

Compléments nutritionnels oraux pour combattre la malnutrition



BROCHURE RÉCAPITULATIVE





La malnutrition, particulièrement la sous-alimentation qui est généralement liée à la maladie, est un problème répandu qui affecte la vie de millions de personnes dans toute l'Europe chaque année. Les conséquences de la malnutrition ont des effets néfastes sur les individus et la société. La malnutrition conduit à une utilisation accrue des ressources de santé. Les coûts associés à la malnutrition peuvent atteindre la somme astronomique de 170 milliards d'euros pour l'Europe uniquement.

Si la malnutrition est le plus souvent identifiée en institutions, particulièrement parmi les patients hospitalisés et ceux en établissements de soins, la majorité des personnes malnutries ou à risque de malnutrition vit en milieu familial. Dans tous ces milieux, le problème de la malnutrition est souvent négligé, non identifié et non traité. Avec une population vieillissante en Europe, il est vital d'intervenir pour prévenir, identifier et traiter la malnutrition.

Le dossier « Compléments nutritionnels oraux pour combattre la malnutrition » s'appuie sur de nombreuses preuves et recherches indépendantes, et comprend un recueil des dernières données, y compris les

observations et faits principaux en lien avec les causes, la prévalence et les conséquences de la malnutrition. Le dossier fait ressortir le besoin d'un dépistage systématique et vérifie l'importance d'une intervention nutritionnelle, en mettant plus particulièrement l'accent sur les compléments nutritionnels oraux (CNO) en tant que méthode cliniquement efficace et potentiellement économique pour les systèmes de santé.

Cette brochure récapitulative fait la synthèse intelligible, factuelle et concise des recherches présentées dans le dossier complet. Elle souligne les faits et chiffres clés liés aux répercussions de la malnutrition, et met en évidence les meilleurs exemples pratiques et les témoignages d'experts indépendants.

L'Industrie internationale de la nutrition médicale (Medical Nutrition International Industry – MNI) vise à sensibiliser davantage les personnes aux problèmes de la malnutrition et espère que vous nous rejoindrez dans notre combat contre la malnutrition.

**Dr. Meike Engfer et
Dr. Ceri Green**
Au nom de la MNI

Veillez utiliser le code QR ci-dessous pour accéder au dossier « Compléments nutritionnels oraux pour combattre la malnutrition » ou visitez le site Web suivant: www.medicalnutritionindustry.com



À PROPOS DE L'INDUSTRIE « MEDICAL NUTRITION INTERNATIONAL INDUSTRY » (MNI)



L'Industrie internationale de la nutrition médicale (MNI, Medical Nutrition International Industry), est une association professionnelle internationale regroupant des sociétés qui fournissent des produits et services destinés à soutenir la réhabilitation et la prise en charge des patients au moyen de solutions nutritionnelles spécialisées et appropriées comprenant la nutrition entérale et parentérale. La MNI se compose des principales sociétés internationales agissant dans le développement, la fabrication et l'approvisionnement de nutrition médicale et services, à savoir: Abbott, Baxter, B. Braun, Fresenius Kabi, Nestlé Health Science et Nutricia.

La MNI soutient la recherche qui étudie le potentiel de la nutrition médicale dans l'amélioration de la santé des patients et encourage la transition d'une recherche nutritionnelle clinique en pratique générale grâce à la diffusion et la mise en œuvre des bonnes pratiques et des règles cliniques.

La MNI est déterminée à lutter contre la malnutrition liée à des maladies et soutient un dépistage nutritionnel à l'aide d'outils validés dans tous les milieux, suivi d'un apport nutritionnel approprié aux patients diagnostiqués comme étant exposés à un risque nutritionnel.

La MNI a pleinement conscience des pressions auxquelles font face les organisations de santé et que la nutrition médicale n'est pas toujours considérée comme faisant partie intégrante des soins délivrés aux patients. C'est pourquoi la MNI a pour but de s'assurer que les éléments de base sur les causes, la prévalence et les conséquences de la malnutrition sont solides et disponibles auprès des décideurs et praticiens. Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont l'une des stratégies d'intervention nutritionnelle qui peuvent être utilisées pour combattre la malnutrition, améliorer les problèmes de santé des patients et diminuer les coûts importants liés à la malnutrition.

