale de la situation du patient.

Cependant, on ne retrouve pas de proposition novatrice dans les réponses libres des médecins, prouvant bien que pour le moment il n'existe pas une solution unique, simple, facilement applicable au quotidien. En analysant les réponses, on se rend compte que les médecins annoncent un manque de temps pour réaliser ce dépistage lors des consultations, et pourtant la plupart expliquent prendre moins de 10 minutes (et même moins de 5 minutes pour 66% d'entre eux) pour évaluer la dénutrition. A noter que les médecins plus âgés mettent significativement plus de temps à évaluer la dénutrition.

Les jeunes médecins choisissent de façon significativement plus importante la consultation spécifique comme solution pour favoriser le dépistage, répondant ainsi à leur double doléance de la problématique du temps nécessaire et de la valorisation de cette pratique. Cette solution a déjà été étudiée et proposée dans le cadre du plan « solidarité grand âge », et cela n'a pas porté ses fruits : cette expérimentation effectuée dans 3 départements en 2007, consistait en une consultation d'une durée de 45 minutes. Les patients recevaient une invitation de l'assurance maladie lors de

leur 70<sup>ème</sup> année, pour consulter auprès de leur médecin traitant. Cependant, le taux de réponse de la part des patients fut faible, et les consultations ont été jugées trop chronophages par les médecins (39,40).

Les médecins plus âgés choisissent de façon significative la réalisation d'un bilan sanguin annuel comme l'une des solutions afin de favoriser le dépistage de la dénutrition. Ce résultat est peut-être simplement dû au fait que les jeunes réalisent déjà ce type de bilan comme nous l'avons montré avec l'albumine et la préalbumine.

Les femmes choisissent de façon plus importante la prescription d'une fiche alimentaire à remplir par une infirmière. Etant donné qu'elles semblent réaliser moins fréquemment le MNA que les hommes, elles cherchent probablement une autre façon d'évaluer les apports alimentaires.

#### k. Synthèse

Globalement les différences que nous notons en fonction de l'âge et de l'ancienneté sont probablement liées au fait que les jeunes médecins ont un besoin de réassurance plus important, d'où l'utilisation de bilan biologique et la réalisation d'actes systématisés. Là où les médecins plus âgés, ayant plus d'expérience, ont tendance à se tourner vers les familles, les aidants et l'entourage des patients. Ils n'ont plus besoin de la réassurance des bilans complémentaires et se focalisent plus sur le fait de placer le patient au centre, de se tourner vers la communication et l'échange. Les plus jeunes médecins utilisent aussi sûrement les outils qu'ils ont vu employés lors de leur courte expérience. Ils prendront probablement le temps de remettre en cause ou en tout cas d'en évaluer la pertinence au fil de leurs années d'exercice à venir.

Concernant les différences liées au sexe, nous retenons principalement le sentiment de besoin de formation de la part des femmes, qui peut être en lien avec un tempérament plus humble et dans une recherche de l'amélioration ainsi que de la remise en question.

Les dernières recommandations de la HAS sont en cours de réévaluation. Si la HAS va dans le sens du dernier rapport du GLIM, les dosages biologiques devraient être supprimés au profit de la recherche d'une perte de masse musculaire ainsi que des

critères étiologiques comme la recherche de maladies pouvant entraîner une dénutrition. Si une telle évolution des pratiques était préconisée, se poserait alors la problématique de la méthodologie d'évaluation de la perte de masse musculaire. Nous avons vu que les méthodes de mesure des plis et circonférences n'étaient pas efficaces. Il faudrait alors probablement envisager une mesure par impédancemétrie, ce qui serait faisable en regroupant différents cabinets et praticiens afin de pouvoir financer ce type de matériel.

