

Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 décembre 2021

Par Julie NOUHANT

Né(e) le 10 décembre 1996 à Limoges

Délivrance des compléments nutritionnels oraux en officine : habitudes et pratiques des pharmacies du territoire limousin

Thèse dirigée par le Dr Philippe FAYEMENDY et le Dr Françoise MARRE-FOURNIER

Examineurs :

Pr Alexis DESMOULIERE, Président du jury

Dr Philippe FAYEMENDY, Juge

Dr Marcel GONCALVES, Juge

Dr Françoise MARRE-FOURNIER, Juge



Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 17 décembre 2021

Par Julie NOUHANT

Né(e) le 10 décembre 1996 à Limoges

Délivrance des compléments nutritionnels oraux en officine : habitudes et pratiques des pharmacies du territoire limousin

Thèse dirigée par le Dr Philippe FAYEMENDY et le Dr Françoise MARRE-FOURNIER

Examineurs :

Pr Alexis DESMOULIERE, Président du jury

Dr Philippe FAYEMENDY, Juge

Dr Marcel GONCALVES, Juge

Dr Françoise MARRE-FOURNIER, Juge



Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2021

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIoux Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. CARDOT Philippe	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIoux Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIERE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques
Mme VIANA Marylène	Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier (*)	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme. CHAUZEIX Jasmine	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. JOST Jérémie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

M. BASLY Jean-Philippe (*)	Chimie analytique et bromatologie
Mme BEAUBRUN-GIRY Karine	Pharmacie galénique
Mme BÉGAUD Gaëlle	Chimie analytique et bromatologie
M. BILLET Fabrice	Physiologie
M. CALLISTE Claude	Biophysique et mathématiques
M. CHEMIN Guillaume	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CLÉDAT Dominique	Chimie analytique et bromatologie
M. COMBY Francis	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
Mme COOK-MOREAU Jeanne	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme DELEBASSÉE Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme DEMIOT Claire-Elise (*)	Pharmacologie
M. FABRE Gabin	Biophysique et mathématiques
M. FROISSARD Didier	Botanique et cryptogamie
Mme JAMBUT Anne-Catherine (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LABROUSSE Pascal (*)	Botanique et cryptogamie
Mme LAVERDET Betty	Pharmacie galénique
M. LAWSON Roland	Pharmacologie

M. LÉGER David	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MARRE-FOURNIER Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
Mme POUGET Christelle (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

Mme AUDITEAU Émilie Épidémiologie, statistique, santé publique

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew Chargé de cours

Mme VERCELLIN Karen Professeur certifié

Remerciements

À Monsieur Alexis Desmoulière,

Professeur de physiologie

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'écoute et la bienveillance que vous apportez à vos étudiants.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur Philippe Fayemendy,

Nutritionniste au CHU Limoges

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail, de m'avoir accompagnée dans la rédaction et l'élaboration de cette étude. Merci pour l'attention que vous avez portée à mon égard, vos motivations et votre présence jusqu'à la fin. Ce travail est aussi le vôtre, je vous en remercie.

À Madame Françoise Marre-Fournier,

Professeur de Biochimie et biologie moléculaire

Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apportée, votre écoute, vos messages toujours bienveillants et motivants. Merci de m'avoir fait l'honneur de co-diriger ce travail.

À Monsieur Marcel Goncalves,

Docteur en pharmacie

C'est un honneur pour moi que vous soyez présent dans mon jury. Votre humanité et votre gentillesse ont comblé mes stages et mes jobs d'été. Vous m'avez fait aimer l'officine, je vous en suis reconnaissante.

À la pharmacie Goncalves,

À Monsieur et Madame Goncalves, je vous remercie de m'avoir fait confiance. Merci de m'avoir formée de ma première année d'études jusqu'à la dernière. Je tiens à remercier l'équipe officinale de ces années, Emilie Bret, Angèle Jouhannet Monzaugé, Marion Gibault, Marie Brehinier, Séverine, ... pour leur accueil toujours chaleureux et souriant et leur partage d'expériences.

À ma famille,

Tout d'abord à mes parents, pour leur présence et leur soutien au quotidien, pour leur amour et leur écoute. Merci de m'avoir permis d'évoluer dans les meilleures conditions. À ma mère, que je souhaite remercier pour ses encouragements et ses nombreux coups de pouce, jusqu'au dernier pour cette thèse. A mon père, pour son réconfort et son soutien.

À ma sœur, pour son optimisme et sa joie de vivre. Ces deux mots te représentent parfaitement, je te remercie d'être la personne que tu es. À toutes nos rigolades, et aux futures autres.

À ma grande famille Nouhant-Cutard, il paraît qu'on ne choisit pas sa famille.... Je trouve que je suis bien tombée.

À Thibault alias Thib'Thib,

À tous les beaux moments passés avec toi, et ceux à venir. On s'est connu à notre majorité, depuis, tu m'as vu travailler, persévérer, mais aussi douter, stresser (un peu...). Tu as su à chaque fois me remotiver. Je te remercie d'avoir été un moteur pour moi, tant dans la vie professionnelle que la vie personnelle. À nos futurs projets, je t'aime.

À tous mes amis,

Mes amis d'enfance, Léa, Wafae, ces liens sont tellement précieux. À mes amis du lycée et à mes amis de fac, merci d'être là, merci pour tous les moments passés avec vous qui ont rendu la vie plus sympathique.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction.....	15
I. La dénutrition.....	16
I.1. Définition.....	16
I.2. Épidémiologie.....	17
I.3. Les causes de dénutrition.....	19
I.4. Les conséquences.....	20
I.5. Dépistage et diagnostic de la dénutrition.....	22
I.5.1. Dépistage et diagnostic de la dénutrition chez l'adulte jeune.....	22
I.5.2. Dépistage et diagnostic de la dénutrition de l'adulte de plus de 70 ans.....	25
I.6. Les stratégies de prise en charge nutritionnelle.....	28
II. Les compléments nutritionnels oraux.....	30
II.1. Définition.....	30
II.2. Indications, contre-indications et intérêts des CNO.....	30
II.3. Leurs caractéristiques.....	32
II.3.1. La composition.....	32
II.3.2. La densité énergétique.....	33
II.3.3. Le volume.....	34
II.3.4. La texture.....	34
II.3.5. L'osmolarité.....	35
II.4. Les différents produits, leur diversité.....	35
II.4.1. Les produits sucrés.....	35
II.4.2. Les produits salés.....	37
II.4.3. Produits d'enrichissements.....	38
II.4.4. Les CNO pédiatriques.....	38
II.4.5. Les CNO spécifiques.....	39
II.5. Le marché des CNO.....	40
II.5.1. Contexte.....	40
II.5.2. Quelques chiffres.....	40
III. La dispensation des CNO en officine.....	41
III.1. La réglementation.....	41
III.1.1. La réglementation concernant les CNO.....	41
III.1.2. La réglementation concernant la prescription.....	43
III.1.3. La réglementation concernant l'acte de dispensation.....	44
III.2. L'accompagnement des pharmaciens et conseils associés à la délivrance.....	45

IV. Enquête auprès des pharmaciens d'officine du Limousin	49
IV.1. Introduction et objectifs	49
IV.2. Méthodologie	49
IV.2.1. Population d'étude	49
IV.2.2. Descriptif du questionnaire	49
IV.2.3. Description des pharmacies interrogées	50
IV.2.4. Connaissances globales, ressentis, et formations dans le domaine	50
IV.2.5. Prescriptions des CNO et difficultés rencontrées	51
IV.2.6. Pratiques de délivrance et connaissances des recommandations lors de la délivrance des CNO	51
IV.2.7. Informations complémentaires concernant les CNO	51
IV.3. Analyse statistique	52
IV.4. Résultats	52
IV.4.1. Description des pharmacies interrogées	52
IV.4.1.1. Localisation	52
IV.4.1.2. Profil des pharmacies.....	53
.....	54
IV.4.1.3. Industriels présents dans les officines.....	54
IV.4.1.4. Formation en nutrition	55
IV.4.2. Connaissances globales, ressentis, et formations dans le domaine	56
IV.4.3. Prescriptions des CNO et difficultés rencontrées	58
IV.4.3.1. Causes présumées de prescriptions de CNO en ville.....	58
IV.4.3.2. Les prescripteurs.....	58
IV.4.3.3. Précisions des ordonnances et difficultés rencontrées	59
IV.4.4. Pratiques de délivrance et connaissances des recommandations lors de la délivrance des CNO	60
IV.4.4.1. Connaissance des recommandations concernant la durée de délivrance	60
IV.4.4.2. Évaluation de l'observance	61
IV.4.4.3. Type de CNO les plus délivrés et choix lors de la délivrance	62
IV.4.4.4. Conseils associés à la délivrance	63
IV.4.5. Informations complémentaires concernant les CNO	65
IV.5. Discussion	66
Conclusion.....	73
Références bibliographiques	74
Annexes	79
Serment De Galien.....	94

Table des illustrations

Figure 1 : Indice de masse corporelle moyen en fonction de la durée d'hospitalisation (3)...	17
Figure 2 : Causes et facteurs de risque de dénutrition (10).	19
Figure 3 : Conséquences de la dénutrition.....	21
Figure 4 : Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée (2).....	26
Figure 5 : Arbre décisionnel du soin nutritionnel	31
Figure 6 : Exemple d'un CNO type jus de fruit	36
Figure 7 : Exemple d'un CNO type crème dessert.....	37
Figure 8 : Exemple d'un CNO salé présenté en récipient prêt à l'emploi	37
Figure 9 : Répartition géographique des pharmacies ayant répondu	53
Figure 10 : Répartition des pharmacies en fonction de leur type d'exercice	53
Figure 11 : Répartition des pharmacies par tranche d'âge des titulaires	53
Figure 12 : Répartition des pharmacies répondant selon le nombre d'emplois au sein de l'officine	54
Figure 13 : Répartition des officines selon le principal industriel fournissant les CNO délivrés.	55
Figure 14 : Types de formations en nutrition suivies par au moins un professionnel au sein des pharmacies déclarant avoir une personne formée	56
Figure 15 : Sources d'information sur les CNO déclarées par les pharmacies.....	57
Figure 16 : Causes majoritaires présumées de recours aux CNO selon les professionnels répondant	58
Figure 17 : Les prescripteurs majoritaires lors d'initiation ou de renouvellements de CNO ...	59
Figure 18 : Types de données manquantes et estimées essentielles par les professionnels répondant	60
Figure 19 : Durée de délivrance lors d'une prescription initiale de CNO par les professionnels répondant	61
Figure 20 : Durée de délivrance lors d'un renouvellement de CNO par les professionnels répondant	61
Figure 21 : Critères d'évaluation de l'observance utilisés par les professionnels répondant .	62
Figure 22 : Types de CNO les plus délivrés par les professionnels	62
Figure 23 : Paramètres pris en compte par les professionnels lors de la délivrance	63
Figure 24 : Types de conseils sur les horaires de prise des CNO délivrés par les professionnels	63
Figure 25 : Types de conseils déclarés par les professionnels sur la conservation des CNO après ouverture	64
Figure 26 : Types de conseils déclarés être délivrés par les professionnels	65

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères phénotypiques de la dénutrition de l'adulte (1)	23
Tableau 2 : Critères étiologiques de la dénutrition de l'adulte (1)	24
Tableau 3 : Critères de dénutrition modérée et sévère (1).....	24
Tableau 4 : Critères définissant la sarcopénie (12).....	27
Tableau 5 : Classification des mélanges polymériques selon l'arrêté du 7 mai 2019 (4).....	42

Liste des abréviations

AET : Apports Énergétiques Totaux

AFNOR : Association Française de Normalisation

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

DADFMS : Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GLIM : Global Leadership Initiative on Malnutrition

HAS : Haute Autorité de Santé

HP-HC : Hyperprotéiné-Hypercalorique

IMC : Indice de Masse Corporelle

ISO : International Organization for Standardization

MNA : Mini Nutritional Assessment

NE : Nutrition Entérale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SFNCM : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

USLD : Unité de soins de longues durées

UTNC : Unités Transversales de Nutrition Clinique

Introduction

La dénutrition est un état de malnutrition lié à un déséquilibre nutritionnel, soit par déficit d'apport, soit par une augmentation des dépenses énergétiques. Cela se manifeste le plus souvent par un amaigrissement (1). Ce phénomène concerne aussi bien les pays développés, que ceux en voie de développement. Ainsi, en France, on estime que la dénutrition touche 4 à 10% des personnes âgées. Si ce taux est plus élevé en institution, le nombre de personnes âgées dénutries à domicile est estimé à 400 000 individus (2,3).

Les conséquences de la dénutrition sont multiples et délétères. La dénutrition est en particulier un facteur de mauvais pronostic dans de très nombreuses maladies (2). La lutte contre ce phénomène est donc un point clé dans la prise en charge globale du patient. La prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO) est une des étapes de la prise en charge du patient dénutri.

Les CNO sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS). Il s'agit de mélanges nutritifs, de faible volume, généralement hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques. Ils présentent des saveurs et des textures variées (4).

Ils sont prescrits, le plus souvent, de façon transitoire afin de compléter des apports alimentaires insuffisants. Ils sont destinés aux patients hospitalisés, en institution ou à domicile (3,5).

Les officines sont régulièrement amenées à délivrer ces produits. À notre connaissance, il n'existait pas de données sur les pratiques et les habitudes de délivrance des CNO par les officines du territoire limousin, et les données à ce propos sont rares en France.

Cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des officinaux à propos des CNO, et de soulever les différents obstacles rencontrés lors de la délivrance de ces produits.

I. La dénutrition

Dans cette partie, nous allons définir la dénutrition, les critères diagnostiques et les conséquences.

I.1. Définition

La dénutrition peut être définie comme un état de malnutrition. De nombreuses définitions de la dénutrition ont été proposées, mais aucune n'est à ce jour consensuelle, du fait de la diversité des critères et outils de mesure employés. En France, en 2019, la HAS a proposé de définir la dénutrition comme un déséquilibre nutritionnel caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif, amenant le plus souvent à un amaigrissement (1). Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle quant à elle de « malnutrition ». C'est un terme large. En effet, il faut bien distinguer dans la malnutrition, deux affections différentes : la malnutrition par carence d'apport, entraînant une dénutrition et la malnutrition par excès d'apport exposant à un risque de surpoids voire d'obésité. Ce terme peut donc prêter à confusion. Pour cela, le terme anglophone « undernutrition », soit littéralement « sous-nutrition » est de plus en plus utilisé. Il est plus informatif et plus précis que le mot « dénutrition » ou encore « malnutrition » (1).

La définition de la dénutrition implique l'existence de trois mécanismes physiopathologiques, isolés ou associés les uns aux autres, pouvant conduire à une dénutrition :

- un déficit d'apport ;
- une augmentation des dépenses énergétiques journalières ;
- une augmentation des pertes (1).

La dénutrition peut classiquement se manifester selon deux grandes formes cliniques.

La première forme, le marasme, se caractérise par un état de maigreur, sans œdème, lié à un déficit d'apport isolé. Elle se traduit par un amaigrissement et/ou un indice de masse corporelle (IMC) bas, facilement identifiable par mesure anthropométrique standard (pesée, mesure de la taille et calcul de l'IMC).

La deuxième forme, le kwashiorkor, présente un hypercatabolisme et des œdèmes. Elle est secondaire à l'association d'un déficit d'apport et d'un état de stress métabolique avec perte protéique, perte de masse et de fonction musculaire. Cette forme sévère est plus difficile à identifier en pratique clinique du fait de l'absence de perte pondérale liée à la surcharge hydrique. Le recours à des critères d'évaluation de la masse et de la fonction musculaire peut donc être utile pour caractériser cette forme hypercatabolique de dénutrition (1).

I.2. Épidémiologie

En juin 2021, l'OMS dénombrait 462 millions d'adultes dans le monde en insuffisance pondérale (faible rapport poids/âge) (6). Elle estime aussi que la dénutrition est responsable de 45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans dans le monde. Les femmes, les nourrissons et les enfants sont particulièrement à risque dans les pays pauvres (6).

Cependant, la dénutrition ne touche pas uniquement les pays en voie de développement. En Europe, on estime que 5 à 10 % de la population est dénutrie (3).

En France, 2 millions de personnes seraient confrontées à ce problème. Les sujets âgés représentent la plus grande part (3). Les études épidémiologiques dans cette population sont anciennes, mais selon la HAS, les chiffres n'ont pas évolué. La prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées est variable selon le mode de vie : 4 % de dénutrition pour les sujets vivant à domicile, 15 à 38 % en institution et jusqu'à 50 à 60 % à l'hôpital (3,7).

Une étude a été réalisée à l'AP-HP en 2003 (étude énergie 4+). Elle avait pour objectif d'observer l'impact d'une hospitalisation sur le poids. La figure 1 ci-dessous révèle les IMC moyens des patients au cours de leur hospitalisation (3).

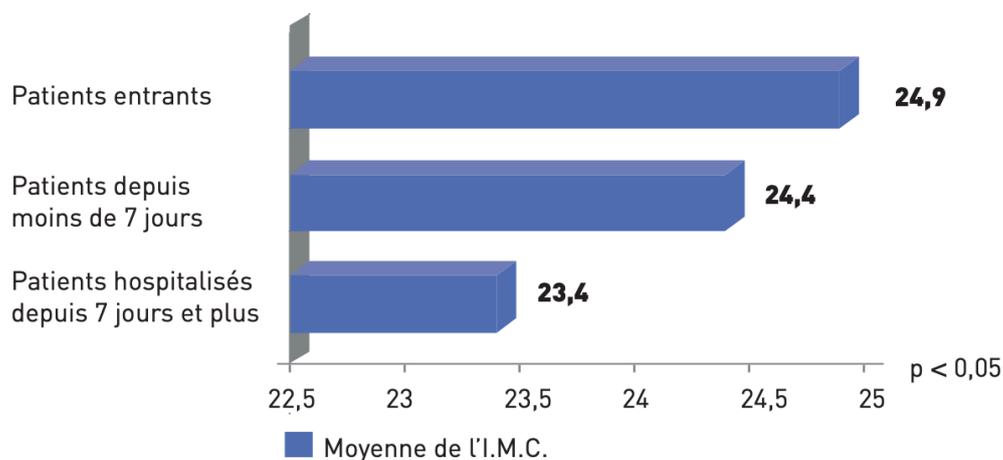


Figure 1 : Indice de masse corporelle moyen en fonction de la durée d'hospitalisation (3)

Les chiffres montrent qu'il y a une forte corrélation entre la perte de poids et la durée d'hospitalisation. En effet, plus la durée de l'hospitalisation est importante et plus l'IMC des patients concernés diminue.

Malgré une prévalence plus basse de la dénutrition en population générale en comparaison aux sujets hospitalisés, la dénutrition affecte fortement les personnes âgées vivant à domicile. Ainsi, on estime à 400 000 le nombre de personnes âgées dénutries à domicile en France (2).

En institution, la forte prévalence de la dénutrition est corrélée à la sévérité des pathologies, à la dépendance et à la qualité des prestations alimentaires. En Limousin, une étude réalisée auprès de 866 résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), a montré que la dénutrition touchait 27,5% des résidents. Les femmes, les personnes présentant des troubles neurocognitifs sévères et/ou à mobilité réduite étaient les plus touchées (8).

C'est en raison de cette prévalence élevée que le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition prend toute sa place dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2019-2023. Ainsi, ce PNNS présente dans l'axe 3 : « Mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques », l'objectif 17 : « prévenir la dénutrition » (9). Ce programme a pour but de mettre en place une semaine nationale de la dénutrition, afin de mieux sensibiliser les professionnels de santé, le grand public et le secteur social à cette problématique. En parallèle, le PNNS promeut le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors par une systématisation de la pesée à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation et en imposant la traçabilité de l'état nutritionnel dans les comptes-rendus de sorties d'hospitalisation. Un des nombreux objectifs est de développer les outils numériques et notamment le dossier médical partagé (DMP) afin de suivre l'évolution de poids du patient par tous les professionnels de santé, y compris le pharmacien d'officine.

Ces mesures ont pour ambition de réduire de 15 % au moins l'incidence de la dénutrition chez les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile ou en institution et de 30 % au moins pour les personnes de plus de 80 ans (9).

I.3. Les causes de dénutrition

Les causes de la dénutrition et les facteurs de risque sont représentés par la figure 2.



Figure 2 : Causes et facteurs de risque de dénutrition (10).

Ces situations à risque peuvent se cumuler. Par exemple, une augmentation des dépenses par une pathologie cancéreuse peut être couplée à une diminution des apports par une localisation digestive du cancer, une altération du moral ou encore des effets secondaires des traitements oncologiques.

On peut aussi citer le cas de l'insuffisant cardiaque où le risque de dénutrition est double. En premier lieu, il y a un travail supplémentaire du cœur qui entraîne une augmentation des dépenses énergétiques. En deuxième lieu, un désintérêt pour les repas peut apparaître avec la mise en place d'un régime faible en sel ou un syndrome anxio-dépressif engendré par un isolement social, une fatigue accrue, ...

I.4. Les conséquences

La dénutrition entraîne des altérations physiques et des déséquilibres physiologiques nombreux pouvant ainsi influencer le pronostic du patient.

Dans un premier temps, cela va s'exprimer par une altération de l'état général : asthénie et apathie, accompagnées parfois d'un amaigrissement. Lorsqu'elle perdure, les complications deviennent plus spécifiques et parfois irréversibles. On parle alors de « spirale de la dénutrition » (11).

Les conséquences de la dénutrition sont multiples et sont représentées par la figure 3 ci-dessous (2).

