

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 6 juillet 2026
Par Mme Lucie DUQUESNE**

**RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE DÉPISTAGE DES PATIENTS À RISQUE DE
DÉNUTRITION ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX**

Membres du jury :

Président : Professeur Thierry DINE, Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier – Département de pharmacie, Université de Lille et Groupe hospitalier de Loos Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse : Docteur Héloïse HENRY, Pharmacien, Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier – Département de pharmacie, Université de Lille et CHU de Lille

Membre extérieur : Docteur Tiphaine BETHEGNIES, Pharmacienne adjointe de la pharmacie des 5 bonniers, Fâches-Thumesnil

Enseignants et Enseignants-chercheurs
2024-2025

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85

Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86

M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDET	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Au président du jury, Mr Dine,

Je suis honorée que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Je vous remercie sincèrement pour le temps et l'attention que vous avez accordés à l'examen de mon travail.

Au Docteur Héloïse Henry

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Merci pour le temps que vous avez consacré à la relecture de mon questionnaire ainsi que de l'ensemble de ma thèse, pour la qualité de votre encadrement et pour votre disponibilité. Votre soutien m'a été extrêmement précieux tout au long de ce travail.

A Tiphaine Bethegnies,

Je te suis profondément reconnaissante pour ta bienveillance, ton écoute et ton soutien tout au long de ces trois dernières années. Travailler à tes côtés a été une véritable chance et une expérience particulièrement enrichissante. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A mes parents

Merci à vous d'avoir toujours été présents, de m'avoir soutenue autant dans mes choix personnels que professionnels. Vous avez toujours cru en moi plus que moi-même et vous avez toujours su trouver les bons mots lorsque j'ai pu douter.

A mon frère

Je ne pouvais pas rêver d'un meilleur grand frère. Tu as toujours été pour moi un véritable exemple, par ta persévérance, ton courage et ta ténacité. Merci d'être toujours là pour me faire rire et de veiller sur moi.

A Clémence

Nos chemins se sont croisés au lycée et depuis on ne s'est plus jamais quittées. Merci d'avoir été l'un de mes plus gros soutiens au cours de mes études. L'expérience n'aurait pas été la même sans toi à mes côtés. Merci d'être la meilleure des binômes de TP et surtout merci d'être mon amie.

A Solène et Chloé

Merci de faire partie de ma vie et d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci d'être mes meilleures amies, de me faire rire au quotidien, de me changer les idées lorsque j'en avais besoin et d'avoir créé autant de bons souvenirs.

A Mme Emilie Courtois

Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre officine et pour la confiance que vous m'avez accordée. Je vous suis reconnaissante pour votre bienveillance ainsi que pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mon parcours universitaire.

A la team des 5 Bonniers : Tiphaine, Thibaut, Charlène, Marie et Eléna

A tous mes collègues avec qui j'ai partagé mes années d'études. Merci d'avoir fait partie de cette belle aventure de la pharmacie à mes côtés. Merci pour votre soutien, votre patience et pour tous les précieux conseils que vous m'avez apportés.

Sommaire

Liste des abréviations.....	16
Liste des figures	17
Liste des tableaux	20
INTRODUCTION	21
I. LA DENUTRITION	22
A. Définition	22
B. Epidémiologie	23
C. Causes de la dénutrition	24
D. Conséquences de la dénutrition	26
II. LES STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION	28
A. Conseils de prévention de la dénutrition	28
B. Dépistage et diagnostic de la dénutrition.....	30
C. Prise en charge et traitement de la dénutrition	40
III. L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX A L'OFFICINE	43
A. Définition des CNO et composition	43
B. Les types de CNO disponibles à l'officine	44
C. Délivrance et réglementation des CNO	48
D. Conseils associés à la délivrance des CNO	50
IV. EVALUATION DES PRATIQUES : ENQUETE A L'OFFICINE	53
A. Matériel et méthodes.....	53
B. Résultats de l'enquête	55
V. DISCUSSION.....	70
Bibliographie	78
Annexes.....	84

Liste des abréviations

- APA : Activité Physique Adaptée
- CPCMS : Collège des Pharmaciens Conseillers et Maîtres de Stage
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNO : Complément Nutritionnel Oral
- CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
- DE : Diplôme d'État
- DPO : Délégué à la Protection des Données
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DADFMS : Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- IDDSI : International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
- Kg : Kilogramme
- LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables
- MNA : Mini Nutritional Assessment
- NE : Nutrition Entérale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PARAD : Poids, Appétit, Repas, Alimentation, Dénutrition
- SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- SFNCM : Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme
- USPO : Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Liste des figures

- **Figure 1** : Représentation schématique de la dénutrition
- **Figure 2** : Chiffres de la dénutrition en France
- **Figure 3** : Spirale de la dénutrition, Programme D-Nut de la structure régionale d'appui et d'expertise Nutrition
- **Figure 4** : Illustration du grip test
- **Figure 5** : Mesure de la performance physique par le test de vitesse de marche et le test de lever de chaise
- **Figure 6** : Mesure de la circonférence brachiale à l'aide d'un ruban
- **Figure 7** : Mini Nutritionnal Assessment
- **Figure 8** : Outil PARAD, Réseau National Nutrition santé
- **Figure 9** : Critères de diagnostic de la dénutrition chez l'adulte
- **Figure 10** : Critères de sévérité de la dénutrition chez l'adulte
- **Figure 11** : Arbre décisionnel de soin nutritionnel chez un adulte dénutri
- **Figure 12** : Stratégie de prise en charge en fonction du score MNA
- **Figure 13** : Prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée
- **Figure 14** : Composition d'un complément nutritionnel oral
- **Figure 15** : Diagramme des textures, IDDSI
- **Figure 16** : PROTISCORE présent sur les produits Clinutren®
- **Figure 17** : Les étapes de délivrance de CNO
- **Figure 18** : Le parcours du patient sous CNO
- **Figure 19** : Idées de recettes à base de CNO
- **Figure 20** : Enquête à l'officine, sous forme d'arbre décisionnel
- **Figure 21** : Résultats de la question 1 : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ? (Question à choix simple, n = 108)
- **Figure 22** : Réponses obtenues à la question 2 : Quels sont les critères définissant un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 308)
- **Figure 23** : Éléments de réponse recueillis pour la question 3 : Quels sont les outils que vous connaissez pour procéder au dépistage de patients à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 169)

- **Figure 24** : Détail des réponses de la question 4 : Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé de dépister un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix simple, n = 108)
- **Figure 25** : Réponses obtenues à la question 4a : A quelle occasion avez-vous dépisté un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, pour les pharmaciens ayant répondu oui à la question 4, n = 128 réponses)
- **Figure 26** : Réponses obtenues à la question 5 : Quels sont les critères permettant de poser un diagnostic de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 183 réponses)
- **Figure 27** : Détail des réponses de la question 6 : Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet de risque de dénutrition avec vos patients ? (Question à choix simple, n = 108)
- **Figure 28** : Éléments de réponse recueillis pour la question 6a : Quand abordez-vous le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ? (Question à choix multiple pour les pharmaciens ayant répondu « oui » à la question 6, n = 113 réponses)
- **Figure 29** : Détail des réponses de la question 6b : Classement des thèmes abordés par les pharmaciens avec leurs patients selon leur fréquence (Question à choix simple pour les pharmaciens ayant répondu « oui » à la question 6, n = 88)
- **Figure 30** : Détail des réponses de la question 6c : Quels sont les thèmes qu'il faudrait aborder selon vous avec un patient dénutri ou à risque de dénutrition et donnez leur fréquence ? (Question à choix simple pour les pharmaciens ayant répondu « non » à la question 6, n= 20)
- **Figure 31** : Éléments de réponse recueillis pour la question 7 : Si vous prenez en charge un patient A RISQUE de dénutrition, quelle est votre démarche ? (Question à choix multiple, n = 211 réponses)
- **Figure 32** : Éléments de réponse recueillis pour la question 8 : Si vous prenez en charge un patient DENUTRI, quelle est votre démarche ? (Question à choix multiple, n = 217 réponses)
- **Figure 33** : Détail des réponses de la question 9 (seulement pour les pharmaciens ayant répondu « je l'oriente vers un autre professionnel de santé » à la question 8) : Vers quels professionnels de santé orientez vous vos patients dénutris ou à risque de dénutrition ? Classez-les dans l'ordre de priorité ou de fréquence (1 étant le plus fréquent ou important et 6 étant le moins fréquent ou important) (n = 72)

- **Figure 34** : Détail des réponses de la question 10 : A quel moment de votre cursus avez-vous abordé les CNO ? (Question à choix simple, n = 108) ; réponses présentées en fonction de l'ancienneté du diplôme
- **Figure 35** : Éléments de réponse recueillis pour la question 11 : Avez-vous consulté d'autres sources par vous-même, pour approfondir vos connaissances sur les CNO ? (Question à choix simple, n = 108)
- **Figure 36** : Éléments de réponse recueillis pour la question 11a : précisez les sources que vous avez consultées pour approfondir vos connaissances ? (pour ceux ayant répondu « oui » à la question 11, question à choix multiple, n = 180 réponses)
- **Figure 37** : Détail des réponses de la question 12 : À quelle fréquence délivrez-vous des CNO ? (Question à choix simple, n = 108)
- **Figure 38** : Détail des réponses de la question 13 : Quels sont les patients pour lesquels vous délivrez le plus de CNO ? (Question à choix multiple, n= 275 réponses)
- **Figure 39** : Détail des réponses de la question 14 : Donnez la fréquence à laquelle vous abordez les conseils suivants avec vos patients lors de la délivrance de CNO ? (1 conseil = 1 fréquence), n = 108

Liste des tableaux

- **Tableau 1** : Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée
- **Tableau 2** : Modalités de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées de plus de 70 ans
- **Tableau 3** : Critères de diagnostic de la sarcopénie
- **Tableau 4** : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

INTRODUCTION

La dénutrition est un enjeu majeur de santé publique en France. En effet, à ce jour le nombre de personnes en situation de dénutrition en France est estimé à 2 millions. La dénutrition peut être liée à de multiples causes. Si elle n'est pas diagnostiquée et prise en charge rapidement, elle peut entraîner des conséquences négatives qui peuvent mettre en jeu la santé des personnes qui en souffrent. Savoir repérer et diagnostiquer les patients dénutris ou à risque de dénutrition est donc indispensable.

Le pharmacien d'officine est considéré comme l'un des professionnels de santé les plus accessibles et les plus disponibles sur le territoire français. Par sa proximité importante avec les patients, il joue ainsi un rôle crucial dans le dépistage et l'accompagnement des patients dénutris ou à risque de dénutrition.

L'objectif de cette thèse est de décrire la dénutrition, sa prise en charge et le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage de cette pathologie ainsi que l'accompagnement des patients.

Nous aborderons dans un premier temps des généralités sur la dénutrition afin de bien comprendre cet état pathologique. Nous décrirons ensuite les différentes stratégies de lutte contre la dénutrition. Enfin, nous étudierons le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage et l'accompagnement des patients sous compléments nutritionnels oraux (CNO).

I. LA DENUTRITION

Dans cette première partie nous allons aborder la dénutrition à travers sa définition, ses données épidémiologiques, ses causes et ses conséquences.

A. Définition

Depuis de nombreuses années la dénutrition fait l'objet d'une évolution dans sa définition. Tout d'abord, l'ensemble des carences, excès ou déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne est regroupé sous le terme de malnutrition. La dénutrition quant à elle, est un état pathologique illustrant un état nutritionnel déficitaire. Elle doit donc être distinguée des états de malnutrition par excès (surpoids ou obésité) et des carences spécifiques.

La Haute autorité de santé (HAS) définit la dénutrition comme « **état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel** », ce déséquilibre étant caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif (1).

Les besoins de l'organisme varient d'un individu à l'autre en fonction de plusieurs facteurs comme le poids, la taille, le sexe, l'âge, l'état de santé et le niveau d'activité physique. Pour illustrer ce propos, citons la différence de besoins énergétiques en fonction du sexe : selon le Haut Conseil de la Santé Publique, les apports énergétiques journaliers d'un homme adulte sont en moyenne de 2500 calories tandis qu'ils ne sont que de 2000 calories pour une femme adulte (2).

Dans la dénutrition, les apports en énergie (calories), protéines et nutriments (macro- et micro-nutriments) sont insuffisants pour couvrir les besoins de l'organisme, ce qui amène le plus souvent à un amaigrissement (3). Ce déséquilibre est illustré par la figure 1.

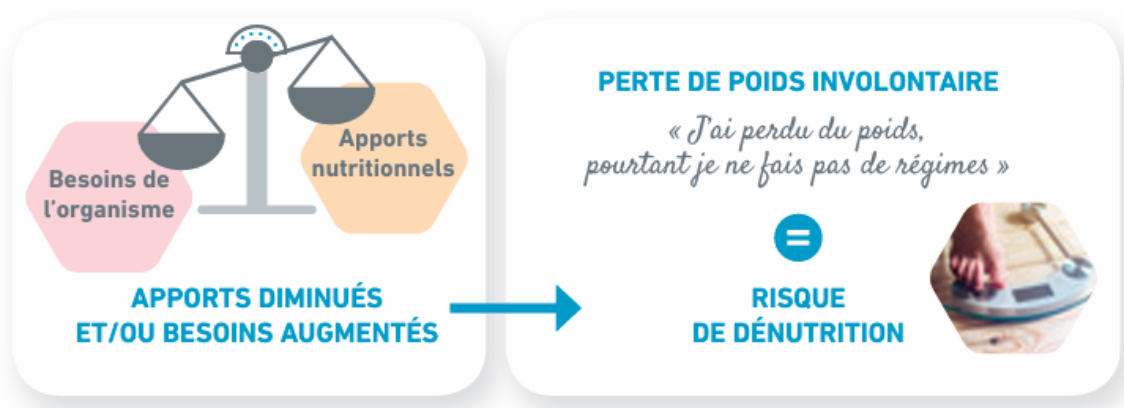


Figure 1 : Représentation schématique de la dénutrition (3)

Contrairement aux idées reçues, la dénutrition touche tout type de population, y compris les personnes en état d'obésité.

La dénutrition résulte de facteurs ayant de multiples origines. Les 3 mécanismes physiopathologiques conduisant à la dénutrition sont :

- **Endogène** : Cette situation survient lorsque les besoins énergétiques de la personne deviennent trop importants au regard de ses apports. Elle est liée à un hyper catabolisme, c'est-à-dire une dégradation excessive des protéines, lipides et glucides dans l'organisme, sans compensation par l'alimentation. C'est un mécanisme de défense immunitaire survenant à la suite de pathologies et plus généralement de tout état inflammatoire aigu ou chronique.
- **Exogène** : C'est l'inverse de l'origine endogène. Les apports énergétiques alimentaires sont insuffisants pour couvrir les besoins de la personne.
- **Exogène et endogène** : C'est l'association d'un déficit d'apport alimentaire et d'une augmentation des dépenses énergétiques.

B. Epidémiologie

Selon la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) en France en 2025, 2 millions de personnes étaient touchées par la dénutrition (4).

Une proportion importante des personnes concernées étaient issues de la population âgée : des patients résidant en Établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (n = 270 000, soit 13,5%) et des patients âgés à domicile (n = 400 000, soit 20%) (5). Cependant, en dehors de l'âge, d'autres facteurs peuvent contribuer à la dénutrition.

Ainsi, comme décrit dans la figure 2, la dénutrition touche en proportion environ :

- 30% des personnes hospitalisées atteintes d'une pathologie comme la maladie d'Alzheimer,
- 10% des enfants hospitalisés,
- 40% des personnes atteintes de maladies cancéreuses,
- 10% des personnes âgées de plus de 70 ans à domicile.



Figure 2 : Chiffres de la dénutrition en France (6)

La dénutrition est une maladie dangereuse et fréquente car elle est souvent considérée comme un symptôme accompagnant une maladie aiguë ou chronique préexistante et non comme une pathologie à part entière.

En France, 50% des personnes âgées hospitalisées sont dénutries, dont 40% sont hospitalisées pour des conséquences de dénutrition (5). Ces patients sont suivis par les équipes médicales et ont accès à une prise en charge. Le reste des patients dénutris, sont suivis et pris en charge en ambulatoire. La grande majorité d'entre eux sont des patients âgés de plus de 70 ans et des patients atteints de maladies cancéreuses, mais également des patients souffrant de maladies chroniques. Une absence de suivi et de prise en charge de ces derniers s'accompagne d'une surmortalité et d'un risque accru de complications multiples, d'où l'importance du dépistage pour mieux diagnostiquer les patients dénutris.

C. Causes de la dénutrition

Les causes de la dénutrition sont multiples et résultent, comme décrit précédemment, de trois mécanismes : endogène, exogène ou mixte.

Les situations les plus fréquentes favorisant la dénutrition sont la perte d'appétit, les facteurs sociaux et financiers, des troubles psychologiques ou cognitifs, une activité physique d'endurance non compensée, une maladie chronique, des troubles digestifs ou encore la prise de médicaments (7).

1) La perte d'appétit

Une diminution de l'appétit peut être causée par (8) :

- une perte d'envie de manger en lien avec un isolement social, une hospitalisation,
- un régime alimentaire restrictif, volontaire ou imposé,
- des douleurs prolongées, une maladie chronique (cirrhose, cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance rénale, mucoviscidose par exemple)
- un alcoolisme.

2) Les facteurs socio-environnementaux et financiers

En raison de difficultés financières certaines populations sont touchées par une insuffisance d'apports alimentaires. Il en est de même pour les personnes souffrant d'isolement, de difficulté de mobilité, ou d'un handicap (2).

3) Les troubles psychologiques ou cognitifs

Les troubles psychologiques ou cognitifs ont un impact sur la prise alimentaire, avec bien souvent une diminution de celle-ci (9). C'est notamment le cas chez les personnes souffrant de :

- dépression,
- anorexie mentale,
- maladie d'Alzheimer,
- addiction à des substances non médicamenteuses.

4) Une activité physique d'endurance non compensée ou un régime restrictif

Pour rester en bonne santé, l'activité physique doit toujours être couplée à une alimentation saine et équilibrée. En effet une alimentation trop pauvre en calories pourrait ne pas compenser les dépenses énergétiques et provoquer des carences en vitamines, minéraux et protéines (10). A terme cela résulterait en un amaigrissement pathologique.

5) Une maladie et/ou des troubles digestifs chroniques

Certaines maladies comme l'hyperthyroïdie, la tuberculose, le VIH, des brûlures ou plaies étendues par exemple, augmentent les besoins énergétiques de l'organisme (11).

Les troubles digestifs comme les nausées, les douleurs abdominales, la constipation sévère, une maladie coeliaque, la maladie de Crohn, des douleurs buccales, ou encore des troubles de la déglutition, peuvent entraîner une perte de poids.

6) Un traitement, médicamenteux ou non

La prise de médicaments (chimiothérapie anticancéreuse, analogues du glucagon-like peptide 1) ou encore une chirurgie lourde (chirurgie de l'obésité par exemple), favorisent la dénutrition en raison de la perte d'appétit ou des effets secondaires induits comme les nausées, les vomissements, la modification du goût et les lésions buccales (12).

Plusieurs des facteurs décrits précédemment peuvent s'additionner, accélérant ou aggravant la dénutrition. Bien que les situations à risque de dénutrition varient d'une population à l'autre, les personnes âgées sont particulièrement à risque, notamment en raison de leur nature polypathologique ou polymédicamentée.

Le tableau 1 regroupe les situations à risque de dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans.

Tableau 1 : Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée de plus de 70 ans (13)

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE		
Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Iatrogénie médicamenteuse
Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie (entrée en institution)	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres	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	Troubles neurocognitifs
Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oropharyngée Dysgueusie	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidus au long cours	Maladie d'Alzheimer et apparentées Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
Pathologie ORL Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité	Syndromes dépressifs Troubles du comportement

Ainsi, les facteurs de risque de dénutrition décrits dans cette partie, sont presque tous retrouvés dans la population âgée.

D. Conséquences de la dénutrition

Si la dénutrition n'est pas prévenue ou rapidement prise en charge, le patient entre dans un cycle qui peut entraîner une cascade d'effets néfastes. La dénutrition altère en continu l'état du patient. Elle entraîne un amaigrissement et une fragilité qui, à leur tour, entraînent des épisodes pathologiques de plus en plus longs et fréquents.

Les conséquences de la dénutrition sont multiples (14) :

1) Baisse de l'immunité

- infections plus fréquentes et sévères,
- surinfection des plaies,
- efficacité moindre de la vaccination.

2) Troubles musculosquelettiques avec diminution de la masse musculaire et défaut de minéralisation osseuse entraînant

- diminution de l'activité physique et augmentation de la sédentarité,
- risque de chutes.

3) Retentissement psychique et relationnel

- irritabilité,
- tendance dépressive,
- difficulté de concentration et troubles de la mémoire,
- diminution de la qualité de vie.

4) Dysfonctionnement de l'organisme

- altération de la digestion et constipation,
- dérèglement hormonal : aménorrhée, retard pubertaire, diminution de la libido et de la fertilité,
- dérèglement de la thermorégulation : frilosité,
- altération des tissus et défaut de cicatrisation (escarres).

5) Hospitalisation et risque de décès

Lorsque la perte de masse protéique d'un patient excède 50%, ce dernier risque une hospitalisation. A terme, si le patient n'est pas suivi au long cours et que sa dénutrition n'est pas prise en charge, le patient risque le décès.

La dénutrition entraîne donc une cascade d'évènements formant un cercle vicieux, avec des conséquences qui altèrent continuellement l'état nutritionnel du patient, schématisé par la **spirale de la dénutrition** (Figure 3).



Figure 3 : Spirale de la dénutrition (15)

Cette spirale décrit bien les étapes que peut rencontrer les patients avec une notion d'accélération des évènements au fur et à mesure de leur survenue. C'est pourquoi, il est important, lorsqu'il s'agit de dénutrition, de la prévenir, la dépister et la prendre en charge dès les premiers signes d'alertes.

II. LES STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION

Dans cette partie, nous allons aborder toutes les stratégies de lutte contre la dénutrition. Dans un premier temps nous nous intéresserons aux conseils de prévention. Dans un second temps nous parlerons des méthodes de dépistage et de diagnostic et enfin nous aborderons la prise en charge et les traitements de la dénutrition.

A. Conseils de prévention de la dénutrition

1) Surveillance du poids

Le poids est un paramètre anthropométrique qui permet de détecter facilement d'éventuels troubles nutritionnels et de proposer une prise en charge adaptée afin d'éviter toutes complications. En effet, son suivi régulier permet de tracer une courbe pondérale pour surveiller notamment l'évolution d'une pathologie.

La mesure du poids répond à des conseils de bonne pratique et doit toujours se faire dans les mêmes conditions (16). Il s'agit d'une mesure de préférence :

- le matin,
- à jeun,
- vessie vide,
- dans une tenue vestimentaire légère, sans chaussures ni chaussons,
- avec uniquement l'appareillage indispensable.

Il est recommandé de mesurer le poids à une fréquence régulière, variable selon les cas :

- en ville : à chaque consultation médicale,
- en institution : à l'entrée, puis au moins une fois par mois,
- à l'hôpital : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de suite et réadaptation, une fois par mois en soins de longue durée.

La surveillance de l'évolution du poids est un acte essentiel dans le suivi nutritionnel de la population.

La mesure du poids permet également de déterminer l'indice de masse corporelle (IMC). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'indice de masse corporelle (calculé selon la formule : $\text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$) est un outil qui permet de déterminer la corpulence d'une personne et d'évaluer les risques liés à son poids (17). Nous verrons par ailleurs que cet IMC peut être utilisé à des fins de diagnostic de dénutrition.

2) [Alimentation et apports nutritionnels conseillés](#)

L'alimentation joue un rôle clé dans notre santé. Il est essentiel d'adopter une alimentation équilibrée, c'est-à-dire permettant l'apport de macronutriments (protéines, lipides, glucides) et micronutriments (vitamines, minéraux) tout en limitant l'excès de sel, de sucres (notamment à index glycémique élevé, aussi appelés sucres rapides) et de graisses saturées.

L'alimentation doit être équilibrée mais elle doit aussi être en quantité suffisante pour répondre aux besoins de l'organisme. Les besoins nutritionnels varient d'un individu à l'autre selon le sexe, l'âge, la corpulence, l'activité physique pratiquée et les problèmes de santé. Des recommandations générales existent pour guider les patients.

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, l'apport énergétique quotidien moyen conseillé pour un homme adulte est de 2 400 à 2 600 calories et de 1 800 à 2 200 calories pour une femme (2).

Les recommandations concernant les apports en macronutriments sont exprimées en pourcentage de l'apport calorique total. Ainsi, les apports nutritionnels conseillés pour un adulte sont :

- 55% de calories ingérées chaque jour provenant des glucides,
- 30% des calories ingérées chaque jour provenant des lipides,
- 15% des calories ingérées chaque jour provenant des protéines.

Les micronutriments, tels que les vitamines et les oligoéléments (iode, zinc, sélénium...), bien que n'ayant pas d'apport calorique, sont également essentiels au bon fonctionnement de l'organisme et doivent être apportés par l'alimentation (19). En effet, ils jouent un rôle essentiel en tant que cofacteurs de réactions enzymatiques ou immunitaires.

3) [Activité physique](#)

D'après la HAS, la pratique régulière d'une activité physique apporte de multiples bénéfices pour la santé et contribue au bien-être physique et mental (20).

Selon l'OMS, les bénéfices de l'activité physique sont la prévention et la prise en charge de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, l'anxiété et la dépression. Elle favoriserait également la croissance, la santé osseuse et le développement musculaire, moteur et cognitif (21).

L'activité physique adaptée est ainsi considérée comme un levier pour lutter contre la dénutrition.

4) [Les campagnes de sensibilisation](#)

Le collectif de lutte contre la dénutrition, créé en 2016, s'est donné pour objectif de prévenir, dépister et prendre en charge les personnes souffrant de dénutrition.

Depuis 2020, la **semaine nationale de la dénutrition** se déroule chaque année au mois de novembre (22).

C'est un évènement prévu dans la programme national de nutrition santé, qui est soutenu par le ministère des Solidarités et de la Santé et porté par le collectif de lutte contre la dénutrition (23). La campagne programme de nombreuses actions sur l'ensemble du territoire telles que :

- Conférences, webinaire et tables rondes,
- Ateliers de cuisine, ateliers de dégustation,
- Bilan de santé bucco-dentaire gratuit à l'âge de la retraite,
- Pratique d'activité physique adaptée (APA),
- Kits de communication (flyers, guides...).