Les médecins aimeraient que les réseaux de professionnels se développent davantage pour les aider à réaliser le dépistage de la dénutrition ; plusieurs programmes en cours vont dans ce sens. C'est dans cette optique que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé le programme Integrated care for older people (ICOPE) (41,42). Ce programme se base sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir 5 capacités intrinsèques essentielles pour prévenir la perte d'autonomie. Ces capacités sont : la mobilité, la mémoire, le sensoriel (vue, audition), l'état nutritionnel et l'humeur. Nous retrouvons alors l'état nutritionnel qui est l'un des piliers pour « bien vieillir ». Le gérontopôle de Toulouse, en tant que centre collaborateur de l'OMS, développe ce programme ICOPE. Il repose en partie sur 5 étapes. La première concerne le dépistage avec un screening, suivi d'une évaluation plus approfondie, dans le but de mettre secondairement en place un plan de soin si nécessaire entre des infirmiers(ères), des médecins généralistes et des gériatres en réseaux. Il y a ensuite un fléchage du parcours de soins et un suivi du plan d'intervention afin de favoriser les échanges entre les différents intervenants. La dernière étape consiste à impliquer les collectivités et soutenir les aidants.

Ce qui me semble être plus à même de favoriser et d'améliorer la qualité du dépistage reste l'organisation avec la création de réseaux pluriprofessionnels et la délégation de tâches. Les infirmiers(ères) ASALEE, ainsi que les futures Infirmiers(ères) en Pratique Avancée (IPA) sont tout-à-fait capables de réaliser toutes les mesures (poids, taille...) et les relevés de données (MNA ou fiche alimentaire...) nécessaires. Les médecins pourraient ainsi synthétiser la situation, poser le diagnostic, envisager les solutions et la prise en charge avec le patient. Le travail en groupe ou MSP permet le regroupement de ressources, ce qui offre alors la possibilité d'équiper plus

facilement les cabinets pour réaliser une mesure par impédancemétrie et ainsi estimer la masse musculaire. Le médecin généraliste seul n'a pas le temps pour réaliser lui-même les mesures et les relevés de données. Il doit apprendre à déléguer pour se dégager du temps purement médical d'interprétation et de prise en charge. Selon moi, les fondamentaux dans l'évaluation de la dénutrition restent le poids et surtout la réalisation d'une courbe de poids.

## THESE SOUTENUE PAR Mlle BARBERET Floriane

### V. Conclusion

Notre étude montre que les médecins généralistes se sentent concernés par le dépistage de la dénutrition chez les patients âgés. Les médecins généralistes de Saône-et-Loire utilisent de façon quotidienne la biologie et le poids des patients pour dépister la dénutrition. Il reste à améliorer l'évaluation des apports alimentaires ainsi que l'analyse du suivi du poids, en réalisant la courbe de poids. Ils réalisent globalement la moitié des critères diagnostiques de la dénutrition proposés par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007. Le poids et le dosage de l'albumine sont réalisés assez fréquemment mais l'Indice de Masse Corporelle et le Mini Nutritional Assessment ne sont que peu pratiqués. Malgré un dépistage réalisé de façon courante, les médecins généralistes ne le font pas de façon systématique en se fiant à leur impression clinique, ce qui expose au risque de sous-dépister un patient entrant dans la dénutrition, et ainsi de retarder son diagnostic et sa prise en charge.

Les médecins rapportent de nombreux freins au dépistage, déjà connus, à savoir des conditions d'exercice difficiles, un recueil d'information compliqué, limité par l'état physique et psychique du patient. Les solutions envisagées par les médecins de l'étude sont l'encouragement à la création de réseaux de professionnels de santé, ainsi que des campagnes d'information et de sensibilisation de la population.

Dans l'attente des prochaines recommandations de la Haute Autorité de Santé, il serait bon d'anticiper les probables changements tel que la suppression des dosages biologiques, afin d'adapter les pratiques. En effet, nous avons constaté que le dépistage de la dénutrition en médecine générale n'est pas encore optimal, et le paramètre le plus fréquemment réalisé reste le bilan biologique. Avec ces futures modifications, nous risquons encore creuser l'écart entre les recommandations et les pratiques, entraînant ainsi une diminution de la qualité du dépistage.