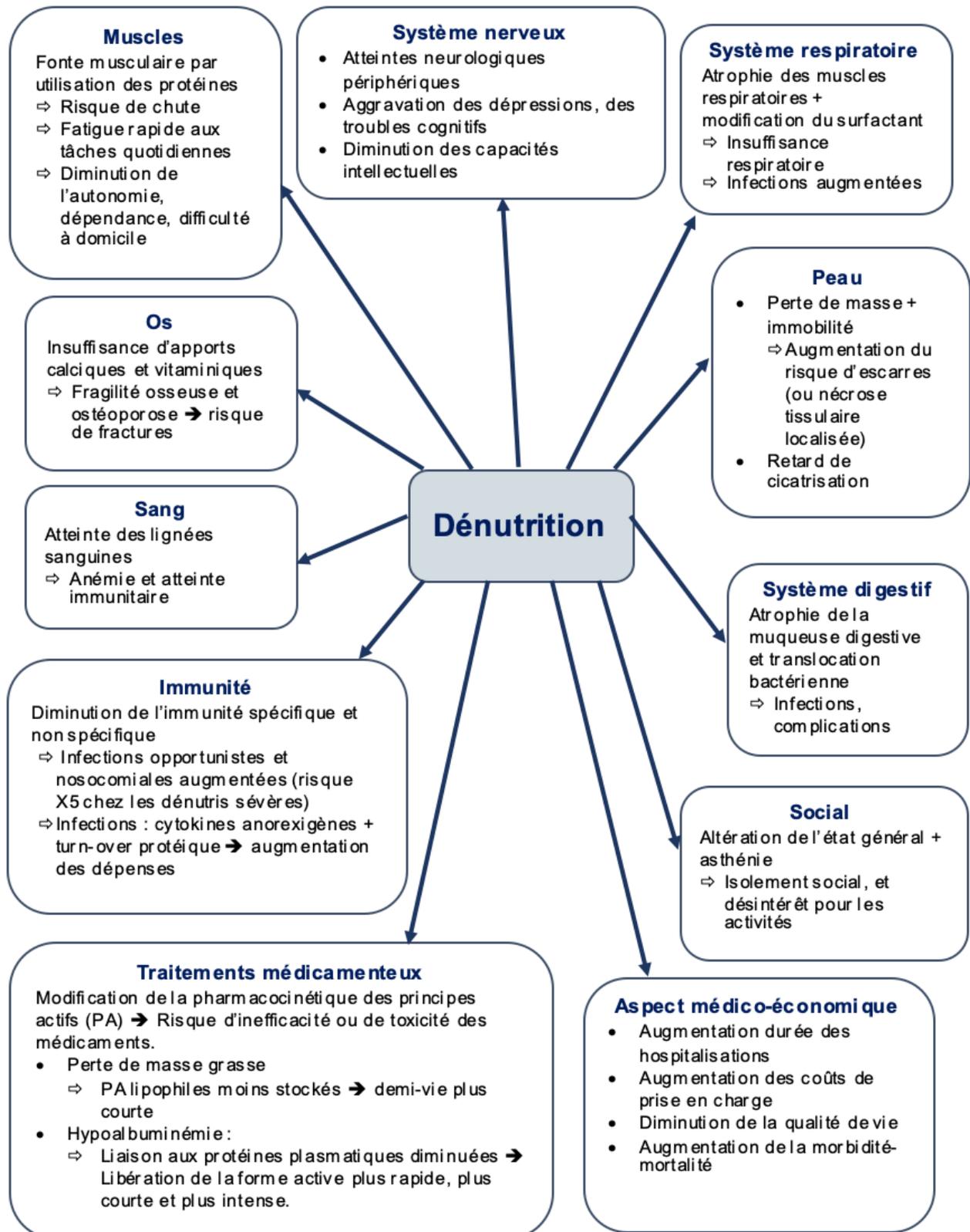


Figure 3 : Conséquences de la dénutrition

Sachant que la dénutrition induit une sur-morbidité et une augmentation des coûts de santé, les politiques publiques ont souligné l'importance du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition. On peut le voir dans le PNNS-4, objectif 17 : prévenir la dénutrition (9).

I.5. Dépistage et diagnostic de la dénutrition

Dans cette partie, nous évoquerons la dénutrition de l'adulte jeune puis du sujet âgé de 70 ans et plus. La dénutrition de l'enfant et de l'adolescent n'est pas abordée dans ce travail.

I.5.1. Dépistage et diagnostic de la dénutrition chez l'adulte jeune

Le diagnostic et la prise en charge ont été reconnus comme priorités en termes de santé publique. C'est pourquoi, la HAS a établi des recommandations de bonnes pratiques afin d'encadrer et d'uniformiser les procédés. Ces recommandations ont été révisées en 2019 (1).

La HAS recommande de dépister la dénutrition systématiquement à chaque consultation et lors d'une hospitalisation. L'objectif est de repérer précocement toute dénutrition ou toute altération du statut nutritionnel (1).

Le diagnostic repose sur des critères phénotypiques et des critères étiologiques. La présence chez un sujet d'au moins un critère qu'il soit phénotypique ou étiologique est suffisant pour poser le diagnostic.

Les marqueurs biologiques ne sont pas spécifiques d'un état de dénutrition. Ils peuvent néanmoins servir par la suite pour évaluer la sévérité de la pathologie. C'est pourquoi le dosage systématique de l'albumine n'est pas justifié.

Les critères phénotypiques sont listés dans le tableau 1 présenté ci-après (1).

Tableau 1 : Critères phénotypiques de la dénutrition de l'adulte (1)

Perte de poids		
❖ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois		
❖ Ou $\geq 10\%$ en 6 mois		
❖ Ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel		
Indice de masse corporelle		
❖ IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$		
Réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaire	Homme	Femme
❖ Différentes méthodes de mesures :		
Force de préhension en kg	< 26	< 16
Vitesse de marche (m/s)	$< 0,8$	$< 0,8$
Indice de surface musculaire en L3 en cm^2/m^2 (obtenu par scanner ou IRM)	52,4	38,5
Indice de masse musculaire en kg/m^2 (obtenu par impédancemétrie)	7,0	5,7
Indice de masse non grasse en kg/m^2 (par impédancemétrie)	< 17	< 15
Masse musculaire appendiculaire (par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DEXA)) en kg/m^2	7,23	5,67

Ces critères phénotypiques font appel à des outils de mesures. Pour que les méthodes soient fiables et reproductibles, il faut s'assurer de la bonne pratique de ces outils.

Par exemple, pour la pesée, il est indispensable qu'elle soit effectuée en sous-vêtements, à l'aide d'une balance respectant les normes AFNOR ou ISO. Si elle se fait au domicile du patient, il est alors recommandé d'utiliser le même pèse-personne pour des pesées successives.

On remarque bien dans ces recommandations que l'IMC n'est pas le seul critère pris en compte dans le diagnostic. Un IMC normal ou élevé ne reflète pas systématiquement un bon statut nutritionnel. Une personne obèse peut être dénutrie.

Les critères étiologiques de dénutrition sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Critères étiologiques de la dénutrition de l'adulte (1)

<p>Réduction de la prise alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine ❖ Ou réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : <ul style="list-style-type: none"> ○ À la consommation alimentaire habituelle quantifiée ○ Ou aux besoins protéino-énergétiques estimés
<p>Absorption réduite : malabsorption / maldigestion</p>
<p>Situation d'agression : hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pathologie aiguë, chronique évolutive ou maligne évolutive

Il suffit qu'un sujet présente un critère phénotypique listé et d'un critère étiologique pour établir le diagnostic de dénutrition. Lorsque c'est le cas, il est important d'évaluer son degré de sévérité.

Tableau 3 : Critères de dénutrition modérée et sévère (1)

	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
IMC	Entre 17 et 18,5 kg/m ²	Inférieur à 17 kg/m ²
Perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ≥ 5 % en 1 mois ❖ ≥ 10 % en 6 mois ❖ ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ≥ 10 % en 1 mois ❖ ≥ 15 % en 6 mois ❖ ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
Albuminémie	Entre 30 et 35 g/L	≤ 30 g/L

La présence d'un seul de ces critères est suffisant pour qualifier le degré de sévérité. S'il y a présence simultanée d'un critère de dénutrition sévère et d'un ou plusieurs critères de dénutrition modérée, la dénutrition est qualifiée de sévère (1).

Indépendamment du statut nutritionnel, une surveillance de l'évolution de l'état nutritionnel est recommandée :

- tous les 3 mois, en ambulatoire ;
- au moins 1 fois par semaine, en cas d'hospitalisation ;
- de manière systématique à chaque consultation de suivi notamment au cours des affections longue durée (1).

Les recommandations ont pour objectif d'uniformiser les pratiques et de simplifier le dépistage et le diagnostic de la dénutrition. Le but premier est de repérer le plus précocement possible une dénutrition afin de mettre en place une prise en charge globale et d'assurer le suivi de ces patients.

1.5.2. Dépistage et diagnostic de la dénutrition de l'adulte de plus de 70 ans

Concernant la dénutrition du sujet âgé, les critères reposent sur les recommandations HAS publiées en novembre 2021. Celle-ci ont été actualisées afin de prendre en compte les recommandations du *Global leadership initiative on malnutrition* (GLIM) parues en 2017. Cette mise à jour se fait dans un continuum avec les recommandations HAS de 2019 sur la dénutrition de l'adulte jeune (12).

Le bénéfice attendu est de réduire le délai de prise en charge en établissant des critères et des outils adaptés et validés.

Dans tous les cas, l'évaluation de l'état nutritionnel du patient âgé doit être faite régulièrement. Cela implique :

- la recherche de situations à risque de dénutrition, la figure 4 présente différentes situations à risque de dénutrition chez la personne âgée ;
- l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires. Celle-ci peut être réalisée par calcul des ingesta ou à l'aide d'une échelle visuelle d'auto-évaluation des prises alimentaires (Annexe 1) ;
- des mesures répétées du poids pour évaluer la perte de poids ;
- le calcul de l'IMC.

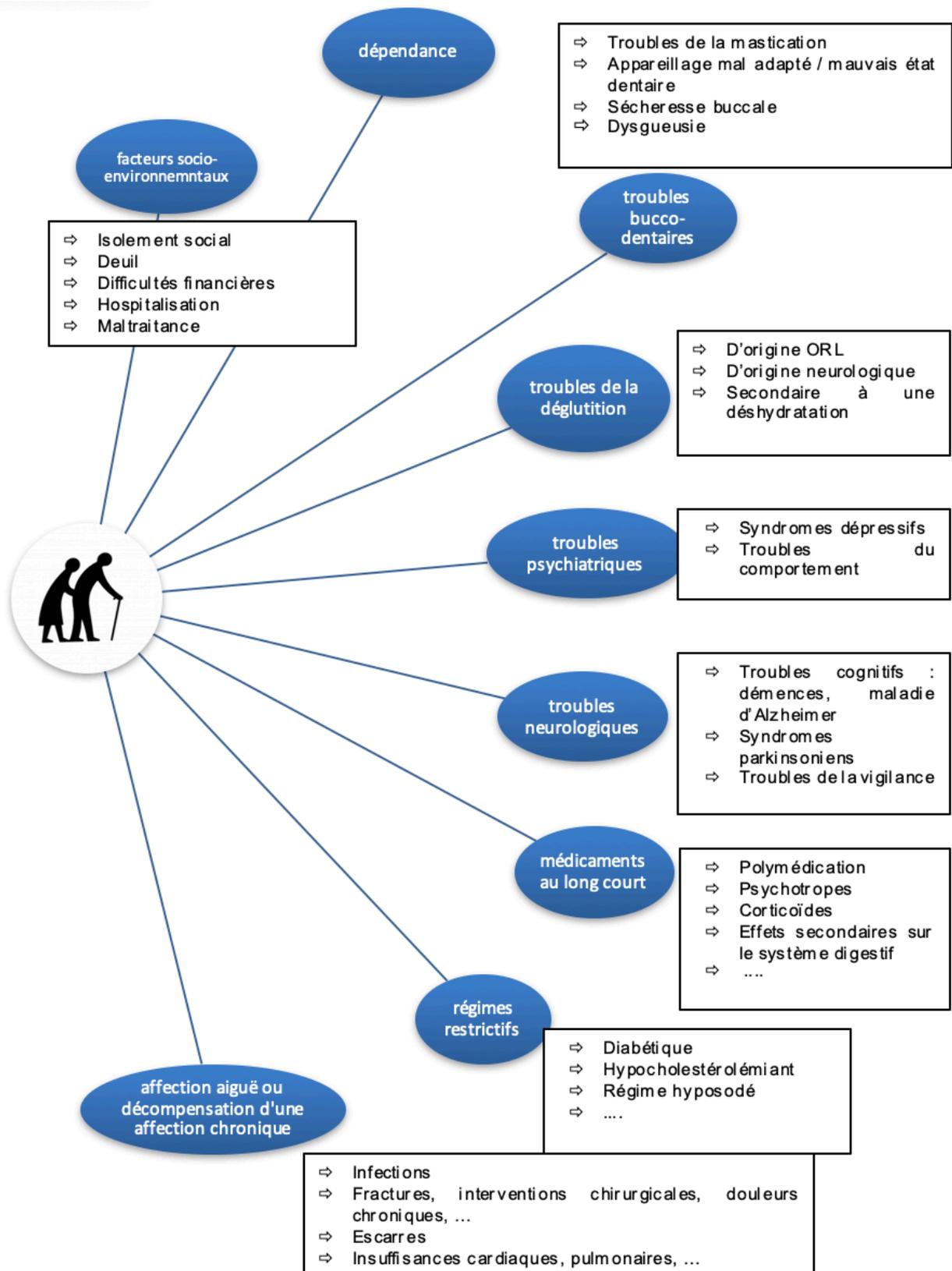


Figure 4 : Situations à risque de dénutrition chez la personne âgée (2)

Quel que soit le statut nutritionnel, il est recommandé de dépister la dénutrition chez la personne de plus de 70 ans :

- au moins une fois par mois à domicile et à chaque consultation ;
- au moins une fois par semaine en cas d'hospitalisation ;
- au minimum une fois par mois en EHPAD et en unité de soins de longue durée (USLD) (12).

Les critères de dénutrition de la personne âgée se calquent sur ceux de l'adulte jeune. Pour établir un diagnostic de dénutrition, le sujet doit présenter au moins un critère phénotypique et un critère étiologique.

Les critères étiologiques restent identiques à l'adulte jeune.

A l'inverse, les critères phénotypiques diffèrent de l'adulte jeune sur deux points :

- IMC < 22 kg/m²
- Sarcopénie confirmée.

Les seuils de pourcentage de perte de poids sont inchangés par rapport à l'adulte jeune (12).

La sarcopénie est définie comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire. Le tableau 4 présente les critères définissant la sarcopénie.

Tableau 4 : Critères définissant la sarcopénie (12)

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins un critère)		
❖ 5 levers de chaise en secondes	>15	
❖ Force de préhension (dynamomètre) en kg	<16	<27
ET réduction de la masse musculaire (au moins un critère)		
❖ Masse musculaire appendiculaire en kg	<15	<20
❖ Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	<5,5	<7

Avec ces nouvelles recommandations, le dépistage n'est plus conditionné à l'utilisation d'un questionnaire comme le *Mini nutritional assessment* (MNA) (présenté en Annexe 2), ou encore le *Malnutrition universal screening tool* (MUST), le *Nutritional risk index* (NRI) ou le *Nutrition risk screening-2002* (NRS-2002). Ces questionnaires sont considérés comme des

outils de repérage de risque de dénutrition mais ne constitue plus un critère de diagnostic de dénutrition (12).

Les critères de sévérité de la dénutrition restent semblables à l'adulte jeune, excepté pour l'IMC, où les recommandations fixent un IMC inférieur à 20kg/m² pour définir une dénutrition sévère (12).

Chez tout sujet, après avoir établi un diagnostic de dénutrition, la prise en charge doit se faire le plus rapidement possible. Les mesures correctrices doivent être adaptées au degré de sévérité et aux capacités de la personne.

I.6. Les stratégies de prise en charge nutritionnelle

Une fois le diagnostic posé, il est indispensable de rechercher et de traiter si possible la cause de la dénutrition. La prise en charge nutritionnelle du patient est spécifique et dépend :

- du degré de sévérité de la dénutrition ;
- des capacités et possibilités d'apports alimentaires *per os* ;
- de la fonctionnalité du tube digestif ;
- de la sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) ;
- des handicaps associés et de leurs évolutions prévisibles ;
- l'avis du malade et/ou de son entourage en prenant en compte les considérations éthiques (12).

Pour une prise en charge globale, il est important d'intégrer le patient dans un parcours de soin. La prise en charge doit être pluri-professionnelle. Celle-ci fait intervenir des nutritionnistes, des diététiciens, des infirmières mais aussi des dentistes, oncologues, psychiatres, gériatres, etc.

Cette pluri-professionnalité est indispensable. C'est pourquoi les Unités transversales de nutrition clinique (UTNC) ont été créées. Ces unités hospitalières multidisciplinaires sont destinées à prendre en charge les troubles nutritionnels des patients hospitalisés. Elles sont mobiles et permettent donc une intervention nutritionnelle quel que soit le service hospitalier (7).

Selon les patients, leur dénutrition et leur profil, différentes prises en charge peuvent être proposées. Ces dernières sont dites « graduées ». En effet, 3 niveaux de prise en charge existent, avec des risques, des coûts et des difficultés de mises en place croissants :

- la nutrition orale, comporte les conseils diététiques, l'adaptation des textures, l'aide à la prise alimentaire, l'alimentation enrichie et le recours aux CNO ;
- la nutrition entérale consiste à administrer un mélange nutritif directement dans le tube digestif à l'aide d'une sonde ;
- la nutrition parentérale, quant à elle, permet d'administrer un mélange nutritif par toute autre voie que la voie digestive.

Par son risque faible de complications et sa facilité de mise en place, la nutrition orale sera toujours favorisée par rapport à la nutrition entérale ou parentérale.

Ces thérapeutiques peuvent s'associer. Un patient dénutri peut avoir une nutrition entérale avec une prise de CNO complémentaire (5,10).

Avec ces enjeux sanitaires, les pouvoirs publics mettent l'accent sur le repérage précoce de la dénutrition afin de diagnostiquer et de prendre en charge le plus rapidement possible cette maladie. Cette prise en charge peut notamment passer par l'utilisation des compléments nutritionnels oraux (CNO).

II. Les compléments nutritionnels oraux

II.1. Définition

Les CNO sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS)(13). Ils sont généralement utilisés pour combler des apports alimentaires insuffisants et ainsi éviter ou limiter une dénutrition. En France, les CNO, inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), sont pris en charge par l'Assurance Maladie, dans les limites des indications prévues, et sur prescription médicale. L'arrêté du 7 mai 2019 est le texte de loi le plus récent, modifiant l'inscription et la prise en charge des CNO à la LPPR (4).

Les CNO sont des mélanges nutritifs pour la plupart prêt à l'emploi. Ces produits, administrés par voie orale, fournissent le plus souvent un apport calorique et protéique important pour un faible volume. Leur composition, leur texture et leur goût varient afin de répondre aux besoins nutritionnels et aux attentes des patients. Ils sont un traitement à part entière de la dénutrition (14). La composition est contrôlée afin de garantir un apport énergétique et/ou protéique stable, permettant de compléter les apports alimentaires des patients. Par conséquent, Les CNO font partie intégrante de la prise en charge d'une dénutrition avérée ou potentielle pour les patients hospitalisés, à domicile ou en institution.

II.2. Indications, contre-indications et intérêts des CNO

Les CNO sont indiqués en cas de dénutrition avérée ou de risque de dénutrition. Ils viennent en complément des apports journaliers habituels. Ces produits ne sont pas destinés à remplacer un repas, mais bien à compléter des apports alimentaires jugés insuffisants.

Les CNO ne sont pas indiqués ni remboursés dans le cadre d'une alimentation ayant pour objectif une perte pondérale ou un gain de masse musculaire dans le cadre d'une pratique sportive (15).

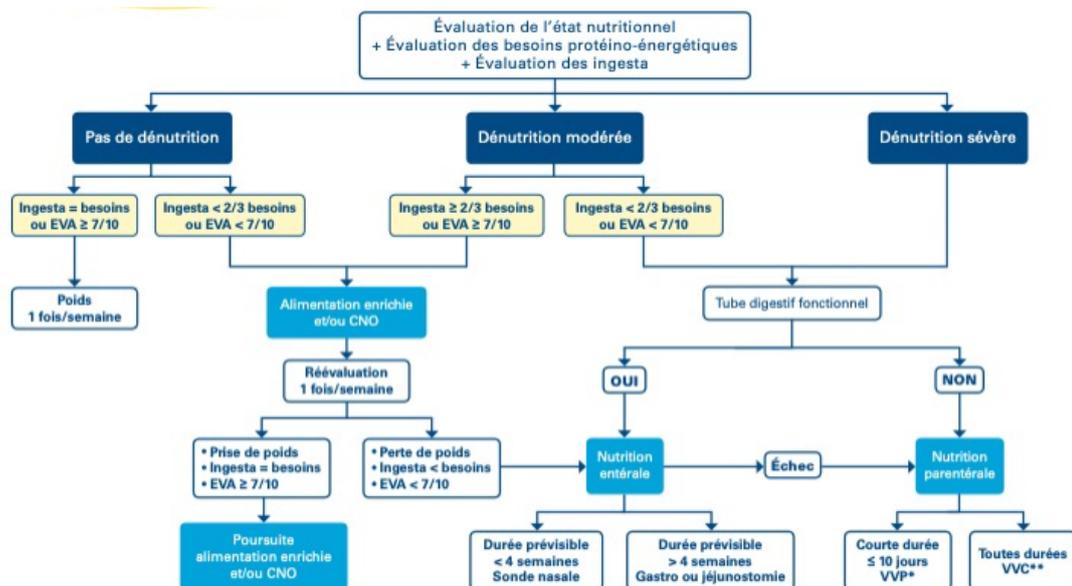
Les CNO ne peuvent être prescrits que sous certaines conditions :

- le patient doit présenter un tube digestif fonctionnel. La non fonctionnalité du tube digestif en rapport avec un obstacle mécanique ou fonctionnel, une malabsorption sévère, une fistule digestive, une diarrhée sévère, contre-indique leur utilisation ;
- la déglutition doit être possible. L'existence de troubles de la déglutition est une contre-indication relative aux CNO. En effet, certains CNO à texture adaptée peuvent être utilisés dans ce cas. La possibilité de recours ou non aux CNO dépend de la sévérité

de ces troubles. Dans ce contexte, un bilan des troubles, reposant sur un entretien, un examen clinique et des explorations complémentaires (test de DePippo, une radiovidéoscopie de déglutition, etc) est nécessaire avant toute prescription et délivrance de CNO (16) ;

- le patient ne doit pas présenter de troubles de la conscience ;
- le patient ne doit pas être opposé à la prise des CNO ;
- enfin, la différence entre les apports journaliers nécessaires et les ingesta résiduels ne doit pas dépasser 600 kcal/j. Au-delà de ce seuil, on estime, sauf cas exceptionnels, que les CNO deviennent insuffisants pour compenser le déficit de prise alimentaire, et la question d'une nutrition artificielle doit alors se poser (14).