B. Dépistage et diagnostic de la dénutrition

Le dépistage est défini par la HAS comme un processus médical visant à détecter la présence d'une maladie chez des individus asymptomatiques, souvent à un stade précoce, afin de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible et de traiter rapidement pour endiguer sa progression (24).

Dans le domaine de la dénutrition, le dépistage vise à identifier les personnes dénutries, mais également à risque de dénutrition, afin de prévenir la progression vers l'état de dénutrition.

Le diagnostic est défini dans le dictionnaire de l'académie nationale de pharmacie, comme la détermination de la nature d'une maladie d'après l'étude des signes et symptômes cliniques observés chez un malade et des résultats d'examens physiques, physiologiques, biologiques (25).

C'est donc une démarche permettant de rattacher les symptômes d'un patient à une affection précise. Un diagnostic repose sur l'analyse des symptômes, les antécédents médicaux et des examens complémentaires (26).

1) Les premiers signes à repérer

Lorsqu'une personne est dénutrie, il est possible d'observer certains signaux (27). Les premiers signes à repérer dans le cadre de la dénutrition sont :

- **Une perte de poids**, rapide (au cours du mois) ou lors des 6 derniers mois, sans changement de régime alimentaire ou d'habitudes de vie,
- **Un changement d'appétit** : aversion pour des aliments auparavant appréciés, ou difficulté à faire les courses et la cuisine,
- **Une fatigue persistante** : une asthénie persistante même après un repos peut être le signe d'un manque de nutriments essentiels,
- **Une faiblesse musculaire** : rendant les tâches simples de la vie quotidienne (se lever, marcher) plus difficiles,
- **Des problèmes de cicatrisation** : la difficulté à cicatriser et les infections à répétition sont notamment des signes de carences nutritionnelles,

- **Anxiété ou dépression** : les déséquilibres nutritionnels entraînent des troubles de l'humeur,
- **Ongles et cheveux fragiles** : ongles cassants et perte de cheveux font partie des signes de carences en vitamines et minéraux,
- **Troubles gastro-intestinaux** : les troubles digestifs (diarrhées, constipation) affectent l'absorption des nutriments.

Certains de ces éléments (perte de poids et modification de l'appétit) sont utilisés pour poser le diagnostic de dénutrition (ce point sera détaillé plus loin).

2) [Les outils de dépistage et de diagnostic](#)

La stratégie globale d'appréhension de l'état nutritionnel s'articule en deux étapes : une démarche de **dépistage** visant à identifier les patients à risque de dénutrition ou dénutris, suivie si la phase de dépistage est positive, d'une étape de **diagnostic**.

Il est important d'évaluer régulièrement l'état nutritionnel de toute la population et d'autant plus chez les personnes fragiles. L'évaluation des enfants commence dès le plus jeune âge en suivant les courbes de croissance de taille et de poids. Ce suivi doit idéalement se poursuivre à l'âge adulte, dans la stratégie de dépistage, notamment chez les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées.

Selon un article publié dans la revue « Gériatrie et société », il est recommandé d'évaluer l'état nutritionnel des patients âgés au minimum une fois par an en ville, une fois par mois en institution (EHPAD) et à chaque hospitalisation (9).

La HAS a synthétisé les modalités de dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées (tableau 2).

Tableau 2 : Modalités de dépistage de la dénutrition pour les personnes âgées de plus de 70 ans) (13)

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	• Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : $IMC = \text{poids} / \text{taille}^2$ (poids en kg et taille en m)
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le <i>Mini Nutritional Assessment®</i> (MNA)		

Le dépistage des patients à risque de dénutrition ou dénutris passe par plusieurs outils :

- **Mesures anthropométriques (poids, taille, IMC, circonférence brachiale et abdominale)**

Selon l'OMS, l'anthropométrie est un outil du plus grand intérêt (28). En effet c'est la seule et unique technique à la fois portable, universellement applicable, bon marché et non invasive, qui permette d'évaluer la corpulence, les proportions et la composition du corps humain. Les mesures anthropométriques sont le reflet de l'état nutritionnel du patient.

A l'hôpital il est recommandé de recueillir certaines données anthropométriques, notamment de :

- procéder à une pesée et mesurer la taille du patient à l'admission puis une fois par semaine,
- calculer l'IMC et le pourcentage de perte de poids du patient.

- **Evaluation des portions consommées**

L'évaluation des ingestas peut se faire de deux manières différentes (29).

Elle peut se faire *via* échelle visuelle analogique. Le patient doit indiquer les quantités qu'il a mangées à l'aide d'un curseur sur une échelle. Le résultat est compris entre 0 et 10 et un score ≤ 7 indique un risque de dénutrition.

Elle peut aussi se faire *via* une évaluation visuelle des portions consommées. Cette fois c'est l'aide soignant qui renseigne la portion consommée par le patient lorsqu'il récupère son plateau. Si le patient mange moins de la moitié du plateau, il faut rechercher une dénutrition.

- **Evaluation de la masse et/ou de la fonction musculaire**

Le déficit protéino-énergétique peut entraîner une perte de masse et/ou de fonction musculaire. Au-delà de certains seuils, décrits dans le tableau 3, il est possible de qualifier cette perte de sarcopénie. L'European Union Geriatric Medicine Society (30) définit la sarcopénie comme un syndrome gériatrique caractérisé par une perte de performance physique et/ou de force musculaire associé à la perte de masse musculaire.

Tableau 3 : Critères de diagnostic de la sarcopénie,
European Union Geriatric Medicine Society (30)

Critères	Performance physique	Force musculaire	Masse maigre appendiculaire (MMA)
Sarcopénie	Vitesse de marche: < 0,8 m/s	ou Force de préhension Homme: < 30 kg Femme: < 20 kg	MMA/taille ² Homme: $\leq 7,23$ kg/m ² Femme: $\leq 5,67$ kg/m ²
Sarcopénie sévère	Vitesse de marche: < 0,8 m/s	et Force de préhension Homme: < 30 kg Femme: < 20 kg	MMA/taille ² Homme: $\leq 7,23$ kg/m ² Femme: $\leq 5,67$ kg/m ²

Cette perte de masse et/ou de fonction musculaire n'est pas exclusivement réservée à l'évaluation des patients âgés, mais est recommandée pour l'ensemble de la population.

Il existe différents outils pour évaluer la force musculaire (31) :

- Grip test (force de préhension) : le patient est en position assis ou debout, tient un dynamomètre dans la main tout en ayant le bras positionné à 90° comme l'illustre la figure 4. Il doit serrer le poing au maximum, permettant d'obtenir une valeur de force de préhension en kilogrammes (kg). Cette valeur est anormale si elle est inférieure à 27 kg chez l'homme et inférieure à 16 kg chez la femme.

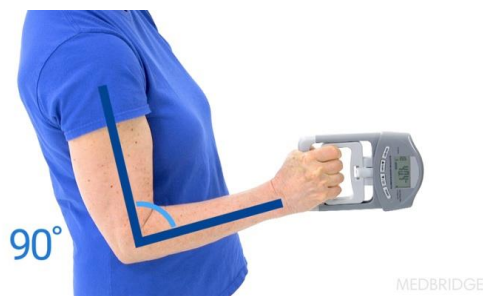


Figure 4 : Illustration du grip test (32)

- La vitesse de marche : le patient doit marcher sur une distance de quatre mètres, cet exercice étant chronométré. Il commence par une phase d'accélération puis arrive dans la zone de chronométrage et enfin dans la zone de décélération. Le patient est autorisé à faire le test avec ses aides habituelles : canne, déambulateur, béquilles. La vitesse de marche est considérée pathologique si $< 0,8$ mètre/s soit 4 mètres en plus de 5 secondes.
- Le lever de chaise : le patient est assis sur une chaise avec les jambes pliées à 90°. Il doit réaliser au moins cinq transferts assis/debout, sans l'aide de ses mains, en moins de 15 secondes.

Les tests de vitesse de marche et de lever de chaise sont illustrés dans la figure 5.

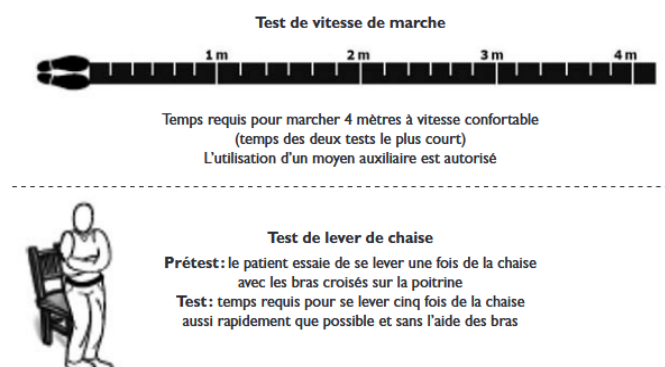


Figure 5 : Mesure de la performance physique par le test de vitesse de marche et le test de lever de chaise (30)

- Mesure de la circonférence brachiale : ce n'est pas un outil de dépistage mais plutôt un outil de suivi (il est nécessaire d'effectuer des mesures répétées dans le temps et les comparer pour voir l'évolution). Cela consiste, comme l'illustre la figure 6, à demander au patient de fléchir son bras, puis à mesurer à l'aide d'un ruban la distance entre la saillie osseuse du haut de l'épaule (l'acromion) et la saillie osseuse du coude à l'arrière du bras (l'olécrane) pour tracer un repère à exacte distance de ces deux points, puis à mesurer la circonférence brachiale. Une variation de ± 1 cm correspond à une modification d'environ de ± 2 kg.



Figure 6 : Mesure de la circonférence brachiale à l'aide d'un ruban (33)

- **Le Mini Nutritional Assessment (MNA)**

Le MNA est une grille de questions simples et rapides sur l'alimentation, le poids et la mobilité, permettant de déterminer l'état nutritionnel du patient âgé (34). Cet outil permet ainsi d'identifier ceux souffrant de malnutrition (dont la dénutrition) ou présentant un risque de malnutrition à l'aide d'un score de dépistage (35).

- **Score de 12 à 14 points** : l'état nutritionnel du patient est normal.
- **Score de 8 à 11 points** : le patient présente un risque de malnutrition.
- **Score de 0 à 7 points** : le patient montre une malnutrition avérée.

Le MNA, illustré dans la figure 7, a été mis au point par le laboratoire Nestlé en collaboration avec des gériatres de renommée internationale et reste l'un des rares outils de dépistage agréés pour les personnes âgées (36).

Les 5 premières questions permettent de procéder au dépistage. Si le score de dépistage met en évidence un risque de malnutrition ou une malnutrition avérée, les questions suivantes permettent d'apprécier plus précisément l'état nutritionnel.

Long MNA® Mini Nutritional Assessment



Nom :		Prénom :	
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :
Date :			

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

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence légère
 2 = pas de problème psychologique ☐

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC <19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23 ☐

Score de dépistage (sous-total max. 14 points) ☐☐☐

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non ☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non ☐

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non ☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas ☐

K Consomme-t-il ?
 • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui ☐ non ☐
 • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui ☐ non ☐
 • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui ☐ non ☐
 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui ☐☐
 1,0 = si 3 oui ☐☐

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

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres ☐☐
 1,0 = plus de 5 verres ☐☐

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

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition ☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne ☐☐
 2,0 = meilleure ☐☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 ☐☐
 1,0 = CB > 22 ☐☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31 ☐
 1 = CM ≥ 31 ☐

Réf. Velho B, Wilkes H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Hanker JD, Salva A, Guigoz Y, Velho B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M386-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10:466-467.

Registered trademark of Société des Produits Nestlé S.A.
 © Société des Produits Nestlé S.A. "amended 2023".

Long MNA - France/French
 Long-MNA_AUT_0_ fra-FR_nonMap.docx

Évaluation globale (max. 16 points) ☐☐☐

Score de dépistage ☐☐☐

Score total (max. 30 points) ☐☐☐

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points	☐	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	☐	risque de malnutrition
moins de 17 points	☐	mauvais état nutritionnel

Figure 7 : Mini Nutritionnal Assessment, version longue, Nestlé Health Science (37)

- **L'outil PARAD**

L'outil PARAD développé par le Pr Agathe Raynaud-Simon, gériatre spécialiste en nutrition, est un outil très simple d'utilisation pour sensibiliser à la dénutrition. Présenté sous forme de quizz, le PARAD permet d'identifier en 4 questions, le niveau d'exposition du répondant au risque de dénutrition. Les questions, dont la thématique est relative à l'acronyme, portent respectivement sur :

- P pour le Poids,
- A pour l'Appétit,
- R pour le Rythme des repas,
- A pour l'Alimentation,
- D pour la Dénutrition,

Chaque réponse correspond à un symbole coloré. Le cumul des symboles permet d'obtenir un signal visuel quantitatif clair à interpréter à la fin du test.

La figure 8 illustre cet outil qui peut être utilisé par le grand public, mais aussi par les aidants ou les soignants.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une perte d'appétit ou des difficultés à manger peuvent entraîner une **perte de poids**, favorisée par les problèmes de santé et par la dépendance. La perte de poids affaiblit l'organisme : fatigue, perte de force musculaire et baisse de l'immunité. **On parle de dénutrition**. Une meilleure alimentation est possible, cela fait partie de la prévention et du soin.

C'est pourquoi il est important de parler des résultats de ce test avec votre médecin ou un.e diététicien.ne.

www.parad-denutrition.com
www.luttecontreladenutrition.fr

PARAD

Poids • Appétit • Repas • Alimentation

Un outil simple, précoce et universel,
pour **prévenir le risque de**
DÉNUTRITION
en 4 questions

P OIDS

Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?

Oui, plus de 5 kg = ● (pink circle)

Oui, plus de 3 kg = ■ (green square)

Je ne sais pas = ▲ (orange triangle)

Non = ★ (blue star)

A PPÉTIT

Mon appétit est :

Très faible = ● (pink circle)

Faible = ■ (green square)

Bon = ▲ (orange triangle)

Très bon = ★ (blue star)

R EPAS

Je prends :

1 repas /jour = ● (pink circle)

2 repas /jour = ■ (green square)

3 repas /jour = ▲ (orange triangle)

3 repas + 1 collation /jour = ★ (blue star)

A LIMENTATION

Difficultés pour manger :

Il m'arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas = ● (pink circle)

Je ne mange que des aliments mous = ■ (green square)

Je mange de tout ou presque mais j'ai des difficultés à mâcher les aliments durs (ex : steak ou fruits crus) = ▲ (orange triangle)

Je mâche tous les aliments (même durs) et j'avale sans difficulté = ★ (blue star)

➡

CUMULEZ LES SYMBOLES CORRESPONDANT À CHAQUE RÉPONSE

Vous avez obtenu au moins 1 ● ou 2 ■

Prenez rendez-vous avec votre médecin et faites-lui part de vos difficultés à manger, de votre perte d'appétit ou de poids. Il peut vous proposer un bilan médical, une consultation avec un.e diététicien.ne, ou un enrichissement de l'alimentation pour vous aider à limiter votre perte de poids ou à reprendre du poids. N'oubliez pas de faire un peu d'activité physique chaque jour, selon vos possibilités.

Vous avez obtenu une autre combinaison de symboles

Gardez l'habitude de prendre trois repas complets par jour et prenez une collation dans la journée si cela vous fait plaisir. Entretenez vos muscles avec une activité physique régulière. Consultez un dentiste régulièrement : une bouche saine est importante pour l'alimentation. Pesez-vous tous les mois et, en cas de perte de poids ≥ 3 kg, informez votre médecin.

Vous avez obtenu 4 ★ ou 3 ★ + 1 ▲

C'est très rassurant ! Continuez à vous alimenter régulièrement et avec plaisir. Pratiquez une activité physique, ce qui vous plaît et selon vos possibilités. Pesez-vous une fois par mois. L'objectif est de garder un poids stable. Si vous perdez 3 kg ou davantage, signalez-le à votre médecin.

Figure 8 : Outil PARAD, Réseau National Nutrition santé (38)

Selon la HAS, il est recommandé de dépister la dénutrition systématiquement à chaque consultation et lors d'une hospitalisation, ainsi que de reporter l'évaluation nutritionnelle dans tout document (carnet de santé, dossier médical partagé (DMP), compte-rendu, réunion de concertation pluridisciplinaire et courriers aux correspondants) (39).

Dès lors que la dénutrition a été dépistée chez un patient, il est indispensable de le diriger vers une consultation médicale afin de poser le diagnostic et le prendre en charge rapidement.

3) Critères cliniques de dénutrition : diagnostic

Les recommandations de la HAS en collaboration avec la SFNCM, décrivent les modalités diagnostiques de dénutrition. Le diagnostic de la dénutrition est posé en présence d'au moins **un critère phénotypique et un critère étiologique** (Figure 9).

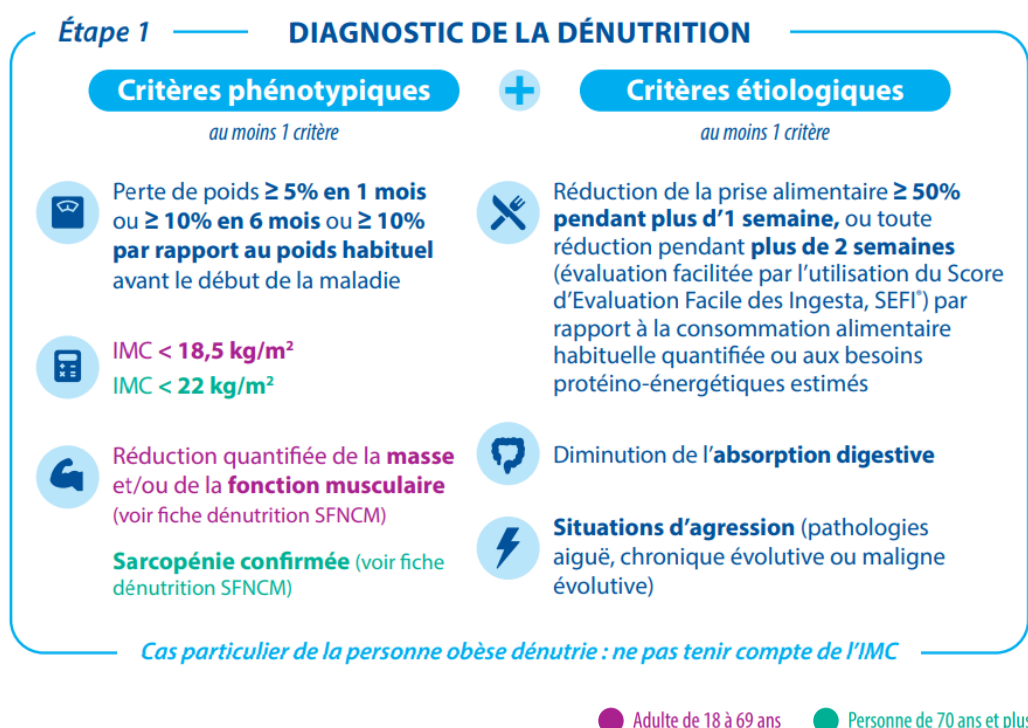


Figure 9 : Critères de diagnostic de la dénutrition chez l'adulte (31)

Les critères phénotypiques regroupent des critères anthropométriques et de fonction/masse musculaire, avec des précisions chronologiques ou de seuil. Les critères étiologiques concernent la réduction des ingestas, les causes d'augmentation des besoins énergétiques ou la diminution des apports, secondaire à l'affectation de l'absorption digestive.

L'un des changements majeurs dans la définition de la dénutrition, est que le dosage de l'albuminémie, qui servait auparavant à poser le diagnostic de dénutrition, est désormais réservé à la qualification de la sévérité de la dénutrition.

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il est recommandé de déterminer son degré de sévérité : **dénutrition modérée ou dénutrition sévère** (Figure 10).

L'observation d'un seul critère de dénutrition modérée suffit à qualifier la dénutrition de modérée, tout comme l'observation d'un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère. En revanche, lors de l'observation simultanée d'un seul critère de dénutrition sévère et d'un ou plusieurs critères de dénutrition modérée, la dénutrition est qualifiée de sévère.

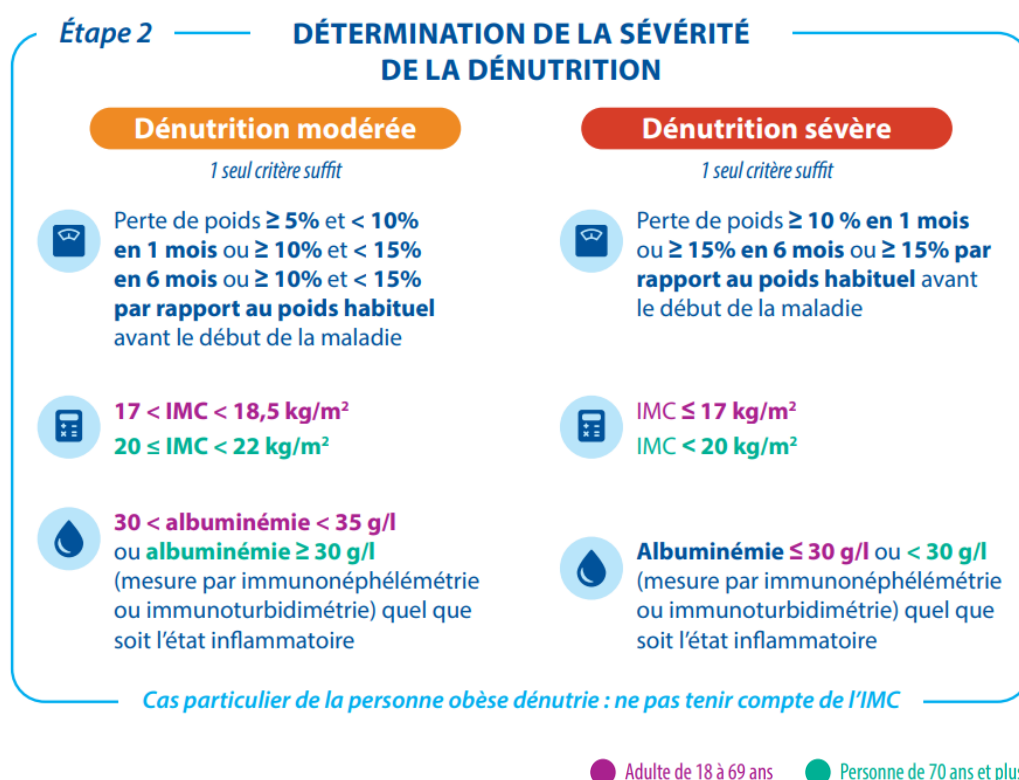
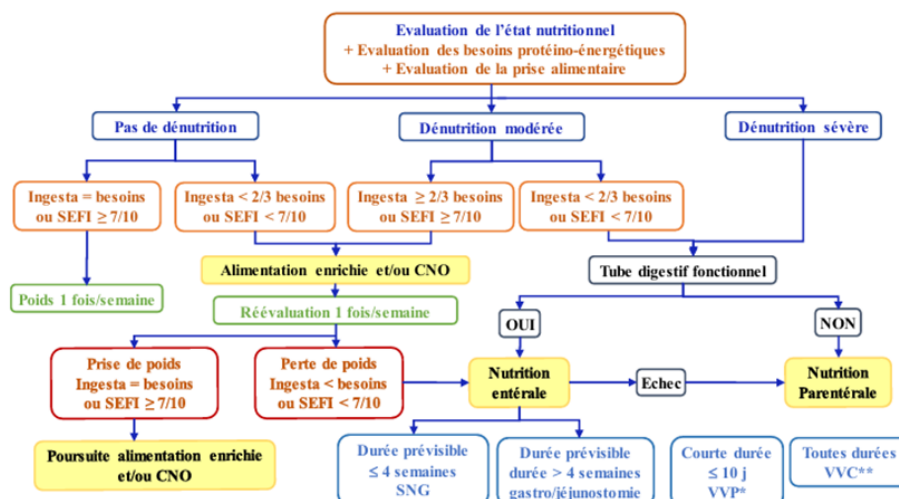


Figure 10 : Critères de sévérité de la dénutrition chez l'adulte (31)

Une fois le diagnostic de dénutrition posé, il est recommandé d'adapter la prise en charge nutritionnelle d'un patient dénutri selon son degré de sévérité, en veillant notamment à prévenir un syndrome de renutrition inapproprié.

Selon la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), le syndrome de renutrition inapproprié est une complication survenant chez les patients dénutris lors de la réintroduction d'apports énergétiques oraux, entéraux ou parentéraux. L'anomalie biologique la plus fréquente est l'hypophosphatémie mais il y a également des atteintes cardiovasculaires, respiratoires et nerveuses (40).

Le suivi des patients dénutris est donc indispensable. Pour faciliter la prise en charge de la dénutrition, les experts de la SFNCM ont élaboré un arbre décisionnel de prise en charge en fonction de la sévérité de la dénutrition (Figure 11).



SEFI® : Score d'Evaluation Facile des Ingesta (anciennement EVA : Echelle Visuelle Analogique pour l'évaluation de la prise alimentaire). CNO : Compléments Nutritionnels Oraux. VVP : Voie Veineuse Périphérique, VVC : Voie Veineuse Centrale.

Figure 11 : Arbre décisionnel du soin nutritionnel chez un adulte dénutri (41)

Le questionnaire MNA existe également en version longue, permettant de déterminer quels patients âgés sont dénutris. Les questions portent sur l'aspect qualitatif et quantitatif de l'alimentation entre autres. En fonction du score obtenu, le MNA définit la stratégie de prise en charge. Cette stratégie de prise en charge est décrite dans la figure 12.