Pour de plus amples informations, veuillez nous contacter à l'adresse suivante: secretariat@medicalnutritionindustry, ou visiter notre site Web: www.medicalnutritionindustry.com

PRÉAMBULE	2
À PROPOS DE LA MNI	3
LES ENJEUX DE LA MALNUTRITION	4
• La malnutrition, un problème majeur de santé	4
• Prévalence de la malnutrition	5
• Les causes de la malnutrition	6
• Les conséquences de la malnutrition	7
• Les coûts de la malnutrition	8
LA SOLUTION	9
• L'intervention nutritionnelle comme cible thérapeutique	9
• Étude de cas	10
• Avantages cliniques des CNO	11
• Avantages économiques des CNO	12
• Les CNO comme partie intégrante d'un apport nutritionnel efficace	13
RECOMMANDATIONS	14
REMERCIEMENTS	15
RÉFÉRENCES	16





La malnutrition comme problème de santé

Le terme « malnutrition » inclut, à la fois, la sur-alimentation (surpoids et obésité) et la sous-alimentation, mais dans le contexte de cette brochure, le terme « malnutrition » (connu également sous le nom de « malnutrition liée à des maladies ») signifie sous-alimentation et risque nutritionnel. La malnutrition est répandue en Europe; selon des estimations, il y a 33 millions de personnes menacées de malnutrition.¹

Un faible apport alimentaire est la cause de la malnutrition, et des infirmités et maladies se trouvent au cœur de ce problème.² Malgré la disponibilité d'outils de dépistage fiables, la malnutrition demeure non détectée et non traitée dans les hôpitaux, les établissements de soins et parmi la population vivant en milieu familial. Souvent moins de 50% des patients identifiés comme étant malnutris, reçoivent une intervention nutritionnelle.^{3, 4} L'identification précoce et la prise en charge appropriée de la malnutrition ou du risque de malnutrition sont donc une nécessité pour combattre l'impact qu'elle a sur les patients.

La malnutrition est généralement liée à des maladies et peut affecter tous les groupes d'âge, des adultes âgés aux plus jeunes enfants. Le risque de malnutrition est prépondérant auprès des personnes âgées : la probabilité d'être malnutri est 30% plus élevée auprès des patients hospitalisés âgés de plus de 65 ans.⁵ La malnutrition est répandue dans les hôpitaux et les établissements de soins.

La malnutrition a des conséquences cliniques et financières pour les individus et la société toute entière. En particulier, les patients hospitalisés malnutris affichent un taux de complication plus élevé et le taux d'infection est trois fois plus élevé que celui des patients bien nourris.^{6, 7}

La malnutrition frappe particulièrement les personnes âgées vivant en milieu familial, en perturbant les fonctions, la mobilité et l'indépendance. En milieu familial, les patients malnutris consultent un médecin de famille plus souvent et sont admis plus fréquemment à l'hôpital que les patients bien nourris.⁸

En s'appuyant sur les chiffres du Royaume-Uni, les coûts liés à la malnutrition en Europe sont estimés à 170 milliards d'euros chaque année - soit plus du double des dépenses liées à l'obésité.^{1,9} De plus en plus de preuves démontrent l'utilité d'une intervention nutritionnelle appropriée dans la réduction des problèmes impactant la santé.¹⁰

Prévalence de la malnutrition

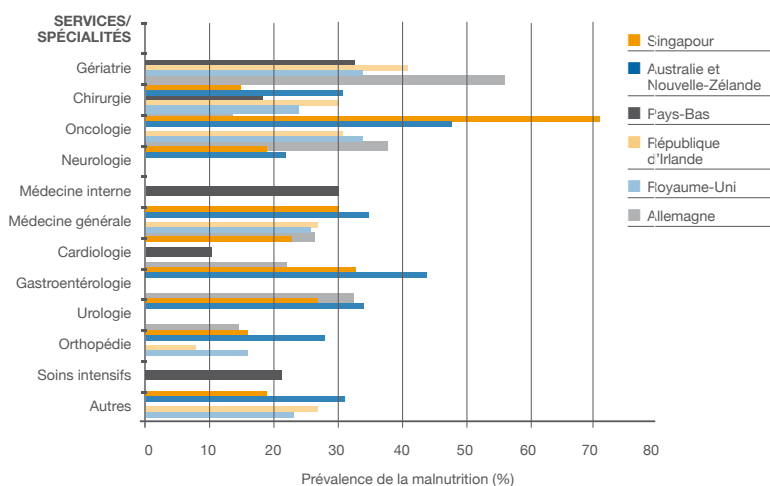
La malnutrition n'est pas un problème nouveau. Elle est largement répandue dans tous les milieux de soins. Cependant, on a remarqué qu'un manque de dépistage systématique du risque de malnutrition ne favorisait pas une intervention et une prévention précoces.