Les CNO sont intégrés dans une véritable stratégie thérapeutique de prise en charge ou de prévention de la dénutrition. L'arbre décisionnel présenté en figure 5 montre leur place dans cette stratégie thérapeutique (5).



EVA : échelle visuelle ou verbale analogique - CNO : compléments nutritionnels oraux - VVP : voie veineuse périphérique - VVC : voie veineuse centrale
 *permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques
 **sauf PICC (peripherally inserted central catheter) durée d'utilisation limitée à 6 mois

Figure 5 : Arbre décisionnel du soin nutritionnel

En première intention, les mesures diététiques, comme la mise en place d'une alimentation enrichie sont favorisées. Ainsi, la priorité est de privilégier la voie orale en optimisant et en adaptant l'alimentation spontanée habituelle du patient, si cela est possible (5,13). Les CNO sont utilisés lorsque les mesures diététiques seules sont insuffisantes et/ou que les objectifs nutritionnels ne sont pas atteints et/ou devant une dénutrition installée et d'intensité modérée

à sévère. Lorsque les CNO ne peuvent être mis en place en raison d'une contre-indication, ou lorsqu'ils ne sont pas ou plus efficaces, une nutrition artificielle devra être discutée.

Les CNO ont montré leur efficacité dans la réduction de la morbi-mortalité des patients. Une étude réalisée entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 septembre 2017 dans un centre hospitalier américain montrait une diminution des ré-hospitalisations de 33,8 % à 30 jours pour les patients dénutris qui ont reçu des CNO durant leur hospitalisation. Cette réduction des réadmissions hospitalières était encore plus importante pour les patients atteints de cancer : les auteurs constataient 46,1 % de réadmissions en moins à 30 jours pour les patients ayant consommés des CNO en comparaison à ceux qui n'en n'avaient pas pris (17).

Une étude réalisée en 2020 par Seguy et al. montre l'importance des CNO chez les personnes âgées malnutries (18). Cette étude a révélé que les risques d'hospitalisation étaient divisés par 3 lorsque l'apport de la complémentation orale atteignait 30 g de protéines par jour chez ces patients dénutris et par 5 quand l'apport était de 500 kcal par jour. Dans tous ces cas, une amélioration de l'appétit à 6 mois a été montré. Cette étude suggérait un bénéfice clinique et économique pour les seuils de CNO de 500 kcal et 30 g de protéines par jour (18).

Les CNO sont efficaces lorsqu'ils sont mis en place dans le cadre d'une prise en charge globale de la pathologie et d'une bonne observance du patient. Cette observance est un facteur déterminant dans la réussite de la prise en charge et implique la délivrance de conseils de prise lors de la prescription et de la délivrance de CNO.

II.3. Leurs caractéristiques

Les compléments nutritionnels oraux sont des produits de composition, de densité énergétique, de texture et de présentation diverses. Cette diversité permet de répondre aux besoins des patients et à leurs spécificités (âge, pathologies associées, indications spécifiques, ...).

II.3.1. La composition

La composition en glucides, protides, lipides diffère selon les produits. Les mélanges dits « polymériques » présentent au sein de leurs compositions des protéines, des glucides et plus ou moins des lipides.

L'apport en protéines de ces CNO varie de 11 à 20 % des apports énergétiques totaux (AET). Il s'agit de protéines entières végétales ou animales qui doivent se rapprocher le plus possible

de la protéine de référence définie par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)(4). Les peptides ou acides aminés peuvent être ajoutés et ne sont tolérés que dans le but d'améliorer la valeur nutritionnelle ou les caractéristiques organoleptiques.

Les lipides représentent 15 à 45 % des AET. Leur composition n'est pas encadrée. Étant donné que les CNO doivent être prescrits en sus d'une alimentation habituelle et qu'ils ne constituent pas l'apport exclusif des patients, les teneurs en triglycérides et en acides gras n'ont pas besoin de répondre aux apports nutritionnels conseillés (4).

Concernant les glucides, ils viennent compléter la composition des CNO afin d'arriver à 100 % des AET.

Les CNO ont généralement un apport en micronutriments équilibré (vitamines, oligoéléments, électrolytes), mais certains n'en contiennent que très peu.

Certains CNO comportent des fibres. Ils se composent alors soit d'un mélange de fibres soit de fibres insolubles seules. Leur teneur et leur composition ne sont pas encadrées. Cette adjonction de fibres peut être utilisée dans un objectif de régularisation du transit, ou de régularisation de la glycémie.

D'autres comportent des nutriments spécifiques afin de répondre à des indications bien précises. Par exemple, certains CNO sont enrichis en arginine dans un objectif d'aide à la cicatrisation des escarres.

Enfin, les CNO « monomériques » sont des produits où un seul des trois macronutriments compose le CNO. Il existe ainsi des CNO composés de protéines seules. Ils seront alors indiqués dans l'enrichissement de l'alimentation. Dans la même indication, les CNO à glucides seuls sont composés de maltodextrine. Enfin, les lipides seuls sont composés uniquement de triglycérides à chaînes moyennes et sont indiqués dans les malabsorptions liquides et épanchement chyleux (4).

II.3.2. La densité énergétique

Les CNO sont des produits de faible volume avec un apport énergétique élevé. Cette densité énergétique varie de 1 kcal/mL ou g à plus de 2,4 kcal/mL ou g. Ainsi, cette différence caractérise le produit de normoénergétique à hyperénergétique. Il est bien entendu que les mélanges polymériques glucido-protidiques ont une densité énergétique inférieure aux mélanges glucide-lipides-protides. En effet, lorsque les glucides et les protéines apportent 4 kcal/gramme, les lipides en apportent 9 kcal/gramme. Par exemple, les jus de fruits hypercaloriques hyperprotidiques (HP-HC), mais sans lipides, sont des produits apportant généralement 200 à 300 kcal et 6 à 8 g de protéines pour 200 mL, tandis qu'une boisson lactée

HP-HC concentrée peut apporter jusqu'à 480 kcal et 29 g de protéines pour un volume équivalent.

La densité énergétique et l'apport protidique devraient être prise en compte lors de la prescription. En effet, selon le profil du patient, la qualité de ses prises alimentaires, la sévérité de la dénutrition et son association potentielle à un hypercatabolisme, les besoins complémentaires en énergie et/ou protéines varient.

Le choix des apports énergétiques et protéiques complémentaires par CNO doit donc être adapté à la pathologie du patient et son état nutritionnel. Il est à noter qu'en cas de dénutrition extrêmement sévère et/ou d'ingesta spontanés faibles depuis plusieurs jours, les apports complémentaires par CNO doivent être instaurés progressivement, pour pallier au risque de syndrome de renutrition inappropriée (SRI) (19).

II.3.3. Le volume

Le volume des CNO les plus classiques (boissons, crèmes, *etc*) varie de 125g ou mL pour les plus petits formats à 300g ou mL pour les plus gros formats.

Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique s'est efforcée de proposer des conditionnements de plus faible volume, et plus concentrés, c'est-à-dire de densités énergétiques et protidiques plus élevées. Ces produits sont pour certains d'entre eux disponibles et remboursés en officine de ville depuis la parution de l'arrêté du 7 mai 2019 (4). Cette nouvelle formulation permet de compléter les apports journaliers nécessaires des patients tout en limitant l'augmentation de leur volume alimentaire. Ainsi, les apports sont améliorés, et le retentissement sur l'alimentation spontanée amoindri. Plusieurs études ont démontré cet impact positif des CNO concentrés (20).

II.3.4. La texture

Les CNO se présentent sous forme liquide, semi-liquide ou solide, avec des consistances variables. La texture des CNO doit être adaptée aux capacités de mastication et de déglutition des patients. Par exemple, un patient présentant des troubles de la déglutition pourra potentiellement bénéficier, sur prescription médicale et après évaluation rigoureuse de la déglutition, d'une supplémentation orale par CNO si celle-ci est adaptée aux caractéristiques exactes de ses troubles.

II.3.5. L'osmolarité

L'osmolarité est définie comme le nombre de particules osmotiquement actives par litre de solution. Celle-ci est proportionnelle à la concentration des substances dissoutes dans le mélange et inversement proportionnelle à leur poids moléculaire. Chez un patient dont la fonction intestinale est perturbée, ayant eu un jeûne ou une nutrition parentérale prolongée, un CNO à osmolarité basse (inférieur à 400 mOsm/L) serait à privilégier. En effet une osmolarité élevée est classiquement reconnue comme moins bien tolérée sur le plan digestif (21).

II.4. Les différents produits, leur diversité

Afin de répondre au mieux aux besoins nutritionnels, d'être adaptés aux diverses pathologies et troubles associés à la dénutrition et d'éviter la lassitude des patients, les CNO se présentent selon de nombreuses formes.

Comme indiqué précédemment, ces produits diffèrent par leur composition, leur apport énergétique ou protéique et leur volume. Par ailleurs, les CNO présentent des saveurs et des textures diverses. Ceci permet une adaptation des produits aux goûts et préférences des patients, et de favoriser leur observance.

On distingue les produits sucrés, salés, et les produits d'enrichissement.

II.4.1. Les produits sucrés

La majorité des CNO disponibles sont sucrés. Ils se présentent sous diverses formes.

Les produits liquides

Cette catégorie regroupe les jus de fruits et les boissons de type lacté. Ces produits sont conditionnés en bouteilles ou briquettes.

Les boissons lactées sont des CNO dont la densité énergétique et protéique est généralement importante. Ces produits sont conditionnés par volume unitaire de 125 à 300 mL (format « max »). Certains de ces produits hyperprotéiques et hypercaloriques (HP-HC) concentrés permettent des apports conséquents et parfois supérieurs à un CNO classique de 200 mL, pour un faible volume (125mL). Ces produits concentrés de faible volume sont pour la plupart pris en charge par l'Assurance maladie en officine depuis l'arrêté de mai 2019 (4).

Malgré leur dénomination, les boissons lactées sont généralement sans lactose. Elles peuvent être réchauffées ou refroidies, selon les préférences du patient. Les industriels proposent une large gamme de goûts et d'arômes, et pour la plupart, un produit au goût neutre qui peut être utilisé pour les préparations alimentaires salées ou sucrées. Il est à noter que certains produits lactés sont dotés d'arômes spécifiques, comme des dérivés du menthol (effet fraîcheur) ou des dérivés de la capsaïcine (sensation de chaleur). Ces arômes permettraient de stimuler le système trigéminal jouant un rôle dans la communication sensitive et sensorielle de la face. Ces produits peuvent être utilisés en cas de dysgueusie, par exemple, lors d'un traitement par chimiothérapie.

Les jus de fruits sont des mélanges glucido-protéiques. Dénués de lipides, ils apportent une complémentation moins riche que les CNO « lactés ». Ils représentent cependant, une alternative à ces produits « lactés » pour les patients ayant une aversion pour le lait. Ces jus peuvent être dilués dans de l'eau, ou encore congelés et consommés sous cette forme. Il est à noter que ces produits sont généralement d'index glycémique élevé, et ne devrait, de ce fait, être utilisés en première intention en cas d'intolérance glucidique.



Figure 6 : Exemple d'un CNO type jus de fruit

Les produits de consistance épaisse

Les produits de consistance épaisse comportent les crèmes desserts, les desserts lactés type brassés, yaourts ou riz au lait et les desserts fruités type compotes. Ces produits sont généralement conditionnés sous forme de pot ou barquette unitaire de 125 à 200 g.

Tout comme les CNO liquides, les desserts lactés sont pour la plupart de densités énergétique et protidique plus élevées que les desserts fruités.

Ces produits peuvent être utilisés en première intention, ou en alternative aux autres produits en cas de troubles de la mastication ou de la déglutition.



Figure 7 : Exemple d'un CNO type crème dessert

Les produits solides

Ces produits comportent les céréales, les biscuits, les gâteaux, les brioches, *etc.* La mise en place de ces produits doit tenir compte des capacités de déglutition et de mastication des patients.

Les mélanges de céréales sont des produits qu'il convient d'associer à un liquide (eau, lait, café, ...), de volume variable afin d'obtenir une texture adaptée aux capacités du patient.

Les biscuits, gâteaux, pains briochés ou galettes sont de volume, de texture et de consistance très variable selon le type de produit. Ces produits sont généralement conditionnés par sachet individuel. Ils représentent une alternative aux CNO plus classiques type boissons lactées ou jus de fruits, mais sont de densité énergétique généralement plus faible.

II.4.2. Les produits salés

Les produits salés comportent les potages, en sachet lyophilisé à reconstituer ou en bol directement prêt à l'emploi, les plats mixés et des plats préparés. Certains CNO liquides lactés peuvent également présenter un arôme salé.

Cette catégorie semble en général moins utilisée par les professionnels de santé et les patients. Toutefois, elle représente une alternative aux produits sucrés pour les patients qui ne les tolèrent pas.



Figure 8 : Exemple d'un CNO salé présenté en récipient prêt à l'emploi

II.4.3. Produits d'enrichissements

Les produits d'enrichissement sont des mélanges monomériques. Ils sont composés que d'un seul macronutriment : lipides, protides, ou glucides. Ils se présentent majoritairement sous forme de poudre pour les protides et les glucides qui s'incorporent dans les repas.

Les lipides de complémentation existent sous forme liquide. Ils ont une consistance huileuse et sont composés à plus de 95 % de triglycérides à chaîne moyenne.

II.4.4. Les CNO pédiatriques

La gamme de CNO pédiatriques est peu développée. Peu de produits sont soumis à remboursement. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, l'enrichissement est priorisé en concentrant les laits, par exemple par l'utilisation de dextrine-maltose (5 g) et d'huile végétale type colza. Si l'enrichissement s'avère insuffisant, les CNO peuvent être mis en place (22).

Les CNO de 0 à 1 an sont des solutés isocaloriques (1 mL/kcal) polymériques. Ces CNO sont indiqués en cas de retard de croissance, de perte de poids ou de dénutrition avérée. Ces produits sont non aromatisés.

Au-delà de 1 an, il est possible de recourir aux CNO pédiatriques comportant 6 g de protéines pour 300 kcal. Seul le laboratoire Nutricia propose de tels produits, qui ne sont pas remboursés en officine.

Selon les recommandations récentes de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM), concernant la dénutrition de l'enfant dans le cadre de la COVID, les CNO adultes hypercaloriques normoprotidiques, comportant 11 g de protéines et 300 kcal peuvent être proposés jusqu'à 8 ans, à raison de 1 à 2 unités par jour. Après 8 ans (ou 30 kg), les CNO adultes hyperénergétiques et hyperprotéiques à 18 g de protéines et 300 kcal ou 20 g de protéines et 400 kcal peuvent être prescrits (22).

II.4.5. Les CNO spécifiques

Certains CNO sont formulés spécifiquement pour des indications précises. La plupart de ces CNO ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Parmi ces produits, il existe :

- des CNO développés pour les troubles de la glycémie : enrichis en fibre, d'index glycémique bas (exemple : Clinutren G-Plus[®] laboratoire Nestlé) ou édulcorés ;
- des CNO utilisés lors d'insuffisance rénale (exemple : Rénal Instant Délicat[®], laboratoire Lactalis), pauvre en électrolytes et en apports hydriques, enrichie en L-carnitine ;
- des CNO indiqués pour l'aide à la cicatrisation des escarres (exemple : Cubitan[®], laboratoire Nutricia), avec arginine et micronutriments (zinc, vitamine C et vitamine E) ;
- des produits enrichis en cytokine TGF- β 2 (transforming growth factor- β 2) (Modulen IBD[®], laboratoire Nestlé), spécifique pour la prise en charge des patients avec maladie de Crohn (23) ;
- des produits d'immuno-nutrition (type Oral Impact[®], laboratoire Nestlé), destinés à la complémentation en pré-opératoire des patients adultes ayant une chirurgie colorectale carcinologique, quel que soit l'état nutritionnel et en post-opératoire pour les patients adultes dénutris ayant une chirurgie digestive carcinologique. Ces CNO sont notamment composés d'arginine, d'oméga-3 et de nucléotides, et ne bénéficient du remboursement que sous certaines conditions de prescription (respect de l'indication, ordonnance d'exception, prescription restreinte aux oncologues, aux chirurgiens digestifs, aux anesthésistes-réanimateurs, aux gastro-entérologues) (24).

Ces CNO, par leurs spécificités, peuvent apporter une solution thérapeutique supplémentaire pour tous les patients dénutris ou à risque de dénutrition. Néanmoins, l'utilité de certains de ces produits, comme les CNO édulcorés, peut être discutée.

II.5. Le marché des CNO

II.5.1. Contexte

Dans un contexte de vieillissement de la population, la dénutrition devient un réel problème de santé publique. On dénombrait au 1^{er} janvier 2020, 20,5 % de la population française ayant plus de 65 ans (25). Cette proportion a bondi ces dernières années avec l'arrivée à ces âges de la génération du baby-boom. Un vieillissement de la population entraîne plus de populations à risque et notamment à risque de dénutrition. Étant donné que les CNO font partie intégrante de la prise en charge de la dénutrition, on peut présumer que le marché des CNO va augmenter dans les prochaines années.

II.5.2. Quelques chiffres

D'après des études de marché menées par l'industrie pharmaceutique, l'évolution du marché des CNO depuis 2014 est en constante augmentation.

Le poids des CNO en 2020 était de 300, 8 millions d'euros *versus* 255, 4 millions d'euros en 2014 (26), tout circuit confondu. Les pharmacies représentent le circuit de distribution majoritaire dans la délivrance des CNO (67 %), l'hôpital ne représentant que 25 % et les prestataires de service et distributeurs de matériels 8 % (26).

Le marché des CNO en pharmacie était lui aussi, en augmentation en 2020 par rapport à 2019, + 2,8 % en unités et 4,3 % en valeurs, correspondant à 352, 0 millions d'euros et 37,1 millions d'unités délivrées sur l'année passée (27). Les CNO spécifiques pour patients diabétiques font la plus forte croissance (+5,1 %) en unités délivrées en 2020 versus l'année précédente (27). Les boissons puis les crèmes représentent la plus grosse part du marché, suivi des bases fruitées.

Les officines représentent donc le circuit majoritaire dans la délivrance des CNO. Celle-ci se fait pour la plupart, à la suite d'une prescription médicale. Les médecins généralistes en sont les principaux prescripteurs (81 % des prescriptions) (28).

III. La dispensation des CNO en officine

Le terme « dispensation » regroupe l'acte de délivrance et l'accompagnement des patients au travers des conseils associés. Ces derniers ont pour but de sécuriser les prises des traitements et de favoriser l'observance.

Les CNO sont des produits pharmaceutiques, pour la plupart remboursés par l'Assurance Maladie. Pour ouvrir le droit au remboursement, leur délivrance doit répondre à plusieurs critères règlementaires.

III.1. La réglementation

III.1.1. La réglementation concernant les CNO

Pour qu'un CNO soit pris en charge par l'Assurance Maladie, il doit répondre à plusieurs critères, notamment en termes d'apports énergétiques et protéiques. L'arrêté du 7 mai 2019 fixe les différentes catégories de CNO (4).

Cette classification se fait tout d'abord par la distinction entre mélanges polymériques et monomériques.

Mélanges polymériques

Le tableau 5 résume la classification des mélanges polymériques en fonction de leurs compositions protéino-énergétiques.

Tableau 5 : Classification des mélanges polymériques selon l'arrêté du 7 mai 2019 (4)

	Énergie	Protéines	Lipides	Glucides
Mélanges normoprotidiques et hyperénergétiques	≥ 1,5 kcal/mL ou g	Entre 4,5 et 7 g/100 mL ou 100 g	Entre 15 et 45 % des AET (apports énergétiques totaux)	Quantité suffisante pour (QSP) 100 % des AET du mélange
Mélanges hyperprotidiques et normoénergétiques	Entre 1 et 1,5 kcal/mL ou g	≥ 7 g/100 mL ou 100 g	Entre 15 et 45 % des AET	QSP 100 % des AET du mélange
Mélanges hyperprotidiques (≥ 7g/100mL ou 100g) et hyperénergétiques	≥ 1,5 kcal/mL ou g	≥ 7 g/100 mL ou 100 g	Entre 15 et 45 % des AET	QSP 100 % des AET du mélange
Mélanges hyperprotidiques (≥ 10g/100mL ou 100g) et hyperénergétiques	≥ 1,8 kcal/mL ou g	≥ 10 g/100 mL ou 100 g	Entre 15 et 45 % des AET	QSP 100 % des AET du mélange
Mélanges hyperprotidiques et hyperénergétiques concentrés	≥ 2,25 kcal/mL	≥ 14 g/100 mL ou 100 g	Entre 15 et 45 % des AET	QSP 100 % des AET du mélange
Mélanges glucido-protidiques	≥ 1,25 kcal/mL ou g	≥ 3,75 g/100 mL ou 100 g	≤ 5 % des AET du mélange	QSP 100 % des AET du mélange

Mélanges monomériques

Il existe 3 catégories de mélanges monomériques, correspondant aux 3 macronutriments (protéines, glucides et lipides). Ils apportent à eux seuls plus de 95% des AET du mélange. Ils sont :

- les protéines seules ;
- les glucides seuls composés de maltodextrine ;
- les lipides seuls composés de triglycérides à chaînes moyennes.

Seuls les CNO appartenant à une de ces catégories et inscrits à la LPPR, peuvent être remboursés sous condition de prescription.

III.1.2. La réglementation concernant la prescription

Les CNO relèvent de la réglementation des dispositifs médicaux en tant que DADFMS. Tout médecin peut prescrire des CNO que ce soit en initiation ou en renouvellement de traitement. Cette prescription doit être précédée d'une évaluation ou d'une réévaluation du statut nutritionnel du patient comprenant :

- le poids ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- la tolérance et l'observance des CNO lors d'un renouvellement (4).