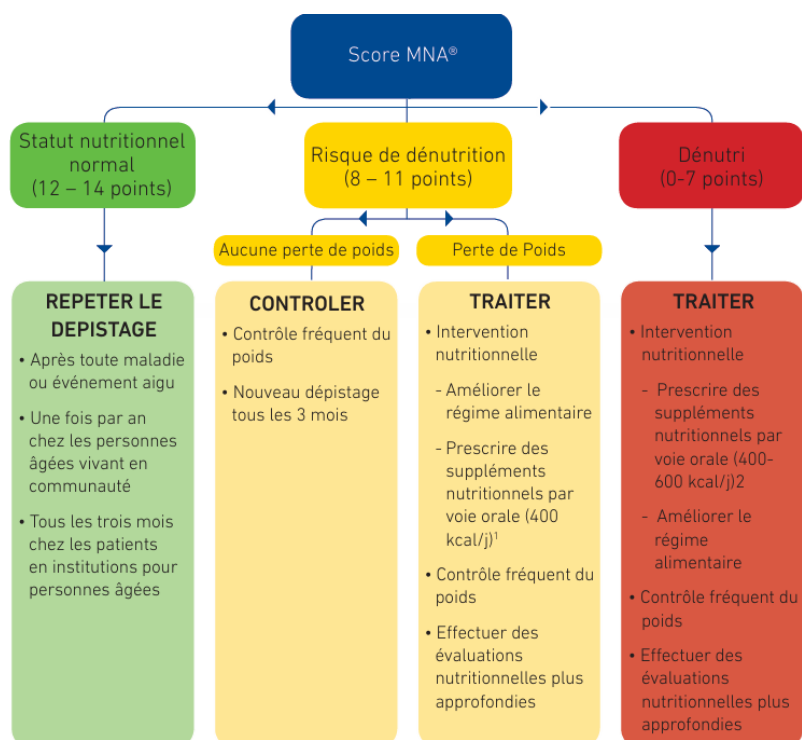


Figure 12 : Stratégie de prise en charge en fonction du score MNA (41)

C. Prise en charge et traitement de la dénutrition

Comme précédemment décrit, la dénutrition doit être dépistée et diagnostiquée. A la suite de ces étapes, les patients dénutris doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Selon la HAS, plus la prise en charge nutritionnelle est précoce, plus elle est efficace (13).

Les objectifs de la prise en charge nutritionnelle sont d'atteindre un apport énergétique de 30 à 40 kcal/kg/jour et des apports protéiques de 1,2 à 1,5 g/kg/jour. Ces objectifs peuvent être réalisés selon 3 modalités :

- nutrition orale (aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie, compléments nutritionnels oraux (CNO)),
- nutrition entérale,
- nutrition parentérale.

Le choix de la voie d'administration dépend de plusieurs critères :

- le statut nutritionnel pour une personne âgée,
- le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés,
- la sévérité de la (des) pathologie(s) sous jacente(s),
- les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible,
- l'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques.

Les indications de prise en charge nutritionnelle sont les suivantes :

- ✓ l'alimentation par voie orale est recommandée en première intention,
- ✓ la nutrition entérale (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale,
- ✓ la nutrition parentérale est réservée aux cas de malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ; d'occlusions intestinales aiguës ou chroniques ; d'échec d'une nutrition entérale bien conduite.

Les avantages de la nutrition orale ou entérale, sont que ces deux modalités permettent de maintenir la fonctionnalité de la barrière intestinale, contrairement à la nutrition parentérale. Cette dernière est utilisée en ultime recours, notamment en raison des risques infectieux qu'elle comporte.

Pour faciliter la prise en charge nutritionnelle d'un patient âgé, la HAS met à disposition un guide pour les professionnels de santé dont les informations sont regroupées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée (13)

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux ; NE : Nutrition Entérale

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et 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 et 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 et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine

La réévaluation comporte :

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

La figure 13, issue d'une fiche Vidal recommandation, décrit la conduite à tenir pour la prise en charge de la dénutrition d'une personne âgée en fonction de la sévérité.

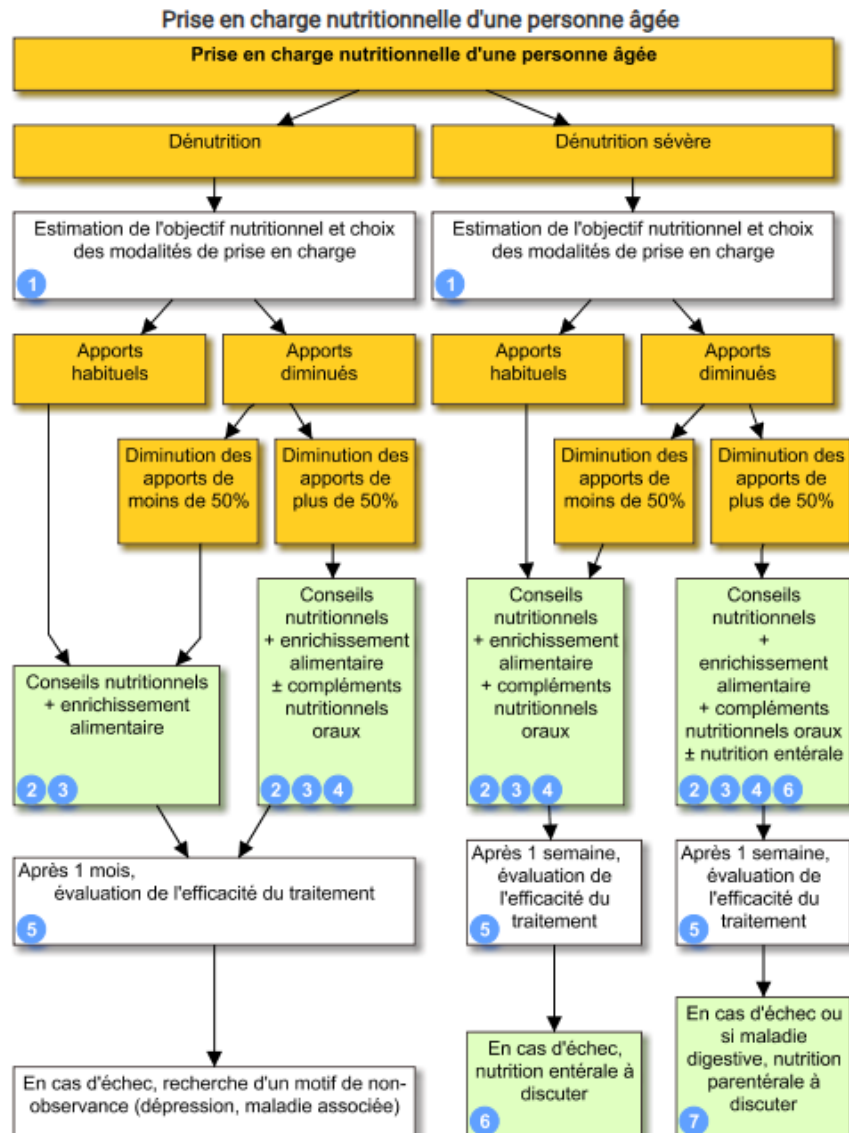


Figure 13 : Prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée, Vidal recos (42)

III. L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS COMPLEMENTS NUTRITIONNELS ORAUX A L'OFFICINE

Dans cette partie nous définirons les CNO et leur composition, puis nous détaillerons les différents types de CNO disponibles à l'officine. Ensuite nous aborderons la réglementation concernant la délivrance des CNO ainsi que les conseils qui y sont associés.

A. Définition des CNO et composition

Les compléments nutritionnels oraux sont par définition des mélanges nutritifs hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés, qui se consomment par voie orale, sous différentes formes. Ils doivent être pris lors de collations, en dehors des repas, par les patients dénutris. Bien qu'ils n'aient pas le statut de médicaments, ce sont des produits de nutrition clinique qui s'utilisent sous contrôle médical (43).

Ils sont prescrits par les médecins, les diététiciens ou les infirmiers en pratique avancée. Ils sont à consommer en complément de l'alimentation et de façon transitoire (sauf exceptions), chez le patient ayant une fonction intestinale normale, après évaluation de ses besoins nutritionnels, de sa situation (capacités à s'alimenter, contraintes) et en adéquation avec ses préférences (44).

Ils ont pour but de combler les carences nutritionnelles et fournir un soutien nutritionnel dans les situations médicales spécifiques. Ainsi, ils sont majoritairement retrouvés en oncologie, dans les troubles de l'alimentation et l'anorexie, en chirurgie et dans les maladies chroniques gastro-intestinales.

Les CNO possèdent donc dans leur formulation une quantité importante et variée de nutriments dont les protéines, les vitamines et les minéraux, comme l'illustre la figure 14. De plus, l'apport calorique est également variable.



Figure 14 : Composition d'un complément nutritionnel oral (45)

B. Les types de CNO disponibles à l'officine

A l'officine, il est possible de dispenser une grande variété de CNO, avec différentes formes, textures :

- des boissons lactées,
- des crèmes desserts,
- des jus,
- des compotes,
- des eaux gélifiées,
- des poudres,
- des soupes,
- des purées,
- des gâteaux et biscuits.

Toutes ces présentations comportent des compositions différentes en termes d'énergie, d'apports protéiques, d'arômes, de présence ou non de sucres, de lactose, de gluten et de fibres. Elles se déclinent en plusieurs types, chacun répondant à des besoins nutritionnels spécifiques (46) :

- **CNO énergétiques** : ces formulations fournissent un **apport calorique élevé** permettant un regain d'énergie rapide. Ils sont adaptés aux patients souffrant de malnutrition ou d'une maladie chronique.
- **CNO protéinés** : ces formulations fournissent un **apport protéique élevé** afin de préserver la masse musculaire et favoriser la cicatrisation. Ils sont adaptés aux patients âgés, hospitalisés ou en convalescence après une chirurgie notamment.
- **CNO vitaminés et minéralisés** : ces formulations fournissent des vitamines et minéraux essentiels pour **corriger les carences nutritionnelles**. Ils sont adaptés aux patients ayant un système immunitaire et un état général affaibli.
- **CNO spécifiques** : ces formulations composées de prébiotiques ou de sels minéraux répondent à des besoins particuliers comme le soutien digestif ou rénal.

Ainsi le choix des CNO se fera avec le professionnel de santé prescripteur, selon les objectifs nutritionnels énergétiques et protéiques du patient, selon les goûts et habitudes alimentaires du patient, mais aussi selon son état de santé et ses intolérances alimentaires (allergies, intolérance au lactose ou au gluten, diabète, insuffisance rénale...).

Le choix des CNO se fera également en fonction de la présence ou non de troubles de la déglutition. Une terminologie universelle et standardisée des textures modifiées et des liquides épaissis a été développée par un organisme pour être utilisée auprès des personnes dysphagiques : il s'agit de l'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) (47). Cette étude a permis d'identifier et de caractériser 8 textures, illustrées dans la Figure 15.

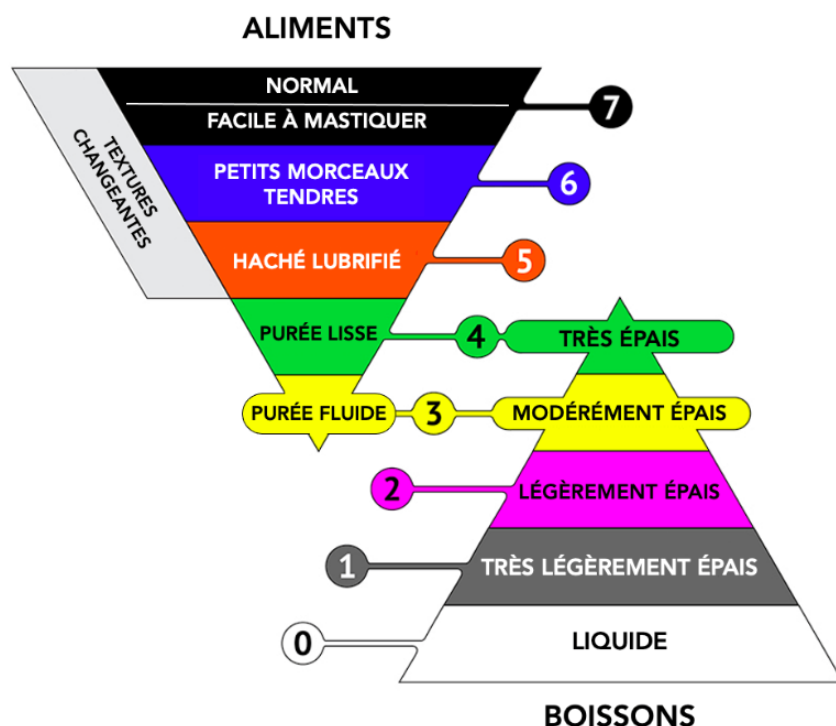


Figure 15 : Diagramme des textures, IDDSI (48)

Cette standardisation peut être retrouvée sur les emballages de certains laboratoires commercialisant les CNO.

Les fabricants et gammes de CNO les plus retrouvés à l'officine sont les suivants :

- Nestlé Health science avec la gamme Clinutren[®],
- Nutricia avec la gamme Fortimel[®],
- Délical[®],
- Fresubin[®].

Les laboratoires Nestlé Health Science et Nutricia appartiennent au même groupe, Danone santé nutrition. Ils partagent donc les compétences.

Chaque gamme propose des CNO différents qui sont détaillés dans les annexes 1 à 4.

Nous allons décrire ici les quelques particularités proposées par chaque laboratoire.

1) [Clinutren[®]](#)

Sur le site internet de Clinutren[®], il est possible de calculer son objectif journalier estimé en protéines en renseignant son poids et sa taille. Une partie de cet apport journalier en protéines sera fournie par l'alimentation et l'autre partie sera apportée par le CNO.

Les produits de la gamme Clinutren[®] possèdent chacun sur leur étui un PROTISCORE, représenté dans la figure 16, qui permet de visualiser rapidement l'apport en protéines du produit (49).

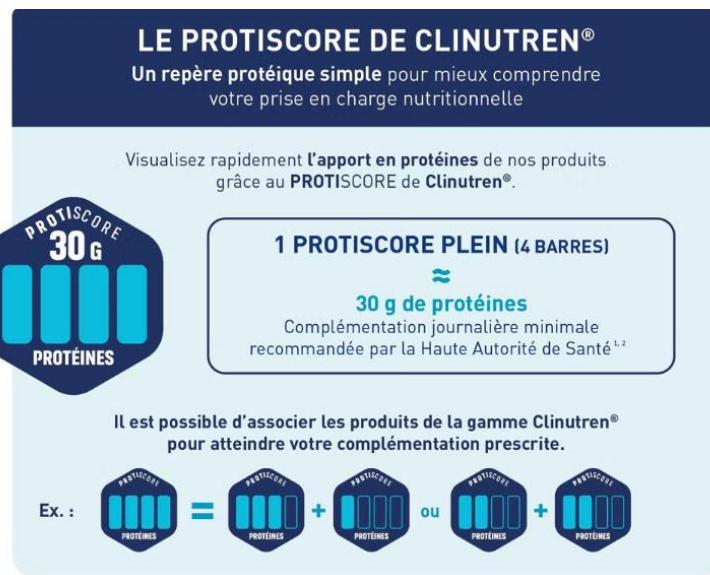


Figure 16 : PROTISCORE présent sur les produits Clinutren®(49)

Le protiscore permet de classer les différents types de CNO de la gamme Clinutren® (50) :

- Les 4 barres de protiscore correspondent à 30g de protéines. Il s'agit par exemple des boissons Clinutren® ultra et Clinutren® renutryl booster.
- Les 3 barres de protiscore correspondent à 20g de protéines. Il s'agit par exemple de Clinutren® boisson 2kcal, Clinutren® dessert 2kcal et Clinutren® velouté.
- Les 2 barres de protiscore correspondent à au moins 14g de protéines. Il s'agit du Clinutren® ultra fruity, du Clinutren® dessert gourmand et du Clinutren® cereal.
- La présence de 1 barre de protiscore équivaut à 14g de protéines retrouvées dans le Clinutren® fruit, le Clinutren® façon thé et dans les galettes protibis.

La gamme Clinutren® comprend par ailleurs une poudre épaississante adaptée aux patients atteints de dysphagie : le Clinutren® Thicken Up Clear.

2) Fresubin®

Les différents CNO de la gamme Fresubin® sont également classés selon leur quantité de protéines (51).

- Les CNO contenant 30g de protéines sont adaptés aux patients avec des besoins accrus. Il s'agit du Fresubin® intense drink et du Fresubin® 2Kcal max drink (avec ou sans fibres).

- Les CNO contenant 20g de protéines sont adaptés à un large éventail de patients. Il s'agit du Fresubin® 2Kcal drink, fibre drink ou crème.
- Les CNO contenant 15g de protéines et un indice glycémique faible sont adaptés aux patients diabétiques. Il s'agit du Fresubin® DB drink et du Fresubin® DB crème.

Fresubin® propose des compléments de gamme avec des préparations déshydratées (Fresubin® céréales instant) et des poudres épaississantes (Thick & Easy). De plus, cette gamme a la particularité de proposer des CNO adaptés aux patients qui suivent un régime végétan, végétalien et flexitarien (Fresubin® plant based drink).

3) [Fortimel®](#)

Les différents CNO de la gamme Fortimel® sont classés en fonction des besoins des patients (52) :

- Pour les patients avec besoins accrus, il y a le Fortimel® protein sensations (29g de protéines), également disponible en version « compact » (18g de protéines).
- Les CNO adaptés à un large éventail de patients contiennent entre 12g et 20g de protéines. Il existe des crèmes et des boissons en version classique ou en version compact (Fortimel® creme protein, protein, multifibre).
- Pour les patients diabétiques, la gamme comporte le Fortimel® DiaCare en boisson ou en crème. Il contient des fibres, de l'isomaltulose et des édulcorants.
- Pour les patients suivant un régime végétarien, il existe la boisson Fortimel® PlantBased.

4) [Délical®](#)

Les différents CNO de la gamme Délical® (53) sont décrits ci-dessous.

- Les CNO avec besoins accrus contenant plus de 20g de protéines : Délical® boisson concentré et nutra cake.
- Les CNO adaptés à un large éventail de patients contenant entre 8g et 20g de protéines et avec de nombreuses déclinaisons de goûts et de textures. Délical® propose des boissons lactées, des crèmes desserts, des liquides fruités, des brassés, des compotes et des riz au lait.
- Les CNO adaptés aux patients diabétiques comme la boisson lactée sans sucres, les crèmes sans sucres et les boissons fruitées sans sucres.

- Les CNO pour les patients avec des intolérances au lactose comme des boissons et des crèmes desserts sans lactose.
- Des CNO pour les patients avec des besoins spécifiques. Pour les patients atteints de dysphagie la gamme propose par exemple les eaux gélifiées, les poudres épaississantes et les préparations céréalières en poudre. Pour les patients dialysés, il y a la poudre « renal instant ».
- Des compléments de gamme sont également proposés comme alternatives aux desserts. Il s'agit de la poudre de protéines, des veloutés et des purées.

En 2021, le groupe expert régional Sud PACA Corse a créé un outil d'aide à l'adaptation à la prescription et à la délivrance des compléments nutritionnels oraux (54). Ce tableau regroupe les équivalences entre produits de CNO (Annexe 5). Cela permet ainsi de respecter au mieux les prescriptions médicales et les besoins spécifiques des patients. Cette fiche a été élaborée pour la prise en charge des patients oncologiques, mais le contenu est valable pour tous les patients.

C. Délivrance et réglementation des CNO

Les CNO font partie des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS) et sont régis par l'arrêté du 7 mai 2019 (liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale) (55).

Ce statut de DADFMS est important car il confère aux CNO une reconnaissance officielle en tant que produits spécialement formulés pour la gestion diététique des patients souffrant de conditions médicales spécifiques, nécessitant un suivi médical. Ainsi, ils figurent sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LLPR), permettant leur remboursement par la Sécurité sociale en France (56).

Depuis décembre 2023 en France, les aliments DADFMS doivent être vendus exclusivement par des professionnels de santé afin de garantir une utilisation encadrée et une adaptation aux besoins spécifiques de chaque patient (57,58).

Les CNO occupent une place importante dans les soins médicaux et dans la nutrition clinique. Ce sont des produits réglementés qui nécessitent une prescription par un médecin ou un diététicien. Elle commence généralement par une évaluation approfondie de l'état nutritionnel du patient telle que la consultation de l'historique médical, un suivi du poids, de l'IMC et de la masse musculaire du patient, la réalisation de questionnaires sur les habitudes alimentaires ou encore de tests de biologie. Une fois les besoins du patient définis, le prescripteur peut choisir et prescrire le(s) CNO le(s) plus adapté(s).

Selon l'arrêté du 7 mai 2019 portant sur la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale, la prescription doit contenir les éléments suivants (59):

- L'identification du patient : nom, prénom, âge, poids, sexe,
- L'identification du prescripteur : nom, prénom, numéro RPPS, signature,
- Le produit : nom et type de CNO, quantité de protéine, apport en énergie journalière et posologie.

Après obtention de la prescription, le patient doit se rendre en pharmacie d'officine. La première prescription ne peut excéder 1 mois de traitement et lors de la première dispensation, le pharmacien ne peut délivrer qu'une quantité suffisante pour 10 jours. Cette période limitée est l'occasion de tester l'observance du patient, de voir quels CNO lui ont plu, et lesquels il a laissé de côté, afin d'adapter la deuxième délivrance si nécessaire. Après les 10 premiers jours, le patient revient à la pharmacie pour obtenir le reste de la dispensation.

En effet d'après l'article du 7 mai 2019 – L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale « *La première délivrance est limitée à 10 jours de traitement. A l'issue de cette période, le pharmacien, après avoir évalué l'observance par le patient, adapte si nécessaire, dans les limites des apports prévus par la prescription, le complément prescrit pour la suite de la délivrance* ».

Ces étapes de délivrance sont résumées dans la figure 17.

Quelles sont les étapes de la délivrance de CNO ?

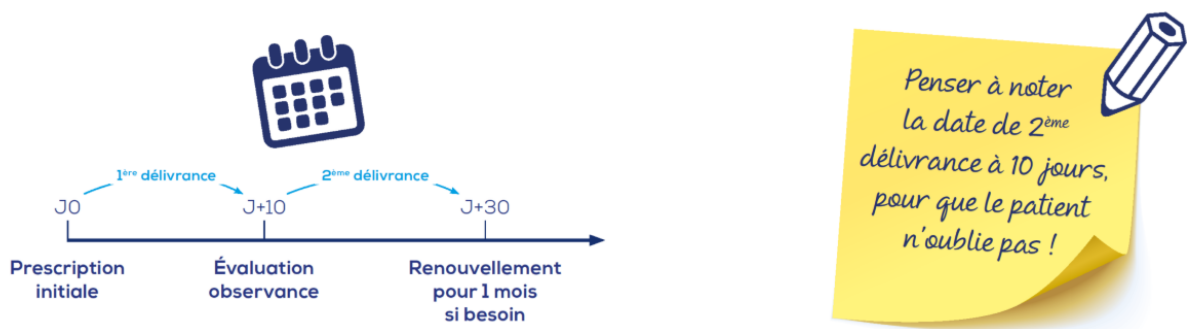


Figure 17 : Les étapes de délivrance de CNO (60)

Il sera ensuite demandé au patient de respecter rigoureusement la prise de son CNO puis de programmer des consultations régulières avec le prescripteur pour réévaluer les critères suivants :

- le poids,
- l'état nutritionnel,
- l'évolution de la pathologie,
- le niveau d'apports spontanés par voie orale,
- la tolérance et l'observance des CNO.

Après réévaluation par le prescripteur, les renouvellements de prescription pourront être réalisés sans excéder une durée de 3 mois maximum.

En conclusion, la prescription de CNO nécessite une surveillance régulière et une approche personnalisée de l'état de santé du patient afin de garantir l'efficacité du traitement comme l'illustre la figure 18.

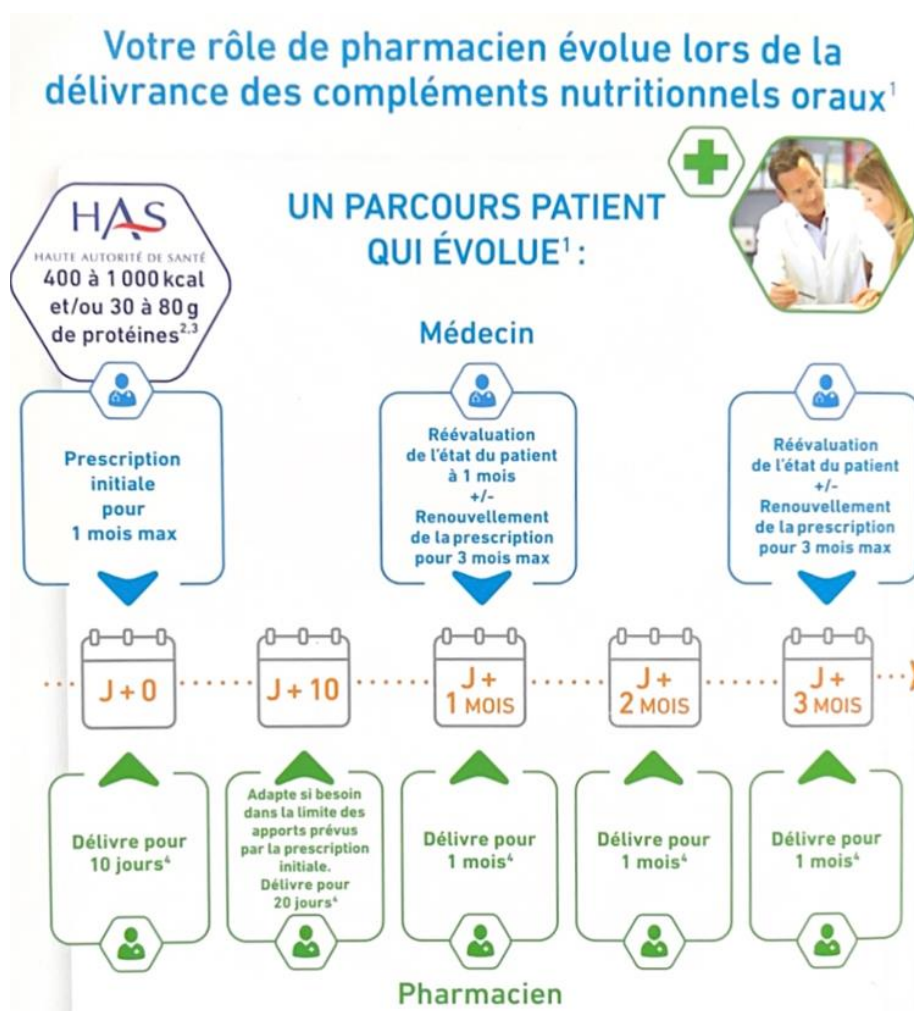


Figure 18 : Le parcours du patient sous CNO (61)

D. Conseils associés à la délivrance des CNO

Selon la HAS, lors de la délivrance de CNO à l'officine, le pharmacien a pour rôle d'apporter des conseils au patient afin de l'accompagner dans sa prise en charge nutritionnelle. Les éléments communiqués porteront sur des conseils nutritionnels, sur l'enrichissement de l'alimentation et sur la prise des compléments nutritionnels oraux (13).