L'une des solutions pourrait être la réorganisation de la prise en charge globale des patients, afin de confier les temps de mesures à des infirmiers(ères) d'Action de Santé Libérale En Equipe pour dégager du temps aux médecins afin qu'ils puissent faire la synthèse de la situation.

La population étant de plus en plus vieillissante, il est important que nos personnes âgées vieillissent « bien ». L'enjeu majeur sera de repérer des facteurs de fragilité afin de les accompagner et de prévenir une dégradation de leur autonomie. De nombreux programmes tels que celui proposé au gérontopôle de Toulouse devraient développer ce type de projet, en favorisant les échanges entre professionnels de santé et en incluant les collectivités et les aidants.

L'avenir de la prise en charge des personnes âgées doit passer par le dépistage et la prévention. Il est important de sensibiliser la population, afin qu'elle se rende compte du rôle actif qu'elle doit jouer. La concertation pluridisciplinaire avec l'aide de réseaux ainsi que la répartition des tâches semblent être la clé pour favoriser le bon fonctionnement du dépistage en Soins Premiers.

Le Président du jury,



Pr. Jouanny

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2021  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

## VI. Bibliographie

1. Ferry M, Alix E. Epidémiologie de la dénutrition. In: Nutrition de la personne âgée : aspect fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux. 4 ème. Elsevier Masson; 2012. p. 139-44.
2. Raynaud-Simon A. Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences. In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, éditeurs. Traité de nutrition de la personne âgée [Internet]. Paris: Springer; 2009 [cité 11 oct 2020]. p. 165-74. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3\\_19](https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_19)
3. Euronut - SENECA. Nutrition and the elderly in Europe. 1st European Congress on Nutrition and Health in the Elderly. The Netherlands, December 1991. Eur J Clin Nutr. déc 1991;45 Suppl 3:1-196.
4. Netgen. Le syndrome de fragilité [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925>
5. Ministère des solidarités et de la santé, Santé publique France. pnns4\_2019-2023 [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)
6. BRION D, GRAY P. La Bourgogne d'ici 2030 : 9 300 personnes âgées dépendantes supplémentaires - Insee Analyses Bourgogne - 9 [Internet]. INSEE. 2015 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285597>
7. Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020. Dossier complet – Département de Saône-et-Loire (71) | Insee [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2020 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-71>
8. Frappe P. Initiation à la recherche - 2ème édition. In: Initiation à la recherche. Global Média Santé/CNGE; p. 33.
9. HAS. Synthèse des recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007.
10. Brocker P, D'Orsay G, Meunier J. Utilisation des indicateurs cliniques de dénutrition en pratique de ville chez 7851 sujets âgés : l'enquête Agena. Congrès Int Francoph Gériologie. 2003;(7):73-86.
11. Aussel C, Cynobe L. Méthodes diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée. In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, éditeurs. Traité de nutrition de la personne âgée [Internet]. Paris: Springer; 2009 [cité 11 oct 2020]. p. 143-57. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3\\_17](https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_17)

12. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* févr 2019;38(1):1-9.
13. Alix E. Les outils d'évaluation de l'état nutritionnel. In: *Nutrition de la personne âgée : aspect fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux.* 4 ème. Elsevier Masson; 2012. p. 151-9.
14. Desport J, Dorigny B, Zazzo J, Mazon V, Lesourd B, Hébuterne X. O018A Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine. *Nutr Clin Métabolisme.* 1 nov 2007;21:39-40.
15. Institut Pasteur de Lille-. Le dépistage et le diagnostic de la dénutrition de la personne âgée [Internet]. 2016 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://nutrition.pasteur-lille.fr/10/etudes-cliniques/nutrigold/novembre-2014/le-depistage-et-le-diagnostic-de-la-denuitration-de-la-personne-agee/>
16. Puchois J. Etude du contenu du réfrigérateur des sujets âgés de plus de 75 ans, vivant seuls, suivis par les maîtres de stage universitaire de la faculté de médecine et de maïeutique à Lille [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
17. Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment (MNA) [Internet]. Disponible sur: [https://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_french.pdf](https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf)
18. Secher M, Soto ME, Villars H, Goineau C, Abellan van Kan G, Vellas B. Le MNA en pratique clinique et en recherche: réflexion après vingt ans d'existence. In: Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, Vellas B, éditeurs. *Traité de nutrition de la personne âgée* [Internet]. Paris: Springer; 2009 [cité 11 oct 2020]. p. 159-63. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3\\_18](https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_18)
19. Laifa-Mary L. Obstacles au dépistage de la dénutrition de la personne âgée en ville. [Paris]; 2011.
20. Rechid Y. Explorer les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage de la dénutrition du patient de plus de 70 ans en ville en Seine-Saint-Denis. [Paris]; 2018.
21. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Dénutrition : une campagne choc contre un mal méconnu [Internet]. SFNCM. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sfncm.org/1118-denuitration-une-campagne-choc-contre-un-mal-meconnu>
22. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Semaine nationale de la dénutrition, du 12 au 19 novembre 2020 [Internet]. SFNCM. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sfncm.org/1231-semaine-nationale-de-la-denuitration-du-12-au-19-novembre-2020>

23. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. Sensibiliser les patients et leurs proches [Internet]. SFNCM. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sfncm.org/121-support-de-communication/680-campagne-denutrition-de-la-sfnep-2>
24. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
25. Mercier C. Evaluation des connaissances et des pratiques du dépistage de la dénutrition chez les personnes de plus de 70 ans vivant au domicile : Enquête auprès des Médecin généralistes de Côte d'Or [Internet]. [Dijon]: Bourgogne; 2019 [cité 20 nov 2020].
26. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine. 2018;124.
27. Ordre National des Médecins. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. 2019;27.
28. Mallejac M. Dépistage systématique de la dénutrition protéino-énergétique du sujet âgé de plus de 70 ans par les médecins généralistes Picards : place du MNA. [Amiens]; 2015.
29. Riche M. Prise en charge de la dénutrition du sujet âgé : étude auprès de 30 médecins généralistes de Loire- Atlantique. [Nantes]; 2010.
30. Loire Flour A. Déterminants du dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en médecine de ville. [Grenoble]; 2016.
31. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. J Nutr Health Aging. août 2005;9(4):261-8.
32. Papillon-Thierry V. Dénutrition de la personne âgée de plus de 70 : Prise en charge par le médecin généraliste, en Picardie. [Amiens]; 2012.
33. Lotoi Dumas S. Dénutrition du sujet âgé: dépistage en médecine générale et applicabilité des recommandations de la Haute Autorité de Santé [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
34. Cousin-Ricour C. La dénutrition des personnes âgées au domicile: étude des pratiques professionnelles auprès de 157 médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
35. Rossignol-Dalat H, Chambrier C, Zerbib Y. Dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en ambulatoire. Etude auprès des médecins généralistes en Rhône-Alpes. 2013;(38):593-600.

36. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. Marseille; 2020.
37. Salvat-Thomas C. Vécu et gestion des consultations à motifs multiples par les médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Rennes 1; 2016.
38. Gachignard L. Etude des pratiques de dépistage de la dénutrition des sujets de plus de 70ans en médecine générale dans la région Pays de la Loire. [Nantes]; 2013.
39. Bas P. Lancement de l'expérimentation de la consultation gratuite de prévention à 70 ans. Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes, aux personnes handicapées et à la famille; 2007.
40. Baudier F. Consultations de prévention. Haut conseil de santé publique; 2009.
41. LE PROGRAMME ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): une opportunité pour la prévention de la dépendance – Année gérontologique [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <http://annee-gerontologique.com/le-programme-icope-soins-integres-pour-les-personnes-agees-de-lorganisation-mondiale-de-la-sante-oms-une-opportunite-pour-la-prevention-de-la-dependance/>
42. Le programme ICOPE [Internet]. INSPIRE. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

## VII. Annexes

### 1. Questionnaire

1. Dans votre pratique quotidienne, estimez-vous évaluer la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 75 ans ? \*