La malnutrition prévaut dans des milieux de soins divers, auprès de différents groupes de patients et dans toutes les tranches d'âge :

- Des études à grande échelle montrent qu'environ un patient adulte hospitalisé sur quatre est à risque de malnutrition ou déjà malnutri^{5,11-13}
- Plus d'une personne sur trois en établissement de soins est à risque de malnutrition ou déjà malnutrie¹⁴⁻¹⁷
- Une personne âgée sur trois vivant de façon autonome est à risque de malnutrition¹⁴

- Près d'un enfant sur cinq admis dans les hôpitaux néerlandais souffre de malnutrition aigüe ou chronique¹⁸

La malnutrition est courante dans des services hospitaliers divers et prédomine dans les services de gériatrie et d'oncologie (voir [Gra. 1](#)). Malgré la forte prévalence du risque de malnutrition dans les institutions, la majorité des patients à risque de malnutrition se trouve en milieu familial – près de 93% des personnes malnutries ou à risque de malnutrition habitent en milieu familial.²³



Graphique 1 Prévalence de la malnutrition et risque de malnutrition selon les services/spécialités des hôpitaux^{5,19-22}

L'OPINION DES EXPERTS

Le docteur Ailsa Brotherton fait partie du groupe de travail « QIPP Safe Care » (Qualité, Innovation, Productivité et Prévention) du ministère de la Santé du Royaume-Uni et est également secrétaire honoraire de l'équipe de direction de la British Association for Parental and Enteral Nutrition (BAPEN).

« Nous devons améliorer les interventions nutritionnelles pour les patients. Cela signifie identifier la malnutrition de façon précoce et s'assurer que les patients dans tous les milieux de soins, particulièrement ceux qui sont vulnérables, soient examinés pour déceler une éventuelle malnutrition et qu'ils bénéficient par la suite d'un plan de soins personnel et approprié, s'ils sont à risque. »

ASPECTS CLÉS

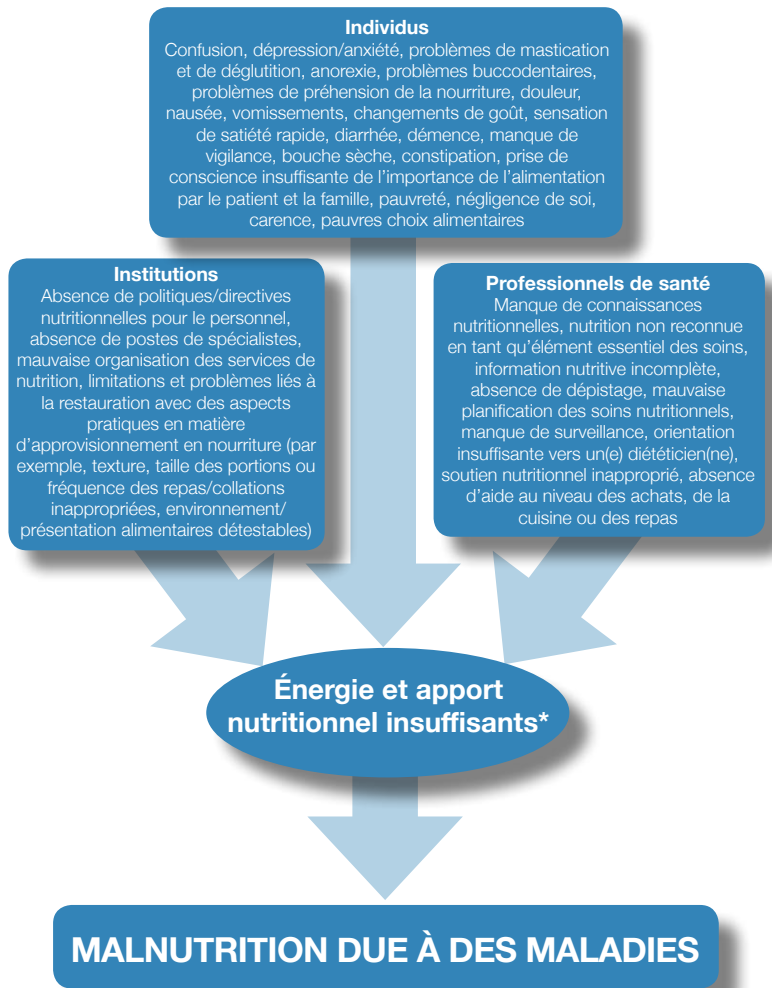
- La malnutrition, même lorsqu'elle est identifiée, n'est pas toujours traitée.
- La malnutrition est un problème de santé publique important en Europe où l'on estime que 33 millions de personnes sont à risque.
- La malnutrition affecte toutes les tranches d'âge et est le plus répandue auprès des personnes âgées vivant en milieu familial.
- La malnutrition est source d'infirmité, de perte d'indépendance et est liée à une augmentation des soins de santé.

Les causes de la malnutrition

La malnutrition est avant tout provoquée par un apport alimentaire insuffisant, avec la maladie et son traitement comme facteurs sous-jacents d'un apport alimentaire diminué.^{2,24}

Diverses raisons peuvent causer un apport alimentaire en déclin comme, par exemple, un manque d'appétit, des problèmes de déglutition et les effets secondaires des médicaments.² Les patients les plus touchés sont ceux atteints d'un cancer, qui peuvent avoir des changements de goût ou la nausée du fait du traitement et ceux atteints d'une maladie neurologique qui les empêche de déglutir ou de s'alimenter tout seuls. Plus de 50% des patients hospitalisés ne terminent pas entièrement leur repas et 30% des résidents en maison de retraite mangent moins de la moitié de leur repas,^{25,26} ce qui signifie que la plupart du temps ils ne satisfont pas à leurs besoins nutritionnels.