L'annexe 6 reprend les informations que le pharmacien d'officine doit donner au patient lors de la délivrance de CNO sous forme de « check list ».

1) [Les conseils nutritionnels](#)

Les conseils nutritionnels sont applicables à l'ensemble de la population afin d'éviter les carences et donc de maintenir un organisme en bonne santé. Il s'agit des recommandations suivantes :

- Eviter les périodes de jeûne nocturne trop longues (> 12 heures). Pour y parvenir, il est recommandé de dîner plus tard ou d'avancer l'horaire du petit déjeuner.
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée. Il est recommandé de privilégier des petites portions plusieurs fois dans la journée que des grandes portions moins fréquentes, tout en s'assurant que le patient consomme bien ses trois repas quotidiens ainsi que sa collation.
- Respecter les règles du Programme National Nutrition Santé :
 - viandes, poissons ou œufs : deux fois par jour,
 - lait et produits laitiers : 3 à 4 par jour,
 - pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre ou légumes secs à chaque repas,
 - au moins 5 portions de fruits et légumes par jour.
- Manger des produits riches en énergie et/ou en protéines.
- Manger des produits adaptés aux goûts du patient.
- Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour (ou autres boissons comme les jus de fruits ou tisanes) sans attendre la sensation de soif.
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable pour manger.

En cas de problèmes de déglutition, il est possible d'adapter la texture des aliments liquides notamment grâce aux poudres épaississantes.

2) [L'enrichissement de l'alimentation](#)

L'enrichissement consiste à augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume. Il s'agit d'ajouter à l'alimentation traditionnelle, différents produits à base de poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile, pâtes ou semoules enrichies en protéine, poudre de protéines industrielles...

3) [Les compléments nutritionnels oraux](#)

Lors de la délivrance des CNO à l'officine, il est important d'apporter les informations suivantes aux patients afin de permettre la meilleure prise en charge nutritionnelle (62) :

• **Mode de conservation et de consommation**

Les CNO se conservent à température ambiante (15-25°C). Après ouverture, il est nécessaire de consommer le CNO dans les 2 heures ou de placer le CNO au réfrigérateur (+2 à +8°C) et de le consommer dans les 24 heures.

Les crèmes sont en général plus appréciées lorsqu'elles sont consommées à température ambiante tandis que les boissons lactées et jus de fruits sont plus appréciés lorsqu'ils sont consommés frais. Il est également possible de réchauffer les boissons en veillant à ne pas mettre la bouteille directement au micro-ondes et à ne pas faire bouillir le produit. Si le CNO se présente sous forme de bouteille, il ne faut pas oublier de l'agiter avant ouverture.

- **Le meilleur moment pour consommer son CNO**

Les CNO ne doivent pas remplacer un repas. Cela signifie que le patient souffrant de dénutrition doit consommer les CNO en plus de ses 3 repas par jour. Le moment idéal de prise est en dehors des repas, 2 heures avant ou après, en plusieurs collations réparties sur la journée (ex : 10h-16h-22h). Ceci permet de préserver l'appétit au moment des repas.

- **Varié les plaisirs**

Informez le patient de la possibilité de varier les goûts et les textures en fonction de ses préférences à chaque délivrance de CNO. Cela permettra d'éviter la lassitude et de maintenir une observance correcte.

Pour rendre le CNO plus savoureux, il est également possible d'y ajouter du miel, de la poudre de cacao, des herbes fraîches ou des condiments entre autres.

- **Astuce culinaire pour consommer son CNO autrement**

Si le patient n'aime pas consommer ses CNO à l'état brut, des laboratoires comme Fresubin® (63) ou encore Délical® (64) proposent des idées de recettes sucrées ou salées afin de varier les plaisirs. Il est possible de retrouver ces recettes sur leurs sites internet ou dans des livrets recettes disponibles en pharmacie. Des exemples de recettes sont illustrés dans la figure 19.



Figure 19 : Idées de recettes à base de CNO (64)

L'accompagnement du patient sous CNO par le pharmacien repose donc sur une prise en charge individualisée. Afin d'étudier le rôle du pharmacien d'officine en pratique, une enquête a été réalisée.

IV. EVALUATION DES PRATIQUES : ENQUETE A L'OFFICINE

Les trois premières parties de cette thèse nous ont permis de revoir les méthodes de dépistage, les stratégies de lutte contre la dénutrition ainsi que l'accompagnement d'un patient sous CNO par le pharmacien d'officine.

Afin de dresser un état des lieux des connaissances des pharmaciens d'officine sur la dénutrition, mettre en lumière les méthodes de dépistage de celle-ci et les conseils associés à la délivrance de CNO aux patients en vie réelle, un questionnaire a été élaboré et diffusé.

A. Matériel et méthodes

1) Présentation de l'étude

L'étude réalisée consistait en une enquête destinée aux pharmaciens d'officine. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des pharmaciens d'officine sur la dénutrition et ensuite d'analyser les points les plus abordés, mais aussi les moins abordés par les pharmaciens d'officine avec leurs patients. Il s'agissait d'une étude anonyme, individuelle et destinée à tous les pharmaciens d'officine exerçant en France.

Pour assurer l'anonymat, le questionnaire a été déclaré au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'université puis enregistré auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro 761376. L'enquête a ainsi été rendue accessible aux pharmaciens d'officine via la plateforme LimeSurvey®.

La diffusion du questionnaire aux pharmaciens d'officine a été effectuée principalement par mail. Une première diffusion a été effectuée à toutes les officines de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens d'officine Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse (CROP PACA Corse). Une seconde diffusion a ensuite été assurée plus largement en France par le Collège des Pharmaciens Conseillers et Maîtres de Stage (CPCMS). Le questionnaire a également été diffusé par mail à des officines grâce à une liste de maître de stage, identifiée sur le site internet de différentes Universités (Grenoble-Alpes, Strasbourg, Rennes, Limoges, Nantes).

Enfin mon réseau personnel ainsi que les réseaux sociaux ont également été utilisés afin d'augmenter le nombre de réponses. Il s'agit notamment du groupe Facebook *Pharmacool* qui est un forum destiné aux pharmaciens pour échanger sur des sujets concernant le domaine pharmaceutique ainsi que du groupe Facebook *Pharmaction* qui est un lieu d'échange d'informations entre pharmaciens, géré par la secrétaire générale de l'Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO).

2) Description du questionnaire

Afin d'obtenir un maximum de réponses à l'étude, le questionnaire a été élaboré selon plusieurs critères. Il devait être structuré, pertinent, d'une longueur acceptable permettant au pharmacien d'officine de répondre dans un temps compatible avec sa vie professionnelle. Afin que le pharmacien d'officine puisse répondre le plus rapidement possible, le sondage contenait majoritairement des questions à choix simples ou multiples. Des zones de textes libres étaient également intégrées, lui permettant d'ajouter une réponse personnalisée si les réponses proposées dans la liste ne correspondaient pas à ses attentes. Seules quelques questions demandaient aux pharmaciens de rédiger un texte, notamment lorsque l'objectif était de faire un état des lieux de leurs connaissances. Ainsi, le questionnaire pouvait être rempli en totalité en moins d'une dizaine de minutes.

Le questionnaire était composé de quatre parties : une première partie permettant d'obtenir des informations propres au pharmacien répondant. Une seconde partie concernant les connaissances du pharmacien sur la définition de la dénutrition avérée (diagnostic de dénutrition) et du risque de dénutrition ainsi que les méthodes de dépistage. Une troisième partie relative à la prévention du risque de dénutrition et une dernière partie portant sur l'accompagnement proposé aux patients ayant une prescription de CNO.

Il est possible de visualiser le questionnaire sous la forme d'un arbre décisionnel présenté ci-dessous (Figure 20). L'intégralité du questionnaire est retrouvée en annexe 7.

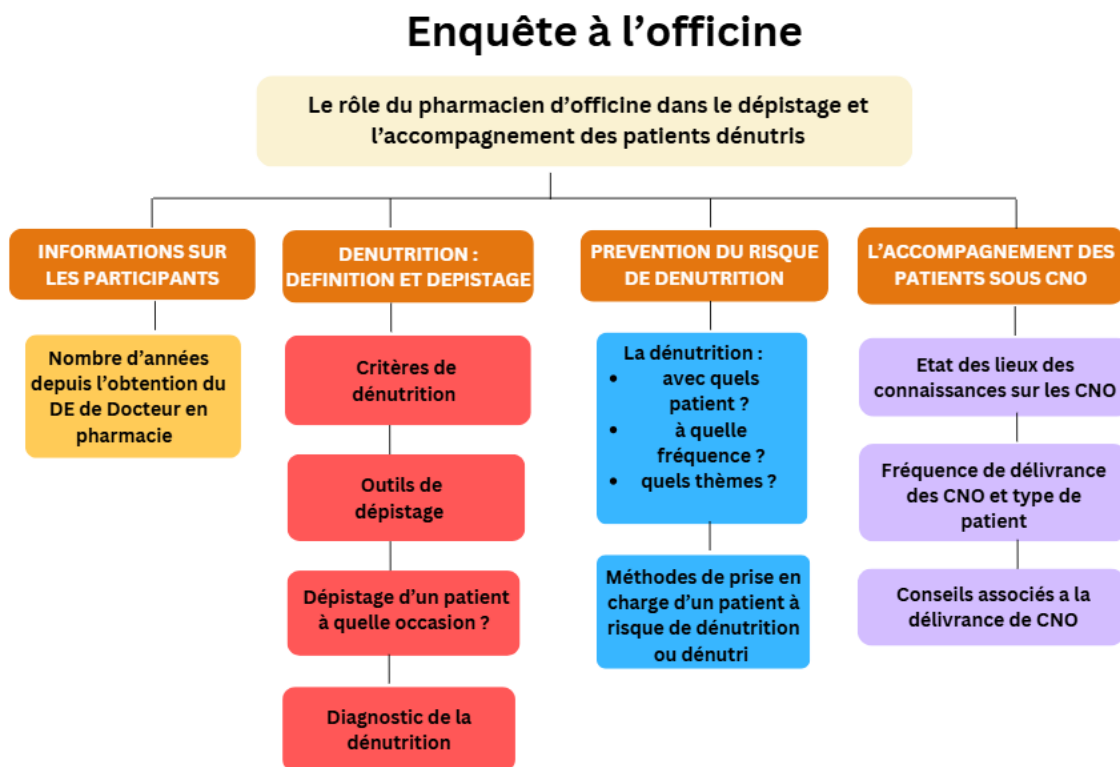


Figure 20 : Représentation schématique de l'enquête à l'officine

B. Résultats de l'enquête

La diffusion du questionnaire a permis d'obtenir un total de 366 réponses dont 108 réponses complètes et 258 réponses incomplètes. Parmi les répondants n'ayant pas répondu entièrement au questionnaire, la majorité se sont arrêtés à la deuxième question. Afin que l'étude soit représentative, seules les réponses complètes ont été analysées.

1) Partie 1 : informations sur les participants

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans la figure 21.

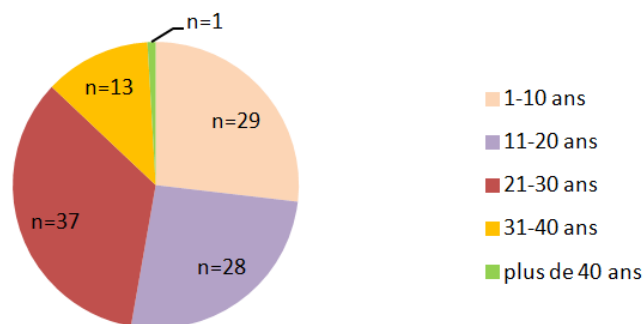


Figure 21 : Résultats de la question 1 : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ? (Question à choix simple, n = 108)

Dans cette enquête, la majorité des répondants (n= 94, soit 87%) sont des pharmaciens d'officine diplômés depuis 1 à 30 ans. Plus de la moitié sont même diplômés depuis moins de 20 ans, mais la proportion la plus importante concerne les pharmaciens diplômés depuis entre 21 et 30 ans.

2) Partie 2 : risque de dénutrition et dénutrition avérée : définition et dépistage

Dans cette partie, nous avons interrogé les pharmaciens d'officine sur les critères définissant un patient à risque de dénutrition. Ils ont ainsi pu sélectionner un ou plusieurs critères parmi une liste proposée (Figure 22).

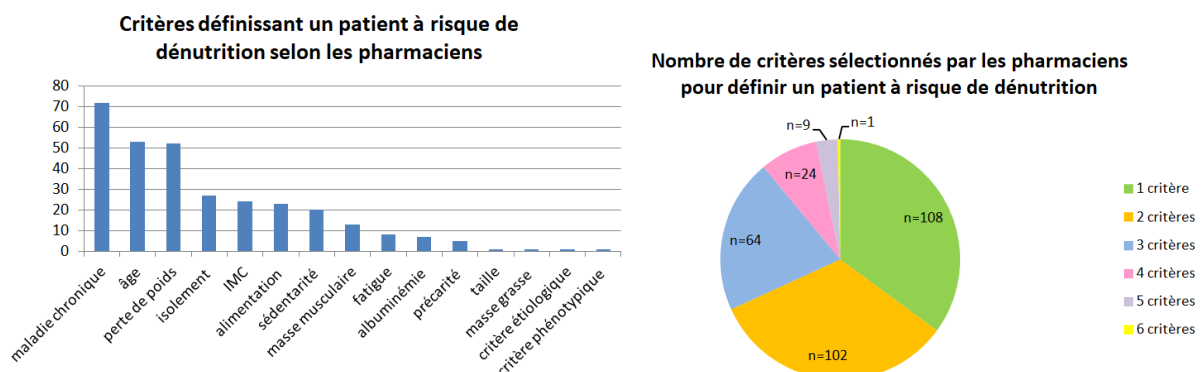


Figure 22 : Réponses obtenues à la question 2 : Quels sont les critères définissant un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 308)

Parmi les 108 pharmaciens répondants, cette question à choix multiple a recueilli 308 réponses au total. La majorité des réponses données par les pharmaciens (n = 210, soit 68%) comprennent entre 1 ou 2 critères pour définir un patient à risque de dénutrition. Les critères qui ressortent le plus sont la présence d'une maladie chronique, l'âge et la perte de poids.

Ensuite, nous avons souhaité évaluer la connaissance des outils de dépistage de la dénutrition par les pharmaciens d'officine (Figure 23).

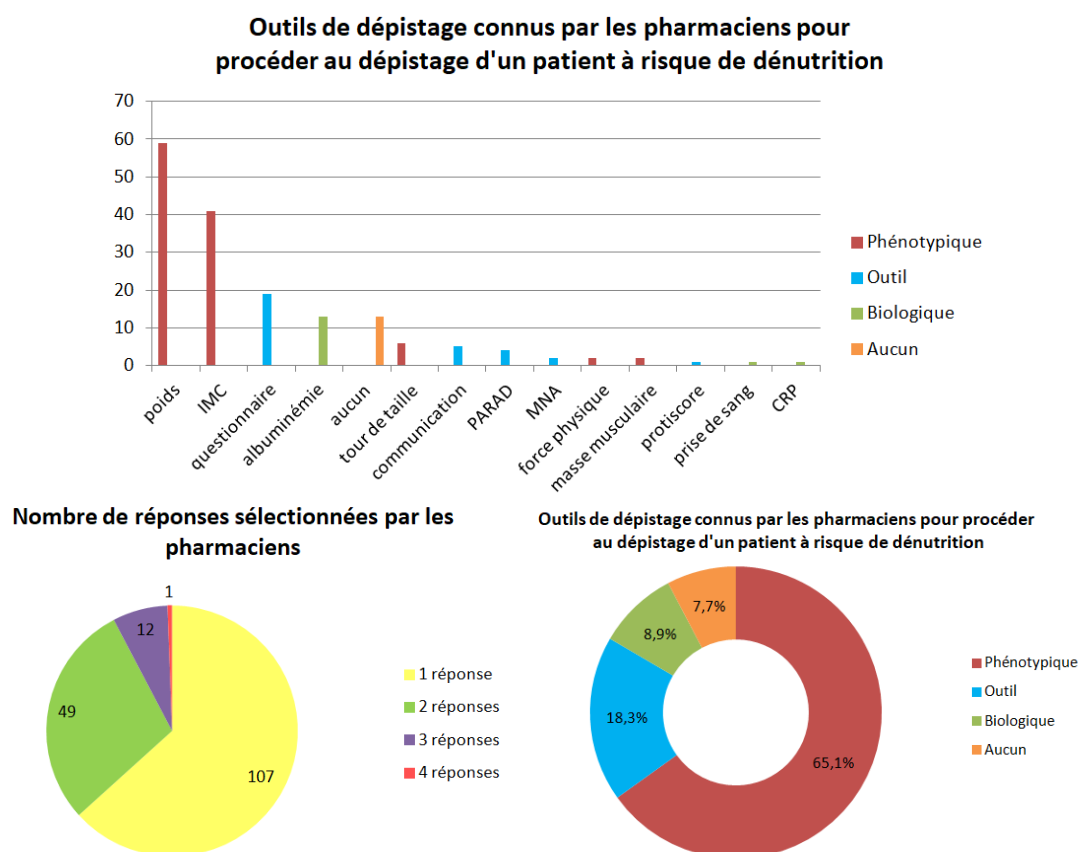


Figure 23 : Éléments de réponse recueillis pour la question 3 : Quels sont les outils que vous connaissez pour procéder au dépistage de patients à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 169)

Parmi les 169 réponses récoltées, la grande majorité des pharmaciens d'officine ont sélectionné une seule réponse (n = 107).

Les critères de dépistage les plus connus des pharmaciens sont les critères phénotypiques comme par exemple le poids, l'IMC (n = 65,1%), suivis des outils comme les questionnaires (n = 18,3%), dont les outils MNA et PARAD. Les critères biologiques comme l'albuminémie, la CRP et les prises de sang sont sélectionnés à hauteur de 8,9%. Enfin, 7,7% des réponses ne contiennent aucun outil de dépistage.

Le dépistage de la dénutrition étant un point clé du suivi des patients en population générale, nous avons voulu savoir si les pharmaciens d'officine avaient déjà eu l'occasion de proposer ce dépistage à leurs patients (Figure 24).

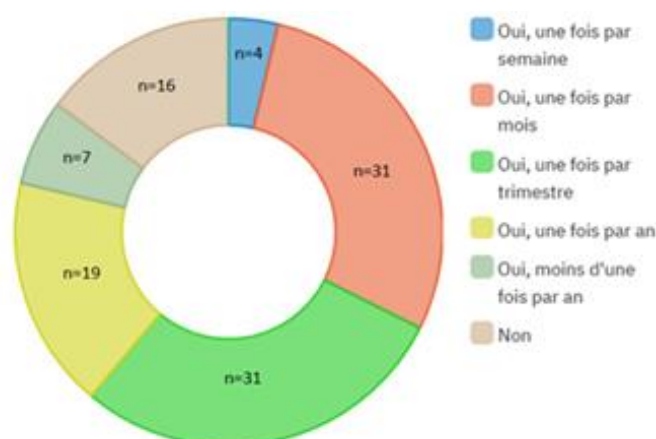


Figure 24 : Détail des réponses de la question 4 : Vous arrive-t-il ou vous est-il déjà arrivé de dépister un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix simple, n = 108)

La majorité des pharmaciens a déjà dépisté un patient à risque de dénutrition (n = 92, soit 85,2%) alors que 14,8% d'entre eux déclarent n'avoir jamais dépisté un patient à risque de dénutrition. Pour la majorité des pharmaciens ayant déjà dépisté un patient à risque de dénutrition, la fréquence de dépistage déclarée est d'une fois par mois (n=31) et d'une fois par trimestre (n=31).

Nous avons ensuite cherché à identifier les situations ayant amené les pharmaciens à effectuer ce dépistage (Figure 25).

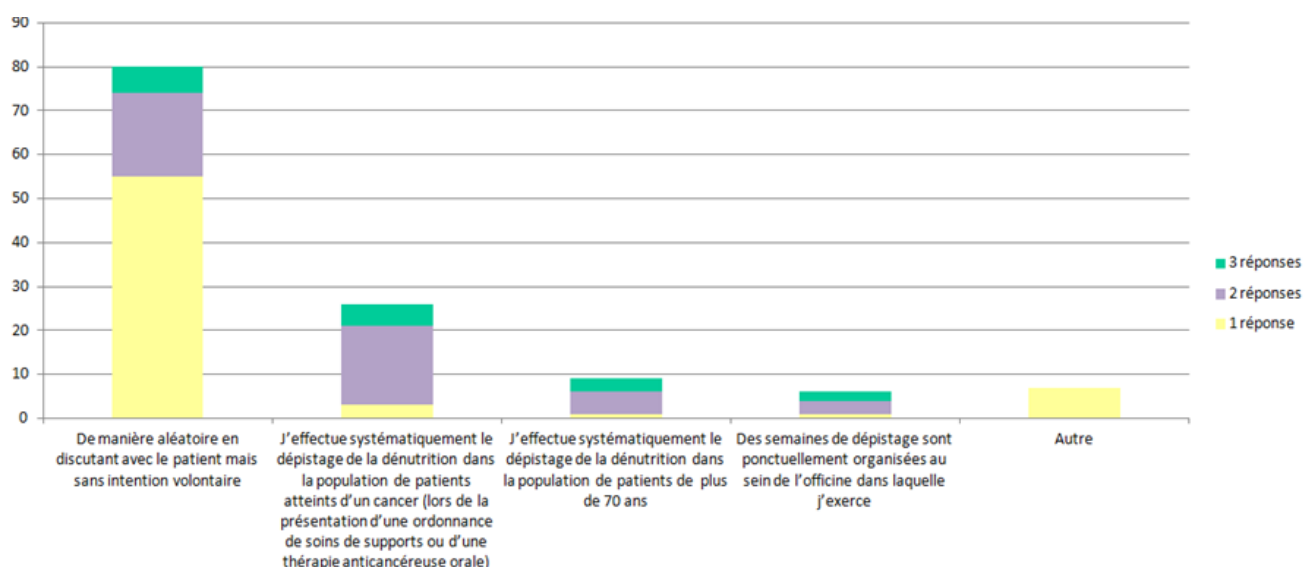


Figure 25 : Réponses obtenues à la question 4a : A quelle occasion avez-vous dépisté un patient à risque de dénutrition ? (Question à choix multiple, pour les pharmaciens ayant répondu oui à la question 4, n = 128 réponses)

Cette question a recueilli 128 réponses parmi les 92 pharmaciens ayant répondu « oui » à la question précédente. Le dépistage s'est majoritairement fait de manière aléatoire en discutant avec le patient mais sans intention volontaire (n = 80) ou lorsque le pharmacien est face à un patient atteint de cancer (n = 26). En revanche peu de pharmaciens effectuent systématiquement le dépistage des patients de plus de 70 ans (n = 9), ou organisent des semaines de dépistage au sein de l'officine dans laquelle ils exercent (n = 6).

Sept pharmaciens ont coché la case « autre » et déclarent avoir dépisté des patients à risque de dénutrition :

- lors d'un changement de morphologie / d'amaigrissement du patient (n = 3),
- lors d'entretiens d'oncologie (n = 1),
- lors de la découverte d'une pathologie neurologique du patient comme la maladie d'Alzheimer (n = 2),
- lors du décès / deuil d'un proche (n = 1).

Nous avons ensuite abordé la thématique du diagnostic de dénutrition, afin de déterminer la connaissance des pharmaciens d'officine à ce sujet (Figure 26).

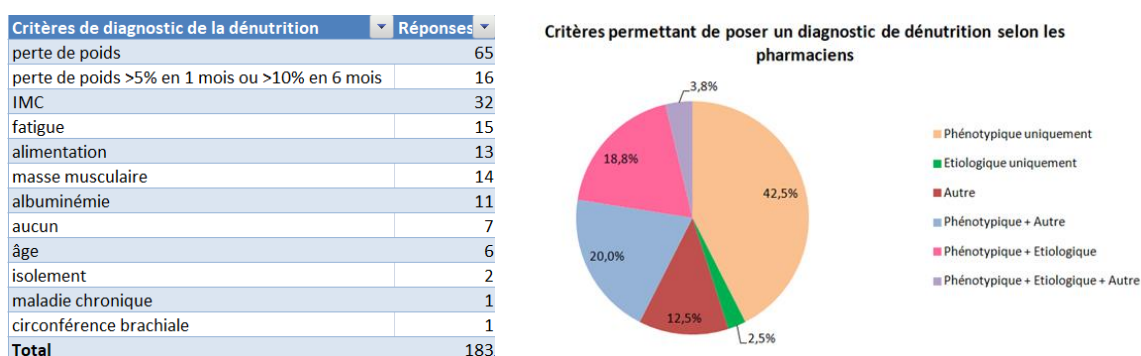


Figure 26 : Réponses obtenues à la question 5 : Quels sont les critères permettant de poser un diagnostic de dénutrition ? (Question à choix multiple, n = 183 réponses)

Cette question a recueilli 183 réponses parmi les 108 pharmaciens répondant au questionnaire.

Le critère pour poser un diagnostic qui ressort le plus dans cette étude est la perte de poids (n = 81 dont environ ¼ des pharmaciens qui quantifient cette perte). Le second critère est la valeur de l'IMC (n = 32), suivie de la fatigue du patient (n = 15) et de son alimentation (n = 13).

Parmi les réponses, le critère phénotypique ressort largement car il est sélectionné seul à hauteur de 42,5% par les répondants. Ensuite, 20% ont sélectionné ce même critère associé à un critère « autre » et 22,6% l'ont sélectionné cumulé avec un critère étiologique. Enfin, 12,5% des répondants ont répondu uniquement un critère « autre » et 2,5% ont sélectionné un critère étiologique uniquement pour poser le diagnostic de dénutrition.

3) Partie 3 : prévention du risque de dénutrition

L'idéal étant de prévenir la dénutrition, nous avons voulu savoir si les pharmaciens d'officine échangeaient avec leurs patients sur le risque de dénutrition (Figure 27).