- Selon le contexte, la clinique
- Selon votre ressenti, votre instinct
- A chaque consultation
- Régulièrement (plusieurs fois par an pour une même personne)
- Occasionnellement (une fois par an pour une même personne)

2. Comment évaluez-vous cette dénutrition ? \*

- En pesant la personne
- En réalisant une courbe de suivi du poids
- En évaluant les apports alimentaires
- En notant un changement de taille de vêtement par rapport à la taille habituelle connue du patient
- En calculant l'Indice de Masse Corporelle (IMC)
- En réalisant un bilan sanguin
- En mesurant le pli tricipital et/ou sous-scapulaire
- En mesurant la circonférence brachiale et/ou du mollet
- Autre(s) (précisez)

3. Quel(s) dosage(s) sanguin(s) réalisez-vous dans le cadre du dépistage de la dénutrition ? \*

- Pré albumine
- Albumine
- C-Réactive Protéine (CRP)
- Créatinine
- Orosomucoïde
- Autre(s) (précisez)
- Aucun

4. En général, à quelle fréquence pesez-vous vos patients ? \*

- Systématiquement à chaque consultation
- Deux à trois fois par an
- Une fois par an
- Moins d'une fois par an

5. Comment évaluez-vous les apports alimentaires chez les patients âgés de plus de 75 ans vivant au domicile ? \*

- Pas d'évaluation
- Visite au domicile avec inspection du réfrigérateur et des placards avec accord du patient
- Appréciation de la prise alimentaire sur les dernières 24 heures
- Pesée des aliments pendant 3 jours consécutifs avec report sur agenda alimentaire
- Agenda alimentaire sur 7 jours par le patient en utilisant la méthode du « quart »
- Autre(s) (précisez)

6. Utilisez-vous le Mini Nutritional Assessment (MNA) dans votre pratique ? \*

- Oui
- Non
- Régulièrement (une fois par semaine)
- Occasionnellement (environ une fois par mois)
- Rarement (deux à trois fois par an)

7. En moyenne, combien de temps vous prend le dépistage de la dénutrition dans vos consultations chez les patients âgés ? \*

- Moins de 5 minutes
- De 5 à 10 minutes
- De 10 à 15 minutes
- Plus de 15 minutes

8. Selon vous à combien estimez-vous la prévalence de la dénutrition dans votre patientèle de plus de 75 ans vivant au domicile ? \*

- Moins de 5%
- De 5 à 10%
- De 11 à 30%
- De 31 à 50%
- De 51 à 75 %
- Plus de 75%

9. Citez les trois signes d'alerte du risque de dénutrition que vous recherchez en priorité ? (environnementaux, sociaux, personnels...) \*

10. Selon vous, quels sont les obstacles dans votre pratique quotidienne au dépistage de la dénutrition ? Cochez maximum 3 propositions \*

- Aucun obstacle ressenti
- Le manque de temps
- Le manque de formation
- Le manque de recommandation claire et applicable facilement
- L'absence d'outil de dépistage facile, connu et adapté à la pratique quotidienne en médecine générale
- Une activité de dépistage non valorisée (pas de cotation spécifique, pas de temps dédié)
- La question de l'utilité réelle du dépistage
- Autres (précisez)

**11. Selon vous, quels sont les autres obstacles dans votre pratique quotidienne au dépistage de la dénutrition ? Cochez maximum 3 propositions \***

- Il n'existe pas d'obstacle

- Les difficultés liées à la fiabilité des informations recueillies lors de l'entretien avec vos patients (sous-estimation du problème)

- Les difficultés liées à l'état physique et psychique du patient (confinement, dépendance, existence de troubles cognitifs)

- La mauvaise sensibilisation et le manque d'intérêt de la population générale au problème de la dénutrition, rendant les patients réticents à faire ces tests de dépistage

- Les difficultés liées aux conditions d'exercice de la médecine générale, comme la confrontation à des plaintes multiples mettant au second plan le temps du dépistage