Mais la malnutrition ne se limite pas simplement à un faible apport alimentaire (voir **Gra. 2**). L'absence d'une description claire des responsabilités des autorités sanitaires, des institutions et des professionnels de santé, ainsi qu'une formation et un matériel inappropriés en matière de dépistage, exacerbent le problème de la malnutrition. Il est par conséquent nécessaire d'adopter une approche multidisciplinaire pour identifier et mettre en œuvre des solutions appropriées et efficaces.



Graphique 2 Facteurs entraînant une énergie et un apport nutritionnel insuffisants pour les adultes comme cause de malnutrition liée aux maladies (adapté de Stratton et al. 2003)²

* Les recommandations de certains nutriments peuvent être augmentées du fait d'une malabsorption, d'une altération métabolique et de pertes excessives.

ASPECTS CLÉS

- La maladie et son traitement, provoquant une diminution de l'apport alimentaire, sont les causes principales de la malnutrition.
- Les patients atteints d'un cancer ou d'une maladie neurologique sont particulièrement vulnérables.
- Pour combattre efficacement la malnutrition, une approche multidisciplinaire s'impose ; cela implique les professionnels de la santé, les institutions et les autorités sanitaires.

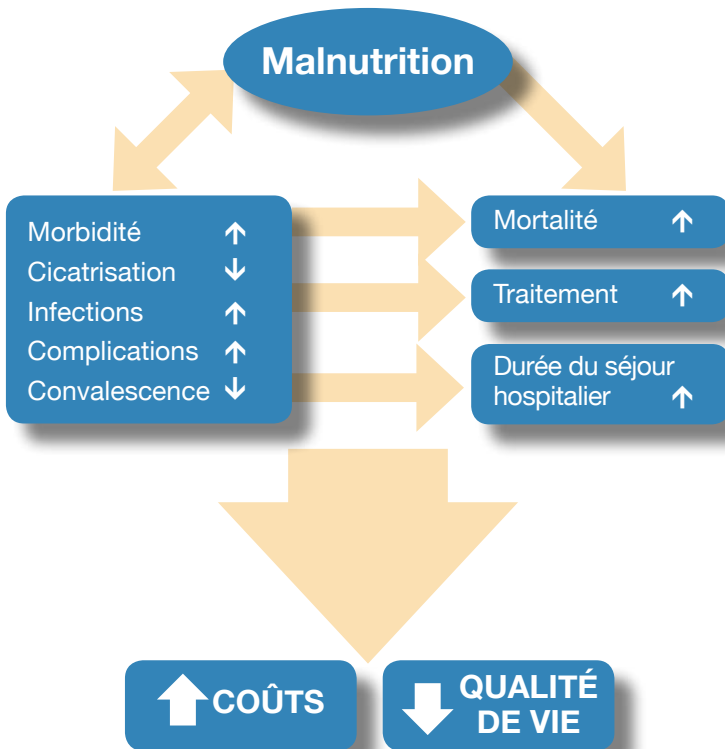
Les conséquences de la malnutrition

La malnutrition peut avoir des effets indésirables sur chaque organe, et peut entraîner de graves conséquences physiques et psychosociales comme, par exemple, un déficit immunitaire, une cicatrisation retardée, une force musculaire réduite, de la fatigue, de l'inactivité, de l'apathie, de la dépression et une négligence de soi.²³ Pour les personnes âgées, particulièrement celles vivant en milieu familial, elle peut compromettre gravement les fonctions, la mobilité et l'indépendance. La malnutrition peut conduire à une détérioration de la qualité de vie.²

La malnutrition a de nombreuses conséquences cliniques (voir **Gra. 3**).²⁷

Les patients hospitalisés malnutris connaissent des taux de complication plus élevés que ceux des patients bien nourris (30,6% contre 11,3%)²⁸. Le taux de mortalité est bien plus important chez les patients hospitalisés « à risque » que chez ceux ne présentant pas de risques.²⁸

Par ailleurs, la malnutrition peut avoir un impact financier négatif sur les budgets de santé nationaux, avec une utilisation accrue des ressources de santé, comme une durée d'hospitalisation plus longue et des réadmissions plus fréquentes. Le séjour d'hospitalisation moyen peut augmenter de 30% chez les patients malnutris.²⁸



Graphique 3 Impact anticipé de la malnutrition (adaptée de Norman et al. 2008)²⁷

L'OPINION DES EXPERTS

Le Professeur Alessandro Laviano est professeur de médecine interne au département de médecine clinique de l'université Sapienza, à Rome (Italie), et président du comité de pratiques cliniques et pédagogiques de la European Society of Clinical Nutrition and Metabolism, (ESPEN):