L'évaluation nutritionnelle est primordiale avant d'initier les CNO. Le médecin doit s'assurer avant prescription que certaines conditions sont bien remplies comme :

- la persistance d'un tube digestif fonctionnel ;
- la présence d'apports alimentaires spontanés ;
- les objectifs de prises sont raisonnables et cohérents avec les capacités du patient.

La première prescription ne pourra excéder un mois de complémentation. Sur cette prescription, il doit être mentionné le type de produits, son apport protéino-énergétique, ainsi que le nombre d'unités par jour. Il est fortement recommandé d'inscrire le poids du patient.

Afin de faciliter la prescription, le CHU de Limoges a réalisé des ordonnances types (Annexe 3).

À l'issue de ce mois d'initiation, le médecin pourra renouveler pour une durée maximale de trois mois après réévaluation nutritionnelle (4).

III.1.3. La réglementation concernant l'acte de dispensation

La délivrance des CNO, hors circuit hospitalier, se fait soit en pharmacie, soit par le biais d'un prestataire de service.

Lors d'une primo-prescription, la délivrance doit être limitée à 10 jours de traitement.

Selon l'arrêté du 7 mai 2019,

« À 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. »(4)

Concernant les renouvellements, le pharmacien peut délivrer la quantité nécessaire de CNO pour une durée d'un mois maximum.

Dans ce texte, il n'est pas précisé les modalités d'évaluation de l'observance. Un premier indicateur simple de la bonne observance du patient est de regarder l'historique de délivrance. Ce suivi peut aussi se faire en questionnant au comptoir les patients : « Combien de CNO consommez-vous par jour ? Que pensez-vous de la quantité de CNO à prendre ? Arrivez-vous à terminer les CNO entamés dans la journée ? Quel produit avez-vous le plus apprécié ? Vous a le plus déplu ? ». Au travers de ces questions, le pharmacien peut avoir un aperçu de sa consommation et peut relever les freins (goûts, textures, ...) que le patient pourrait avoir. Cette évaluation est à réaliser à chaque dispensation de CNO. En effet, l'état nutritionnel du patient a pu varier entre temps, la lassitude pour un produit a pu s'installer, ou le goût a pu être modifié notamment par des traitements anti-cancéreux.

Le pharmacien assure le suivi et la bonne observance des CNO chez leurs patients. Les conseils associés à la délivrance des CNO sont primordiaux pour assurer l'efficacité du traitement. Ceux-ci différencient l'acte de délivrance et l'acte de dispensation. Comme inscrit dans le code de déontologie des pharmaciens, art. R. 4235-48, « *le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

- *l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*
- *la préparation éventuelle des doses à administrer ;*

- *la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ;*
- *[....]*

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » (29).

III.2. L'accompagnement des pharmaciens et conseils associés à la délivrance

Les pharmaciens sont amenés à voir régulièrement les patients sous CNO et/ou leur entourage proche. En effet, il n'est pas rare que ces patients présentent plusieurs comorbidités. Les ordonnances peuvent ainsi se multiplier et les passages à la pharmacie augmenter.

Les pharmaciens proposent un premier accompagnement concernant l'aide à la prise de ces médicaments : l'organisation, les moments de prise, etc. Grâce à l'historique des délivrances, ils peuvent facilement consulter les ordonnances émanant d'autres spécialistes et ainsi procéder à une analyse pharmaceutique. La polymédication peut être un facteur aggravant de la dénutrition. Dans ce contexte, la conciliation médicamenteuse doit être un point clé à développer. Cette démarche permet de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, rendre les interactions entre les acteurs de santé plus efficaces et améliorer la connaissance des traitements par le patient et son observance.

Concernant la prise en charge de la dénutrition, la prescription de CNO peut s'accompagner de conseils diététiques. Il convient de regarder en premier lieu l'existence d'une ou plusieurs alimentations restrictives (régimes restrictifs), d'en vérifier l'indication réelle et d'éventuellement les supprimer. Dans un second temps, des conseils pour enrichir l'alimentation peuvent être délivrés. Ces conseils permettent d'augmenter les apports caloriques et protidiques dans les repas habituels, et ainsi ne pas modifier les volumes ingérés. Au comptoir, le pharmacien peut suggérer des idées d'enrichissement. Pour augmenter les apports caloriques, l'enrichissement passe par l'ajout dans les préparations ou collations ordinaires de :

- matières grasses : crème fraîche, huile, beurre, margarine, sauces, etc ;
- produits sucrés : sucre, miel, confiture, caramel liquide, pâte à tartiner, chocolat, etc ;
- céréales fines : vermicelles, tapioca, semoule, etc.

Afin d'augmenter les apports en protéines, peuvent être ajoutés dans les plats :

- des produits laitiers : poudre de lait, lait concentré, fromage râpé, fromage fondu, mascarpone, petit suisse, ricotta, etc ;
- des œufs ;
- de la poudre de protéine ;
- de la viande hachée ou moulinée.

Ne pas hésiter à préférer des repas riches en énergie ou en protéines comme les quiches, gratin avec béchamel, purée de pomme de terre, risotto, crème pâtissière, etc.

De manière générale, il est important de conseiller :

- de boire tout au long de la journée, de préférence entre les repas ;
- si le patient présente peu d'appétit, d'essayer de conserver les 3 repas journaliers tout en ajoutant des collations ;
- de supprimer les aliments allégés ;
- de privilégier les laitages, flans, crèmes desserts, mousse au chocolat, etc en dessert (30).

En complément de cette alimentation, les CNO vont être une aide supplémentaire pour atteindre les objectifs énergétiques journaliers. Lors de leur dispensation, il est important de rappeler les règles de conservation. Les CNO peuvent être conservés à température ambiante jusqu'à utilisation. Une fois ouvert, le produit est consommé dans les deux heures s'il reste à température ambiante, ou 24 heures s'il est placé au réfrigérateur. Un CNO entamé et non consommé dans ces délais doit être jeté.

Concernant les heures de prises, ces suppléments nutritionnels viennent toujours en complément de l'alimentation spontanée. Afin de ne pas entraver celle-ci, on conseille de les prendre entre les repas, en collation (10 h / 16 h / 21 h). Ils peuvent aussi être consommés en fin de repas, en remplaçant le yaourt par une crème dessert HP-HC par exemple.

Il ne faut pas hésiter à fractionner les prises de CNO dans la journée si besoin. Pour avoir une meilleure tolérance digestive et éviter toute sensation d'écoeurement, il est possible que les patients sous CNO fractionnent leurs compléments en différentes prises réparties dans la journée. Il faut penser à bien agiter les produits avant de les consommer.

Il existe une multiplicité des produits permettant d'adapter les CNO au profil du patient (trouble de la déglutition, troubles du transit, intolérance au lactose, ...) et de varier les saveurs et les textures. Afin d'éviter les lassitudes, il est important de proposer les différentes présentations de CNO sous forme de brochure à remettre aux patients. Ce support leur permet de découvrir calmement la gamme et de choisir en fonction de leurs goûts et de leurs envies. C'est d'autant plus essentiel lorsque c'est l'entourage proche qui vient récupérer les traitements.

Autant que possible, le pharmacien peut proposer des échantillons de CNO. Cela permet un « choix éclairé » pour les patients. Une étude réalisée en 2018 en service de gériatrie, a permis d'évaluer l'impact d'une stratégie de choix des produits par dégustation préalable sur l'observance de la prise des CNO. Deux groupes ont été créés : le premier groupe a reçu des CNO selon les préférences et les aversions citées oralement. Le deuxième groupe a pu choisir ses CNO par un choix « éclairé » après dégustation d'une sélection de produits. Il a été montré une tendance favorable de l'évolution du statut nutritionnel à trois mois après choix éclairé, sans résultat significatif sur le court terme (31).

Au-delà des différents CNO, et afin de diversifier les prises alimentaires, ces produits peuvent être consommés de manières différentes :

- les CNO sont souvent mis au réfrigérateur avant consommation ;
- ils peuvent aussi être tiédifiés pour les boissons lactées type chocolat, café, caramel ou vanille. Pour les faire chauffer, ils doivent être transvasés dans un récipient adapté au micro-onde ou au bain marie, sans dépasser 50°C pour ne pas dénaturer le produit ;
- les boissons, notamment les jus de fruit peuvent être congelés dans un contenant adapté pour en faire des sorbets ;
- ils peuvent aussi être ajoutés à des préparations. Les industriels ont établi des petits livrets avec des idées recettes. Ils incorporent des CNO dans des plats ordinaires (exemple : un riz au lait avec une boisson lactée saveur vanille, des petits pots de crème à la fraise, des milkshakes, des cocktails avec jus de fruits enrichis, etc) ;
- en règle générale, les boissons lactées nature peuvent s'utiliser dans les préparations en substitut du lait ;
- les jus de fruits peuvent être mélangés à de l'eau gazeuse, lorsqu'il y a des problèmes de déglutition ou bien à de l'eau plate lorsque le patient trouve le jus trop sucré (32).

Pour accompagner le patient dans cette démarche, le pharmacien peut proposer des livrets d'informations. Ces brochures peuvent permettre de résumer les informations que le patient a pu recevoir à l'oral, notamment sur les conservations ou les différents modes de prises. Celles-ci vont aider les patients à mieux connaître et utiliser leurs compléments.

De même, certaines pharmacies présentent des « animations » autour de la dénutrition, avec intervention d'une diététicienne. Cette dernière propose des entretiens individuels et un suivi au sein de la pharmacie. Ce procédé peut permettre de lever des freins à l'utilisation des CNO mais surtout apporter un soutien aux patients et à leur entourage. L'accompagnement du soin nutritionnel par un diététicien, à l'hôpital ou à domicile a un impact positif très net (31).

La dispensation des CNO en officine est un point clé dans la prise en charge du patient. En effet, la discussion et l'écoute du patient dénutri sont d'une importance capitale afin de soulever les potentiels freins à une mauvaise ou à une sous-consommation des CNO. Lors de l'échange avec le patient, le pharmacien peut proposer des alternatives (produits différents, modes de prises, textures et saveurs) en adéquation avec les goûts et les attentes de celui-ci.

IV. Enquête auprès des pharmaciens d'officine du Limousin

IV.1. Introduction et objectifs

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes interrogés sur la délivrance des CNO en officine. En France, la législation encadrant leur utilisation a été actualisée en 2019. Peu de données sont disponibles sur l'application de cette législation et de ces recommandations dans le monde officinal. Pour cela, une enquête auprès des professionnels des pharmacies du Limousin a été effectuée sur les habitudes et pratiques de délivrance des CNO en officine.

Les objectifs principaux de cette étude étaient de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des officines du Limousin à propos des CNO, et de soulever les différents obstacles rencontrés lors de la délivrance de ces produits.

IV.2. Méthodologie

IV.2.1. Population d'étude

Cette étude, réalisée entre le 1^{er} avril 2021 et le 30 juin 2021, se basait sur un recueil de données auprès des 308 pharmacies du territoire limousin recensées par l'Ordre National des Pharmaciens.

IV.2.2. Descriptif du questionnaire

Un questionnaire était élaboré avec l'outil LimeSurvey. Une fois le questionnaire activé en ligne, un lien était généré pour accéder à cette enquête. Ce dernier était diffusé via un mailing par les 3 Fédérations des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPFs) des départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse. L'ensemble des pharmacies du Limousin était sollicité. Le questionnaire pouvait être renseigné, une seule fois par officine interrogée, directement en ligne, de façon anonyme, par tout personnel de la pharmacie (pharmacien, préparateur ou étudiant).

Le questionnaire est présenté en Annexe 4.

Il était composé de 36 questions, qui se présentaient sous différentes formes : questions à choix simples, à choix multiples ou ouvertes. Excepté les questions ouvertes, toutes les

questions étaient soumises à une réponse obligatoire pour pouvoir renseigner la suite du questionnaire. Le questionnaire comportait six parties :

- la première partie renseignait sur le type de pharmacies interrogées ;
- la deuxième partie relevait des informations sur le ressenti des professionnels à l'utilisation des CNO, leurs connaissances globales et leurs formations éventuelles dans le domaine ;
- la troisième partie questionnait les professionnels sur les prescriptions de CNO et les difficultés rencontrées ;
- la quatrième partie développait les pratiques et les connaissances des recommandations sur la délivrance des CNO ;
- la cinquième partie interrogeait les professionnels sur le souhait d'informations complémentaires concernant les CNO et des thèmes à aborder principalement.

IV.2.3. Description des pharmacies interrogées

Les questions posées concernaient la localisation de l'officine : le département et le type d'exercice (urbain, rural, semi-urbain). La taille de l'officine était renseignée avec le nombre d'employés ainsi que le nombre de titulaires. Les répondants devaient indiquer l'âge moyen des titulaires.

Deux questions étaient centrées sur les industriels présents au sein de leur officine : le nombre d'industriels travaillant avec eux et l'industriel principal fournissant les CNO.

Il leur était demandé si au moins une personne avait une formation en nutrition. Si c'était le cas, une question permettait de préciser le type de formation (diplôme universitaire, diplôme interuniversitaire, développement professionnel continu, ou « autres » qui emmenait à une question ouverte).

Pour finir, une question relevait la présence ou non d'un pèse-personne au sein de l'officine.

IV.2.4. Connaissances globales, ressentis, et formations dans le domaine

Dans cette partie, il était demandé aux professionnels s'ils considéraient les CNO comme utiles, s'ils pensaient bien les connaître, et par quels biais ils les connaissaient (formations, revues pharmaceutiques, informations données par l'industriel, internet, autres, *etc*).

IV.2.5. Prescriptions des CNO et difficultés rencontrées

Les professionnels étaient interrogés sur le contexte de prescription des CNO : causes présumées de recours aux CNO, prescripteurs principaux lors de l'initiation ou du renouvellement, précisions ou non des caractéristiques des produits sur l'ordonnance. Ainsi, il leur était permis, par une question ouverte, d'exprimer les éléments estimés essentiels sur l'ordonnance pour une bonne délivrance des CNO.

IV.2.6. Pratiques de délivrance et connaissances des recommandations lors de la délivrance des CNO

Les questions concernaient la connaissance par les professionnels des recommandations encadrant la délivrance de CNO : durée de délivrance lors d'une initiation ou d'un renouvellement, réévaluation de l'observance des CNO avant renouvellement et par quels critères.

Ils devaient indiquer leurs habitudes de délivrance : types de CNO le plus souvent délivrés, et critères de choix des CNO.

Ils étaient interrogés sur la dispensation de conseils associés à la délivrance de CNO. Plus précisément, il leur était demandé s'ils accompagnaient la délivrance de conseils de prise sur les horaires et sur la conservation des CNO, et si oui, de quel type. Ils pouvaient, par une question ouverte, rajouter d'autres conseils qui leur paraissaient importants à délivrer au comptoir.

La possibilité de mise à disposition de brochures d'informations à destination des patients était demandée.

IV.2.7. Informations complémentaires concernant les CNO

Pour finir, les professionnels étaient questionnés sur leurs ressentis quant à leurs connaissances des recommandations encadrant la prescription et la délivrance des CNO. Il leur était demandé s'ils souhaitaient recevoir des informations complémentaires afin de faciliter leur travail et quels points devraient être plus abordés selon eux.

IV.3. Analyse statistique

La base de données était réalisée en utilisant le logiciel Microsoft® Excel®. Le traitement statistique des données a été réalisé grâce au logiciel Prism 8® (Graph Pad Software, Inc, San Diego, CA).

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart type, ceux des variables qualitatives en pourcentages.

Les comparaisons des variables quantitatives ont été réalisées grâce au test de Student. Les comparaisons de variables qualitatives entre les groupes ont été réalisées par le test du Chi² et le test exact de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.

Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était fixé à $p < 0,05$.

IV.4. Résultats

Sur les 308 pharmacies recensées par l'Ordre National des Pharmaciens au 1^{er} juin 2021 en Limousin, 85 questionnaires ont été complétés, soit un taux de réponse de 27,6 %.

IV.4.1. Description des pharmacies interrogées

IV.4.1.1. Localisation

Les répartitions des pharmacies ayant répondu au questionnaire, selon le département et le type d'exercice (rural, semi rural ou urbain) sont représentées par les figures 9 et 10 ci-dessous.

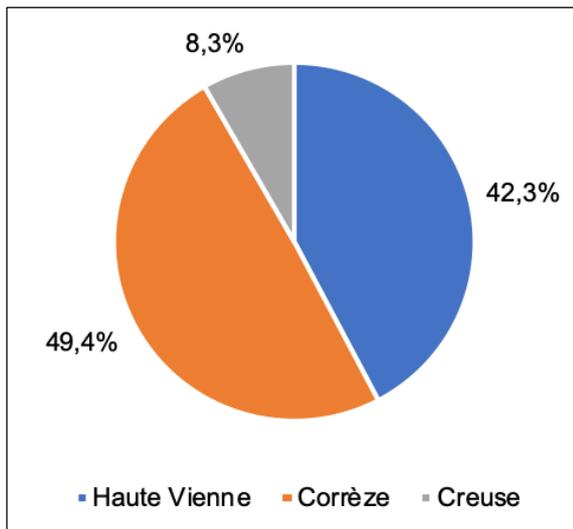


Figure 9 : Répartition géographique des pharmacies ayant répondu

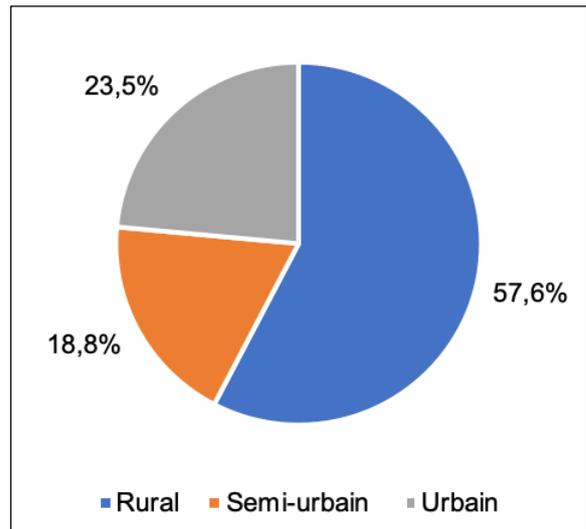


Figure 10 : Répartition des pharmacies en fonction de leur type d'exercice

La répartition des officines ayant répondu selon le département ou le type d'exercice n'était liée à aucun autre paramètre de l'étude (profil des pharmacies, industriels partenaires, niveau de formation en nutrition et habitudes de délivrance).

IV.4.1.2. Profil des pharmacies

Le nombre moyen de titulaires dans les pharmacies répondant est de $1,3 \pm 0,5$. La répartition des âges des titulaires est donnée par la figure 11 :

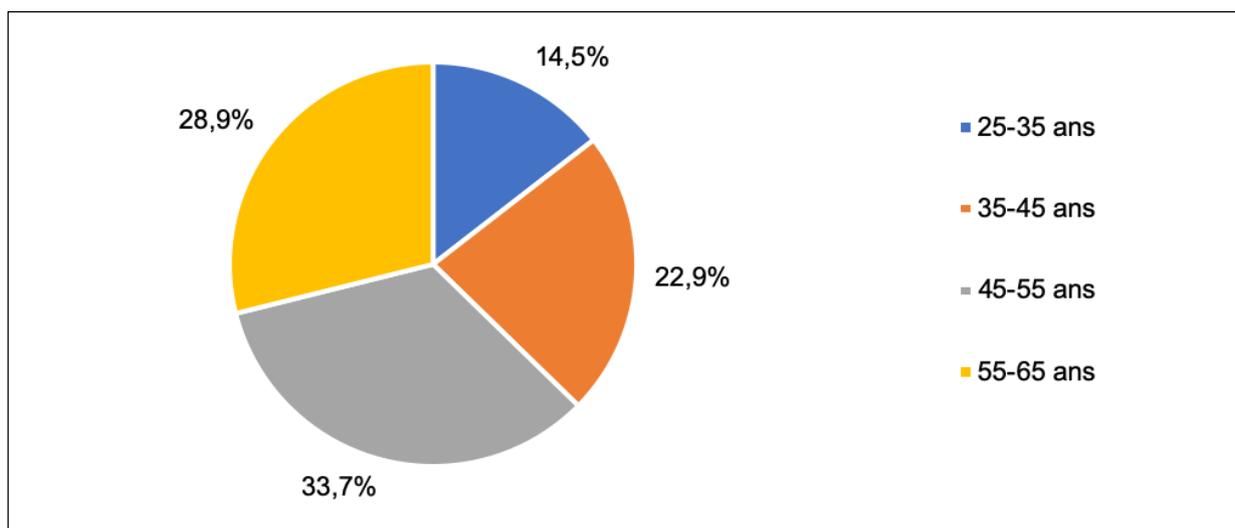


Figure 11 : Répartition des pharmacies par tranche d'âge des titulaires

La taille des pharmacies était reflétée par le nombre de personnes y travaillant, tout emploi confondu. La figure 12 montre la répartition des pharmacies ayant répondu selon le nombre d'emplois au sein de l'officine.

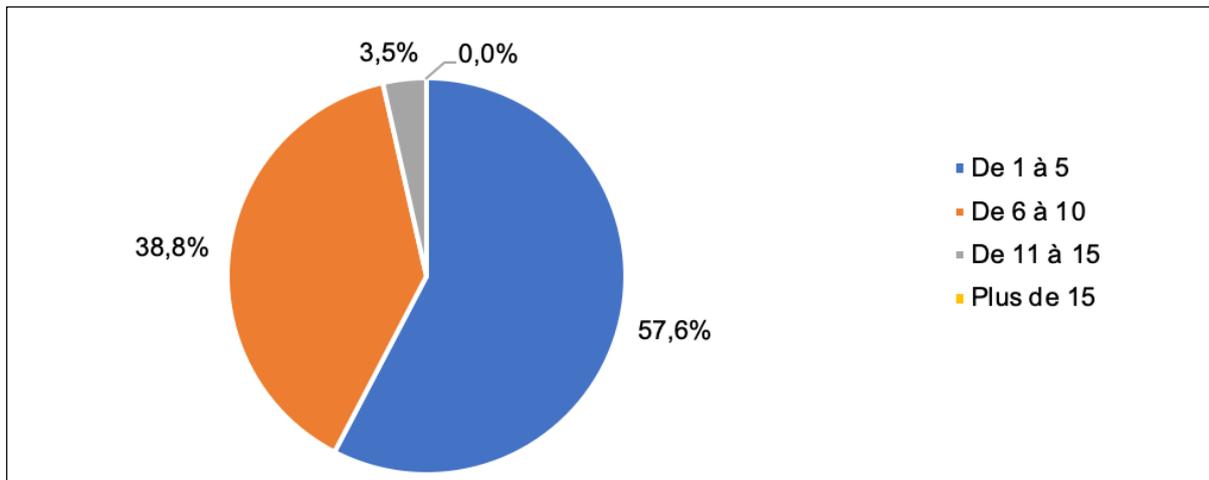


Figure 12 : Répartition des pharmacies répondant selon le nombre d'emplois au sein de l'officine

Le profil des officines (nombre de pharmaciens titulaires et taille) n'était lié à aucun autre paramètre de l'étude.