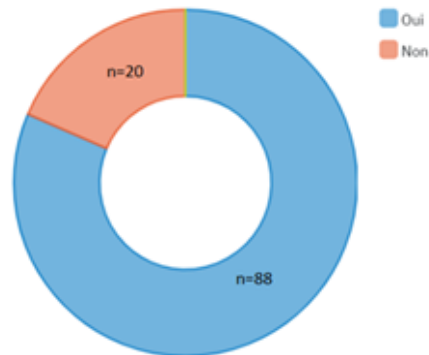


Figure 27 : Détail des réponses de la question 6 : Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet de risque de dénutrition avec vos patients ? (Question à choix simple, n = 108)

Parmi les 108 pharmaciens ayant répondu à l'enquête, 88 (soit 81,4%) déclarent aborder le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients.

Il fallait ensuite identifier les conditions dans lesquelles les pharmaciens abordaient ce sujet avec leurs patients (Figure 28).

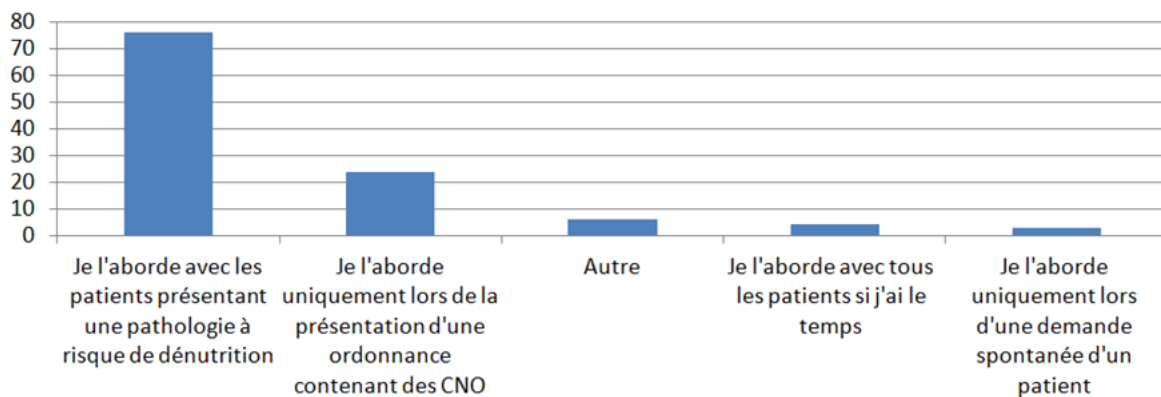


Figure 28 : Éléments de réponse recueillis pour la question 6a : Quand abordez-vous le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ? (Question à choix multiple pour les pharmaciens ayant répondu « oui » à la question 6, n = 113 réponses)

Parmi les 88 pharmaciens abordant le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients, 76 (88%) l'abordent surtout chez les patients présentant une pathologie à risque de dénutrition (cancer, pathologie digestive, mucoviscidose, troubles psychiatriques), 24 (27%) l'abordent uniquement sur présentation d'une ordonnance contenant des CNO, 4 (4,5%) abordent la dénutrition avec tous les patients s'ils ont le temps et 3 (3,4%) abordent la dénutrition uniquement lors d'une demande spontanée du patient.

Six pharmaciens ont coché la proposition « autre » et abordent donc la dénutrition :

- chez la personne âgée (n = 3),
- selon la variation de morphologie de leur patient (n = 1),
- uniquement chez le patient atteint d'un cancer, mais pas d'autres pathologies à risque de dénutrition (n = 1),
- lors du décès d'un proche / lorsqu'un patient se retrouve isolé (n = 1).

Il fallait ensuite classer les thèmes abordés par les pharmaciens avec leurs patients en fonction de leur fréquence (Figure 29).

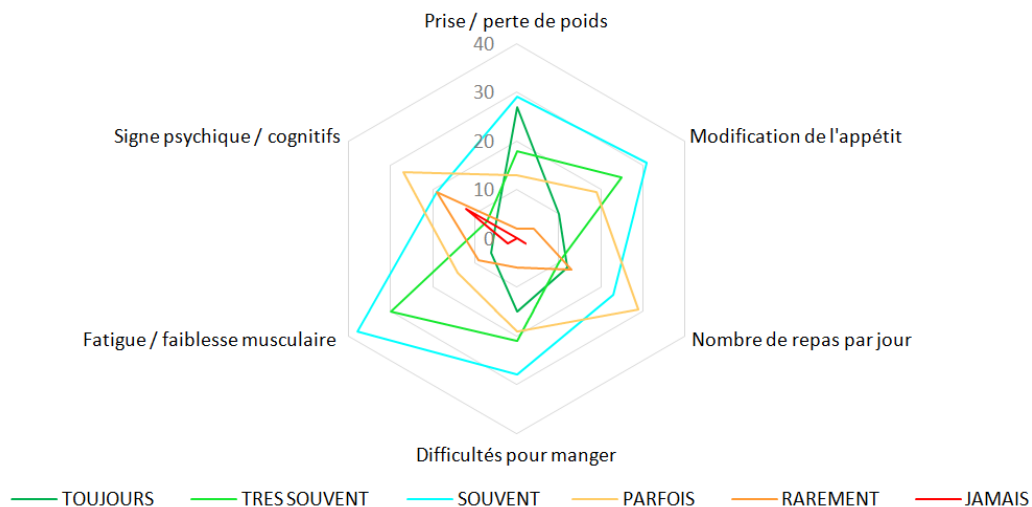


Figure 29 : Détail des réponses de la question 6b : Classement des thèmes abordés par les pharmaciens avec leurs patients selon leur fréquence (Question à choix simple pour les pharmaciens ayant répondu « oui » à la question 6, n = 88)

Les pharmaciens qui abordent le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients mentionnent pour la plupart en priorité la prise ou la perte de poids inexpliquée, la faiblesse musculaire ou la fatigue et la modification de l'appétit tandis que les thèmes qu'ils abordent le moins sont les difficultés pour manger, le nombre de repas consommés par jour et les signes psychiques.

Pour les pharmaciens qui n'abordent pas de manière générale le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients, nous avons souhaité les interroger sur les sujets qu'il faudrait aborder avec les patients dénutris ou à risque de dénutrition (Figure 30).

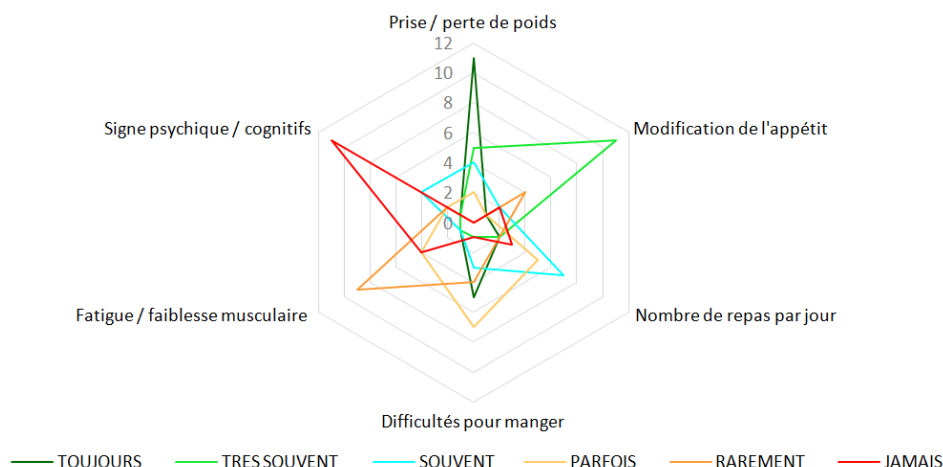


Figure 30 : Détail des réponses de la question 6c : Quels sont les thèmes qu'il faudrait aborder selon vous avec un patient dénutri ou à risque de dénutrition et donnez leur fréquence ? (Question à choix simple pour les pharmaciens ayant répondu « non » à la question 6, n= 20)

Les pharmaciens qui n'abordent pas le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients pensent que les thèmes à aborder en priorité avec les patients dénutris ou à risque de dénutrition sont : la prise ou la perte de poids inexpliquée, la modification de l'appétit et le nombre de repas pris par jour tandis que les thèmes qu'ils pensent le moins à aborder sont les difficultés pour manger, la faiblesse et la fatigue musculaire et les signes psychiques.

Enfin, nous avons souhaité évaluer la prise en charge proposée par les pharmaciens d'officine aux patients à risque de dénutrition (Figure 31) puis dénutris (Figure 32). Trois possibilités leur ont été proposées : une attitude proactive, basée sur un échange avec le patient, la remise de documents d'information ou encore l'orientation vers un autre professionnel de santé (Figure 33). Les résultats obtenus à ces questions sont détaillés ci-dessous.

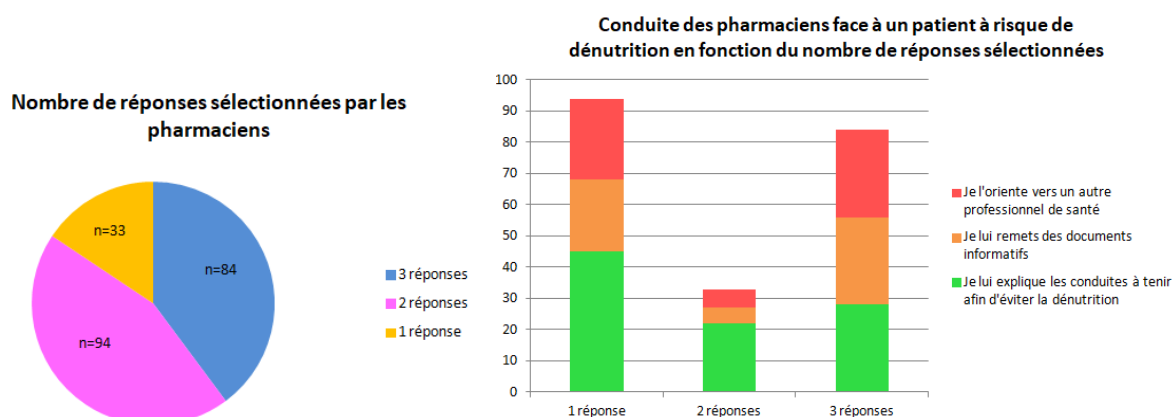


Figure 31 : Éléments de réponse recueillis pour la question 7 : Si vous prenez en charge un patient A RISQUE de dénutrition, quelle est votre démarche ? (Question à choix multiple, n = 211 réponses)

Cette question a recueilli 211 réponses. La majorité des pharmaciens ont sélectionné 2 réponses à cette question (n=94).

- Pour les pharmaciens ayant sélectionné une seule réponse (n=94), ils expliquent majoritairement à leurs patients la conduite à tenir afin d'éviter la dénutrition (n=45).
- Pour les pharmaciens ayant sélectionné deux réponses (n=33), ils expliquent la conduite (n=22) à tenir et orientent vers un professionnel de santé (n=6) quasiment à part égale avec la remise de documents informatifs (n=5).
- Le reste des pharmaciens répondants ont sélectionné les trois réponses (n=84).

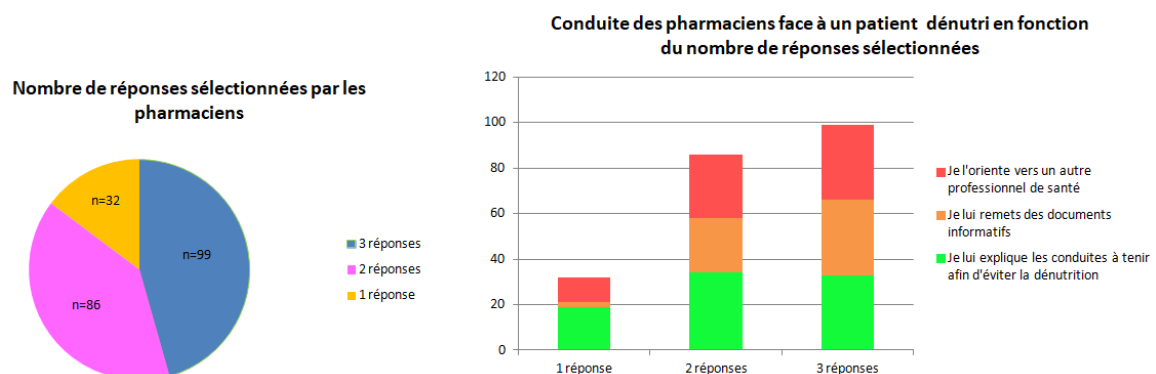


Figure 32 : Éléments de réponse recueillis pour la question 8 : Si vous prenez en charge un patient DENUTRI, quelle est votre démarche ? (Question à choix multiple, n = 217 réponses)

Cette question a recueilli 217 réponses. La majorité des pharmaciens ont sélectionné 3 réponses à cette question (n=99).

- Pour les pharmaciens ayant sélectionné une seule réponse (n=32), ils expliquent majoritairement à leurs patients la conduite à tenir afin d'éviter la dénutrition (n=19).
- Pour les pharmaciens ayant sélectionné deux réponses (n=86), ils expliquent la conduite (n=34) à tenir et orientent vers un professionnel de santé (n=28) quasiment à part égale avec la remise de documents informatifs (n=24).

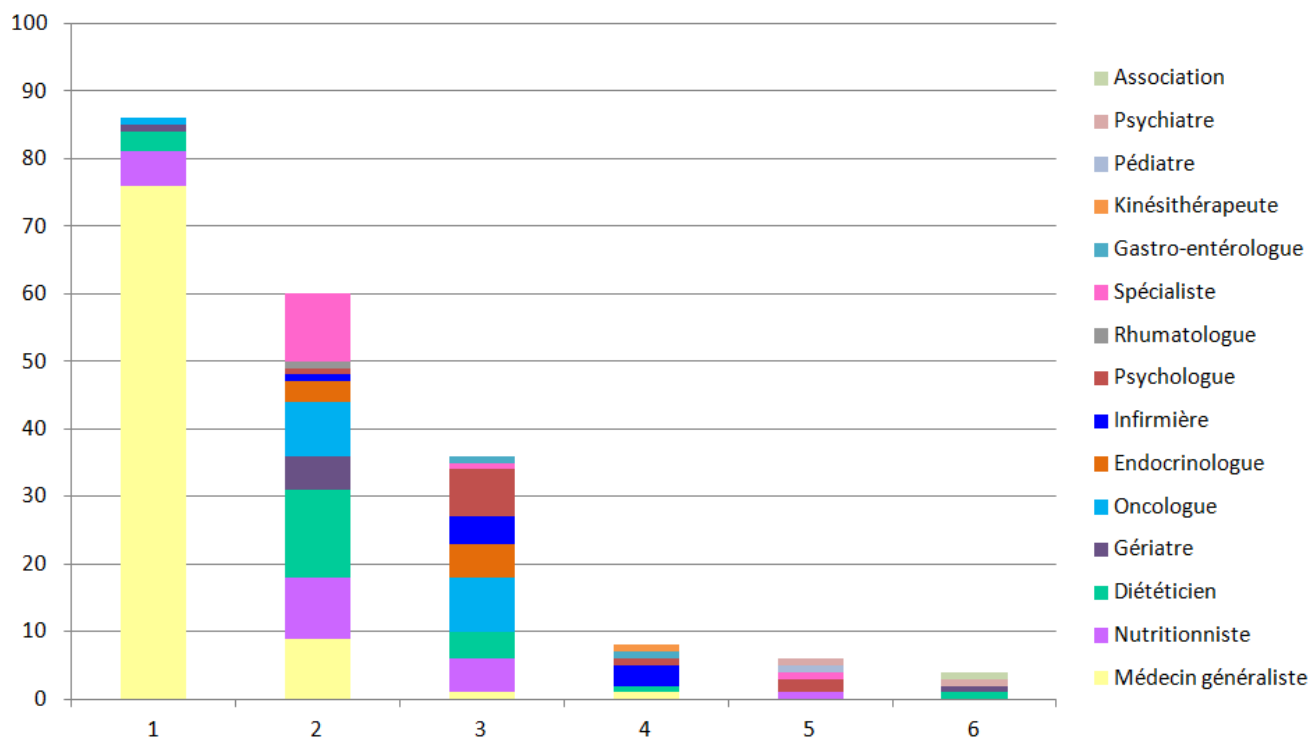


Figure 33 : Détail des réponses de la question 9 (seulement pour les pharmaciens ayant répondu « je l'oriente vers un autre professionnel de santé » à la question 8) : Vers quels professionnels de santé orientez vous vos patients dénutris ou à risque de dénutrition ? Classez-les dans l'ordre de priorité ou de fréquence (1 étant le plus fréquent ou important et 6 étant le moins fréquent ou important) (n = 72)

Cette question a recueilli 72 réponses. Les pharmaciens orientent majoritairement leurs patients dénutris ou à risque de dénutrition dans l'ordre de priorité suivant : d'abord chez le médecin généraliste puis vers le diététicien / nutritionniste, enfin vers le médecin spécialiste (endocrinologue, oncologue, psychologue, gériatre) selon la pathologie du patient. A noter que très peu de pharmaciens orientent leur patient vers les associations et lorsque c'est le cas, elles sont citées en dernier, après les professionnels de santé.

4) Partie 4 : l'accompagnement des patients sous compléments nutritionnels oraux

La dernière partie du questionnaire avait pour but de déterminer l'accompagnement proposé par les pharmaciens d'officine pour les patients ayant des CNO. Cette partie a évalué en premier lieu la situation dans laquelle les pharmaciens ont acquis les connaissances et compétences sur ces produits de santé (Figure 34).

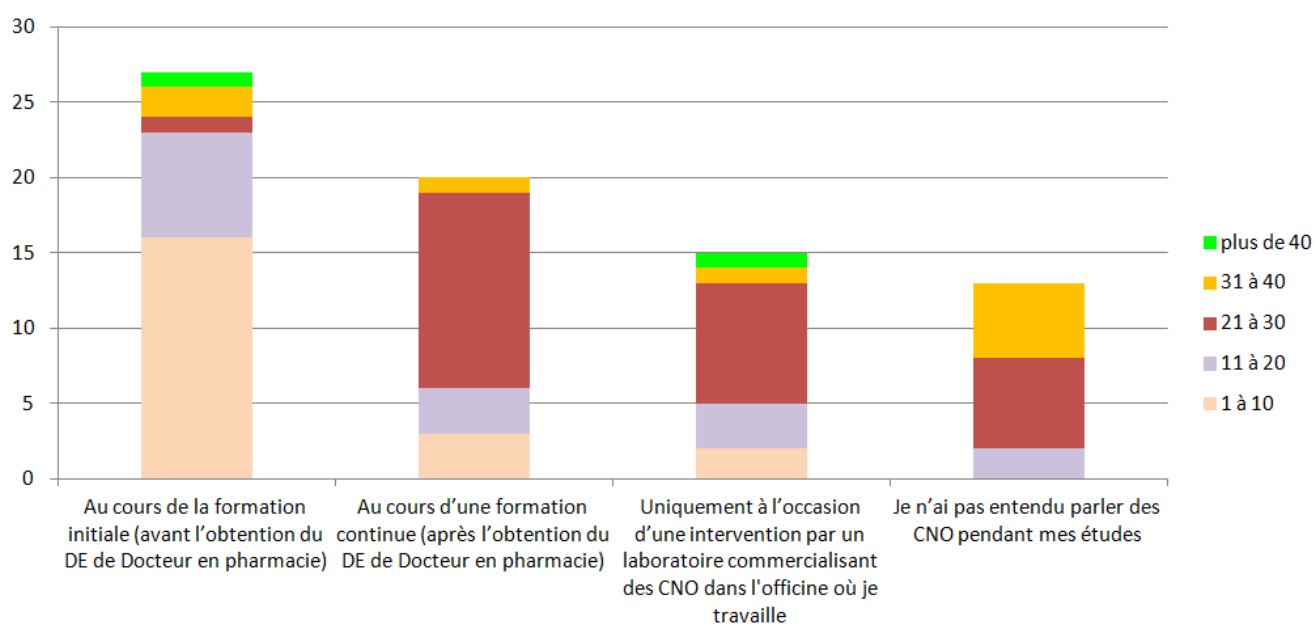


Figure 34 : Détail des réponses de la question 10 : A quel moment de votre cursus avez-vous abordé les CNO ? (Question à choix simple, n = 108) ; réponses présentées en fonction de l'ancienneté du diplôme

La réponse la plus fréquemment citée est « au cours de la formation initiale ».

Pour les pharmaciens ayant abordé les CNO au cours de leur formation initiale (n = 27), il s'agit majoritairement des pharmaciens diplômés depuis 1 à 20 ans (n = 23). Pour les pharmaciens ayant abordé les CNO au cours d'une formation continue (n = 20) et pour ceux ayant abordé les CNO uniquement à l'occasion d'une intervention par un laboratoire commercialisant les CNO dans l'officine où ils travaillent, il s'agit majoritairement de pharmaciens diplômés depuis 21 à 30 ans (respectivement n = 13 et n = 8). Enfin, pour les pharmaciens n'ayant jamais entendu parler des CNO au cours de leurs études (n = 13), il s'agit majoritairement de pharmaciens diplômés depuis 21 à 40 ans (n = 11).

En somme, 85% des pharmaciens répondant à l'étude ont entendu parler des CNO au cours de leur cursus tandis que 15% n'en ont jamais entendu parler au cours de leurs études.

Les gammes de CNO évoluant régulièrement, nous avons demandé aux pharmaciens s'ils avaient cherché des informations par eux-mêmes (Figure 35).

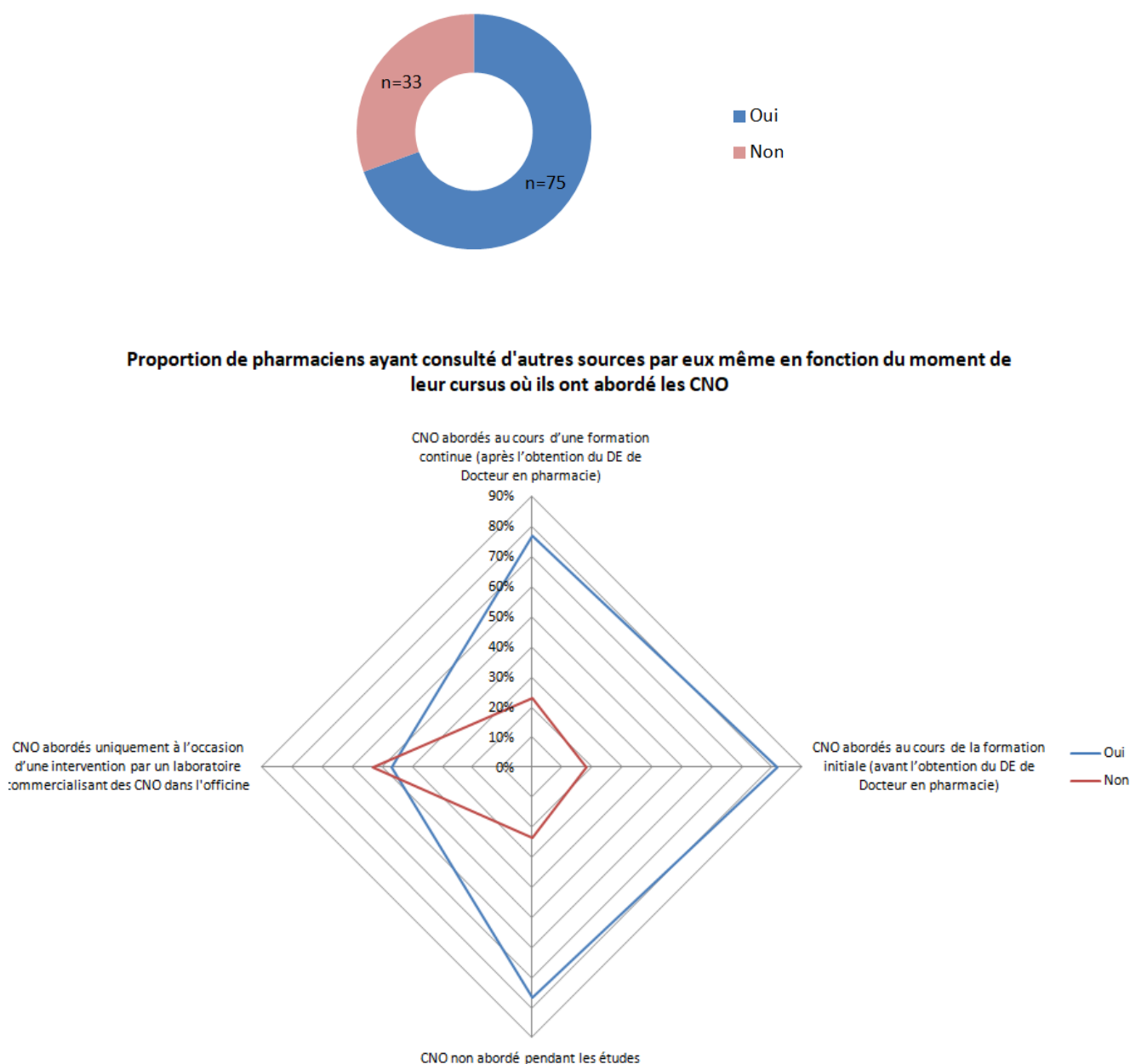


Figure 35 : Éléments de réponse recueillis pour la question 11 : Avez-vous consulté d'autres sources par vous-même, pour approfondir vos connaissances sur les CNO ? (Question à choix simple, n = 108)

La majorité des pharmaciens (n=75) déclarent avoir consulté d'autres sources pour approfondir leurs connaissances sur les CNO.

- Parmi les pharmaciens ayant abordé les CNO au cours de la formation initiale, 82% d'entre eux ont consultés d'autres sources pour approfondir leurs connaissances.
- Parmi les pharmaciens ayant abordé les CNO au cours de la formation continue, 77% d'entre eux ont consultés d'autres sources pour approfondir leurs connaissances.

- Parmi les pharmaciens n'ayant pas abordé les CNO au cours de leurs études, 76% d'entre eux ont consultés d'autres sources pour approfondir leurs connaissances.
- Parmi les pharmaciens ayant abordé les CNO uniquement à l'occasion d'une intervention par un laboratoire commercialisant les CNO dans l'officine où ils travaillent, 47% d'entre eux ont consultés d'autres sources pour approfondir leurs connaissances.