« Le problème de la malnutrition n'est pas une priorité dans le traitement des patients; leurs pathologies sous-jacentes sont prioritaires. Nous devons prendre conscience que, sans une alimentation appropriée, la malnutrition engendrera plus de complications et des périodes de convalescence plus longues. Dans tous les autres milieux, l'accent est mis sur la perte de poids mais ici, notre objectif est de maintenir le patient à son poids ou de lui en faire prendre. Cette approche n'est pas toujours appréciée. »

ASPECTS CLÉS

- Les risques de complications sont 3 fois plus élevés chez les patients malnutris hospitalisés.
- La malnutrition peut entraîner des séjours hospitaliers prolongés
- La malnutrition est associée à des taux de mortalité plus élevés chez les patients hospitalisés « à risque ».

Les coûts de la malnutrition

En se basant sur le fait que la malnutrition est associée à une utilisation accrue des ressources de santé suite à des séjours hospitaliers plus longs, des réadmissions plus fréquentes et des niveaux de complications plus élevés chez les patients, les coûts associés à la malnutrition et au risque de malnutrition en Europe sont estimés atteindre 170 milliards d'euros.¹

ASPECTS CLÉS

- Les coûts associés à la malnutrition et au risque de malnutrition en Europe sont estimés à 170 milliards d'euros.
- Les dépenses relatives à la gestion de la malnutrition représentent jusqu'à 10% du budget annuel des soins de santé et sociaux en Irlande.
- On s'attend à ce que les coûts liés à la malnutrition augmentent dans les années à venir.






	Pays	Population (approx.)	Estimation des incidences financières de la malnutrition
	Royaume-Uni	60.8 million	15 milliards d'euros - coût total des problèmes relatifs à la malnutrition en 2007 ³⁰
	Allemagne	82.4 million	9 milliards d'euros - sera de 11 milliards d'euros d'ici 2020 - coûts liés à la malnutrition ³¹
	Pays-Bas	16.8 million	1,9 milliard d'euros - total des coûts supplémentaires en 2011 de la malnutrition liée à des maladies, soit 2,1% de l'ensemble des dépenses de santé nationales néerlandaises et 4,9% de l'ensemble des coûts du secteur de la santé ³²
	Irlande	4.1 million	1,4 milliard d'euros - en 2007, soit 10% du budget annuel des soins de santé et sociaux était attribué à la gestion de la malnutrition en Irlande ³³
	Europe	738.2 million	170 milliards d'euros - estimation des coûts associés à la malnutrition due aux maladies en Europe ¹

Tableau 1 Estimation des incidences financières de la malnutrition dans toute l'Europe (exemples)

L'intervention nutritionnelle comme cible thérapeutique

L'intervention nutritionnelle est une partie importante des soins du patient. Elle débute avec la garantie que les patients ont accès à une alimentation appétissante et nutritive qui comble leurs besoins nutritionnels, culturels et religieux. De bonnes interventions nutritionnelles incluent un dépistage nutritionnel pour identifier les patients « à risque » et une planification des soins pour s'assurer que les patients reçoivent l'alimentation appropriée et en temps opportun.

Le problème de la malnutrition ne peut pas être combattu de manière isolée. Des efforts sont actuellement déployés pour rassembler les parties prenantes afin de sensibiliser l'opinion sur le problème de la malnutrition et apporter une approche coordonnée pour combattre le problème de la malnutrition dans tous les milieux de soins.

En juin 2009, en partenariat avec la présidence européenne de la République Tchèque, les représentants des ministères de la santé des états-membres européens et divers autres groupes de parties prenantes se sont rencontrés et ont publié la « Déclaration de Prague » sous la bannière « Stop à la malnutrition liée à des maladies et aux maladies liées à la malnutrition ! » La déclaration prévoit les mesures suivantes pour combattre la malnutrition:

- Sensibilisation et éducation du grand public
- Élaboration et mise en œuvre de recommandations
- Dépistage obligatoire
- Recherches sur la malnutrition

- Formation des professionnels de santé et sociaux dans le domaine de la nutrition
- Approbation des programmes nationaux d'interventions nutritionnelles ; recommandation de leur mise en œuvre et financement dans tous les milieux de soins
- Prise en compte de la malnutrition comme axe thématique pour les futures présidences européennes

Dans la déclaration de Varsovie d'octobre 2011 publiée pendant la présidence polonaise de l'Union européenne, des domaines clés ont été renforcés pour contrer les nombreux effets négatifs de la malnutrition sur les patients et les systèmes de santé.