IV.4.1.3. Industriels présents dans les officines

Les pharmacies déclaraient travailler avec une moyenne de $2,0 \pm 0,8$ industriels, pour la distribution des CNO. Il leur était demandé, ensuite, d'indiquer l'industriel principal avec lequel elles travaillaient. La présence de ces industriels dans les officines est représentée par la figure 13.

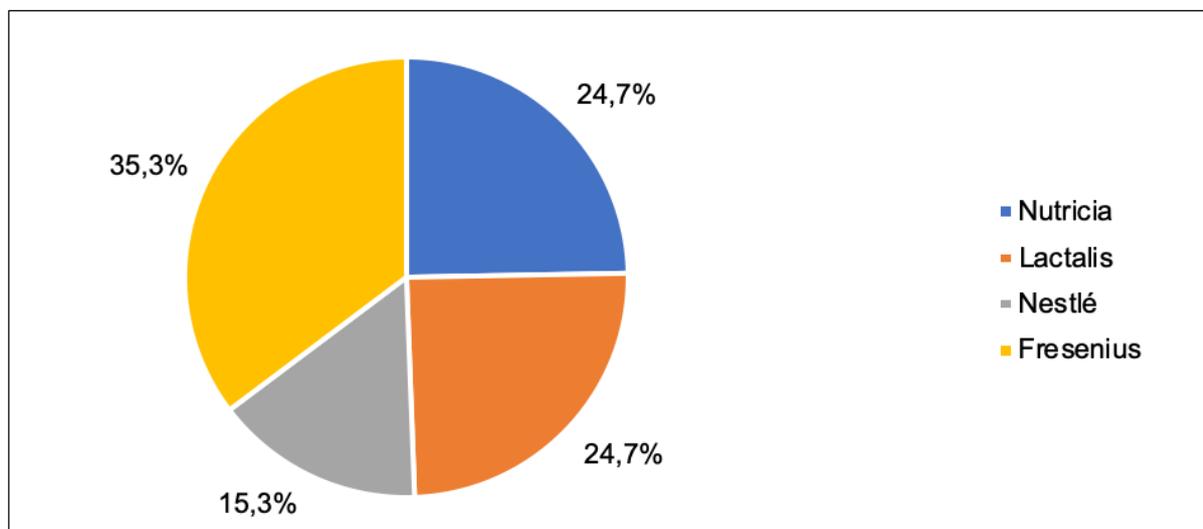


Figure 13 : Répartition des officines selon le principal industriel fournissant les CNO délivrés.

Le nombre d'industriels distributeurs de CNO partenaires des officines ayant répondu et l'industriel principal n'étaient lié à aucun autre paramètre de l'étude. Par exemple, la taille de l'officine (nombre de titulaires) n'influçait pas le nombre d'industriels partenaires pour la distribution des CNO ($p = 0,75$), et il n'existait pas de liaison entre le département d'origine et l'industriel partenaire principal déclaré ($p = 0,26$).

IV.4.1.4. Formation en nutrition

35,3 % ($n = 30$) des personnels répondant déclaraient disposer d'au moins une personne formée en nutrition au sein de l'officine. La figure ci-dessous révèle les différentes formations en nutrition déclarées par les professionnels. La somme des pourcentages est différente de 100 % car les répondants pouvaient déclarer plusieurs types de formation.

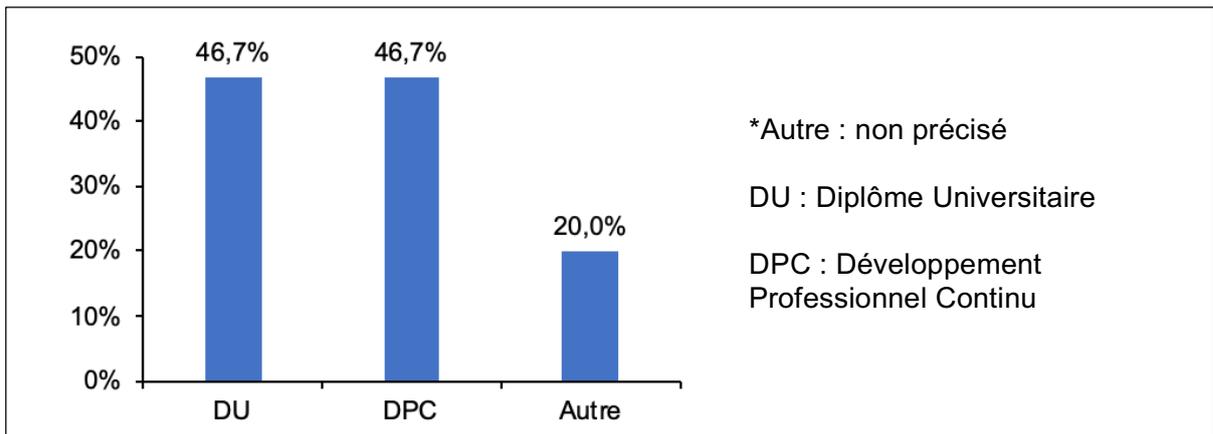


Figure 14 : Types de formations en nutrition suivies par au moins un professionnel au sein des pharmacies déclarant avoir une personne formée

Le type de formation n'était pas lié aux paramètres généraux de l'étude (lieu d'exercice, type d'exercice, taille de l'officine et âge moyen des titulaires)

60 % des pharmacies déclaraient avoir un pèse-personne au sein de leur officine. La présence d'un pèse-personne au sein de l'officine n'était pas liée au niveau de formation en nutrition ($p = 0,64$).

IV.4.2. Connaissances globales, ressentis, et formations dans le domaine

70,6 % ($n = 60$) des répondants déclaraient bien connaître les CNO. La localisation ou le profil des officines n'avait pas d'influence sur le niveau de connaissance déclaré. Les répondants disposant d'au moins une personne formée en nutrition dans l'officine déclaraient pour 83,3 % d'entre eux bien connaître les CNO, contre 63,6 % de ceux qui ne disposaient pas de personnel formés ($p = 0,056$).

98,9 % des professionnels considéraient les CNO utiles.

La figure 15 indique les sources d'informations déclarées par les pharmacies concernant les CNO. La somme des pourcentages est différente de 100 % car les professionnels pouvaient déclarer plusieurs sources d'informations.

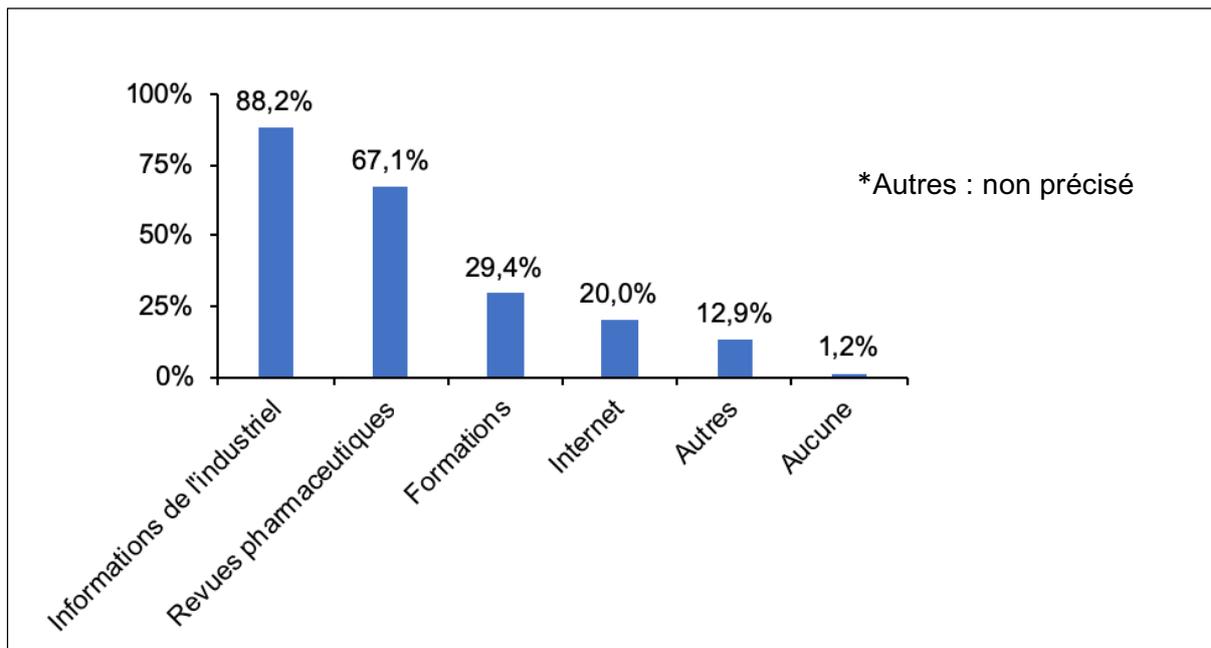


Figure 15 : Sources d'information sur les CNO déclarées par les pharmacies

Parmi les 29,4 % (n = 25) ayant répondu « formations suivies dans le domaine », 24 % ont précisé la formation :

- DU nutrition : 12 % ;
- formations par les industriels : 8 % ;
- organismes de formation : 4 %.

Parmi les 88,2 % des répondants ayant déclaré s'informer via les industriels, 7,0 % d'entre eux mentionnaient cette source d'information comme l'unique source utilisée.

Le type de source d'information mentionné n'était pas lié au niveau de connaissance déclaré par les répondants ($p = 0,48$).

IV.4.3. Prescriptions des CNO et difficultés rencontrées

IV.4.3.1. Causes présumées de prescriptions de CNO en ville

Les causes présumées de prescription des CNO déclarées par les professionnels étaient multiples. La figure 16 présente les causes majoritaires de recours aux CNO selon les répondants. La somme des pourcentages est différente de 100 % car il était demandé aux professionnels de sélectionner trois items, qui selon eux, représentaient les trois motifs principaux de prescription.

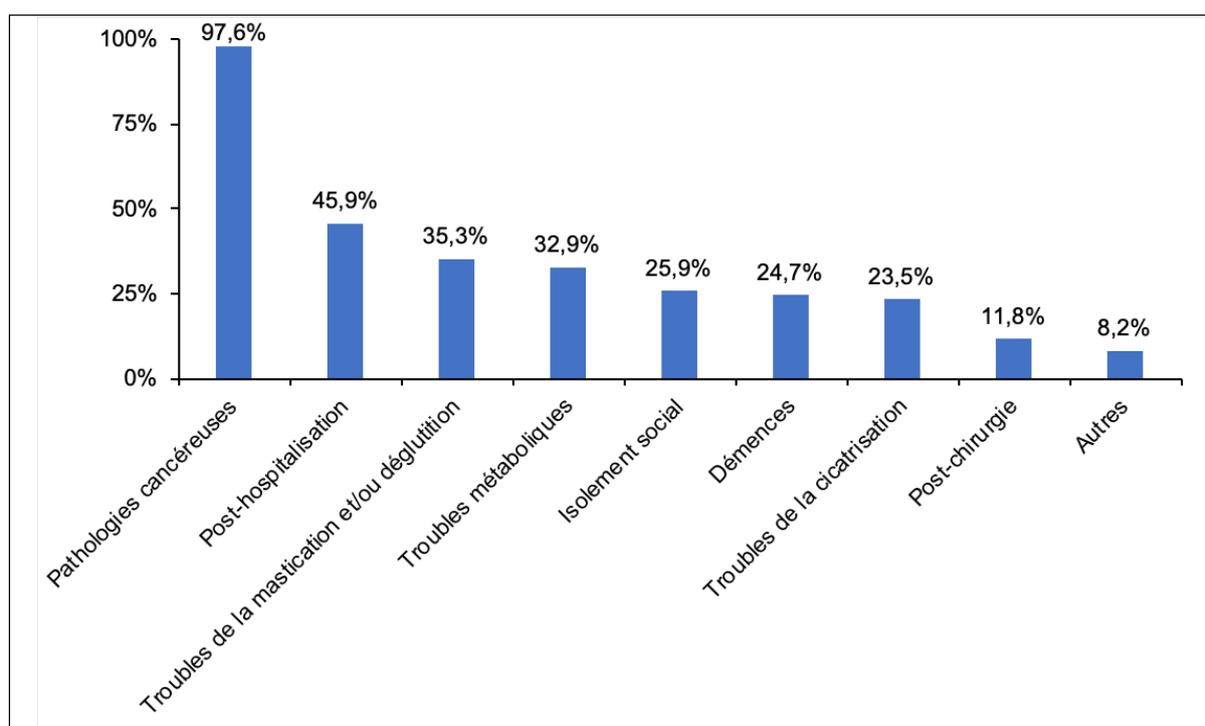


Figure 16 : Causes majoritaires présumées de recours aux CNO selon les professionnels répondant

IV.4.3.2. Les prescripteurs

Comme présentée par la figure 17, les professionnels déclaraient à 52,9 % que les prescriptions initiales de CNO émanaient principalement d'un service hospitalier et à 47,1 % que les prescriptions provenaient majoritairement de médecins généralistes. Aucune réponse n'était attribuée à « médecin spécialiste libéral ».

Concernant les renouvellements de CNO, les pharmacies répondant considéraient à 98,8 % que les renouvellements étaient majoritairement établis par les médecins généralistes. 1,2 %

considéraient que les médecins spécialistes libéraux étaient les principaux prescripteurs lors de renouvellements. Pour finir, aucune réponse n'était attribuée au « service hospitalier ».

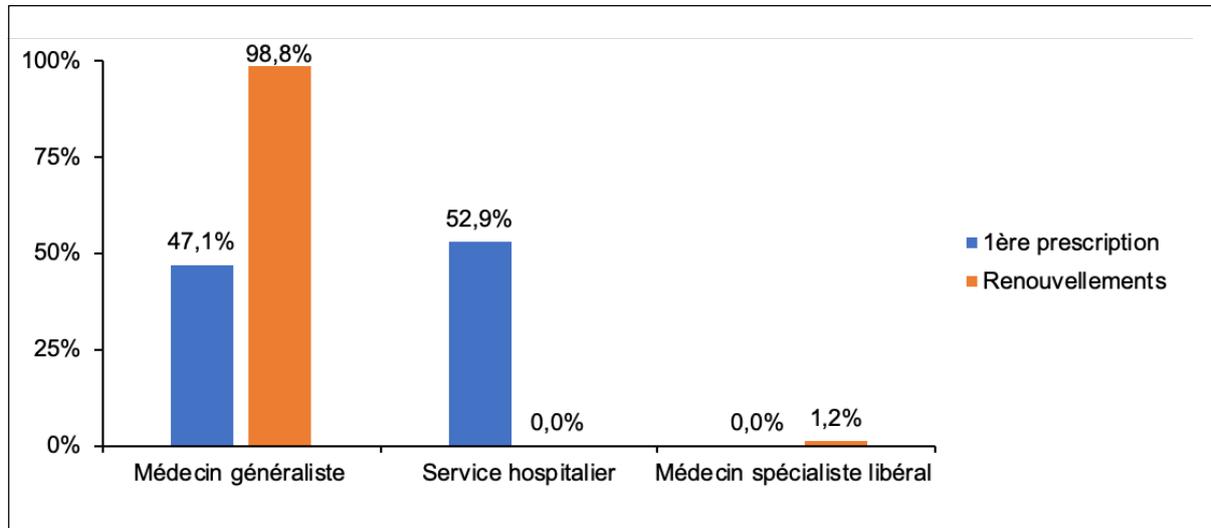


Figure 17 : Les prescripteurs majoritaires lors d'initiation ou de renouvellements de CNO

La répartition des prescripteurs majoritaires déclarée par les répondants lors de l'initiation ou le renouvellement de la prescription de CNO n'était liée à aucun autre paramètre de l'étude.

IV.4.3.3. Précisions des ordonnances et difficultés rencontrées

83,5 % des répondants indiquaient que les caractéristiques des produits étaient généralement absentes sur les ordonnances.

D'après les répondants, 15,6 % des ordonnances émanant des services hospitaliers comportaient des caractéristiques de produits, versus 17,6 % des ordonnances émanant des médecins généralistes ($p > 0,99$).

63,5 % considéraient que les ordonnances manquaient de précisions pour permettre une délivrance de CNO correspondant à l'état nutritionnel du patient, indépendamment du niveau de formation déclaré ($p = 0,84$). Par une question ouverte, ces personnes pouvaient inscrire les données manquantes et estimées nécessaires afin d'optimiser la prise en charge. Les réponses ont été regroupées sous des dénominations communes dans la figure 18. Certains répondants ont soulevé plusieurs points c'est pourquoi la somme des pourcentages est différente de 100 %.

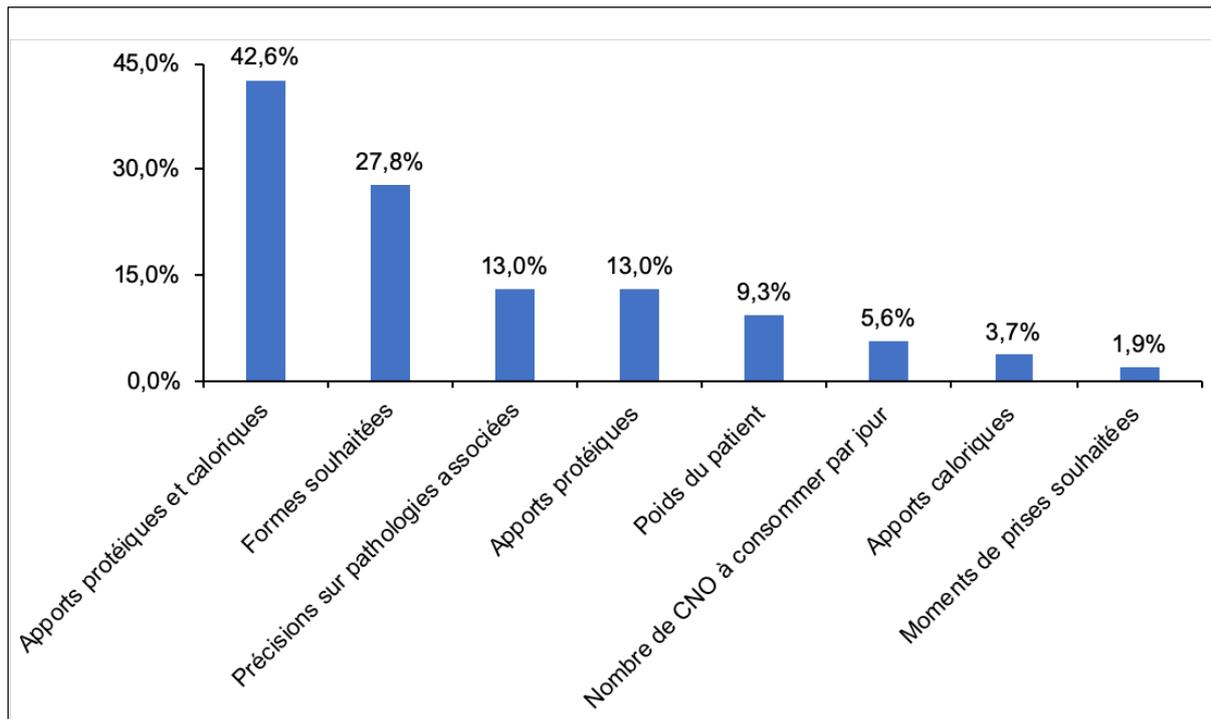


Figure 18 : Types de données manquantes et estimées essentielles par les professionnels répondant

IV.4.4. Pratiques de délivrance et connaissances des recommandations lors de la délivrance des CNO

IV.4.4.1. Connaissance des recommandations concernant la durée de délivrance

Les diagrammes 19 et 20 présentent les réponses quant à la durée de délivrance des CNO lors d'une première prescription et d'un renouvellement.

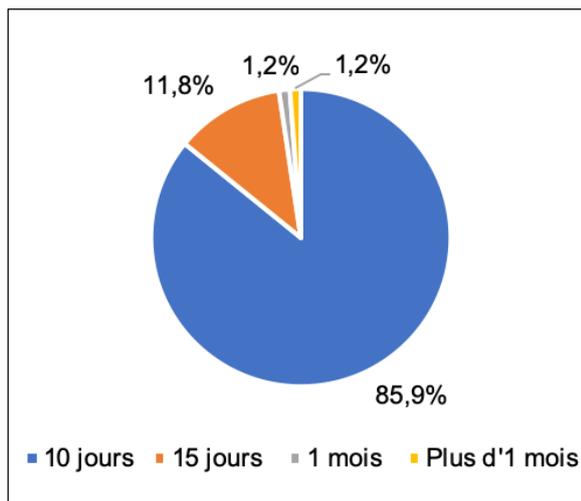


Figure 19 : Durée de délivrance lors d'une prescription initiale de CNO par les professionnels répondant

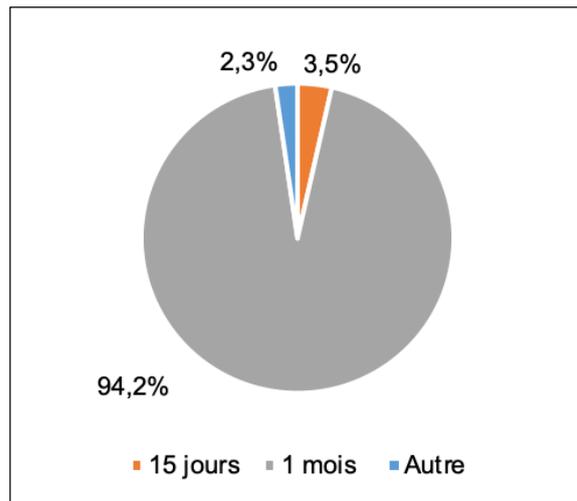


Figure 20 : Durée de délivrance lors d'un renouvellement de CNO par les professionnels répondant

Le niveau de connaissance déclaré des répondants et leur niveau de formation n'exerçaient aucune influence sur la durée de délivrance des CNO, en primo délivrance ou en renouvellement. Pour la première délivrance, 93,3 % des répondants disposant d'un professionnel formé au sein de l'officine déclaraient une durée conforme aux recommandations de bonnes pratiques (10 jours), contre 81,8 % de ceux qui ne disposaient pas de personnel formé, sans différence significative entre ces deux groupes ($p = 0,19$).