Puisque de nombreux pharmaciens ont cherché des informations sur les CNO par eux-mêmes, il nous a semblé important d'identifier les sources qu'ils ont consultées (Figure 36).

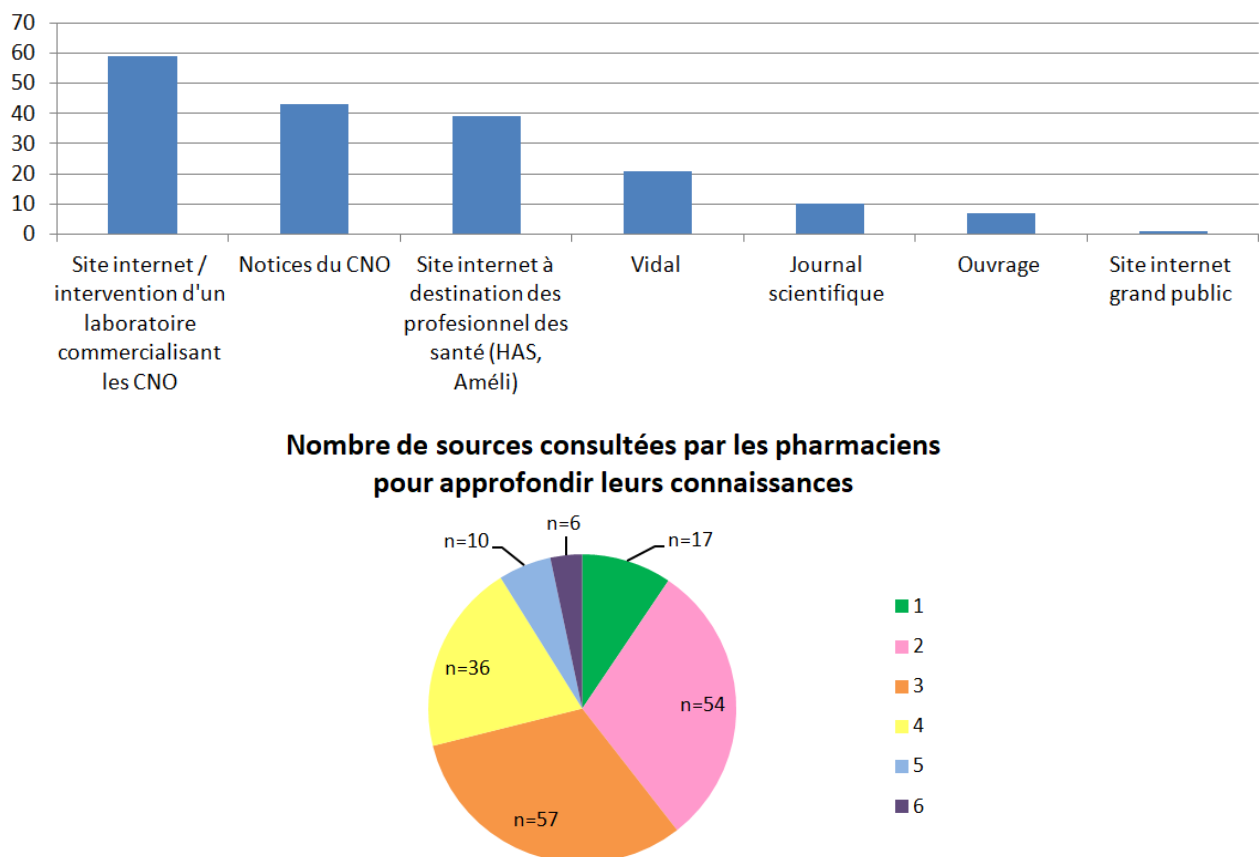


Figure 36 : Éléments de réponse recueillis pour la question 11a : précisez les sources que vous avez consultées pour approfondir vos connaissances ? (pour ceux ayant répondu « oui » à la question 11, question à choix multiple, n = 180 réponses)

Parmi les 75 pharmaciens répondant, chacun a cité en moyenne entre 2 et 4 sources (n = 134) ce qui a permis d'obtenir un total de 180 réponses. Les sources majoritairement consultées par les pharmaciens (n=59) sont les sites internet des laboratoires commercialisant des CNO (Nutrisens®, Fresubin®, Délical®, Nestlé®) ou l'intervention à l'officine de l'un de ces laboratoires. Il y a également comme sources majoritairement consultées les notices de CNO (n=43), les sites internet à destination des professionnels de santé comme la HAS ou le site Améli (n=39) et le Vidal (n=21).

Une dizaine de pharmaciens a consulté un journal scientifique et 7 d'entre eux ont consulté un ouvrage. Des précisions ont été demandées pour ces 2 sources.

Question 11b : Précisez le nom du journal scientifique ? (Pour ceux ayant répondu « journal scientifique » à la question 11a) (n = 10)

Les journaux scientifiques les plus consultés par les pharmaciens sont :

- Le moniteur des pharmacies,
- Prescrire,
- Nutrition clinique et métabolisme.

Question 11c : précisez le nom de l'ouvrage ? (Pour ceux ayant répondu « ouvrage » à la question 11a) (n = 7)

Les pharmaciens ayant consulté un ouvrage déclarent majoritairement ne pas se souvenir du nom de ce dernier. Les autres réponses obtenues sont :

- Thèses,
- Nutrithérapie de Curtay,
- Cahiers de Nutrition et de Diététique (Société Française de Nutrition, édition ELSEVIER).

Enfin, nous avons souhaité évaluer la fréquence de délivrance des CNO par les pharmaciens (Figure 37) et la typologie des patients auxquels ils dispensent des CNO (Figure 38).

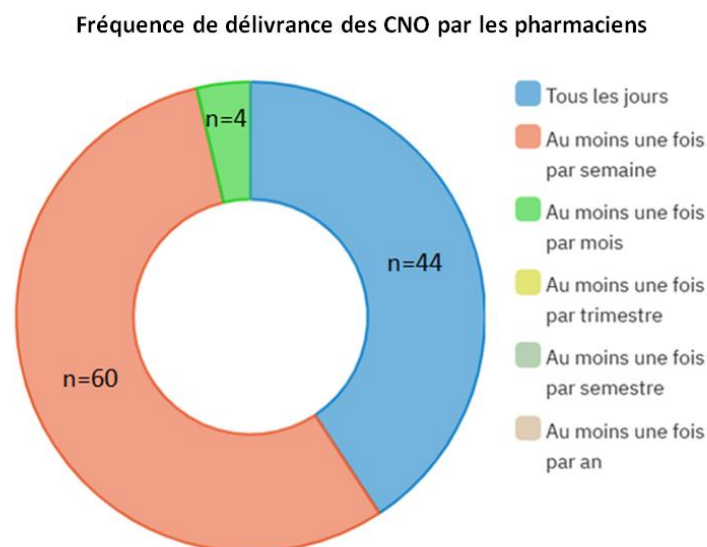


Figure 37 : Détail des réponses de la question 12 : À quelle fréquence délivrez-vous des CNO ? (Question à choix simple, n = 108)

Tous les pharmaciens délivrent des CNO au moins une fois par mois (n = 108), dont une très large majorité à une fréquence hebdomadaire (n = 60).

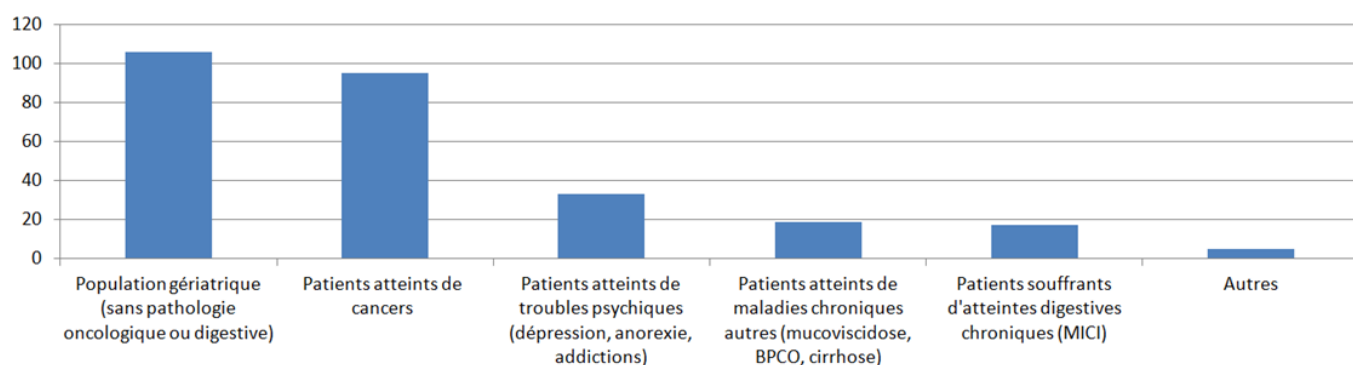


Figure 38 : Détail des réponses de la question 13 : Quels sont les patients pour lesquels vous délivrez le plus de CNO ? (Question à choix multiple, n= 275 réponses)

La grande majorité des CNO sont délivrés par les pharmaciens à la population gériatrique (n = 106) et aux patients atteints de cancers (n = 95).

Cinq pharmaciens ont coché la proposition « autre » et précisent délivrer des CNO pour :

- des patients en période préopératoire (n = 1),
- des patient en période post opératoire ayant subi une intervention impactant la prise alimentaire orale comme une intervention sur la mâchoire (n = 1),
- des grands brûlés (n = 3).

La dernière question avait pour objectif de dresser le panorama des conseils dispensés aux patients au moment de la délivrance des CNO (Figure 39).

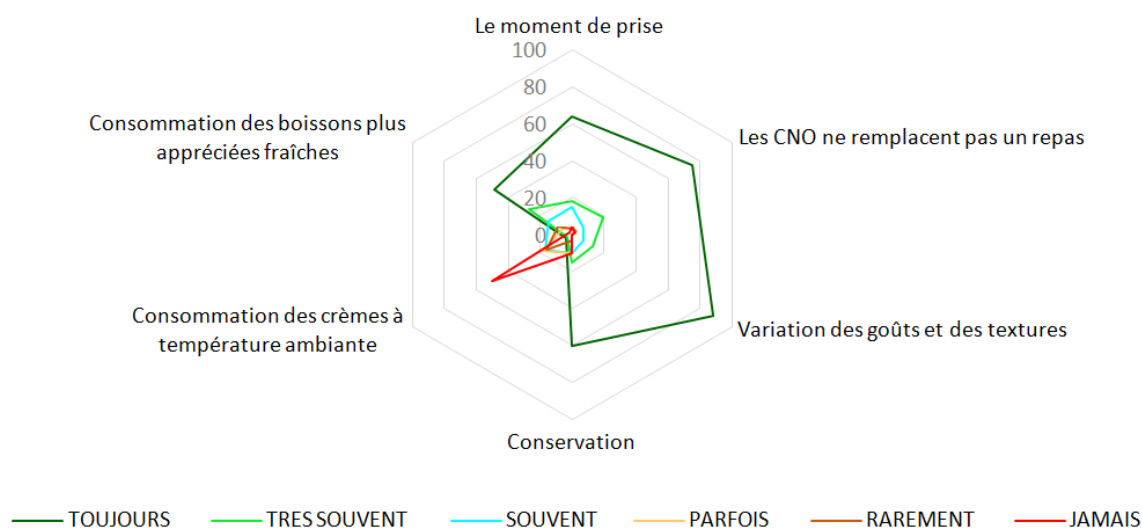


Figure 39 : Détail des réponses de la question 14 : Donnez la fréquence à laquelle vous abordez les conseils suivants avec vos patients lors de la délivrance de CNO ? (1 conseil = 1 fréquence), n = 108

Les conseils les plus fréquemment donnés aux patients par les pharmaciens d'officine lors de la délivrance de CNO sont la possibilité de varier les goûts et les textures, la prise en dehors des repas et le moment de prise. Les conseils les moins souvent donnés aux patients concernent les modes de conservation et de consommation des crèmes et des boissons.

V. DISCUSSION

La dénutrition est une pathologie qui touche à ce jour en France 2 millions de personnes. C'est un enjeu majeur de santé publique.

Ce travail de thèse avait pour objectif de décrire la dénutrition, sa prise en charge et le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage de cette pathologie, ainsi que l'accompagnement des patients.

La première partie de ce travail a permis de rappeler le contexte épidémiologique de la dénutrition et sa définition, de décrire les facteurs de risque de cette pathologie et de présenter en détails les outils de dépistage et diagnostic, ainsi que les éléments à prendre en considération pour tout professionnel de santé s'intéressant à cette pathologie.

La dénutrition, pourtant dépistée et diagnostiquée à partir d'un ensemble de critères assez faciles à évaluer par tout professionnel de santé (IMC, perte de poids, critères étiologiques), est sous-estimée, en particulier chez les patients âgés, à la fois dans le milieu hospitalier (65), mais aussi en ville, notamment dans les EHPAD (66). Cela peut être dû, non seulement au manque de temps, mais aussi au fait que les outils existent, mais qu'il n'est pas toujours évident de choisir l'outil le plus approprié (67).

Mais ce n'est pas la seule explication. Une enquête pluridisciplinaire récemment menée à partir de la composition de focus groupes, a permis de définir les facteurs limitants, empêchant une prise en charge optimale (68). A travers cette étude, les diététiciens, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ont abouti à la conclusion qu'il était indispensable de mettre davantage l'accent sur le dépistage des patients exposés à un risque de dénutrition, afin d'éviter la malnutrition avancée ou sévère. Les diététiciens auraient un rôle clé à jouer dans ce dépistage. De plus, selon les médecins généralistes, la dénutrition n'est considérée que comme une pathologie secondaire, en comparaison avec les pathologies chroniques dont les patients peuvent souffrir (69). Les patients eux-mêmes, ont tendance à ne pas prendre en considération les signaux d'alerte tels qu'une perte de poids par exemple (70). Ceci concourt à retarder le diagnostic et la prise en charge.

Les médecins généralistes considèrent, de plus, que la prise en charge de la dénutrition relève de la pluridisciplinarité et que les autres professionnels de santé doivent s'investir dans le traitement et le suivi des patients dénutris. Cette collaboration interprofessionnelle doit impliquer les professionnels de santé de soins primaires (71).

C'est en lien avec cette idée, que l'objectif de ce travail était dans un second temps, d'interroger les pharmaciens d'officine pour connaître leur implication dans le dépistage et la prise en charge des patients dénutris, plus précisément ceux traités par CNO.

Ce questionnaire a recueilli 108 réponses complètes avec une répartition plutôt variée et équilibrée du nombre de pharmaciens diplômés depuis 1 à 30 ans, ce qui permet d'aboutir à des résultats assez représentatifs.

En revanche, cette étude présente quelques biais.

D'une part, le questionnaire était destiné uniquement aux pharmaciens exerçant en officine donc les réponses n'incluent pas celles des pharmaciens ayant étudié une autre filière, comme les pharmaciens hospitaliers par exemple. Cependant, le choix de ne considérer que l'exercice de ville était volontaire. De plus, nous aurions pu soumettre ce questionnaire aux préparateurs en pharmacie, ce qui aurait permis d'établir un état des lieux plus complet des connaissances de l'équipe officinale. Les préparateurs en pharmacie sont en effet de plus en plus acteurs dans ce type de prise en charge, comme en témoigne leur implication dans les communications au tour de la dénutrition. Enfin, nous aurions également pu interroger les étudiants en pharmacie qui sont susceptibles de prendre en soins des patients à l'officine, sous le contrôle effectif des pharmaciens.

D'autre part, le nombre de réponses est assez faible (108 réponses) par rapport au temps pendant lequel le questionnaire est resté actif (4 mois environ). Cela peut s'expliquer par le manque de temps des pharmaciens d'officine pour répondre au questionnaire. Pourtant, nous avons veillé à rendre le questionnaire le plus pertinent, structuré et rapide possible. Les personnes n'ayant pas terminé le questionnaire se sont arrêtées, pour la plupart, à la question demandant plus de précisions sur les critères définissant un patient à risque de dénutrition.

Enfin, parmi les pharmaciens officinaux répondant au questionnaire, très peu sont des pharmaciens diplômés depuis plus de 30 ans. Cela s'explique certainement par le fait qu'ils soient moins nombreux à utiliser les réseaux sociaux qui sont le moyen permettant de toucher un maximum de pharmaciens sur le territoire français.

1) Risque de dénutrition et dénutrition avérée : définition et dépistage

Pour la majorité des pharmaciens, un patient est défini comme étant à risque de dénutrition s'il présente les critères suivants : une maladie chronique, un âge avancé, une perte de poids, un isolement social, un IMC faible, une mauvaise alimentation et la sédentarité. Beaucoup de pharmaciens se basent sur 1 à 2 critères et ont tendance à évoquer d'abord les critères étiologiques (maladie chronique, âge) avant d'aborder les critères phénotypiques (perte de poids, IMC).

Concernant les outils de dépistage, la majorité des pharmaciens n'a cité qu'un seul outil. Contrairement aux critères de définition d'un patient à risque, les pharmaciens citent en masse, des critères phénotypiques (poids, IMC). Les questionnaires (cités de manière globale, sans précision sur la nature du questionnaire) arrivent en 3^e position. Les outils spécifiques que sont les questionnaires PARAD et MNA sont trop peu cités. De plus, l'albuminémie est citée en 4^e position, ce qui reflète l'absence de mise à jour des connaissances par les pharmaciens. En effet, depuis les dernières recommandations de 2021 (1), l'albuminémie n'apparaît plus dans le dépistage ni le diagnostic de la dénutrition. Elle n'est utilisée que pour coter la gravité de la pathologie. Enfin 10% des pharmaciens ne

connaissent aucun outil de dépistage, laissant penser qu'ils ne procèdent pas au dépistage dans leur officine.

Concernant la réalisation du dépistage de la dénutrition par les pharmaciens, 85% des répondants déclarent dépister des patients dénutris ou à risque de dénutrition mais moins de 30% le font au moins une fois par mois. Si nous considérons le nombre de patients à risque de dénutrition (âgés, atteints d'une maladie chronique) qui franchissent la porte d'une officine au quotidien, ce chiffre et cette fréquence paraissent très bas.

En s'intéressant aux occasions amenant les pharmaciens à pratiquer le dépistage de la dénutrition, il s'avère que le dépistage est trois fois plus important chez les patients atteints d'un cancer que les patients âgés. Cela n'est pas logique si nous raisonnons en parcours de soins, car les patients oncologiques sont suivis et pris en charge à la fois en ville et à l'hôpital, ce qui augmente leur chance d'être pris en charge sur le plan nutritionnel, y compris par des diététiciens. De plus, la dénutrition est très clairement identifiée dans cette population de patients oncologiques, notamment en lien avec les effets indésirables (nausées, vomissements) causés par les chimiothérapies, mais aussi à travers une contrainte qui veut que si le patient perd trop de poids, des diminutions de posologie des traitements anticancéreux devront avoir lieu, remettant en question la réussite du protocole thérapeutique. Le dépistage de la dénutrition est donc plus systématisé dans cette population. Les patients âgés en revanche, sont très majoritairement suivis en ville, avec des consultations médicales à une fréquence parfois trimestrielle, voire semestrielle, limitant le nombre d'occasions au cours desquelles la question de l'état nutritionnel peut être abordée. Par ailleurs, les résultats obtenus à cette question soulignent que beaucoup de dépistages sont hasardeux ce qui met en lumière l'importance d'organiser plus régulièrement des semaines de dépistage au sein de l'officine.

Quant aux critères de diagnostic de la dénutrition, ces derniers semblent assez méconnus des pharmaciens. En effet ils citent beaucoup de critères phénotypiques, dont notamment la perte de poids, mais sans apporter de précision sur l'aspect quantitatif, sachant que cette perte doit être quantifiée sur une période donnée (1). Au total, seuls 20% des répondants ont apporté la bonne définition des critères diagnostiques en mentionnant un critère phénotypique associé à un critère étiologique.

Cette première partie du questionnaire met en évidence une méconnaissance des facteurs de risque de dénutrition, mais aussi des critères de dépistage et diagnostic de cette pathologie. Ceci est assez concordant avec la faible fréquence de dépistage déclarée par les pharmaciens. Enfin, lorsque ce dépistage a lieu, les outils employés ne sont pas toujours les plus indiqués et ne ciblent pas toutes les populations à risque.

2) Prévention du risque de dénutrition

A l'officine, plus de 80% des répondants abordent le risque de dénutrition avec leurs patients. Cela montre un manque de continuité avec l'action de dépistage. Les pharmaciens ont tendance à avoir une conduite informative descendante vis-à-vis des patients, mais ne mettent pas en œuvre la démarche de dépistage. Ajoutons que peu d'entre eux orientent leurs patients vers un autre professionnel de santé. Le parcours de prise en charge n'est donc pas initié par les pharmaciens, c'est au patient d'être pro-actif. Malheureusement, la dénutrition étant déjà méconnue des professionnels de santé de soins primaire, il n'y a que peu de chances pour que les patients prennent leur état nutritionnel en charge par eux-mêmes.

De plus les pharmaciens abordent le sujet du risque de dénutrition avec leurs patients uniquement en présence d'une pathologie comme le cancer, en cas de changement morphologique du patient ou d'un âge avancé. Il est alors déjà trop tard.

En général les thèmes les plus abordés par les pharmaciens avec leurs patients à propos de la prévention de la dénutrition sont la prise ou la perte de poids et la faiblesse musculaire, tandis que les pharmaciens qui n'abordent pas le risque de dénutrition avec leurs patients pensent que les thèmes les plus importants à aborder seraient la prise ou la perte de poids et la modification de l'appétit. L'ensemble des pharmaciens s'accordent donc sur un message simple : il est nécessaire de surveiller la perte ou la prise de poids.

Enfin la démarche des pharmaciens varie selon qu'ils soient face à un patient à risque de dénutrition ou face à un patient dénutri:

- Pour les patients à risque de dénutrition, la moitié des pharmaciens expliquent la conduite à tenir pour prévenir la dénutrition, un quart orientent leurs patients vers un autre professionnel de santé et un quart leur remet des documents informatifs.
- Pour un patient dénutri, 39% des pharmaciens expliquent la conduite à tenir pour prévenir la dénutrition et 27% remettent des documents informatifs, or il est trop tard, puisque la dénutrition est déjà installée. L'attitude idéale n'est adoptée que par un tiers des pharmaciens, qui orientent le patient dénutri vers un autre professionnel de santé pour une prise en charge rapide. Cette proportion est malheureusement trop faible. Elle est peut-être due au fait que les pharmaciens ne prennent probablement pas la mesure des conséquences de la dénutrition. Les professionnels de santé les plus cités sont le médecin généraliste en priorité suivi du diététicien et du nutritionniste. L'oncologue est également cité.

Ces résultats soulignent que les pharmaciens d'officine informent volontiers leurs patients, mais qu'ils n'assurent pas suffisamment le relai avec les professionnels de santé compétents, que ce soit pour les patients à risque de dénutrition ou pour les patients dénutris.

3) L'accompagnement des patients sous CNO

Les CNO sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales qui occupent une grande place en pharmacie et qui sont délivrés, pour la majorité des pharmaciens ayant

participé à l'étude, à une fréquence hebdomadaire. Cette fréquence de délivrance reflète bien l'incidence de la dénutrition ou du risque de dénutrition parmi les patients ambulatoires pris en charge dans les officines. Les CNO nécessitent ainsi une bonne maîtrise par les pharmaciens en termes de dispensation de conseils.

Pourtant, un tiers des pharmaciens participants à l'étude déclarent n'avoir jamais entendu parler de CNO au cours de leurs études ou alors uniquement à l'occasion d'une intervention par un laboratoire commercialisant les CNO dans l'officine où ils travaillent. Ces résultats soulèvent que la cause de la méconnaissance de la dénutrition et de sa prise en charge par les pharmaciens d'officine provient sûrement d'un manque de formation initiale sur les CNO.

Cela entraîne comme conséquence un défaut de conseils fournis par les pharmaciens d'officine à leurs patients lors de la délivrance de CNO. Or ces conseils sont précieux car ils peuvent avoir un réel impact sur l'observance du traitement. Les conseils les plus souvent délivrés par les pharmaciens sont la possibilité de varier les goûts et les textures, le moment de prise et la prise en dehors des repas. En revanche très peu de pharmaciens abordent les modalités de conservation et de consommation des crèmes et des boissons. Pourtant, informer les patients sur les modes de consommation des CNO est indispensable pour éviter la sensation de dégoût, qui est l'une des principales causes d'inobservance d'un traitement par CNO.

En revanche, les résultats soulignent que les pharmaciens font la démarche de consulter par eux même des sources relativement fiables pour approfondir leurs connaissances sur la dénutrition et les CNO. A titre d'exemple, ils consultent les notices, le Vidal et d'autres sites internet à destination des professionnels de santé (HAS, Améli). La limite de ces sources est qu'elles sont trop peu précises concernant les CNO. En revanche, certains pharmaciens se forment auprès des représentants des laboratoires et consultent les sites internet des laboratoires commercialisant les CNO. Ces derniers peuvent être des sources d'informations pertinentes à condition que le pharmacien garde un esprit critique, car les informations fournies sont souvent standardisées et orientées en vue de faire du marketing. Les revues scientifiques et les ouvrages restent à privilégier car ils sont rédigés par des professionnels de santé experts. Ils sont cependant moins souvent consultés car plus difficiles à trouver ou à appréhender.

Cette partie du questionnaire nous a permis de mettre en évidence un défaut de formation universitaire sur les CNO, amenant les pharmaciens d'officine à se tourner vers les laboratoires commercialisant les CNO. Ceci est bien évidemment une piste d'amélioration des compétences des pharmaciens d'officine. L'université doit proposer une formation initiale mais également des formations continues sur la dénutrition et les CNO.

4) [Comparaison avec la littérature](#)

En effectuant un comparatif de cette étude avec d'autres travaux similaires issus de la littérature, certains constats convergent.

Une étude menée par Caroline Brochot en 2023 sur l'optimisation de la pratique officinale de délivrance des CNO souligne que celle-ci « se limite souvent à la prescription sur ordonnance ce qui signifie que peu de pharmaciens réalisent le dépistage et le diagnostic des patients » (72).

Par ailleurs, le déficit de connaissances et de formation des pharmaciens sur les CNO et la dénutrition apparaît de manière récurrente.