- Mise en œuvre d'un dépistage systématique des risques nutritionnels dans toute l'UE
- Sensibilisation du public
- Politiques de remboursement
- Éducation médicale

Assurer un apport nutritionnel adéquat aux patients identifiés comme malnutris ou à risque de malnutrition. À partir de conseils diététiques et de l'enrichissement de l'alimentation conventionnelle, l'introduction de la nutrition médicale, comme les CNO, dans les programmes d'intervention nutritionnelles, est une option basée sur des éléments concrets qui s'est révélée être efficace pour gérer les patients vulnérables.

L'OPINION DES EXPERTS

Le professeur Koen Joosten, pédiatre et médecin aux soins intensifs de l'hôpital pour enfants Erasmus MC - Sophia, aux Pays-Bas, et Trésorier de la Dutch Society of Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN), commente l'importance d'une approche multidisciplinaire :

« La collaboration au sein de l'intégralité du système hospitalier est d'une importance capitale lorsqu'il s'agit d'encourager un nouveau programme. Assigner des responsabilités, définir les objectifs, sensibiliser et établir les bonnes voies de communication entre les médecins, infirmières, instances dirigeantes et systèmes d'information sont tous des éléments essentiels pour réussir l'introduction de nouvelles façons de travailler. »

ÉTUDE DE CAS

La malnutrition ne doit pas être une partie inévitable de la maladie et du vieillissement. Il est de la responsabilité de chacun de demander que la malnutrition soit reconnue par le dépistage et que le nécessaire soit fait pour s'assurer qu'une intervention nutritionnelle soit faite en temps opportun.



Voici l'histoire d'Anne, un exemple d'un programme de soins personnels pour aider le patient à se rétablir.

Les antécédents d'Anne

Anne est une dame âgée qui vit seule. Son mari est mort il y deux ans. Avant, Anne était très sociable et participait à de nombreux événements mais maintenant, on la voit peu en ville. Elle ne peut plus quitter sa maison et attend les rares visites de sa famille, qui vit loin, pour demander de l'aide. Sa santé est médiocre et elle souffre de problèmes respiratoires.

Anne ne peut pas faire ses courses ou cuisiner elle-même. Elle ne voit peut-être pas l'importance de préparer des repas nutritifs pour elle toute seule. Il se peut qu'elle soit dépressive. Sa maladie respiratoire peut l'empêcher de respirer et manger correctement.

Intervention nutritionnelle pour Anne

L'équipe de soins d'Anne doit:

- Contrôler le risque de malnutrition à l'aide d'un outil de dépistage validé.
- Traiter sa maladie respiratoire sous-jacente et sa dépression.
- Convenir d'une aide pour les courses et la cuisine.
- Fournir des compléments nutritionnels oraux jusqu'à ce que Anne mange suffisamment pour combler ses besoins nutritionnels.
- Surveiller ses progrès pour s'assurer que l'intervention nutritionnelle dispensée atteigne les objectifs définis.



L'OPINION DES EXPERTS

Le Professeur Jean-Pierre Michel est professeur honoraire de médecine à l'université de Genève, en Suisse, et président de la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS):

«On peut s'attendre à divers résultats cliniques bénéfiques suite à la prescription des CNO, notamment une augmentation du poids, un renforcement musculaire et une mobilité, sans oublier une amélioration des fonctions respiratoires qui contribueront à faciliter les activités au quotidien et à améliorer la qualité de vie.»

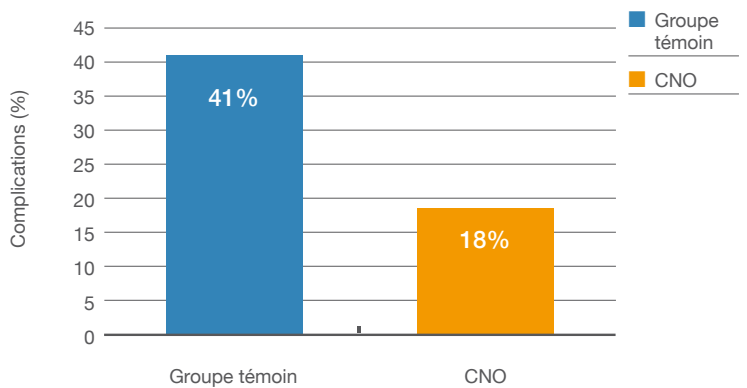
Avantages cliniques des CNO

Les CNO sont une solution clinique efficace pour combattre la malnutrition. Il existe des études solides et exhaustives qui montrent que les CNO sont une stratégie d'intervention nutritionnelle efficace pouvant servir à combattre la malnutrition et améliorer les problèmes de santé des patients capables de s'alimenter mais pas suffisamment pour répondre à leurs besoins nutritionnels.

Les CNO ont des avantages nutritionnels, fonctionnels et cliniques prouvés en hôpital et en milieu familial, chez des groupes de patients très divers.