Concernant la durée de délivrance lors du renouvellement, 2,3 % des répondants ont proposé « Autre ». Ces professionnels répondaient prendre en compte le choix du patient (ne délivrer que pour 10 jours pour ne pas surcharger le patient par exemple).

IV.4.4.2. Évaluation de l'observance

84,7 % des professionnels déclaraient évaluer l'observance des CNO avant renouvellement. Le niveau de connaissance et le niveau de formation déclarés des répondants n'étaient pas liés à la notion d'évaluation de l'observance.

Une question ouverte permettait de préciser les critères utilisés pour évaluer l'observance. Les réponses ont été regroupées sous forme de dénominations communes et présentées dans la figure 21. La somme des pourcentages est différente de 100 % car un même professionnel pouvait évoquer plusieurs critères d'évaluation.

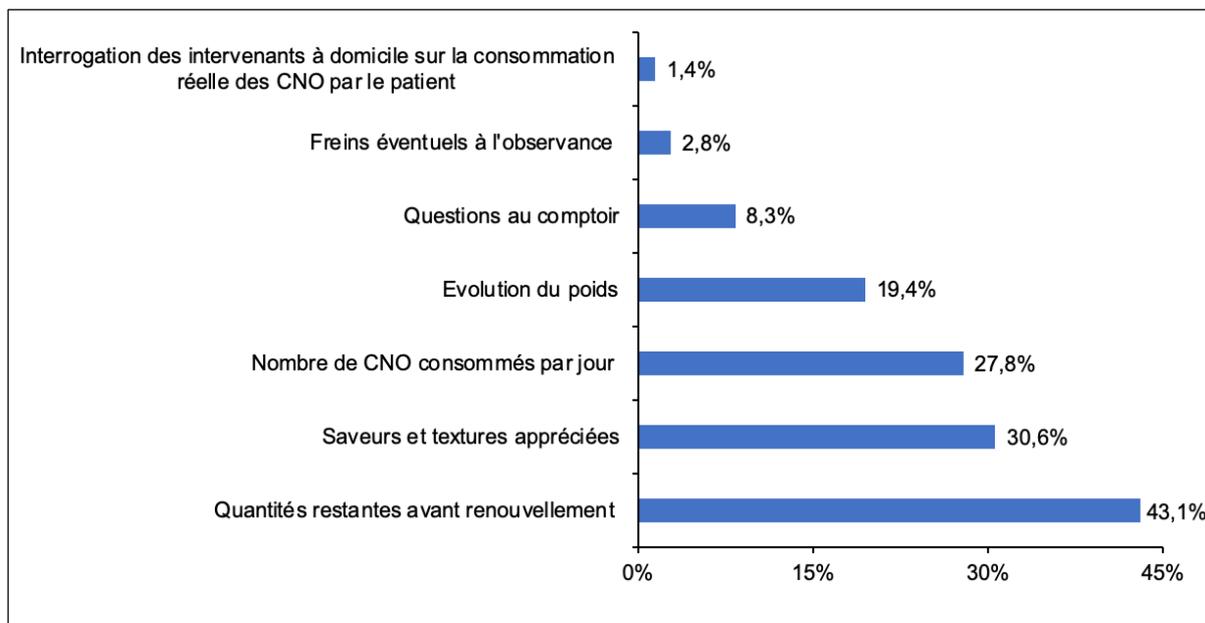


Figure 21 : Critères d'évaluation de l'observance utilisés par les professionnels répondant

IV.4.4.3. Type de CNO les plus délivrés et choix lors de la délivrance

La figure 22 présente le ou les types de CNO que les professionnels en officine déclaraient délivrer le plus souvent. La somme des pourcentages est différente de 100 % car ils pouvaient indiquer plusieurs types de CNO.

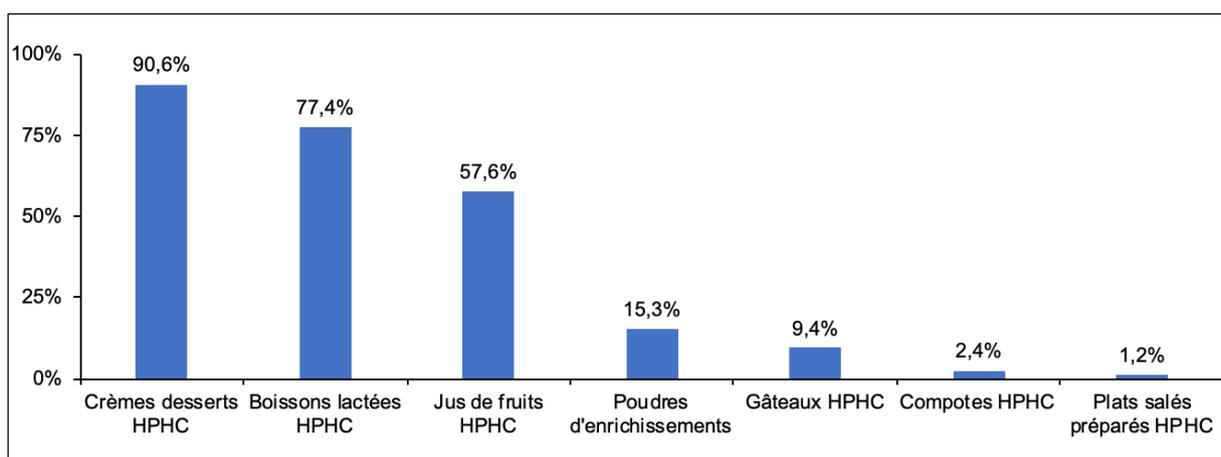


Figure 22 : Types de CNO les plus délivrés par les professionnels

La figure 23 illustre les paramètres déclarés pris en compte pour la délivrance par les professionnels lors du renouvellement. La somme des pourcentages est différente de 100 % car ils pouvaient déclarer plusieurs paramètres.

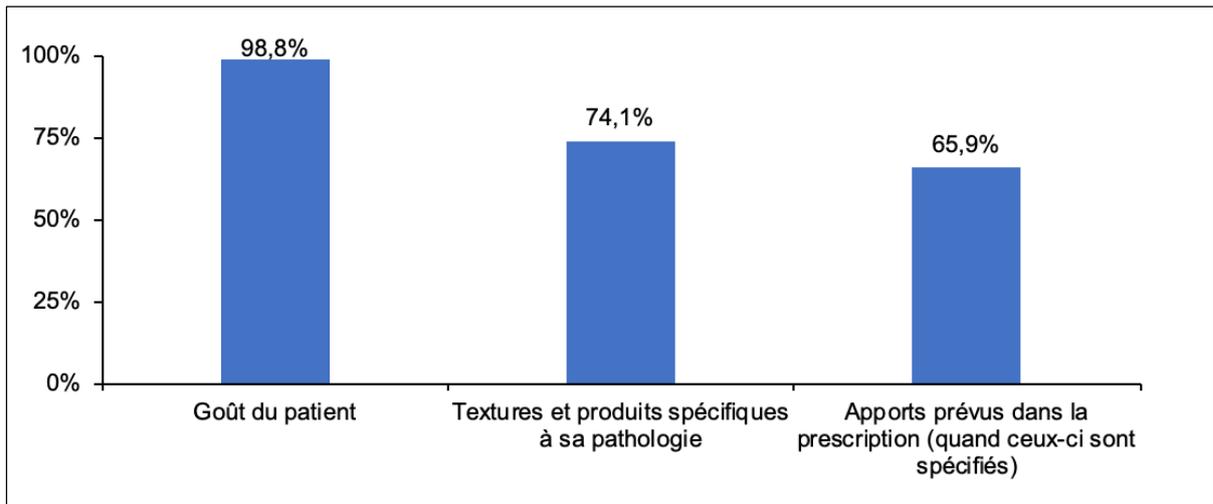


Figure 23 : Paramètres pris en compte par les professionnels lors de la délivrance

IV.4.4.4. Conseils associés à la délivrance

84,7 % (n = 72) des répondants déclaraient délivrer des conseils de prise sur les horaires, et 15,3 % déclaraient ne pas en donner. La figure 24 présente les différents conseils de prise délivrés par les personnels ayant répondu positivement. La somme des pourcentages est différente de 100 % car les répondants pouvaient exprimer plusieurs conseils.

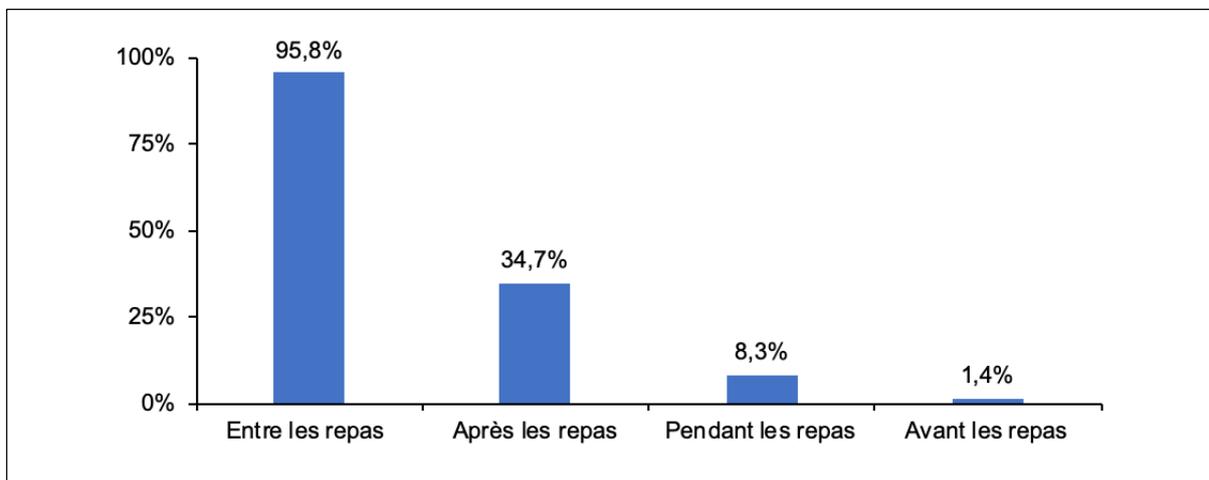


Figure 24 : Types de conseils sur les horaires de prise des CNO délivrés par les professionnels

Le type de conseils d'horaires de prise n'était lié à aucun autre paramètre de l'étude.

90,6 % (n = 77) des professionnels indiquaient donner des conseils sur la conservation des CNO. Aussi, ils devaient préciser les conseils de conservation délivrés après ouverture du CNO (figure 25). L'histogramme ci-dessous présente une somme des pourcentages différente de 100 % car les professionnels pouvaient délivrer plusieurs conseils.

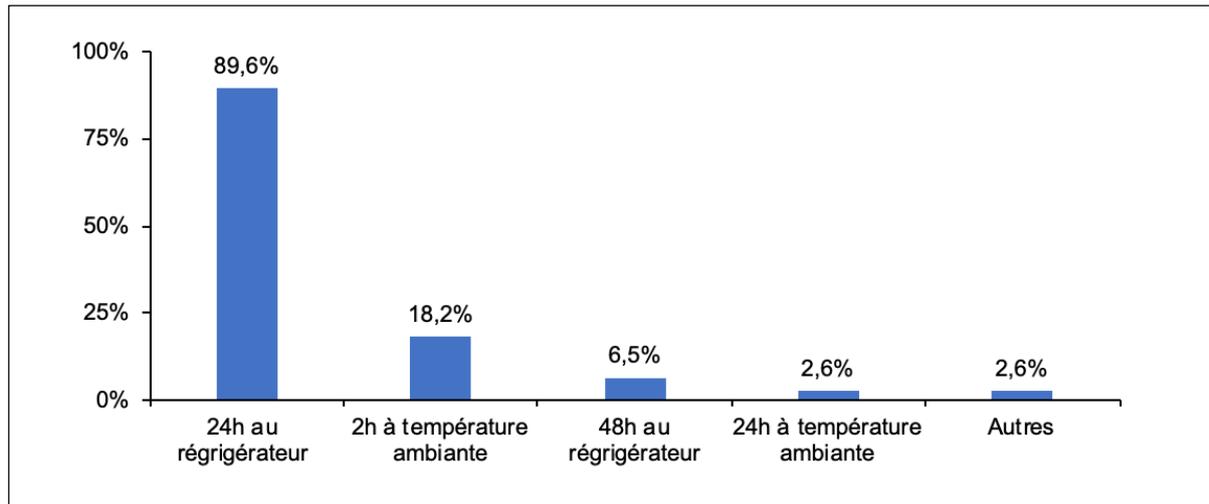


Figure 25 : Types de conseils déclarés par les professionnels sur la conservation des CNO après ouverture

Parmi les 77 répondants qui avaient indiqué délivrer des conseils de conservation, 15,6 % (n = 12) déclaraient prodiguer des conseils complets, conformes aux recommandations de bonnes pratiques, c'est-à-dire une conservation à la fois 24 heures au réfrigérateur après ouverture et deux heures à température ambiante après ouverture (conseils valables pour les CNO les plus fréquemment délivrés : boissons lactées, crèmes, jus). Cette notion de délivrance des conseils complets de conservation était influencée par la connaissance des produits : les répondants déclarant bien connaître les produits délivraient des conseils complets dans 24,4 % des cas *versus* 3,1 % des cas pour ceux qui estimaient ne pas bien connaître les CNO ($p = 0,01$). De la même façon, les répondants déclarant disposer de personnels formés en nutrition indiquaient plus souvent délivrer des conseils complets de conservation en comparaison à ceux ne disposant pas de personnel formé, mais sans différence significative entre les deux groupes (23,1 % *versus* 9,8 %, $p = 0,16$)

70,6 % (n = 60) des professionnels déclaraient délivrer d'autres conseils. Parmi eux, certains ont évoqué plusieurs conseils. Ces conseils sont présentés dans la figure 26. La somme des pourcentages est différente de 100 %, car certains des professionnels répondant déclaraient plusieurs autres conseils.

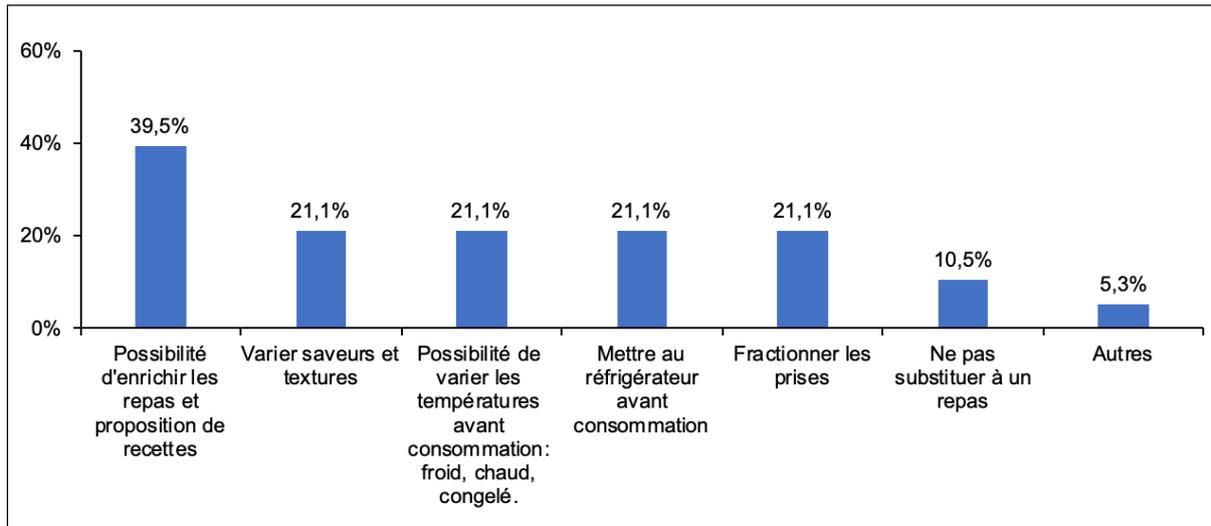


Figure 26 : Types de conseils déclarés être délivrés par les professionnels

La colonne « Autres » regroupe deux réponses qui n'ont pas été catégorisées, elles sont :

- « la possibilité de rajouter un exhausteur de goût » ;
- « dilution des jus de fruits ».

80 % (n = 68) des répondants ont indiqué mettre à disposition des brochures d'informations sur les CNO pouvant être données aux patients.

IV.4.5. Informations complémentaires concernant les CNO

Parmi les professionnels répondant, 57,6 % (n = 49) considéraient être assez informés sur les recommandations encadrant la prescription et la délivrance de CNO.

65,0 % des professionnels qui considéraient bien connaître les CNO déclaraient disposer de suffisamment d'information sur ces produits versus 40,0 % qui estimaient ne pas bien les connaître (p = 0,053). Il n'y avait pas de lien entre le niveau de formation déclaré et la notion de suffisance d'information : 63,3 % des répondants disposant d'un personnel formé en nutrition au sein de l'officine estimaient être suffisamment informés, versus 54,5 % de ceux ne disposant pas de personnel formé (p = 0,17).

11,8 % des professionnels répondant (n = 10) ont suggéré des points qui devraient être plus abordés selon eux. La majorité d'entre eux évoquaient le choix des produits et/ou des apports caloriques et protidiques selon les pathologies des patients. Un professionnel souhaitait que la réglementation des prescriptions soit plus étoffée (« Qui peut prescrire ? Pour combien de

temps ? »). De plus, un répondant indiquait son souhait d'approfondir ses connaissances sur les prises des CNO : les horaires de prise, possibilité d'association à l'alimentation, etc.

57,6 % (n = 49) des répondants souhaitaient recevoir des informations concernant les pratiques et les recommandations des CNO. Cette demande d'information à propos des CNO n'était liée ni au niveau de formation en nutrition déclaré (p = 0,8), ni au niveau de connaissance des produits déclaré (p >0,99). En revanche, il existait un lien entre cette demande d'information, et le fait que les professionnels répondant se considéraient comme suffisamment informés ou non : 80,6 % des professionnels s'étant déclarés insuffisamment informés sur les CNO souhaitaient recevoir des informations complémentaires à ce propos, *versus* 40,8 % de ceux qui se considéraient suffisamment informés (p = 0,0003).

IV.5. Discussion

Cette enquête était la première étude descriptive sur les connaissances et les pratiques de délivrance des CNO en officine du territoire limousin. Indépendamment du niveau de formation et des connaissances déclarées, les pratiques semblaient conformes aux bonnes recommandations de dispensations, qu'il s'agisse de la durée de délivrance, des conseils associés et de l'évaluation de l'observance. La grande majorité des déclarants rapportait être confrontée à une insuffisance de précisions sur les ordonnances. Pour plus de la moitié des répondants, ce manque de précisions sur les apports nutritionnels ou sur la forme représentait un obstacle à la délivrance de produits adaptés à l'état clinique et aux besoins des patients. Plus de la moitié des déclarants considéraient être assez informés sur les CNO et près de six répondants sur dix souhaitaient recevoir des informations complémentaires à propos des CNO, le plus souvent lorsqu'ils se considéraient insuffisamment informés.

Notre population cible était exhaustive puisqu'elle concernait l'ensemble des pharmacies du Limousin. Cette enquête a été réalisée sur une période courte excluant *a priori* tout effet temporel sur les résultats. L'étude était déclarative. Les réponses étaient subjectives. Une mésestimation de certains critères peut donc être présente. L'étude n'ayant pas été menée en face à face, il est possible que certains répondants se soient appuyés sur les textes réglementaires ou brochures informatives lors de la réponse au questionnaire. Par ailleurs, le questionnaire pouvait être renseigné par n'importe quel personnel de l'officine (pharmacien, préparateur, étudiant, etc.). Il est ainsi possible que les réponses obtenues n'étaient pas représentatives des connaissances et des pratiques de l'ensemble des professionnels des officines répondantes. De plus, bien qu'un tiers des répondants déclarait disposer d'au moins une personne formée au sein de l'officine, cette personne n'était pas nécessairement celle qui renseignait le questionnaire.

Concernant notre taux de réponse (27,6 %), il paraît satisfaisant en comparaison avec une enquête semblable conduite en Picardie entre 2015 et 2016 portant sur la même thématique, qui mentionnait un taux de réponse de 18 % (33). Néanmoins, le taux de réponse aurait pu être augmenté si l'étude avait été réalisée sur une période plus favorable. En effet, l'enquête était menée lors d'une participation active des pharmacies dans la gestion de l'épidémie de Covid-19 (réalisation de tests antigéniques et vaccination contre la Covid-19) ce qui pouvait représenter un frein à la restitution du questionnaire. De la même façon, la méthodologie utilisée, c'est-à-dire le recours à un questionnaire en ligne, pouvait être une cause de diminution du taux de réponse par absence de contact direct avec les répondants potentiels.

❖ Description des pharmacies interrogées

La majorité des pharmacies répondantes était des pharmacies rurales. Ceci semble cohérent avec la répartition territoriale des officines en Limousin qui est un territoire majoritairement rural. Le nombre moyen de titulaires présents dans les officines répondantes était très proche de la moyenne nationale (moyenne nationale = 1,2) (34).