Une thèse rédigée par Julie Nouhant en 2021 met en évidence « le manque de formation initiale et continue des pharmaciens sur les CNO » (73). Ce constat est corroboré par les travaux d'Elise Anache en 2013 qui révèle que « 71% des pharmaciens déclarent que la formation sur les CNO est insuffisante ». Elle met également en lumière que « les critères de la dénutrition ne sont pas assez connus des pharmaciens » (74).

Enfin l'étude de Sabrine Ayada et Zineb Saker confirme ces lacunes (75). Selon eux, « plusieurs obstacles entravent la prise en charge optimale du patient comme : une absence de dépistage systématique de la dénutrition, un manque de suivi régulier, une faible observance du patient et une implication limitée du pharmacien dans l'éducation nutritionnelle ».

L'objectif d'une autre étude, menée au Portugal (76), était de caractériser l'expérience des pharmaciens d'officine en matière de conseil et de suivi des utilisateurs de CNO. Un échantillon de 19 pharmaciens issus de 19 pharmacies d'officine différentes a été interrogé. Les pathologies les plus fréquemment citées dans le cadre du conseil en matière de CNO étaient la dénutrition et la dysphagie. Lorsque les pharmaciens envisageaient de délivrer des CNO, trois thèmes se dégagent : les conseils sur des CNO adaptés aux besoins de chaque patient ; la collaboration interprofessionnelle, avec un accent particulier sur la collaboration avec les diététiciens agréés ; et la formation et l'éducation sur les CNO, visant à améliorer leurs connaissances et leurs compétences en matière de conseil et de suivi des CNO. Cette étude a mis en exergue le besoin de mener de futures études explorant de nouvelles formes d'interaction entre pharmaciens et diététiciens, dans le but de définir le déroulement d'un service interdisciplinaire répondant aux besoins des patients dénutris vivant à domicile. Ce type de démarche interprofessionnelle centrée sur le patient dénutri mériterait de se développer en France, à travers des communautés professionnelles territoriales de santé par exemple.

Enfin, les résultats de notre étude visant à évaluer la connaissance des pharmaciens d'officine, confirment ce que d'autres travaux ont récemment montré. Il a notamment été soulevé que les professionnels de santé en soins primaires (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine) ne sont pas à l'aise en termes de connaissances sur les CNO, contrairement aux diététiciens (77,78). Mais aussi que le niveau de connaissances sur les CNO est inversement corrélé à l'expérience professionnelle, ou encore que les pharmaciens et infirmiers sont les plus en difficultés, en comparaison aux médecins et diététiciens. Ceci peut s'expliquer par le manque d'intérêt ou d'expérience dans le domaine de la nutrition clinique, notamment pour les pharmaciens d'officine.

5) Axes d'amélioration concernant le dépistage des patients à risque de dénutrition et l'accompagnement des patients sous CNO

Comme décrit dans ce travail, la dénutrition est un enjeu de santé publique majeure qui touche 2 millions de personnes en France. Il incombe aux professionnels de santé et plus particulièrement aux pharmaciens d'officine qui sont les professionnels de santé les plus accessibles de savoir dépister, diagnostiquer et conseiller les patients souffrant de cette pathologie.

Les axes concrets d'améliorations sont tout d'abord d'accorder une place plus importante à la dénutrition lors de la formation initiale et continue des pharmaciens d'officine. Cela englobe notamment le renforcement des connaissances des pharmaciens sur les critères, les outils de dépistage et de diagnostic de la dénutrition et les compléments alimentaires. Enfin, la constitution d'un parcours de soins du patient dénutri à la fois en milieu hospitalier et en ville apparaît comme indispensable. Une collaboration interprofessionnelle des pharmaciens avec les médecins traitants, infirmiers libéraux, diététiciens, sur un territoire géographique donné, définissant le rôle de chacun dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, serait une véritable chance pour les patients.

Au total, la combinaison de ces deux axes de connaissance et de structuration permettrait une prise en charge plus rapide et efficace des patients souffrant de dénutrition ou à risque de dénutrition et une diminution des complications qui en découlent.

CONCLUSION

La dénutrition est un enjeu majeur de santé publique en France avec plus de 2 millions de personnes touchées. C'est une pathologie dangereuse, aux causes multiples, qui accompagne souvent une maladie chronique ou aiguë préexistante et qui peut entraîner une cascade de complications néfastes qui vont altérer l'état de santé du patient, voire entraîner la mort si elle n'est pas prise en charge.

Le pharmacien d'officine joue un rôle central dans les stratégies de lutte contre la dénutrition. En effet, il apporte aux patients des conseils de prévention tels que la surveillance du poids, l'alimentation, l'activité physique. Il réalise également le dépistage et le diagnostic des patients à risque à l'aide de multiples outils (MNA, PARAD, mesures anthropométriques) pour mettre en évidence des critères cliniques de la dénutrition (phénotypiques + étiologie). Enfin il accompagne le patient dans la prise en charge de sa dénutrition qui repose majoritairement sur le traitement de la cause, l'enrichissement de l'alimentation et la prise de compléments nutritionnels oraux.

L'enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine a permis de mettre en lumière qu'une bonne connaissance de la dénutrition est primordiale pour ces professionnels de santé. En effet, elle a permis de constater que les pharmaciens sont fréquemment confrontés à des patients en situation de dénutrition et délivrent donc régulièrement des compléments nutritionnels oraux. Cependant cette enquête souligne un manque évident de formation sur ce sujet pour la majorité des pharmaciens d'officine et un défaut de connaissances lorsqu'ils doivent dépister, diagnostiquer et conseiller les patients. Il semblerait, par conséquent, important que ce sujet prenne une place plus importante au cours de la formation initiale et continue des pharmaciens d'officine. Ces compétences pourraient notamment faire l'objet d'une approche en interprofessionnalité.

Bibliographie

1. HAS. Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus. 2021.
2. HCSP. Révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2017-2021. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; févr 2017 [cité 2 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>
3. Dénutrition chez les personnes âgées | NHS [Internet]. 2024 [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.nestlehealthscience.nl/fr/indications-medicales/denutrition-chez-les-personnes-agees>
4. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 2 févr 2026]. Semaine nationale de la dénutrition du 12 au 20 novembre 2021 : tous mobilisés. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/semaine-nationale-de-la-denutrition-du-12-au-20-novembre-2021-tous-mobilises>
5. Collectif de lutte contre la dénutrition. [Internet]. 2025 [cité 10 juill 2025]. La dénutrition en chiffres. Disponible sur: <https://www.luttecontreladenutrition.fr/la-denutrition-en-chiffres>
6. 5e édition de la Semaine nationale de la dénutrition | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2023 [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/5e-edition-de-la-semaine-nationale-de-la-denutrition>
7. Joubert E. La dénutrition de la personne âgée. 8 mars 2022.
8. Parole d'experte : comprendre la dénutrition chez les personnes âgées | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail et des Solidarités [Internet]. 2025 [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/parole-dexperte-comprendre-la-denutrition-chez-les-personnes-agees>
9. Patry C, Raynaud-Simon A. La dénutrition : quelles stratégies de prévention ? Gériatrie et société. 20 oct 2010;33134(3):157-70. doi:10.3917/gs.134.0157
10. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 22 juill 2025]. Revue générale de la dénutrition - Troubles nutritionnels. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/denutrition/revue-generale-de-la-denutrition>
11. Comprendre la dénutrition [Internet]. [cité 11 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/comprendre-la-denutrition>
12. Flash Qualité Médicament n°6 [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/index.php/media/126156/download?inline>

13. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Médecine des Maladies Métaboliques. nov 2007;1(4):92-6. doi:10.1016/s1957-2557(07)74158-5
14. Schneider JL. Nutrition clinique pratique. Elsevier Masson. 2014.
15. O’Gomes I do. Fiche conseils nutrition [Internet]. 2021 [cité 5 févr 2026]. Structure Régionale d’Appui, ARS Pays de la Loire, programme D-NUT. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/05/FICHE_CONSEILS_NUTRITION_DEF.pdf
16. Marie-Jose R. Technique clinique de mesure du poids d’une ou un patient adulte. 16 déc 2024.
17. World Health Organization (WHO) [Internet]. [cité 11 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
18. VIDAL [Internet]. 2019 [cité 11 juill 2025]. Les recommandations nutritionnelles de 18 à 75 ans. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/equilibre-alimentaire-adulte/recommandations-nutritionnelles-adulte.html>
19. Alimentation : quels besoins et apports nutritionnels ? | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail [Internet]. [cité 5 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/dossier/alimentation-quels-besoins-et-apports-nutritionnels>
20. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2023 [cité 11 juill 2025]. L’activité physique : votre meilleure alliée santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385126/fr/l-activite-physique-votre-meilleure-alliee-sante
21. Activité physique [Internet]. 2024 [cité 11 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
22. La semaine Nationale de la dénutrition. SRAE nutrition [Internet]. 2025 [cité 28 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/la-semaine-nationale-de-la-denuitration/>
23. Collectif de lutte contre la dénutrition. [Internet]. [cité 11 juill 2025]. Semaine nationale de la Dénutrition 2025. Disponible sur: <https://www.luttecontreladenutrition.fr/semaine-nationale-de-la-denuitration-2025>
24. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 févr 2026]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
25. Académie Nationale de Pharmacie - Actualités [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.acadpharm.org/>
26. docThom. Dictionnaire médical [Internet]. [cité 4 févr 2026]. Définition de « Diagnostic ». Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/068-diagnostic/>

27. IOUALITENE K. Reconnaître et prévenir les 12 signes de dénutrition. DOXEA [Internet]. 2 déc 2024 [cité 15 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.doxea.fr/reconnaitre-prevenir-12-signes-denutrition/>
28. Utilisation et interprétation de l' anthropométrie : rapport d' un comité OMS d' experts [Internet]. 1995 [cité 15 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241208546>
29. SEFI-nutrition [Internet]. [cité 13 déc 2025]. SEFI : Simple Evaluation of Food Intake. Disponible sur: <https://www.sefi-nutrition.com>
30. Andrea Tromnetti, Revue Médicale Suisse, 2015 [Internet]. [cité 23 mars 2026]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/view/534957/4325504/RMS_466_651.pdf
31. AssoConnect [Internet]. [cité 11 juill 2025]. Outils réalisés par la SFNCM | SFNCM. Disponible sur: <https://www.sfncm.org/page/2646225-outils-realises-par-la-sfncm>
32. Medbridge [Internet]. [cité 5 févr 2026]. Healthcare Education and Patient Care Software. Disponible sur: <https://www.medbridge.com/>
33. Bing [Internet]. [cité 26 mars 2026]. mesure de la circonférence brachiale. Disponible sur: <https://www.bing.com/images/search?q=mesure+de+la+circonférence+brachiale+&FORM=HDRSC3>
34. Malone A, Mogensen KM. Key approaches to diagnosing malnutrition in adults. *Nutrition in Clinical Practice*. 2022;37(1):23-34. doi:10.1002/ncp.10810
35. Le Mini Nutritional Assessment (MNA®) | Nutri Pro [Internet]. [cité 15 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.nutripro.nestle.fr/outil/mini-nutritional-assessment>
36. Toutes les informations sur le MNA Screeningtool | NHS [Internet]. 2024 [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://www.nestlehealthscience.nl/fr/services/depistage-denutrition/mna>
37. mna-guide-french-sf.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-french-sf.pdf>
38. Les outils du Réseau d'Acteurs PNNS - PARAD, 4 questions pour prévenir la d [Internet]. [cité 11 juill 2025]. Disponible sur: https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/fr/parad-4-questions-pour-prevenir-la-denutrition_-r.html
39. Alexandre P. Haute Autorité de santé. 2019.
40. Pardo E, Lescot T. Le syndrome de renutrition inappropriée. 2015.
41. Christophe Gourc, LIVRET-DENUTRITION-ADULTE-4eme-edition-08-2020.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2026]. Disponible sur: <https://utn.chu-montpellier.fr/fileadmin/Minisites/UTN/LIVRET-DENUTRITION-ADULTE-4eme-edition-08-2020.pdf>

42. Dénutrition de la personne âgée - Prise en charge - VIDAL eVIDAL [Internet]. 2025 [cité 22 juill 2025]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/recos/details/3382/denuitrition_de_la_personne_agee/prise_en_charge
43. op11. Comprendre les CNO. Les CNO contre la denutrition [Internet]. 18 mai 2021 [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://lescnocontreladenutrition.fr/comprendre-les-cno/>
44. Shodhan Shetty A, Shenoy R, Dasson Bajaj P, Rao A, KS A, Pai M, et al. Role of nutritional supplements on oral health in adults – A systematic review. F1000Res. 15 mai 2023;12:492. doi:10.12688/f1000research.134299.1 PubMed PMID: 37359787; PubMed Central PMCID: PMC10285321.
45. Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) | Ma Renutrition Active [Internet]. 2023 [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ma-renutrition-active.fr/clinutrenr-lallie-de-ma-renutrition/quest-ce-quun-complement-nutritionnel-oral-cno>
46. Nutrimea [Internet]. [cité 22 mai 2025]. CNO (Compléments Nutritionnels Oraux) : tout savoir. Disponible sur: <https://www.nutrimea.com/fr/content/224-cno-complements-nutritionnels-oraux>
47. IDDSI - Standardisation internationale des textures. Nutrisens [Internet]. 7 nov 2023 [cité 4 août 2025]. Disponible sur: <https://www.nutrisens.com/vitalites/iddsi-standardisation-internationale-des-textures/>
48. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. Dysphagia. avr 2017;32(2):293-314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y
49. Protiscore de Clinutren® | Ma Renutrition Active [Internet]. [cité 1 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ma-renutrition-active.fr/clinutrenr-lallie-de-ma-renutrition/quest-ce-que-le-protiscore-de-clinutrenr>
50. Compléments Nutritionnels Clinutren® | Ma Renutrition Active [Internet]. [cité 1 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ma-renutrition-active.fr/produits>
51. Fresubin et moi [Internet]. [cité 1 août 2025]. Disponible sur: <https://www.fresubin.com/fr>
52. Nutricia [Internet]. [cité 1 août 2025]. Produits NUTRICIA Nutrition Clinique. Disponible sur: <https://www.nutricia.fr/produits/>
53. Delical, la gamme qui vous redonne le sourire ! Delical [Internet]. [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.delical.fr/produits/>
54. Fiche-EquivCNO-Nutrition-Cancer-DSRConcoPacaCorse-2021.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.oncopacacorse.org/wp-content/uploads/2024/06/Fiche-EquivCNO-Nutrition-Cancer-DSRConcoPacaCorse-2021.pdf>
55. Place et bon usage des compléments nutritionnels oraux | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/place-et-bon-usage-des-complements-nutritionnels-oraux>

56. Légifrance - Chapitre VII : Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (Article L5137-1 à L5137-3).
57. Règlement (UE) n°609/2013 du Parlement européen et du Conseil du 12 juin 2013 concernant les denrées alimentaires destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge, les denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales et les substituts de la ration journalière totale pour le contrôle du poids.
58. Règlement (UE) n°2016/128 de la commission du 25 septembre 2015 - les exigences spécifiques en matière de composition et d'information pour les denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales.
59. Arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 28 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038456507/>
60. Délivrance des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) : les étapes. Delical [Internet]. [cité 19 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.delical.fr/conseils-professionnels/les-etapes-de-la-delivrance-de-complements-nutritionnels-oraux/>
61. Nestlé Health Science. Aide à la délivrance des compléments nutritionnels oraux [Brochure]. 2021.
62. Ordoscopie D. Complémentation Nutrition Orale : quelques Rappels & Conseils. Ordoscopie.fr [Internet]. 14 mars 2017 [cité 29 juill 2025]. Disponible sur: <https://ordoscopie.fr/complementation-nutrition-orale-quelques-rappels-conseils/>
63. Mes recettes avec Fresubin® [Internet]. [cité 19 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.fresubin.com/fr/patient-et-aidants/mes-recettes-avec-fresubinr>
64. Nos recettes et astuces. Delical [Internet]. [cité 19 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.delical.fr/nos-recettes-et-astuces/>
65. Bouattour YA, Caumon C, Amalric C. Évaluation du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition au centre hospitalier d'Aurillac. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 juin 2016;30(2):128-9. doi:10.1016/j.nupar.2016.04.054
66. Stange I, Poeschl K, Stehle P, Sieber CC, Volkert D. Screening for malnutrition in nursing home residents: Comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *J Nutr Health Aging*. 18 mars 2013;17(4):357-63. doi:10.1007/s12603-013-0021-z PubMed PMID: 23538659; PubMed Central PMCID: PMC12879586.
67. Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, et al. Screening for malnutrition among nursing home residents — a comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool. *The Journal of nutrition, health and aging*. 1 avr 2013;17(4):326-31. doi:10.1007/s12603-012-0396-2
68. Browne S, Kelly L, Geraghty AA, Reynolds CME, McBean L, McCallum K, et al. Healthcare professionals' perceptions of malnutrition management and oral nutritional

- supplement prescribing in the community: A qualitative study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 1 août 2021;44:415-23. doi:10.1016/j.clnesp.2021.04.024
69. Dominguez Castro P, Reynolds CME, Kennelly S, Clyne B, Bury G, Hanlon D, et al. General practitioners' views on malnutrition management and oral nutritional supplementation prescription in the community: A qualitative study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 1 avr 2020;36:116-27. doi:10.1016/j.clnesp.2020.01.006
 70. Payne L, Grey E, Sutcliffe M, Green S, Childs C, Robinson S, et al. What helps or hinders intervention success in primary care? Qualitative findings with older adults and primary care practitioners during a feasibility study to address malnutrition risk. *BMC Prim Care*. 23 oct 2024;25:377. doi:10.1186/s12875-024-02623-x PubMed PMID: 39443884; PubMed Central PMCID: PMC11515772.
 71. Sandra DB, Sabien H van E, Jan-Jaap R, Niek K, Hans D, Manon G van den B, et al. Interprofessional Management of (Risk of) Malnutrition and Sarcopenia: A Grounded Theory Study from the Perspective of Professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 1 oct 2024;Volume 17:4677-92.
 72. Brochot C. Étude qualitative au service de l'optimisation de la pratique officinale de délivrance des compléments nutritionnels oraux. 2023.
 73. Julie N. Délivrance des compléments nutritionnels oraux en officine : habitudes et pratiques des pharmacies du territoire limousin. 2021.
 74. Université de Lille 2:FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE [Internet]. [cité 12 avr 2026]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2013/These-Anache_Elise.pdf
 75. Ayada S, Saker Z, Encadré par :Dr. Boukerzaza I. La prise en charge de la dénutrition par la dispensation des compléments nutritionnels oraux en officine : rôle du pharmacien [Internet]. Université Constantine 3 Salah Boubnider,Faculté de Médecine; 2025 [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <http://dspace.univ-constantine3.dz:8080/xmlui/handle/123456789/6220>
 76. Gregório J, Tavares P, Alves E. Pharmacists' Perceptions on Nutritional Counseling of Oral Nutritional Supplements in the Community Pharmacy: An Exploratory Qualitative Study. *Pharmacy (Basel)*. 20 avr 2023;11(2):78. doi:10.3390/pharmacy11020078 PubMed PMID: 37104084; PubMed Central PMCID: PMC10145172.
 77. Bahat G, Erdoğan T, Pinar E, Özkök S, Karan MA, Gündüz M, et al. Oral nutritional supplements in clinical nutrition: Insights into healthcare professionals' knowledge and practices. *Nutrition*. 1 avr 2026;144:113059. doi:10.1016/j.nut.2025.113059
 78. Nikolakopoulou K, Chourdakis M, Androutsos O, Bahat G, Pinar E, Erdogan T, et al. Use of oral nutritional supplements in Greece: Examining the effect of the level of knowledge of health care professionals on their use in clinical practice. *Nutrition*. 1 avr 2026;144:113056. doi:10.1016/j.nut.2025.113056

Annexes

- **Annexe 1** : Présentation des produits disponibles chez Nestlé® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur
- **Annexe 2** : Présentation des produits disponibles chez Fresubin® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur
- **Annexe 3** : Présentation des produits disponibles chez Fortimel® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur
- **Annexe 4** : Présentation des produits disponibles chez Délical® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur
- **Annexe 5** : Outil d'aide à l'adaptation de la prescription des compléments nutritionnels oraux – Groupe expert régional Onco PACA-Corse
- **Annexe 6** : Check List des informations à donner par le pharmacien au patient lors de la délivrance de CNO
- **Annexe 7** : Enquête a l'officine réalisée sur LimeSurvey

Annexe 1 : Présentation des produits disponibles chez Nestlé® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur

Protiscore	Produit	Présentation	Kcal	Arômes	Caractéristiques			Type de patient
					Sans lactose	Sans gluten	Sans fibres	
4 barres = 30g de protéines	Clinutren Ultra	4 bouteilles de 200mL	450	Vanille Fraise Café Praliné Chocolat	x	x	x	Patients avec des besoins accrus
	Clinutren Renutryl Booster	4 bouteilles de 200mL	600	Vanille Fraise Café Caramel Chocolat	x	x	x	Patients avec des besoins accrus
3 barres = 20g de protéines	Clinutren Boisson 2Kcal	4 bouteilles de 200mL	400	Vanille Fraise Café Chocolat Caramel Pêche	x	x	x	
	Clinutren Boisson 2Kcal Sans sucres	4 bouteilles de 200mL	360	Vanille Cappuccino Fraise	x	x		IG bas adapté aux patients diabétiques. CNO aussi adapté aux patients ayant des troubles de la circulation et des troubles du transit
	Clinutren Dessert 2Kcal	4 pots de 200g	400	Vanille Fraise Café Chocolat Caramel Pêche	x	x	x	
	Clinutren Velouté	4 pots de 200g	360	Légumes verts Légumes du soleil Poireux- Pommes de terre Carottes- Potiron	x	x		
2 barres = au moins 14g de protéines	Clinutren Ultra Fruity	4 bouteilles de 200mL	300	Orange Pomme Ananas Fruits rouges	x	x	x	

	Clinutren Dessert gourmand	4 pots de 200g	300	Vanille Café Chocolat Caramel Fraise biscuitée		x	x	
	Clinutren Cereal	6 sachets de 75g de poudre	336	Pomme- Noisettes		x		Troubles de la déglutition et/ou de la mastication
1 barre = 14 g de protéines	Clinutren Fruit	4 bouteilles de 200mL	300	Orange Multifruits Pomme Ananas- Orange Raisin- Pomme Poire-Cerise Framboise- Cassis	x	x	x	
	Clinutren façon thé	4 bouteilles de 200mL	300	Citron	x	x	x	Patients atteints de cancer ou cas d'altérations du goût
	Galettes Probitis	2 sachets = 8 galettes	244	<u>Saveur</u> <u>sucrée</u> : Nature, Cacao, Citron, Noix de Coco, Spéculos <u>Saveur</u> <u>Salée</u> : Sel de Guérande ou Tomates et herbes de Provence				IG bas donc convient aux patients diabétiques
Autre	Clinutren Thicken Up Clear	Boite de 250g		Neutre	x	x		Patients atteints de dysphagie

Annexe 2 : Présentation des produits disponibles chez Fresubin® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur

Type de CNO en fonction du type de patient	Produit	Présentation	Kcal	Arômes	Caractéristiques		
					Sans lactose	Sans gluten	Sans fibres
CNO pour les patients avec des besoins accrus (≈30g de protéines)	Fresubin intense Drink	4 bouteilles de 200mL	480	Vanille Noisette Cappuccino Pêche-abricot Tropical Neutre	x	x	
	Fresubin 2kcal Max Drink	4 bouteilles de 300mL	600	Vanille Cappuccino Pêche-abricot Fruits de la forêt	x	x	x
	Fresubin 2kcal Fibre Max Drink	4 bouteilles de 300mL	600	Vanille Cappuccino Chocolat Pêche-abricot	x	x	
CNO adaptés à un large éventail de patients (≈20g de protéines)	Fresubin 2kcal Drink	4 bouteilles de 200mL	400	Vanille Cappuccino Caramel Fraise Neutre Pêche-abricot Fruits de la forêt	x	x	x
	Fresubin 2kcal Fibre Drink	4 bouteilles de 200mL	400	Vanille Cappuccino Chocolat Pêche-abricot Citron	x	x	
	Fresubin 2kcal Crème	4 pots de 200g	400	Vanille Cappuccino Caramel Chocolat Fraise des bois Praliné	x	x	x
CNO et diabète (≈ 15g de protéines et indice glycémique faible (<55))	Fresubin DB Drink	4 bouteilles de 200mL	300	Vanille Cappuccino Praliné Pêche-abricot Fruits de la forêt	x	x	x
	Fresubin DB Crème	4 pots de 200g	300	Vanille Cappuccino Praliné Pêche-abricot Fraise des bois	x	x	x

CNO et variété	Fresubin Jucy Drink (8g de protéines)	4 bouteilles de 200mL	300	Orange Ananas Pomme Cassis Cerise	x	x	x
	Fresubin Plant Based Drink (15g de protéines)	4 bouteilles de 200mL	300	Vanille	x	x	
Complément de gamme pour les patients dysphagiques	Fresubin Cereales Instant	2 sachets de 300g	225	Miel	x		
	Thick & Easy	Boite de 225g	373	Neutre	x	x	

Annexe 3 : Présentation des produits disponibles chez Fortimel® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur

Type de CNO en fonction du type de patient	Produit	Présentation	Kcal	Protéine	Arômes	Caractéristiques		
						Sans lactose	Sans gluten	Sans fibres
CNO pour les patients avec des besoins accrus	Fortimel protein sensations	4 bouteilles de 200mL	490	29g	Neutre Noix de coco Fraise givrée Tropical-Gingembre	x	x	
	Fortimel protein sensations version compact	4 bouteilles de 125mL	306	18g	Neutre Fraise givrée Tropical-Gingembre	x	x	
CNO adaptés à un large éventail de patients	Fortimel protein	4 bouteilles de 200mL	400	20g	Abricot Chocolat-Caramel Fruits de la forêt Fraise Vanille Moka		x	
	Fortimel protein Crème	4 pots de 200g	400	20g	Banane Chocolat Fruits de la forêt Moka Vanille	x	x	
	Fortimel 15kcal/mL	4 bouteilles de 200mL	300	12g	Banane Chocolat Fraise Vanille	x	x	
	Fortimel multifibre	4 bouteilles de 200mL	308	12g	Chocolat Fraise Vanille	x	x	
	Fortimel compact fibre	4 bouteilles de 125mL	308	12g	Moka Fraise Vanille		x	
CNO et diabète (~15g de protéines et indice glycémique bas (<55))	Fortimel DiaCare crème	4 pots de 200g	300	20g	Chocolat Vanille		x	
	Fortimel DiaCare	4 bouteilles de 200mL	300	20g	Chocolat Fraise Vanille		x	
CNO et variété	Fortimel Jucy	4 bouteilles de 200mL	300	8g	Citron Fraise Orange Pomme Tropical	x	x	x
	Fortimel Plant Based	4 bouteilles de 200mL	400	20g	Ananas Petit pois menthe Carotte-Potiron	x		