- Autre(s) (précisez)

---

**12. Quelles pistes permettraient d'améliorer le dépistage de la dénutrition et de limiter ses obstacles ? Cochez maximum 3 propositions \***

- Création d'une consultation spécifique dédiée au dépistage, avec une cotation adaptée

- Amélioration de la formation des personnels médicaux et paramédicaux

- Réalisation systématique d'un bilan sanguin annuel

- Valorisation du MNA par une cotation spécifique

- Possibilité de confier (plus facilement) le patient à d'autres professionnels de santé : réseaux, infirmier(ère) ASALEE, infirmier(ère), géiatres, diététicien(ne)s...

- Création d'un item particulier avec des rappels (prise de poids, réalisation de la courbe de poids, évaluation de l'état nutritionnel...) dans les logiciels professionnels

- Valorisation de l'activité des diététicien(ne)s avec notamment un remboursement d'un certain nombre de consultations par an

- Prescription d'une fiche de suivi alimentaire à domicile, remplie par une infirmière

- Autre(s) (précisez)

---

**13. Quelles actions de Santé Publique permettraient d'améliorer le dépistage de la dénutrition et de limiter ses obstacles ? Cochez maximum 3 propositions \***

- Inclure de façon plus importante les aidants afin de les sensibiliser et de pouvoir s'appuyer sur leur aide

- Réaliser une campagne d'information et de sensibilisation sur la dénutrition de la population (en prenant l'exemple des slogans « il ne faut pas manger trop gras, trop sucré, trop salé »)

- Réaliser un mois particulier pour le « dépistage de la dénutrition » comme par exemple octobre rose pour le cancer du sein

- Sensibiliser les patients au dépistage

- Autre(s) (précisez)

---

**14. Quel est votre âge ? \***

---

**15. Vous êtes ? \***

- Une femme

- Un homme

---

**16. Quel est votre environnement de pratique ? \***

- Installé en cabinet seul

- Installé en cabinet de groupe

- Installé en Maison Médicale MSP (pluriprofessionnelle)

- Remplaçant, Adjoint, Collaborateur

- Intégré à un réseau gérontologique

- Bénéficiaire d'une infirmière ASALEE

- Rural

- Semi-urbain

- Urbain

---

**17. Depuis combien d'années exercez-vous ? \***

---

**18. Avez-vous une formation spécifique en nutrition comme un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), Diplôme Inter-Universitaire (DIU), Diplôme Universitaire (DU) ? \***

- Oui

- Non

---

**19. Avez-vous une formation spécifique en gériatrie : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), Capacité de gérontologie, Diplôme Inter-Universitaire (DIU), Diplôme Universitaire ? \***

- Oui

- Non

---

**20. Etes-vous Maître de Stage des Universités (MSU) ? \***

- Oui

- Non

## 2. Texte d'introduction du questionnaire

Je m'appelle Floriane BARBERET, je suis actuellement interne en 6<sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale à Dijon.

Je vous sollicite afin de recueillir vos **habitudes de pratiques en ambulatoire** (hors EHPAD et institution) dans le cadre du **dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 75 ans**.

Ayant effectué plus de la moitié de mon internat en **Saône-et-Loire**, c'est donc tout naturellement que j'ai choisi d'effectuer mon étude dans ce département.

Le questionnaire vous prendra **entre 3 et 5 minutes (seulement 20 questions)**. Vos réponses m'aideront à faire un état des lieux des pratiques quotidiennes des Médecins Généralistes de Saône-et-Loire.

Je vous remercie d'avance du temps que vous allez y consacrer.