Dans notre étude, la distribution des pharmacies selon l'âge des titulaires était assez uniforme. Environ un quart des pharmacies répondantes disposaient de titulaires âgés entre 55 et 65 ans. Or, d'après les données actualisées au 1^{er} juin 2021 par l'Ordre National des Pharmaciens, plus d'un titulaire sur deux étaient âgés de plus de 55 ans (35). Ainsi, notre questionnaire en ligne était renseigné plus fréquemment par des pharmacies avec des titulaires jeunes. Cette étude n'est donc pas représentative de l'ensemble des pharmacies d'officines du territoire limousin selon le critère d'âge des titulaires. Néanmoins, ceci semble avoir eu peu d'impact sur les résultats de l'enquête, puisque l'âge des titulaires n'était lié à aucun paramètre de l'étude (niveau de formation, connaissances, etc.).

De la même façon, moins d'une officine sur dix ayant participé à notre étude était située dans le département de la Creuse, alors que ces officines représentent près de 20 % des officines du territoire étudié (35). Ceci n'a probablement pas non plus impacté les résultats de notre étude, la répartition géographique n'étant liée à aucun autre paramètre de notre travail.

Le poids des principaux industriels distributeurs de CNO dans les officines répondantes était assez homogène. Ce résultat est surprenant car nous aurions pu nous attendre à une variabilité de distribution des industriels au sein du territoire, pouvant s'expliquer par les axes stratégiques de développement choisis par les laboratoires, comme constaté dans une étude menée en Picardie en 2016 (33). En effet dans ce travail, le laboratoire Lactalis® représentait 40 % des parts de marché dans les officines picardes versus 17 % pour Fresenius Kabi®.

❖ Connaissances globales, ressentis et formations dans le domaine

Dans ce travail, les industriels étaient la source d'information majoritaire déclarée par les professionnels répondants. Cette source était déclarée exclusive chez un professionnel sur dix. Ceci semble cohérent avec une étude réalisée auprès des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne en 2019, où plus d'un médecin sur deux déclaraient s'informer par le même biais (10). Ainsi, les industriels semblent jouer un rôle important dans la formation officinale, comme médicale. À l'inverse, les formations continues post-universitaires et la formation initiale n'étaient que peu citées comme source d'information par les répondants. Ceci suggère que les thématiques de prise en charge de la dénutrition et de délivrance des CNO sont probablement insuffisamment abordés dans ces formations.

❖ Causes de prescriptions des CNO

La quasi-totalité des répondants estimait que les pathologies cancéreuses étaient une des trois causes majoritaires de recours aux CNO. En effet, il est largement reconnu que les pathologies cancéreuses sont fortement pourvoyeuses de dénutrition. D'après l'étude Nutricancer2, la dénutrition concernait 39 % des patients cancéreux, tout stade de cancer confondu, avec une prévalence qui variait selon la localisation du cancer (de 54 % pour le cancer du pancréas à 21 % pour le cancer du sein) (36). La dénutrition lors du cancer est liée à de nombreux facteurs, générant soit une élévation de la dépense énergétique (hypercatabolisme), soit une baisse des prises alimentaires. Cette baisse peut être en rapport avec les effets digestifs imputables à la maladie, ou imputables aux effets indésirables des traitements anticancéreux (nausées, vomissements, goûts métalliques, mucites, etc.). Dans ce contexte, la prescription et la délivrance de CNO s'inscrivent dans la stratégie de prise en charge nutritionnelle du patient cancéreux. Ainsi, d'après une étude de marché sur l'origine de la prescription des CNO, menée par l'industrie pharmaceutique en 2019 (28), indépendamment des médecins généralistes, les oncologues étaient les médecins spécialistes qui prescrivaient le plus souvent des CNO.

Près d'un répondant sur deux considérait que la post-hospitalisation était une cause fréquente de recours aux CNO. Ceci paraît cohérent avec de nombreuses études qui ont démontré que les situations d'hospitalisations étaient un facteur de risque indépendant de dénutrition (3,37). Ainsi certains auteurs ont démontré qu'il existait une baisse des apports alimentaires spontanées au décours d'une hospitalisation (3). Ceci pourrait expliquer cette prescription fréquente de CNO nécessaire à la compensation de la baisse des ingesta constaté.

Pour plus d'un tiers des répondants, les troubles de la mastication et/ou de la déglutition étaient une cause présumée de prescription des CNO. Ces troubles, d'étiologies diverses, sont

effectivement reconnus comme un facteur de risque de dénutrition (38). Chez la personne âgée, ces troubles sont très fréquents par une altération inévitable des réflexes tant mécaniques que neurologiques mis en jeu lors de la déglutition. Lors de l'avancée en âge, indépendamment des troubles de la déglutition, la baisse des prises alimentaires justifiant des prises de CNO peut être liée à l'apparition de troubles cognitifs ou neurocognitifs. Ainsi, selon les recommandations de la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée, les CNO peuvent être utilisés dans la stratégie nutritionnelle en cas de troubles neurocognitifs sévères, à l'opposé de la nutrition artificielle (39).

Pour finir, près d'un répondant sur 10 estimait que d'autres situations, non précisées, pouvaient être des causes de prescription de CNO. La dénutrition justifiant la prescription de CNO pouvait être liée à une multitude de causes non évoquées dans ce travail. Par exemple, chez le sujet âgé, les facteurs sociaux environnementaux (deuil, isolement social, difficultés financières, etc.), la polymédication, un ou des régimes restrictifs, etc. sont considérés comme des situations à risque de dénutrition. (2) À tout âge, les maladies psychiatriques telles que la dépression, l'éthylisme, les troubles de l'hyperactivité et les troubles du comportement alimentaire, ou encore les infections, sont autant de causes potentielles de dénutrition. À ce titre, les infections virales comme la Covid-19, ont un fort impact sur le statut nutritionnel des patients, comme l'a montré une étude menée au CHU Pitié-salpêtrière en avril 2020. Cette étude démontrait une incidence de 44,6 % à 66,7 % de dénutrition chez les patients hospitalisés selon la sévérité de la forme contractée (40). Du reste, la SFNCM a émis des recommandations quant à la prescription systématique de CNO aux patients admis en hospitalisation pour infection au SARS-Cov-2, indépendamment de leur statut nutritionnel (22).

❖ Origine des prescriptions

Notre étude révélait que les primo-prescriptions de CNO étaient effectuées à part égale par les médecins généralistes et les services hospitaliers, tandis que les renouvellements étaient effectués très majoritairement en médecine générale. Ces résultats sont en accord avec une étude de marché nationale menée par l'industrie pharmaceutique en 2019 (28). Dans ce travail, huit prescriptions sur dix émanaient d'un médecin généraliste, 14 % des prescriptions provenaient de services hospitaliers, et seulement 4 % de médecins spécialistes libéraux, conformément aux résultats de notre enquête. Ces données reflètent la réalité du parcours de soins ville-hôpital du malade pour lequel les renouvellements sont pour la majorité effectués par les médecins généralistes. En revanche, l'absence quasi-totale de prescriptions de CNO par les médecins spécialistes libéraux dans notre enquête comme dans les études de marché est étonnante. En effet, il est reconnu qu'un grand nombre de maladies chroniques encadrés par les médecins spécialistes exposent fortement les patients au risque de dénutrition. Il est

ainsi possible que les médecins spécialistes libéraux soient peu sensibilisés à la prise en charge de la dénutrition en général.

❖ Difficultés rencontrées lors de la délivrance des CNO

Dans ce travail, pour plus d'un professionnel sur deux, l'obstacle principal à une bonne délivrance de CNO était le manque de précisions sur les ordonnances, qu'ils s'agissent des apports caloriques et protidiques ou de la forme souhaitée. Cette absence de précisions représentait effectivement une limite à une délivrance de CNO correspondant aux besoins nutritionnels réels du patient. L'étude effectuée en Picardie auprès des pharmaciens d'officine entre 2015 et 2016 faisait état des mêmes constatations (33). Ce défaut de précisions sur les ordonnances n'était pas lié à l'origine de la prescription (médecin généraliste ou spécialistes). Ce défaut présumé de prescription suggère une insuffisance de formation et/ou de connaissance des prescripteurs, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. Ceci semble cohérent avec l'étude menée auprès des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne en 2019 dans laquelle un médecin répondant sur deux déclarait être confronté à des difficultés lors de la prescription des CNO (10). Les auteurs de ce travail suggéraient qu'un outil d'aide à la prescription des CNO pourrait ainsi être un levier d'amélioration de la prise en charge des patients dénutris en ville.

❖ Types de CNO délivrés

Les types de CNO les plus souvent délivrés (crèmes desserts, boissons lactées puis jus de fruits) sont comparables aux CNO les plus fréquemment prescrits dans l'étude menée auprès des médecins généralistes d'Haute-Vienne en 2019 (10). Ces données sont cohérentes à celles provenant d'une étude de marché réalisée par l'industrie pharmaceutique au premier trimestre 2021 (27), où les boissons lactées représentaient 46,4 % des parts de marché, les crèmes desserts 30,1 % et les bases fruitées 14,9 %. Le recours plus fréquent à ces produits, en comparaisons aux gâteaux, poudres d'enrichissements ou encore plats salés préparés, semble logique pour plusieurs raisons :

- les industriels proposent une large gamme de produits sucrés (formes, textures et saveurs permettant d'adapter au mieux les produits aux choix du patient) ;
- ces produits (boissons lactées et crèmes) présentent généralement une densité énergétique et calorique importante, permettant de suppléer au mieux le déficit d'apport spontané du patient ;

- ils sont généralement plus faciles à conseiller en collation, plus facile à fractionner grâce à leur conditionnement et plus facile à conserver lorsqu'ils sont entamés ;
 - en vieillissant, une appétence pour le sucré se développe, et les formes liquides ou crèmes permettent de contourner des éventuels troubles de la mastication (41).
- ❖ Pratiques de délivrance et connaissances des recommandations lors de la délivrance des CNO

La grande majorité des professionnels répondant déclarait avoir connaissance des dernières modifications apportées par l'arrêté du 7 mai 2019. La plupart des professionnels ont déclaré dispenser des CNO sur des durées de délivrance conformes aux dernières recommandations qu'ils s'agissent d'une primo-prescription ou d'un renouvellement. Bien que dans cet arrêté, la notion d'évaluation de l'observance par le pharmacien soit nouvelle, plus de huit professionnels sur dix déclaraient évaluer cette observance de prise des CNO avant renouvellement. Ceci semble refléter que les professionnels s'informent régulièrement de la législation et des nouvelles recommandations en vigueur. Cette notion d'évaluation de l'observance semble plus fréquente en officine qu'en médecine générale puisque d'après l'enquête réalisée en 2019 en Haute-Vienne, seulement six médecins sur dix réévaluaient de façon systématique la prise des CNO (10). Le critère principal d'évaluation de l'observance par les professionnels répondant était les quantités restantes de CNO à domicile avant renouvellement. L'arrêté de mai 2019 ne précise aucun critère spécifique d'observance à appliquer par le pharmacien d'officine. Dans notre travail, comme une officine sur deux disposait d'un pèse-personne, nous aurions pu nous attendre à un recours plus fréquent à la surveillance pondérale et à l'évaluation nutritionnelle en général comme critère de suivi de consommation de CNO. En effet, le maintien ou l'amélioration du statut nutritionnel du patient pourrait être un bon reflet de la consommation des CNO.

La quasi-totalité des répondants a déclaré prendre en compte avant tout les goûts des patients lors du renouvellement des CNO. Ce résultat est rassurant car tenir compte des préférences du patient est un moyen simple de favoriser leur observance et de les investir dans leur prise en charge. Un répondant sur trois ne prenait pas en compte les apports prévus dans la prescription (lorsqu'ils étaient indiqués) lors du renouvellement. Pourtant plus de la moitié des pharmacies déploraient l'absence de notion d'apports souhaités sur la prescription. Cette possible substitution à l'encontre des apports prévus dans l'ordonnance pose le problème d'un déficit d'apports caloriques ou protidiques. La substitution des CNO a été étudiée par l'industrie pharmaceutique qui estimait à plus de 25 % le taux de substitution lorsqu'une marque était mentionnée sur l'ordonnance (42). Néanmoins, en pratique clinique, la substitution n'est pas

réellement problématique sauf dans une situation où elle engendre une modification des apports souhaités par le médecin prescripteur.

Concernant les conseils associés à la délivrance, la grande majorité des répondants déclarait délivrer des conseils de prise sur les horaires et des conseils de conservation conformes aux bonnes pratiques d'utilisation (39). Les répondants déclaraient conseiller le plus souvent des prises entre les repas ou à distance des repas, ce qui correspond effectivement aux modes de prises des CNO les plus fréquemment délivrés (boissons lactées, crèmes et jus). Cependant, des conseils complets de conservation (24 h au réfrigérateur après ouverture et 2 h à température ambiante) n'étaient prodigués qu'une fois sur sept, et le plus souvent par les professionnels déclarant bien connaître les CNO. La notion de délivrance de conseils complets de conservation est donc liée au niveau de connaissance, il serait donc intéressant de communiquer davantage sur cette notion. Cette communication pourrait être réalisée par les caisses d'Assurance maladie par exemple, pour les pharmaciens et les médecins. En effet, dans l'étude réalisée auprès des médecins généralistes d'Haute-Vienne, seulement la moitié des médecins déclaraient délivrer des conseils de conservation (10).

Huit pharmacies sur dix proposaient des brochures d'informations sur les CNO à destination des patients dans leur officine. Il n'était pas précisé dans notre étude, l'origine de ces brochures, mais il est très probable que celles-ci proviennent de l'industrie pharmaceutique. Ces dernières permettent aux patients de reprendre à domicile les bonnes pratiques d'utilisation des CNO, et sont une synthèse ou un complément des informations qui leur ont été délivrées. Des brochures d'informations simples sont parfois dispensés par certains services prescripteurs (Annexe 3).

Enfin, plus de la moitié des professionnels se considéraient assez informés. De manière rassurante, plus de huit professionnels sur dix se déclarant insuffisamment informés souhaitaient recevoir des informations complémentaires. Ceci souligne leur volonté de faire évoluer positivement leurs pratiques et de développer leurs connaissances indépendamment des informations délivrées par les industries pharmaceutiques. La création d'une brochure informative sur la dispensation des CNO pourrait donc être envisagée.

Conclusion

Cette étude était la première enquête descriptive sur les pratiques et les connaissances des CNO en officine, conduite en territoire limousin. Elle a sollicité l'ensemble des pharmacies du secteur, et un quart d'entre elles ont participé.

D'après les résultats, les pratiques des professionnels répondant étaient plutôt conformes à la réglementation et aux recommandations, qu'il s'agisse de la durée de délivrance initiale ou de renouvellement des CNO, des conseils associés à la délivrance ou de l'évaluation de l'observance. En règle générale, les pratiques n'étaient pas influencées par le niveau de formation ou de connaissances des professionnels répondant, exceptés pour les conseils complets de conservation qui étaient plus souvent délivrés par les professionnels considérant bien connaître ces produits.

Dans ce travail, plus de la moitié des répondants déploraient un manque de précisions sur les ordonnances, les confrontant à des difficultés lors de la délivrance des CNO. Ceci est cohérent avec des travaux antérieurs où les médecins généralistes se considéraient en difficulté pour la prescription des CNO. De ce fait, l'élaboration d'un outil d'aide à la prescription pourrait être utile à la fois aux médecins et aux pharmaciens d'officine.

Si presque trois répondants sur quatre estimaient bien connaître les CNO, ils déclaraient s'informer majoritairement par l'industrie pharmaceutique et assez peu par le biais des formations initiales ou continues. De manière rassurante, les répondants se sentant insuffisamment informés souhaitaient recevoir des informations complémentaires. Une brochure informative pourrait être créée à destination des pharmacies.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf (page consultée le : 19 novembre 2021)
2. Hébuterne X, Alix E, Raynaud-Simon A, et al. Traité de nutrition de la personne âgée. Nourrir l'homme malade. Ed Springer. Paris 2009 : 141-251.
3. Ministère de la santé et du sport. Zazzo JF, Antoun S, Basdevant A, et al. Dénutrition une pathologie méconnue en société d'abondance. 2010 : 1-92. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf (page consultée le 19 novembre 2021)
4. Journal Officiel de la République Française. 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. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038456511 (page consultée le 13 novembre 2020).
5. Bouteloup C, Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. Nutr Clin Métabol. 2014 ; 28 : 52-56
6. Organisation Mondiale de la Santé. Malnutrition. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> (page consultée le 13 décembre 2020).
7. Desport JC, Fayemendy P, Jesus P, et al. Nutrition, assistance nutritionnelle et économie de santé. In : Quilliot D, Thibault R, Bachmann P, et al. Traité de nutrition clinique. Ed SFNEP. Paris 2007 : 735-742.
8. Vernier T, Desport JC, Villemonteix C. Evaluation du statut nutritionnel de 866 résidents en EHPAD dans le territoire du Limousin, et liens avec la démence et la mobilité. Nutr Clin Métabol. 2020 ; 34 : 22-3.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023. 4^{ème} éd : 1-94. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf (page consultée le : 19 novembre 2021)
10. Migolatiev M. Prescription des compléments nutritionnels oraux : attitudes et pratiques des médecins généralistes d'un département français [Thèse de Doctorat en Médecine]. Limoges : Faculté de Médecine ; 2020. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-113385> (page consultée le : 19 novembre 2021)

11. Badiola J, Du Bois De Meyrignac V, Fernandes C, et al. La nutrition en EHPAD, un enjeu de santé publique en recherche d'efficacité. Ecoles Des Hautes Études de Santé publique. 2016. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/mip/Groupe31.pdf> (page consultée le : 24 novembre 2021)
12. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. Recommander les bonnes pratiques. 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf (page consultée le : 19 novembre 2021)
13. Haute Autorité de Santé. Commission d'Evaluation des Produits et Prestations. Avis de la commission du 27 septembre 2006 : produits pour nutrition à domicile et prestations associées. 2006. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cepp-469.pdf> (page consultée le : 19 novembre 2021)
14. Pradignac A. Compléments nutritionnels oraux. Disponible sur : <https://www.sfncm.org/81-affichage-blog/question-du-moment/849-cno> (page consultée le : 13 novembre 2020)
15. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Dénutrition chez la personne âgée (>70 ans) et aide à la prescription des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO). 2015. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5060/document/denutrition-aide-prescription-cno_assurance-maladie.pdf (page consultée le 19 novembre 2021)
16. Desport JC, Fayemendy P, Jésus P, et al. Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. *Nutr Clin Métabol*. 2014; 28 : 221-4.
17. Mullin GE, Fan L, Sulo S, et al. The Association between Oral Nutritional Supplements and 30-Day Hospital Readmissions of Malnourished Patients at a US Academic Medical Center. *J Acad Nutr Diet*. 2019 ; 119 : 1168-75.
18. Seguy D, Hubert H, Robert J, et al. Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalisation in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study. *Clin Nutr*. 2019; 39 : 1900-1907.
19. Fayemendy P, Desport JC. Utilisation des compléments nutritionnels oraux en oncologie. *Pratiques en nutrition*. 2011; 7 : 30-35.
20. Hubbard GP, Elia M, Holdoway A, et al. A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. *Clin Nutr*. 2012 ; 31 : 293-312.
21. Dawa Yomi SL. Prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. Lille : Faculté des Sciences

- pharmaceutiques et Biologiques ; 2017. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2432eb7f-9395-44df-a45a-e5bee6ce5f8f> (page consultée le : 19 novembre 2021)
22. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. 20 fiches pratiques Covid-19.2020. Disponible sur : <https://www.sfncm.org/1212-fiches-covid-19-a-telecharger> (page consultée le : 15 novembre 2020)
 23. Haute Autorité de Santé. Commission Nationale d'Evaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Avis de la commission 08 décembre 2009 : Modulen IBD. 2009. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/cnedimts-2236-modulenibd.pdf> (page consultée le : 19 novembre 2021)
 24. Haute Autorité de Santé. Commission Nationale d'Evaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Avis de la commission 13 juillet 2010 : Oral impact. 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-08/oral_impact-13_juillet_2010_2642_avis.pdf (page consultée le : 19 novembre 2021)
 25. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par âge. Tableaux de l'économie française. Ed. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291> (page consultée le : 29 octobre 2021)
 26. Données du marché des CNO et évolution depuis 2014 en unités et en valeurs. Source Alliance 7, FY2020. Source industrie pharmaceutique (source confidentielle).
 27. Données du marché des CNO, poids par segments au premier trimestre 2021. Source IMS FY2020 et Q1 2021. Source industrie pharmaceutique (source confidentielle).
 28. Analyse de l'origine de la prescription de CNO par circuits et par spécialités. Etude de marché GERS 2019. Source industrie pharmaceutique (source confidentielle).
 29. Ordre National des Pharmaciens. Le code de déontologie des pharmaciens. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie> (page consultée le : 19 novembre 2021)
 30. Hôpitaux Universitaires de Genève. Dénutrition et alimentation enrichie : conseils nutritionnels. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/denuitrition_et_alimentation.pdf (page consultée le : 16 juin 2021).
 31. Rossi Pacini F, Tosello N, Macari MP, et al. Observance de la prise des compléments nutritionnels oraux en service de gériatrie : une étude randomisée évaluant l'efficacité d'une stratégie de choix des produits par dégustation préalable. *Nutr Clin Métabol.* 2018 ; 32 : 243.

32. Fiches posologiques nutrition clinique orale. Laboratoire Lactalis (document d'aide à la délivrance, source industrie pharmaceutique). 2021
33. Houllier AS. La complémentation nutritionnelle orale à l'officine : Enquête auprès de pharmaciens de Picardie [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01396457/document> (page consultée le : 19 novembre 2021)
34. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?. Les dossiers de la DREES. 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf (page consultée le : 19 novembre 2021)
35. Ordre National des Pharmaciens. Cartes Départementales – Officine (chiffres au 1^{er} juin 2021). Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Donnees-departementales> (page consultée le : 20 août 2021)
36. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Evolution de prévalence de la dénutrition et de sa prise en charge chez les malades atteints de cancer en France. Disponible sur : <https://www.snfge.org/content/evolution-de-la-prevalence-de-la-denutrition-et> (page consultée le : 2 avril 2021).
37. Preiser JC, Hiesmayr M, Beau P. Épidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. In : Quilliot D, Thibault R, Bachmann P, et al. Traité de nutrition clinique. Ed SFNEP. Paris 2007 : 633 - 645
38. Schweizer V. Troubles de la déglutition de la personne âgée. Revue médicale Suisse. 2010. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicaire-suisse/2010/revue-medicaire-suisse-265/troubles-de-la-deglutition-de-la-personne-agee> (page consultée le : 17 octobre 2021)
39. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles. 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee (page consultée le : 19 novembre 2021)
40. Bedock D, Bel Lassen P, Mathian A, et al. Prévalence de la dénutrition et évaluation de l'efficacité d'une prise en charge nutritionnelle précoce chez les patients hospitalisés atteints du COVID-19. Nutr Clin Métabol. 2021 ; 35 : 26.
41. Sulmont-Rossé C, Maître I, Issanchou S. Age, Perception chimiosensorielle et préférences alimentaires. In : Gériologie et Société. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. 2010 ; 33 : 87 - 106.