Les principales conclusions montrent que les CNO ont des résultats bénéfiques distincts :

- Réduction de la mortalité jusqu'à 24% par rapport aux soins classiques²
- Réduction des taux de complications par rapport aux soins quotidiens^{2,34,35} (voir Gra. 4)
- Les CNO entraînent un gain de poids chez les patients hospitalisés et ceux transférés en milieu collectif, y compris les personnes âgées³⁴



Graphique 4 Taux de complications inférieur chez les patients supplémentés par rapport à ceux du groupe témoin (adapté de Stratton et al. 2003)²

ASPECTS CLÉS

- Les CNO sont une solution efficace et non-invasive pour combattre la malnutrition.
- Les CNO entraînent une prise de poids et préviennent la perte de poids chez les patients malnutris ou à risque de malnutrition.
- L'utilisation des CNO est toujours liée à des taux de mortalité et de complications plus bas chez les patients malnutris par rapport aux soins classiques.

L'OPINION DES EXPERTS

Professeur Jean-Pierre Michel:

« Il est important d'utiliser les CNO car ils peuvent réduire les complications et garantir un rétablissement plus rapide menant à une diminution du séjour hospitalier, ce qui signifie une réduction des coûts. »

Avantages économiques des CNO

La réduction éventuelle des coûts, aussi bien en hôpital qu'en milieu familial, comme conséquence d'une diminution des soins de santé, a été démontrée chez les patients supplémentés avec des CNO (voir [Tableau 2](#)). La modélisation économique entreprise par NICE (2006) a démontré que les CNO étaient rentables dans le cadre d'un programme de dépistage.³⁴ NICE classe les CNO en tant que « traitement ayant un bon rapport qualité-prix ».

Au-delà d'améliorer le bien-être des patients, combattre la malnutrition avec des CNO est l'occasion pour les professionnels de santé de contrôler leurs dépenses. Cela est particulièrement pertinent compte

tenu du vieillissement de la population et de la forte prévalence des maladies chroniques qui ont une incidence négative sur l'état nutritionnel, laquelle contribue en retour à augmenter les coûts. Le contrôle et la gestion de la malnutrition peuvent faire partie de la solution. Même dans la possibilité que les coûts apparaissent dans un cadre et que les effets bénéfiques soient mesurés dans un autre, une prévention et une gestion efficaces de la malnutrition entraîneront une réduction des coûts dans tout le système social et de santé. Par exemple, l'utilisation de CNO à haute teneur en protéines est associée à une diminution de 30% de l'ensemble des réadmissions à l'hôpital.³⁹

Pays	Groupe de patients	Économie de coûts par patient
HÔPITAL		
Pays-Bas ³⁶	Patients ayant subi une intervention abdominale	252 €
Royaume-Uni. ²⁹	Résultats groupés issus d'une analyse relative à des patients ayant subi une intervention chirurgicale, patients âgés et patients victimes d'AVC	1002 € (849 £) (coûts par jour/lit) 352 € (298 £) (coûts liés aux complications)
MILIEU FAMILIAL		
France ³⁷	Personnes âgées malnutries (>70 ans)	195 €
Allemagne ³⁸	Patients éligibles pour des CNO du fait d'un risque MDR*	234 €-257 €

* MDR: malnutrition due à des maladies

Tableau 2 Études démontrant les économies de coûts grâce aux CNO (exemples)^{29,36-38}

ASPECTS CLÉS

- Au Royaume-Uni., l'utilisation des CNO a révélé une économie de 1 000 € par patient fondée sur la durée du séjour.
- Les patients de la communauté à qui on a prescrit des CNO, ont moins de consultations médicales à domicile.
- Réduction de 30% de l'ensemble des réadmissions à l'hôpital grâce aux CNO à haute teneur en protéines.



Les CNO comme partie intégrante d'une intervention nutritionnelle efficace

Les CNO sont de plus en plus reconnus comme partie intégrante de la stratégie de prise en charge des patients concernant la malnutrition dans les hôpitaux et en milieu familial. Ceci est corroboré par des faits solides démontrant que les CNO apportent des améliorations dans l'apport nutritionnel, les résultats cliniques, fonctionnels et économiques.

Dans de nombreux pays, les autorités nationales, les agences gouvernementales, les services de santé, les experts cliniques et les organisations professionnelles ont développé des directives basées sur des faits concernant la prise en charge de la malnutrition. La plupart du temps, cela a pu se faire grâce à une collaboration et un travail conjoint entre toutes ces parties prenantes.

Les bonnes pratiques dans les soins nutritionnels, au sein des milieux sociaux et de santé, doivent intégrer des stratégies et des activités conçues pour s'assurer que chaque patient reçoit l'intervention nutritionnelle la plus appropriée, personnalisée et en temps opportun pour optimiser l'apport et le

statut nutritionnels, avec l'ambition d'améliorer les résultats.