Annexe 4 : Présentation des produits disponibles chez Délical® – Tableau réalisé à partir du site du détenteur

Type de CNO en fonction du type de patient	Produit	Présentation	Kcal	Protéines	Arômes	Caractéristiques		
						Sans lactose	Sans gluten	Sans fibres
CNO avec besoins accrus	Délical boisson concentrée	4 bouteilles de 200mL	452	29g	Café Caramel Chocolat Noisette Fraise Vanille Pêche-abricot	x	x	
	Délical nutra cake	3 biscuits de 45g	545	23g	Chocolat Framboise pruneau		x	
CNO adaptés à un large éventail de patients	Délical boisson lactée	4 bouteilles de 200mL	360	20g	Café Caramel Chocolat Fraise Fruits-rouges Pêche abricot Vanille		x	
	Délical crème dessert la Floridine	4 pots de 200g	360	20g	Abricot Café Caramel Chocolat Vanille Fraise Praliné		x	
	Délical le brassé	4 pots de 200g	360	20g	Cerise Citron Fraise Sucré Pêche Vanille		x	x
	Délical riz au lait	4 pots de 200g	301	14g	Caramel Vanille		x	x
	Délical boisson les saveurs fruitées	4 bouteilles de 200mL	264	8g	Ananas Multi fruits Orange Pomme Raisin	x	x	x
	Délical Nutra pote	4 pots de 200g	302	11,4g	Pomme Pomme-abricot Pomme-banane Pomme-fraise	x	x	
	Délical boisson lactée sans sucres	4 bouteilles de 200mL	361	20g	Café Fraise Vanille	x	x	
CNO et diabète	Délical crème sans sucres	4 pots de 200g	360	20g	Cacao Café Fraise Vanille	x	x	

	Délicat boisson fruitée sans sucres	4 bouteilles de 200mL	260	8g	Multi fruits Orange pomme	x	x	
CNO et intolérance au lactose	Délicat boisson sans lactose avec fibres	4 bouteilles de 200mL	400	20g	Biscuit Caramel Fraise	X		
	Délicat boisson sans lactose	4 bouteilles de 200mL	400	20g	Café Chocolat Vanille Pêche-abricot	X	x	x
	Délicat crème dessert sans lactose	4 pots de 200g	360	20g	Abricot Chocolat Café Caramel Vanille	x	x	
Compléme nt de gamme	Délicat poudre de protéines	Pot de 400g	21	5g	Neutre		x	
	Délicat céréales instant	Pot de 420g	285	13,7g	Miel-vanille		x	
	Délicat les veloutés	Portion de 200mL	362	20g	Légumes Légumes verts Poireaux- pomme de terre Potiron-patate douce	x	x	
	Délicat les purées	Portion de 200g	361	20g	Brocoli Carottes Céleri Petits pois	x	x	
CNO et besoins spécifiques (dysphagie / problèmes rénaux)	Délicat eaux gélifiées	4 pots de 120g	34	0,10 g	Citron Fraise Fruits du verger Grenadine Raisin			
	Délicat gelodiet poudre épaississante	Pot de 225g	348	0,4g	Neutre	x	x	
	Délicat rénal instant	Pot de 360g	268	19,6g	Neutre			

Annexe 5 : Outil d'aide à l'adaptation de la prescription des compléments nutritionnels oraux – Groupe expert régional Onco PACA-Corse

 Groupe expert régional SUD Paca Corse NUTRITION & CANCER  FICHE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VILLE / HÔPITAL intervenant dans le parcours de soins des patients atteints de cancer						Nutrition & Cancer EQUIV'CNO AIDE À L'ADAPTATION DE LA PRESCRIPTION DES COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX (CNO) Cet outil propose des équivalences entre produits de CNO permettant de respecter au mieux les prescriptions médicales et les goûts / aversions des patients. www.oncopacacorse.org					
CODES LPPR	Formes et caractéristiques	Conditionnement	Energie (kcal)	Protéines (g)	Produits disponibles	CODES LPPR	Formes et caractéristiques	Conditionnement	Energie (kcal)	Protéines (g)	Produits disponibles
6146503	Boissons lactées HP HC	200 mL	360	20	Delical Boisson HP HC lactée ²	6134724			300	8	Fresubin Jucy Drink ¹
6185756	Boissons lactées HP HC		600	30	Fresubin 2 kcal Max (+/- fibres) ¹	6173291			300	8	Clinutren Fruit ³
6146466			540	30	Delical Boisson HP HC Max 300 lactée (lactose) ²	6136321			300	8	Fortimel Jucy ⁴
6146466		300 mL	600	30	Delical Boisson HP HC Max 300 ²	6146510	Boissons fruitées HP HC	200 mL	270	8	Delical Boisson Fruitée ²
6173285			600	30	Renutryl Booster ³	6173291			300	14	Renutryl Concentré Fruity ³
6136290	Boisson lactée HP HC Concentrée		720	29	Fortimel Max ⁴	6154916			300	10	Hyperdrink Jucy ⁵
						6173291			300	10	Clinutren Façon Thé rafraîchissant ³
6154968		125 g	200	12.5	Cremeline (fibres) ⁵	6154968	Desserts aux fruits HP HC	125 g	189	9.5	Protifruits ⁵
6134776		200 g	300	15	Fresubin YoCrème ¹	6134799		200 g	200	9	Fresubin Dessert Fruit ¹
6146549	Crèmes lactées HP HC	200 g	300	18	Delical Crème Dessert HP HC La Floridone (lactose) ²	6146510		200 g	300	11	Delical Nutrapote ²
6146549		200 g	300	20	Delical Crème Dessert HP HC ²						
6173322		200 g	300	18	Clinutren Dessert Gourmand (lactose) ³	1185697	Pain brioché HP HC (gluten, fibres)	65 g	196	13	Pain G Nutrition ⁵
6146549	Riz au lait HP HC (lactose)	200g	300	14	Delical Riz au lait HP HC ²	6146578			187	8	Delical Nutracake ²
6146549						1179343	Biscuits HP HC (gluten, fibres)	4 galettes Protibis 26 g	123	5.5	Galettes Protibis ⁵
6136114	Yaourts HP HC (lactose)	200 mL ou 200 g	300	12	Fortimel Yog ⁴	6186483			155	8	Madeleines ⁵
6173316				20	Clinutren Onctueux ³						
6134693					Fresubin 2 kcal Drink (+/- fibres) ¹	6134718			360	88	Fresubin Protein Powder ¹
6146503					Delical Boisson HP HC Efficax 2.0 (+/- fibres) ²	6146555			357	86	Delical poudre de Protéines ²
6173316	Boissons lactées 2 kcal	200 mL	400	20	Clinutren HP HC+ 2 kcal (+/- fibres) ³	6173262	Poudre de Protéines	400 g	380	90	Clinutren Instant Protéin ³
6185740					Fortimel Extra 2 kcal ⁴	6136338			368	87	Protifar (ou sachet de 11g) ⁴
6188306					Hyperdrink Bio 2 kcal ⁵	6155005			363	88	Protifar Instant ⁵
6154945					Hyperdrink 2 kcal ⁵						
6173658	Boissons lactées	125 mL	281	17.5	Clinutren Concentré ³	6134776		200 mL	300	15	Fresubin DB Drink ¹
6136278	HP HC Concentrées > 2 kcal		300	18	Fortimel Protéin, Sensation ⁴	6146549		200 mL	300	20	Delical Boisson HP HC sans sucres ²
						6173322	Boissons lactées	200 mL	320	18	Clinutren G Plus ³
6150261	Boissons lactées		480	29	Fresubin Intense Drink ¹	6136137	HP HC édulcorées	200 mL	300	20	Fortimel Diacare (lactose) ⁴
6146472	Boissons lactées	200 mL	452	29	Delical Boisson HP HC Concentrée ²	6154939		200 mL	300	17	Hyperdrink Db ⁵
6173240	HP HC Concentrées > 2 kcal		450	28	Renutryl Concentré ³	6134747		300 mL	450	22.5	Fresubin Db Drink Max ¹
6185704			480	29	Fortimel Protéin, Sensation ⁴	6146526		300 mL	450	30	Delical Boisson HP HC Max 300 sans sucres ²
6173256		140 g	280	14	Renutryl Concentré Dessert ³	6154968	Crèmes lactées	125 g	190	12.5	Cremeline DB ⁵
6134693	Crèmes lactées 2 kcal	200 g	400	20	Fresubin 2 kcal Crème ¹	6134776		200 g	300	15	Fresubin DB Crème ¹
6133316		200 g	400	20	Clinutren Dessert HP HC+ 2 kcal ³	6146503	HP HC édulcorées (fibres)	200 g	360	20	Delical Crème Dessert HP HC sans sucres ²
6185740		200 g	400	20	Fortimel Crème 2 kcal ⁴	6136137		200 g	300	20	Fortimel Diacare Crème ⁴
6134693	Potage 2 kcal (fibres)	200 mL	400	20	Fresubin 2 kcal Drink ¹						
6146503	Potages HP HC (fibres)	200 mL	360	20	Delical Potage HP HC ²	6146510	Boisson fruitée HP HC édulcorées (fibres)	200 mL	260	8	Delical Boisson Fruitée édulcorée ²
6173322	Potages HP HC (fibres)	200 mL	300	14	Clinutren Soup ³						
6154997	Potages HP HC (fibres)	Sachet 70 g	306	15	Velouté HP HC ⁵						

Laboratoires : 1. Fresenius-Kabi, 2. Lactalis Nutrition Santé, 3. Nestlé Health Science, 4. Nutricia Nutrition Clinique, 5. Nutrisens

Document créé par Isabelle Bernard, Diététicienne Nutritionniste (CMU de Nice), pour le Groupe Nutrition Oncopaca-Corse

© Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse - FPE Nutrition Equiv CNO - 2021 - Ne pas jeter sur la voie publique

 Groupe expert régional SUD Paca Corse NUTRITION & CANCER  FICHE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VILLE / HÔPITAL intervenant dans le parcours de soins des patients atteints de cancer						PROINFOSCANCER.org RUBRIQUE NUTRITION CANCER 	
QUELQUES EXEMPLES D'EQUIVALENCE SELON LES FORMES							
PRODUITS LACTÉS	APPORT PROTÉINES	PRODUITS NON-LACTÉS	APPORT PROTÉINES	PRODUITS EDULCORÉS	APPORT PROTÉINES		
+ 400 à 500 Kcal		+ 400 à 500 Kcal		+ 400 à 500 Kcal			
1 boisson lactée HP HC concentrée 200ml	29	1 boisson fruitée HP HC 200 ml		1 boisson lactée HP HC édulcorée 200 ml			
1 boisson lactée/crème/potage HP HC 200 ml	28	+ 1 pain G Nutrition	21 à 27	+ 1 crème lactée HP HC édulcorée 140 g	27 à 32		
+ 2 madeleines HP HC ou 6 biscuits Protibis		+ 10 g poudre de protéines*					
1 Yaourt HP HC ou riz au lait HP HC 200 g	27 à 33	1 potage HP HC 200 ml	22 à 28				
+ 1 pain G Nutrition		+ biscuits HP HC					
+ 500 à 600 Kcal		+ 500 à 600 Kcal		+ 500 à 600 Kcal			
1 boisson lactée HP HC concentrée 125 ml	32	1 boisson fruitée HP HC 200 ml		2 boissons fruitées HP HC édulcorées	30		
+ 1 crème lactée HP HC 140 g		+ biscuits HP HC	26 à 32	+ 15 g poudre de protéines (3 c à café)*			
1 boisson lactée ou crème 2 Kcal 200 ml / g	25 à 28	+ 10 g poudre de protéines*					
+ biscuits HP HC		1 potage 2 Kcal 200 ml	33				
1 boisson fruitée HP HC 200 ml		+ 1 pain G Nutrition					
+ 1 crème lactée HP HC 140 g	27 à 33	1 boisson fruitée HP HC 200 ml	30 à 36				
+ 10 g poudre de protéines		+ 1 dessert aux fruits HP HC 125 g					
1 crème lactée 2 Kcal 140g	22 à 28	+ 15 g poudre de protéines (3 c à café)*					
+ 1 boisson fruitée HP HC 200 ml							
+ 600 à 700 Kcal		+ 600 à 700 Kcal		+ 600 à 700 Kcal			
1 boisson lactée HP HC concentrée 125 ml	33 à 38	1 dessert aux fruits HP HC 200 g		1 potage 2 Kcal 200 ml	32		
+ 1 crème lactée HP HC 200 g		+ 1 pain G Nutrition	30 à 32	+ 1 crème HP HC édulcorée 125 g			
1 boisson lactée HP HC concentrée 200 ml	39	+ 4 galettes Protibis ou 2 madeleines					
+ 1 dessert aux fruits HP HC 125 g		1 potage HP HC 200 ml	28 à 34				
1 riz au lait HP HC ou Yaourt HP HC 200 g	28 à 40	+ 1 boisson fruitée HP HC 200 ml					
+ 1 potage HP HC 200 ml		+ biscuits HP HC					
+ 700 à 800 Kcal		+ 700 à 800 Kcal		+ 700 à 800 Kcal			
1 boisson lactée HP HC +/- Concentrée 300 ml	35 à 38	1 potage 2 Kcal 200 ml	31	1 boisson lactée HP HC édulcorée 200 ml	30 à 40		
biscuit HP HC		+ 1 dessert aux fruits HP HC 200 g		+ 1 crème lactée HP HC édulcorée 200 ml			
1 boisson lactée HP HC concentrée 200 ml	34 à 40	1 potage HP HC 200 ml	27 à 39				
+ 1 Yaourt HP HC ou riz au lait 200 g		+ 1 boisson fruitée HP HC 200 ml					
		+ biscuits HP HC					

* Traces de lactose

Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse – www.oncopacacorse.org

© Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse - FPE Nutrition Equiv CNO - 2021 - Ne pas jeter sur la voie publique

Annexe 6 : Check liste des informations à donner par le pharmacien au patient lors de la délivrance de CNO

LORS DE LA PRESENTATION DE L'ORDONNANCE :

☒	Demander au patient la raison de la prescription ● Manque d'appétit ● Maladie chronique (cancer, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, mucoviscidose..) ● Prise d'un traitement (chimiothérapie anticancéreuse, neuroleptiques..) ● Difficulté pour manger (troubles de la déglutition, problèmes bucco dentaires) ● Signes psychiques et cognitifs (dépression, anxiété, anorexie mentale, maladie d'Alzheimer)
☒	Faire le point avec le patient sur : ● L'évolution de son poids ● Son appétit ● Le nombre de repas pris par jour
☒	Demander au patient si c'est la première fois qu'il prend des CNO : ● Si oui : adaptation de la délivrance (quantité suffisante pour 10 jours) ● Si non : évaluer l'observance

LORS DE LA DELIVRANCE:

☒	Demander au patient ses préférences et identifier ses particularités : ● Texture et goût ● Régime particulier (sans lactose, sans gluten, végétarien) ● Diabète (sans sucres) ● Troubles du transit (constipation, diarrhées)
☒	Rappeler au patient le mode de conservation et de consommation des CNO : ● Une fois ouvert le CNO se conserve 2h à température ambiante et 24h au frigo ● Les crèmes sont plus appréciées lorsqu'elles sont données à température ambiante ● Les boissons et jus de fruits sont plus appréciés lorsqu'ils sont consommés frais
☒	Rappeler le moment de prise : ● Les CNO ne doivent pas remplacer un repas : le patient doit manger 3 repas/ J ● les CNO doivent être donnés en dehors des repas : le matin (10h) ou l'après midi (15h) en collation. Il est possible de fractionner les prises dans la journée.
☒	Proposer au patient un livret de recettes et des astuces culinaires pour varier les plaisirs
☒	Proposer si besoin un rendez vous avec une diététicienne ou remettre une fiche d'alimentation type sur une journée

Annexe 7 : Enquête à l'officine réalisée sur LimeSurvey

Le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage des patients à risque de dénutrition et l'accompagnement des patients sous CNO

Bonjour je suis Lucie Duquesne, étudiante en 5^e année de pharmacie. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la dénutrition. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage des patients à risque de dénutrition et l'accompagnement des patients sous CNO (compléments nutritionnels oraux). Si vous le souhaitez je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre vous devez être un pharmacien d'officine.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel. Il vous prendra environ 5 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Merci à vous!

Il y a 22 questions dans ce questionnaire.

INFORMATIONS

Depuis combien d'années êtes vous diplômés ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

I. RISQUE DE DENUTRITION ET DENUTRITION AVEREE : DEFINITION ET DEPISTAGE

Selon vous, quels sont les critères définissant un patient à risque de dénutrition ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quels sont les outils de dépistage du patient à risque de dénutrition que vous connaissez ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous arrive t-il ou vous est-il déjà arrivé de dépister un patient à risque de dénutrition ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, une fois par semaine
- ☐ Oui, une fois par mois
- ☐ Oui, une fois par trimestre
- ☐ Oui, une fois par an
- ☐ Oui, moins d'une fois par an
- ☐ Non

A quelle(s) occasion(s) avez vous dépisté un patient à risque de dénutrition ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, une fois par trimestre' ou 'Oui, une fois par an' ou 'Oui, une fois par semaine' ou 'Oui, une fois par mois' ou 'Oui, moins d'une fois par an' à la question ' [G02Q04]' (Vous arrive t-il ou vous est-il déjà arrivé de dépister un patient à risque de dénutrition ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ De manière aléatoire en discutant avec le patient mais sans intention volontaire
- ☐ J'effectue systématiquement le dépistage de la dénutrition dans la population de patients de plus de 70 ans
- ☐ J'effectue systématiquement le dépistage de la dénutrition dans la population de patients atteints d'un cancer (lors de la présentation d'une ordonnance de soins de supports ou d'une thérapie anticancéreuse orale)
- ☐ Des semaines de dépistage sont ponctuellement organisées au sein de l'officine dans laquelle j'exerce
- ☐ Autre:

Selon vous, quels sont les critères permettant de poser un diagnostic de dénutrition ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

II. PREVENTION DU RISQUE DE DENUTRITION

Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quand abordez vous le sujet de la dénutrition avec vos patients ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q07]' (Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je l'aborde avec tous les patients si j'ai le temps
- ☐ Je l'aborde avec les patients présentant une pathologie à risque de dénutrition (cancer, pathologie digestive, mucoviscidose, troubles psychiques type dépression ou anorexie....)
- ☐ Je l'aborde uniquement lors de la présentation d'une ordonnance contenant des CNO
- ☐ Je l'aborde uniquement lors d'une demande spontanée du patient
- ☐ Autre:

Donnez la fréquence à laquelle vous abordez les thèmes suivants avec vos patients (1 thème = 1 fréquence)

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q07]' (Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Prise ou perte de poids inexpliquée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Modification de l'appétit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre de repas par jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté pour manger : troubles de déglutition, problèmes bucco dentaires, troubles digestifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue / faiblesse musculaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes psychiques et cognitifs (irritabilité, dépression, concentration, insomnie, anxiété)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quels sont les thèmes qu'il faudrait selon vous aborder avec un patient dénutri ou à risque de dénutrition et donner leur fréquence ? (1 thème = 1 fréquence)

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question ' [G03Q07]' (Abordez-vous dans votre pratique professionnelle le sujet du risque de dénutrition avec vos patients ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Prise ou perte de poids inexpliquée	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Modification de l'appétit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre de repas par jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté pour manger : troubles de déglutition, problèmes bucco dentaires, troubles digestifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue / faiblesse musculaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Signes psychiques et cognitifs (irritabilité, dépression, concentration, insomnie, anxiété)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si vous prenez en charge un patient **A RISQUE de dénutrition**, quelle est votre démarche ? *

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je lui explique les conduites à tenir afin d'éviter la dénutrition
- ☐ Je lui remets des documents informatifs
- ☐ Je l'oriente vers un autre professionnel de santé

Si vous prenez en charge **un patient DENUTRI**, quelle est votre démarche ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Je lui explique les conduites à tenir afin d'éviter la dénutrition
- ☐ Je lui remets des documents informatifs
- ☐ Je l'oriente vers un autre professionnel de santé

Vers quels professionnels de santé orientez vous vos patients dénutris ou à risque de dénutrition ?

Classez les dans l'ordre de priorité ou de fréquence (1 étant le plus fréquent ou important et 6 étant le moins fréquent ou important)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G03Q08_SQ003.NAOK == "Y") or (G03Q09_SQ003.NAOK == "Y"))

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

1

2

3

4

5

6

III. L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS CNO

A quel moment de votre cursus avez-vous abordé les CNO ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Au cours de la formation initiale (avant l'obtention du DE de Docteur en pharmacie)
- ☐ Au cours d'une formation continue (après l'obtention du DE de Docteur en pharmacie)
- ☐ Uniquement à l'occasion d'une intervention par un laboratoire commercialisant des CNO dans l'officine où je travaille
- ☐ Je n'ai pas entendu parler des CNO pendant mes études

Avez-vous consulté d'autres sources par vous-même pour approfondir vos connaissances sur les CNO ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Précisez les sources que vous avez consulté pour approfondir vos connaissances ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [G01Q11]' (Avez-vous consulté d'autres sources par vous-même pour approfondir vos connaissances sur les CNO ?)

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Vidal
- ☐ Notices du CNO
- ☐ Site internet grand public
- ☐ Site internet à destination des professionnels de santé (site de la HAS, Améli)
- ☐ Site internet d'un laboratoire commercialisant des CNO (nutrisens, fresubin, délical, nestlé) ou intervention à l'officine d'un laboratoire commercialisant les CNO
- ☐ Journal scientifique
- ☐ Ouvrage

Précisez le nom du journal scientifique ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question ' [G01Q11a]' (Précisez les sources que vous avez consulté pour approfondir vos connaissances ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Précisez le nom de l'Ouvrage ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question ' [G01Q11a]' (Précisez les sources que vous avez consulté pour approfondir vos connaissances ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Précisez le nom du site internet grand public ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Site internet grand public ' à la question ' [G01Q11a]' (Précisez les sources que vous avez consulté pour approfondir vos connaissances ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

A quelle fréquence délivrez-vous des CNO (compléments nutritionnels oraux) ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Au moins une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Au moins une fois par trimestre
- ☐ Au moins une fois par semestre
- ☐ Au moins une fois par an

Quelles sont les patients pour lesquels vous délivrez le plus de CNO (compléments nutritionnels oraux) ? *

Cochez tout ce qui s'applique

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Population gériatrique (sans pathologie oncologique ou digestive)
- ☐ Patients atteints de cancers
- ☐ Patients souffrants d'atteintes digestives chroniques (MICI)
- ☐ Patients atteints de maladies chroniques autres (mucoviscidose, BPCO, cirrhose...)
- ☐ Patients atteints de troubles psychiques (dépression, anorexie mentale, addictions...)

☐ Autre:

Donnez la fréquence à laquelle vous abordez les conseils suivants avec vos patients lors de la délivrance de CNO ? (1 conseil = 1 fréquence)

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les CNO doivent être donnés en dehors des repas, le matin ou l'après midi en collation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les CNO ne doivent pas remplacer un repas donc le patient doit manger ses 3 repas par jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Possibilité de varier les goûts et des textures en fonction des préférences des patients	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une fois ouvert, le CNO se conserve 2h à température ambiante et 24h au réfrigérateur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les crèmes sont plus appréciées lorsqu'elles sont données à température ambiante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les boissons lactées et jus de fruits sont plus appréciés	☐	☐	☐	☐	☐	☐

lorsqu'ils sont consommés frais						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2025/2026

Nom et Prénom : DUQUESNE Lucie

Titre de la thèse : Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage des patients à risque de dénutrition et l'accompagnement des patients sous compléments nutritionnels oraux.

Mots-clés : **Dénutrition**, dépistage, diagnostic, compléments nutritionnels oraux, pharmacien d'officine

Résumé : La dénutrition est un enjeu majeur de santé publique. C'est un état pathologique qui peut être lié à de multiples causes et qui peut entraîner de graves conséquences. Savoir repérer et diagnostiquer les patients dénutris ou à risque de dénutrition est donc indispensable. Par sa proximité importante avec les patients, le pharmacien d'officine est considéré comme l'un des professionnels de santé les plus accessibles et les plus disponibles sur le territoire français.

L'objectif de ce travail de thèse était de décrire la dénutrition, sa prise en charge et le rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage de cette pathologie et l'accompagnement des patients sous compléments nutritionnels oraux.

Un questionnaire à destination des pharmaciens a été élaboré et diffusé afin de recueillir une centaine de réponses. Les résultats ont mis en évidence que la dénutrition est souvent perçue comme une pathologie secondaire. Ils révèlent également un manque de formation des pharmaciens notamment sur les critères de diagnostic et de dépistage, les outils disponibles et les compléments nutritionnels oraux, ainsi qu'un manque de collaboration interprofessionnelle. Ces différents éléments entraînent une insuffisance du dépistage des patients à risque de dénutrition et, par conséquent, un retard dans leur prise en charge. Cette enquête souligne donc la nécessité de développer et renforcer la formation initiale et continue autour de la dénutrition afin de garantir aux patients un accompagnement de qualité par les professionnels officinaux. L'inter professionnalité apparaît également comme l'un des leviers pour garantir une prise en charge optimale aux patients dénutris ou à risque de dénutrition.

Membres du jury :

Président : Professeur Thierry DINE, Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier – Département de pharmacie, Université de Lille et Groupe hospitalier de Loos Haubourdin

Directeur, conseiller de thèse : Docteur Héloïse HENRY, Pharmacien, Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier – Département de pharmacie, Université de Lille et CHU de Lille

Membre extérieur : Docteur Tiphaine BETHEGNIES, Pharmacienne adjointe de la pharmacie des 5 bonniers, Fâches-Thumesnil