42. Taux de substitution des CNO. Etude de marché GERS 2019. Données de l'industrie pharmaceutique (source confidentielle).
43. Hugonot-Diener L. Présentation du MNA ou mini nutritionnal assessment. *Gérontologie et société*. 2010 ; 33: 133-141. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2010-3-page-133.htm> (page consultée le : 24 novembre 2021)

Annexes

Annexe 1. Outil d'auto-évaluation de la prise alimentaire (22).....	80
Annexe 2. Mini nutritionnal assessment (43)	81
Annexe 3. Ordonnance type CHU Limoges, accompagnée d'une brochure d'information	82
Annexe 4. Questionnaire en ligne envoyé aux pharmacies du territoire limousin, dans le cadre de l'enquête sur les pratiques et habitudes de délivrance des CNO par les officines du Limousin.	84

Annexe 1. Outil d'auto-évaluation de la prise alimentaire (22)

Cet outil vous est distribué **en exclusivité** par

FRESENIUS KABI
www.fresenius-kabi.fr

EPA

Centre Éducationnel et de Pratique Clinique
Label 2011
SFNEP
www.afnep.org

L'outil d'Évaluation de la **P**rise **A**limentaire

Échelle visuelle

Pouvez-vous indiquer les quantités que vous mangez actuellement, en plaçant le curseur entre « rien du tout » et « comme d'habitude » ?

Je ne mange rien du tout

Je mange comme d'habitude

Réalisation : K'Noë - 01 56 20 28 28

Jullet 2013
www.fresenius-kabi.fr

Veuillez indiquer la portion consommée lors de votre dernier repas (midi ou soir).

J'ai tout mangé

J'en ai mangé les trois quarts

J'en ai mangé la moitié

J'en ai mangé le quart

Je n'ai rien mangé

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Consommation \leq 1/4 de l'assiette ou Score < 7 → risque de dénutrition

Annexe 2. Mini nutritionnal assessment (43)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence leve 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (sous-total max. 14 points) 12-14 points: <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal 8-11 points: <input type="checkbox"/> à risque de dénutrition 0-7 points: <input type="checkbox"/> dénutrition avérée Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 1 = oui 0 = non	<input type="checkbox"/>
H Prend plus de 3 médicaments par jour ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
I Escarres ou plaies cutanées ? 0 = oui 1 = non	<input type="checkbox"/>
J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K Consomme-t-il ? <ul style="list-style-type: none"> Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Évaluation globale (max. 16 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score de dépistage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Score total (max. 30 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Appréciation de l'état nutritionnel	<input type="checkbox"/> état nutritionnel normal <input type="checkbox"/> risque de malnutrition <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 3. Ordonnance type CHU Limoges, accompagnée d'une brochure d'information

<p style="text-align: center;"><i>Identification du prescripteur (nom et n° RPPS)</i></p>	<p>Hôpital Universitaire DUPUYTREN 870000064</p>		<p>Nom : Prénom : Né(e) le</p> <p>Poids : Taille :</p>																																	
<p><input type="checkbox"/> Boisson lactée HP-HC : ____ unité(s) / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 125 mL</td> <td style="width: 5%;">}</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18 g de protéines</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">Cases facultatives : <input type="checkbox"/> sans lactose <input type="checkbox"/> sans fibre</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 250 Kcal, 12,5 g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 200 mL</td> <td>}</td> <td><input type="checkbox"/> 440-480 Kcal, 29 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 400 Kcal, 18-20 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18-24 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 300 mL</td> <td>}</td> <td><input type="checkbox"/> 720 Kcal, 29 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 600 Kcal, 30 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 125 mL	}	<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18 g de protéines	}	Cases facultatives : <input type="checkbox"/> sans lactose <input type="checkbox"/> sans fibre			<input type="checkbox"/> 250 Kcal, 12,5 g de protéines	<input type="checkbox"/> 200 mL	}	<input type="checkbox"/> 440-480 Kcal, 29 g de protéines					<input type="checkbox"/> 400 Kcal, 18-20 g de protéines					<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18-24 g de protéines			<input type="checkbox"/> 300 mL	}	<input type="checkbox"/> 720 Kcal, 29 g de protéines					<input type="checkbox"/> 600 Kcal, 30 g de protéines			<p>Noms commerciaux : (facultatif)</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
<input type="checkbox"/> 125 mL	}	<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18 g de protéines	}	Cases facultatives : <input type="checkbox"/> sans lactose <input type="checkbox"/> sans fibre																																
		<input type="checkbox"/> 250 Kcal, 12,5 g de protéines																																		
<input type="checkbox"/> 200 mL	}	<input type="checkbox"/> 440-480 Kcal, 29 g de protéines																																		
		<input type="checkbox"/> 400 Kcal, 18-20 g de protéines																																		
		<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 18-24 g de protéines																																		
<input type="checkbox"/> 300 mL	}	<input type="checkbox"/> 720 Kcal, 29 g de protéines																																		
		<input type="checkbox"/> 600 Kcal, 30 g de protéines																																		
<p><input type="checkbox"/> Boisson lactée HP-HC, spécifique cicatrisation : ____ unité(s) / jour (200 mL, ≈ 250 Kcal, 17 à 20 g de protéines dont 3g d'Arginine / Proline)</p> <p><input type="checkbox"/> Boisson glucido-protidique HC, fruitée (« jus ») : ____ unité(s) / jour (200 ml, 250 à 300 Kcal, 7 à 9 g de protéines)</p> <p><input type="checkbox"/> Boisson glucido-protidique HC, thé glacé (200 ml, 300 Kcal, 10 g de protéines) : ____ unité(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Crème Dessert HP-HC : ____ unité(s) / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 125 g</td> <td style="width: 5%;">→</td> <td style="width: 15%;">187 kcal, 12g de protéines</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">Case facultative : <input type="checkbox"/> sans lactose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 140 g</td> <td>→</td> <td>280 kcal, 14g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 200 g</td> <td>}</td> <td><input type="checkbox"/> 400 Kcal, 20 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 300 à 330 Kcal, 18 à 25 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 300 Kcal, 14 à 16 g de protéines</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Yaourt Brassé HP-HC 200 g (300 kcal, 14g de protéines) : ____ unité(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Riz au lait HP-HC 200 g (300 kcal, 14g de protéines) : ____ unité(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Dessert fruité (« compote ») HC : ____ unité(s) / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 125 g, 200 Kcal, 8,75 g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 200 g, 300 Kcal, 11 g de protéines</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Cake HP-HC (45g, 175 kcal, 7,5 g de protéines) : ____ unité(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Biscuits HP-HC (Pour 4 galettes : 26g, 120 kcal, 5,5 g de protéines) : ____ x 4 galettes(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Madeleine HP-HC (Pour 6 : 126g, 498 kcal, 24g de protéines) : ____ sachet(s) de 6 madeleines / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Pain brioché HP-HC (65g, 195 kcal, 13 g de protéines) : ____ unité(s) / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Potage HP-HC : ____ unité(s) / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 200 mL, 300 Kcal, 14 g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 300 mL, 490-504 Kcal, 19-23 g de protéines</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Plat mixé HP-HC : ____ unité(s) / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 215g à reconstituer avec 75g de poudre, ≈ 340 Kcal, 15 à 16 g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 300 g, 450 -510 Kcal, 23 à 28 g de protéines</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Poudre de protéines (pot de 500g) : ____ g / jour</p> <p><input type="checkbox"/> Poudre protéino-énergétique pour dialysé : ____ dose(s) de 10 g / jour (Pour 6 doses : 269 kcal, 20g de protéines)</p> <p><input type="checkbox"/> Céréales HP-HC : ____ dose(s) à reconstituer avec un liquide / jour</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 440 à 445 Kcal, 30 g de protéines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 410 à 435 Kcal, 20 g de protéines</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 125 g	→	187 kcal, 12g de protéines	}	Case facultative : <input type="checkbox"/> sans lactose	<input type="checkbox"/> 140 g	→	280 kcal, 14g de protéines	<input type="checkbox"/> 200 g	}	<input type="checkbox"/> 400 Kcal, 20 g de protéines					<input type="checkbox"/> 300 à 330 Kcal, 18 à 25 g de protéines					<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 14 à 16 g de protéines			<input type="checkbox"/> 125 g, 200 Kcal, 8,75 g de protéines	<input type="checkbox"/> 200 g, 300 Kcal, 11 g de protéines	<input type="checkbox"/> 200 mL, 300 Kcal, 14 g de protéines	<input type="checkbox"/> 300 mL, 490-504 Kcal, 19-23 g de protéines	<input type="checkbox"/> 215g à reconstituer avec 75g de poudre, ≈ 340 Kcal, 15 à 16 g de protéines	<input type="checkbox"/> 300 g, 450 -510 Kcal, 23 à 28 g de protéines	<input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 440 à 445 Kcal, 30 g de protéines	<input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 410 à 435 Kcal, 20 g de protéines	<p>Date : ____ / ____ / ____</p>		
<input type="checkbox"/> 125 g	→	187 kcal, 12g de protéines	}	Case facultative : <input type="checkbox"/> sans lactose																																
<input type="checkbox"/> 140 g	→	280 kcal, 14g de protéines																																		
<input type="checkbox"/> 200 g	}	<input type="checkbox"/> 400 Kcal, 20 g de protéines																																		
		<input type="checkbox"/> 300 à 330 Kcal, 18 à 25 g de protéines																																		
		<input type="checkbox"/> 300 Kcal, 14 à 16 g de protéines																																		
<input type="checkbox"/> 125 g, 200 Kcal, 8,75 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> 200 g, 300 Kcal, 11 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> 200 mL, 300 Kcal, 14 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> 300 mL, 490-504 Kcal, 19-23 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> 215g à reconstituer avec 75g de poudre, ≈ 340 Kcal, 15 à 16 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> 300 g, 450 -510 Kcal, 23 à 28 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 440 à 445 Kcal, 30 g de protéines																																				
<input type="checkbox"/> Pour 100 g de poudre, 410 à 435 Kcal, 20 g de protéines																																				
<p><input type="checkbox"/> 1^{ère} prescription : QSP 1 mois</p> <p><input type="checkbox"/> Renouvellement : QSP 1 mois, A renouveler 3 fois maximum</p> <p>SUP-E-004 version C</p>			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p><i>Signature du prescripteur</i></p> </div>																																	



Comment utiliser les Compléments Nutritionnels Oraux ?



Les Compléments Nutritionnels Oraux, ou **CNO**, sont des produits de faible volume qui permettent de compléter une alimentation insuffisante. Ils sont riches en protéines et énergie. Ils sont souvent utilisés pendant une durée limitée.

Comment utiliser un CNO prêt à l'emploi ?

- Consommez-le en plus du repas. Il ne remplace pas votre alimentation habituelle. Consommez-le en collation à 10h, à 16h, dans la soirée, ou en fin de repas.
- Consommez-le : frais, tiède ou chaud.
- Pour le réchauffer, versez-le dans un contenant qui supporte la chaleur.
- Vous pouvez utiliser le CNO pour cuisiner.

Comment conserver un CNO après ouverture ?

- Le CNO, une fois ouvert, est à conserver :
 - 24 heures au réfrigérateur.
 - 2 heures à température ambiante.
- **Une fois ouvert, s'il n'est pas consommé après ce délai de conservation, jetez-le.**

Comment utiliser une poudre d'enrichissement ?

- Ajouter de la poudre en remuant bien la préparation.
- Vous pouvez refroidir, congeler et/ou réchauffer vos préparations enrichies avec la poudre. Une préparation avec la poudre se conserve maximum 24 heures au réfrigérateur ou 1 an au congélateur.

Où utiliser une poudre d'enrichissement ?

- Préparations sucrées : yaourts, fromages blancs, crème anglaise.
- Préparations salées : potages, purées, mixés, mousses de légumes.
- Pâtisserie : mélangée à la farine lors de la préparation.
- Boissons chaudes ou froides : café, chocolat, thé...

Comment éviter la lassitude avec les CNO ?

Variez les goûts et les textures, cela vous permet de conserver du plaisir !

Quels CNO sont disponibles en pharmacie ?

De nombreux formats sont disponibles en pharmacie. Certains formats de CNO disponibles en établissement de soins ne sont pas disponibles en officine de ville. Demandez conseil à votre médecin, à votre pharmacien.

Comment sont délivrés les CNO en pharmacie ?

En pharmacie, la première délivrance est limitée à 10 jours de traitement. Après 10 jours, le pharmacien adapte si nécessaire le complément prescrit pour la suite du traitement, dans les limites des apports prévus par la prescription.

SUP-E-004 version C

Annexe 4. Questionnaire en ligne envoyé aux pharmacies du territoire limousin, dans le cadre de l'enquête sur les pratiques et habitudes de délivrance des CNO par les officines du Limousin.

Délivrance des compléments nutritionnels oraux (CNO) en officine de ville : habitudes et pratiques des pharmacies du territoire Limousin

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse en pharmacie en co-direction avec le Dr Fayemendy, nutritionniste au CHU Limoges et le Dr Marre-Fournier, rattachée à la faculté de pharmacie, nous nous interrogeons sur la délivrance des compléments nutritionnels oraux (CNO) en officine.

Les CNO sont des produits généralement hyperénergétiques et hyperprotéiques largement prescrits en établissements de soins lorsque les apports alimentaires spontanés des patients sont insuffisants. A notre connaissance, il n'existe pas de données sur l'utilisation des CNO en ville.

Ce travail est réalisé en accord avec les FSPF (Fédérations des Syndicats Pharmaceutiques de France) de Haute-Vienne, de Corrèze et de Creuse que je tiens à remercier pour la diffusion de mon questionnaire. Il a pour objectif de faire le point sur les connaissances et les pratiques officinales dans le domaine des CNO.

Afin de m'aider dans cette démarche, je vous serais reconnaissante de bien vouloir remplir ce questionnaire anonyme avant le 30 juin 2021.

Vous en souhaitant bonne réception,

Julie Nouhant.

Il y a 36 questions dans ce questionnaire

Données

[] Votre officine se situe: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En Haute-Vienne
- en Corrèze
- en Creuse

[]

Elle se trouve:

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- en zone rurale
- en semi-urbain

en zone urbaine

[] Combien de pharmaciens titulaires compte la pharmacie ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
 2
 3 ou plus de 3

[] Quel est l'âge moyen du (des) pharmacien(s) titulaires(s) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 25-35 ans
 35-45 ans
 45-55 ans
 55-65 ans
 plus de 65 ans

[]

Combien de personnes travaillent dans la pharmacie (tout emploi confondu) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- de 1 à 5
 de 6 à 10
 de 11 à 15
 plus de 15

[]

Y a-t-il des personnes au sein de votre équipe, vous y compris, qui ont suivi une formation en nutrition ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
 Oui

[] Si oui, laquelle ? *

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

La réponse était 'Oui' à la question '6 [D6]' (Y a-t-il des personnes au sein de votre équipe, vous y compris, qui ont suivi une

formation en nutrition ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Diplomes universitaires (DU)
- Diplômes interuniversitaires (DIU)
- Développement professionnel continu (DPC)
- Autre:

[] Possédez-vous un pèse-personne au sein de la pharmacie ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

les CNO

[]Pensez-vous bien connaitre les CNO ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[]Pensez-vous que les CNO sont utiles ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[]Quelles sont vos sources d'informations concernant les CNO ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucune
 Formation(s) suivie(s) dans le domaine
 Revues pharmaceutiques
 Informations données par l'industriel
 Internet
 Autres

[]laquelle ?

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

La réponse était 'Formation(s) suivie(s) dans le domaine ' à la question '11 [C3]' (Quelles sont vos sources d'informations concernant les CNO ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[]Avec combien d'industriels avez-vous l'occasion de travailler pour la distribution des CNO ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
 2
 3
 4

[]Avec quel industriel travaillez-vous principalement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Nutricia
- Lactalis
- Nestlé
- Fresenius
- Autres

[]Quelles sont les 3 causes majoritaires du recours aux CNO, lorsqu'elle sont identifiables ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pathologies cancéreuses
- Troubles métaboliques
- Isolement social
- Troubles de la cicatrisation
- Post-hospitalisation
- Post-chirurgie
- Démences
- Troubles de la mastication et/ou de la déglutition
- Autres

[]La première prescription de CNO est majoritairement établie par : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- un service hospitalier
- le médecin spécialiste libéral
- le médecin généraliste

[]Pour quelle durée délivrez-vous les CNO lors d'une prescription initiale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 10 jours
- 15 jours
- 1 mois
- plus d'1 mois
- Sur la durée totale de prescription

[]Les caractéristiques des produits sont-elles généralement précisées sur l'ordonnance ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui

Non

[]

Trouvez-vous les ordonnances claires et assez précises pour permettre une délivrance de CNO correspondant à l'état nutritionnel du patient ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

[]si non, selon vous, que manque-t'il le plus souvent ?

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

La réponse était 'Non' à la question '19 [C11]' (Trouvez-vous les ordonnances claires et assez précises pour permettre une délivrance de CNO correspondant à l'état nutritionnel du patient ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[]Le renouvellement de CNO est majoritairement prescrit par: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Le service hospitalier

le médecin spécialiste libéral

le médecin généraliste

[]Pour quelle durée délivrez-vous les CNO lors d'un renouvellement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

10 jours

15 jours

1 mois

plus d'1 mois

Autre

La dispensation des CNO

[] Réévaluez-vous l'observance des CNO avant de renouveler la délivrance ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[] Selon quels critères ? *

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

La réponse était 'Oui' à la question '23 [DC1]' (Réévaluez-vous l'observance des CNO avant de renouveler la délivrance ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Lors du renouvellement, délivrez-vous les CNO en fonction: *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- des goûts du patient
 des textures et des produits spécifiques à sa pathologie
 des apports prévus dans la prescription (quand ceux-ci sont spécifiés)
 Autre:

[] Quels types de CNO délivrez-vous le plus souvent ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Boissons lactées HPHC (hyperprotéinés et hypercaloriques)
 crèmes desserts HPHC
 jus de fruits HPHC
 gâteaux HPHC
 compotes HPHC
 poudres d'enrichissements
 plats salés préparés HPHC

Concernant les conseils associés à la délivrance des CNO :

Accompagnez-vous la délivrance des CNO avec des conseils de prise sur les horaires ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[]Si oui, vous recommandez la prise: *

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

La réponse était 'Oui' à la question '27 [DC4]' (Concernant les conseils associés à la délivrance des CNO : Accompagnez-vous la délivrance des CNO avec des conseils de prise sur les horaires ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- avant le repas
 pendant le repas
 après le repas
 entre les repas

[]Delivrez-vous des conseils sur les modalités de conservation de CNO ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[]Si oui, lesquelles ? *

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

La réponse était 'Oui' à la question '29 [DC5]' (Delivrez-vous des conseils sur les modalités de conservation de CNO ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- 24 au réfrigérateur après ouverture du produit
 2h à température ambiante
 48h au réfrigérateur
 24h à température ambiante
 autres

[]Quels sont les autres conseils que vous délivrez éventuellement ?

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Dans l'officine, avez-vous à disposition des brochures d'informations sur les CNO pouvant être données aux patients ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[] Pensez-vous être assez informé sur les recommandations encadrant la prescription et la délivrance de CNO ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

[] Selon vous, quel(s) point(s) devrai(en)t être plus abordé(s) ?

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Avez-vous des remarques ou suggestions à faire suite à ce questionnaire ?

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Souhaitez-vous recevoir des informations concernant les pratiques et les recommandations des CNO ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

si vous êtes intéressé, merci de m'envoyer un mail à julie.nouhant@gmail.com

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Délivrance des compléments nutritionnels oraux en officine : habitudes et pratiques des pharmacies du territoire limousin

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. Enrichis en calories et/ou en protéines, ils sont indiqués en cas de dénutrition. En France, la législation encadrant leur utilisation a été actualisée en 2019. Les objectifs de cette étude étaient de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des officines du Limousin à propos des CNO, et de soulever les différents obstacles rencontrés lors de la délivrance de ces produits. L'étude en ligne, anonyme et déclarative, sollicitait l'ensemble des officines du territoire limousin. Sur les 308 pharmacies sollicitées, 27,6 % répondaient à l'enquête. En règle générale, les pratiques en termes de délivrance des CNO en officine étaient conformes aux recommandations, et ceci indépendamment du niveau de formation ou de connaissances des produits. Cependant, plus de la moitié des professionnels officinaux étaient confrontés à des difficultés lors de la délivrance, par un manque de précisions sur les ordonnances. Ainsi, la réalisation d'un outil d'aide à la prescription à destination des médecins prescripteurs pourrait être utile.

Mots-clés : Compléments nutritionnels oraux, délivrance, officine

Dispensing of oral nutritional supplements in pharmacies: habits and practices of pharmacies in the limousin area

Oral Nutritional Supplements (ONS) are foodstuffs intended for special medical purposes. Enriched with calories and/or proteins, they are indicated in case of under-nutrition. In France, the legislation governing their use was updated in 2019. The objectives of this study were to take stock of the knowledge and practices of Limousin pharmacies about ONS, and to raise the various obstacles encountered during the delivery of these products. The online study, anonymous and declarative, solicited all the pharmacies of the Limousin. Of the 308 pharmacies solicited, 27.6 % responded to the survey. Generally, the practices in terms of dispensing ONS in pharmacies were in line with the recommendations, regardless of the level of training or knowledge of the products. However, more than half of the pharmacy professionals faced difficulties at the time of dispensing, due to a lack of precision on prescriptions. Thus, the development of a prescribing tool for prescribing physicians could be useful.

Keywords : Oral nutritional supplements, supply, pharmacie