3. Annexe : Méthode et fréquence d'évaluation de la dénutrition  
chez les médecins de l'étude

	Nombre	%
Contexte clinique	47	70,1
Ressenti, instinct	17	25,4
Occasionnellement	7	10,4
Régulièrement	22	32,8
A chaque consultation	11	16,4

4. Annexe : Dosages sanguins réalisés dans le cadre du dépistage de  
la dénutrition par les médecins de l'étude

	Nombre	%
Albumine	64	95,5
Préalbumine	45	67,2
Créatinine	29	43,3
CRP	25	37,3
Autres :		
- Glycémie	1	1,5
- TSH	1	1,5

5. Annexe : Fréquence d'évaluation du poids des patients par les  
médecins de l'étude

	Nombre	%
A chaque consultation	49	73,1
2 à 3 fois par an	12	17,9
1 fois par an	5	7,5
Moins d'1 fois par an	1	1,5

6. Annexe : Evaluation de la prise alimentaire par les médecins de l'étude

	Nombre	%
Pas d'évaluation de la prise alimentaire	24	35,8
Prise alimentaire des dernières 24h	28	41,8
Autres (inspection des placards et réfrigérateur, Agenda alimentaire sur 7 jours, entretien du patient...)	15	22,4

7. Annexe : Utilisation du MNA en pratique courante par les médecins de l'étude

	Nombre	%
Pas d'utilisation	53	79,1
Utilisation du MNA	14	20,9

8. Annexe : Obstacles ressentis au dépistage de la dénutrition par les médecins de l'étude

	Nombre	%
Pas d'obstacle	9	13,4
Présence d'obstacle	58	86,6
Manque de temps	38	56,7
Manque de formation	28	41,8
Manque de recommandation	24	35,8
Absence d'outil de dépistage adapté	21	31,3
Activité non valorisée	17	25,4
Utilité réelle du dépistage	7	10,4
Autres	3	4,5
Fiabilité des informations	41	61,2
Etat physique et psychique du patient	39	58,2
Manque d'intérêt de la population	10	14,9
Conditions d'exercice	48	71,6

9. Annexe : Pistes d'amélioration du dépistage de la dénutrition  
selon les médecins de l'étude

	Nombre	%
Consultation spécifique	23	34,3
Meilleure formation	28	41,8
Bilan sanguin systématique annuel	15	22,4
MNA avec cotation spécifique	22	32,8
Encourager les réseaux de professionnels	38	56,7
Rappel automatique dans les logiciels	8	11,9
Remboursement de consultation par diététicien(ne)	37	55,2
Fiche de suivi alimentaire remplie par IDE	11	16,4
Inclure les aidants	29	43,3
Campagne d'information de la population	38	56,7
Un mois pour le dépistage de la population	19	28,4
Sensibiliser les patients	36	53,7

**TITRE DE LA THESE :** EVALUATION DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE SAONE ET LOIRE DANS LE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS VIVANT A DOMICILE

**AUTEUR :** BARBERET FLORIANE

**RESUME :**

**Contexte :** La dénutrition du sujet âgé est un enjeu de santé publique. Elle expose à des conséquences majeures en termes de morbi-mortalité. L'objectif est d'évaluer les moyens utilisés au quotidien par les médecins généralistes pour dépister la dénutrition de la personne âgée de plus de 75 ans vivant à domicile.

**Méthode :** Etude de pratique menée auprès des médecins généralistes de Saône-et-Loire, par le biais d'un auto-questionnaire à réponse anonymisée.

**Résultats :** 67 questionnaires ont été analysés. Les résultats montraient une bonne utilisation de la biologie et du poids, respectivement pour 94% et 89,6% des médecins. L'évaluation des apports alimentaires n'était pas réalisée par 35,8% d'entre eux.

Les obstacles au dépistage étaient les conditions d'exercice et le manque de temps puis le manque de formation et d'outils. Les plus jeunes médecins signalaient de façon significative ( $p=0,001$ ) plus d'obstacles au dépistage de la dénutrition que les plus anciens.

**Conclusion :** Les pratiques de dépistage doivent être améliorées, et seront amenées à évoluer avec les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les solutions proposées pour favoriser ce dépistage reposent essentiellement sur les réseaux pluriprofessionnels et le travail pluridisciplinaire avec des infirmières dédiées.

**MOTS-CLES :** personnes âgées, dénutrition, dépistage, soins de santé primaires