Il existe de nombreux exemples probants où la mise en œuvre de directives nutritionnelles peut avoir des effets positifs chez les patients et les professionnels de santé. Cependant, il est souvent difficile d'identifier les exemples, soit parce que des lacunes existent encore entre les directives qui sont en place mais pas encore complètement mises en œuvre, soit parce que les bonnes pratiques ne sont pas documentées et partagées. Il est clair qu'il faut entreprendre une approche multidisciplinaire coordonnée pour transférer les « directives académiques » dans une approche pratique à l'intention des professionnels de la santé.

Depuis 2008, la MNI subventionne chaque année la meilleure initiative nationale qui démontre l'implémentation des études scientifiques dans des approches pratiques visant à combattre la malnutrition. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, veuillez consulter le site Web www.medicalnutritionindustry.com.

L'OPINION DES EXPERTS

Docteur Ailsa Brotherton:

« Il existe suffisamment de preuves qui démontrent que la nutrition a une incidence majeure sur les soins aux patients et améliore les résultats de santé tout en générant des économies financières. »

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES

- La mise en œuvre de dépistage par l'utilisation de « MUST » Outil universel de dépistage de la malnutrition a amélioré les soins nutritionnels et l'utilisation appropriée des plans de soins, et a réduit les séjours et les coûts hospitaliers⁴⁰
- Le recours à des assistants diététiciens pour apporter un soutien alimentaire intensif, dont les CNO (tel que recommandé par les directives du gouvernement de l'assemblée galloise) auprès de femmes âgées ayant une fracture de la hanche, a permis d'augmenter de manière significative l'apport énergétique et de réduire la mortalité à la fois dans le service de traumatologie aigüe et lors de la consultation de suivi de 4 mois.⁴¹
- La mise en œuvre d'un protocole de soins nutritionnels auprès de patients atteints de cancer dans un hôpital espagnol, a permis d'atténuer la perte de poids chez 60% des patients et la prise de poids chez 17% des patients⁴²
- La mise en œuvre d'un programme de soins nutritionnels auprès de personnes âgées dans un hôpital belge, a permis de réduire de manière significative la durée du séjour en hôpital.⁴³

RECOMMANDATIONS

Dans l'ensemble du combat contre la malnutrition, de l'identification à l'offre des meilleurs soins possibles pour les patients de manière économique, plusieurs thèmes clés émergent :

- il doit y avoir un engagement de toutes les parties prenantes à tous les niveaux.
- la sensibilisation, la formation et l'éducation sont vitales pour réussir.
- les audits et améliorations de la qualité sont des activités obligatoires.
- des opportunités pour partager les bonnes pratiques doivent être créées.

La MNI s'est engagée à sensibiliser davantage l'opinion à la malnutrition et à soutenir les efforts pour encourager l'introduction de dépistage systématique, de l'évaluation et de l'apport d'un soutien nutritionnel dans tous les milieux de soins de santé ainsi qu'en milieu familial. Pour atteindre ces objectifs, la MNI fait les recommandations suivantes:



Identifier la malnutrition

- Les politiques nutritionnelles nationales doivent être dans des structures qui luttent contre la malnutrition, l'obésité et le surpoids.
- Un dépistage systématique destiné aux groupes les plus vulnérables doit être intégré dans les politiques nutritionnelles nationales.
- Des outils de dépistage validés doivent être utilisés pour identifier les patients confrontés à la malnutrition ou à risque de malnutrition.
- Un accord est nécessaire pour savoir qui est chargé du dépistage de la malnutrition.

Prévalence

- L'engagement doit être pris de mesurer systématiquement la prévalence de la malnutrition et des risques de malnutrition, et de partager les résultats.

Causes

- Les approches basées sur les preuves pour les plans de soins nutritionnels doivent être utilisées, en prenant en compte les causes de la malnutrition, les objectifs de l'intervention et également, les contraintes environnementales et pratiques.

Conséquences

- Les patients, les professionnels de santé et la société en général doivent être sensibilisés aux nombreuses conséquences négatives de la malnutrition.

Programme de soins nutritionnels

- Il est conseillé de partager largement des exemples de bonnes pratiques pour faciliter la mise en œuvre de directives nutritionnelles et garantir l'utilisation optimale des ressources.

Avantages des CNO

- Une foule de preuves démontre les retombées bénéfiques des CNO. Cela doit se traduire par la mise en pratique des CNO pour s'assurer que les patients en besoin d'une intervention nutritionnelle, la reçoivent.

Conseils

- Des orientations sur la prise en charge de patients malnutris ou à risque de malnutrition doivent refléter les preuves actuelles relatives à l'intervention nutritionnelle, comme les CNO, et fournir des conseils clairs et pratiques sur comment et quand recourir aux interventions nutritionnelles

Bonnes pratiques

- Il est conseillé de partager largement des exemples de bonnes pratiques pour faciliter la mise en œuvre de directives nutritionnelles et garantir l'utilisation optimale des ressources

REMERCIEMENTS

La MNI voudrait remercier et exprimer sa reconnaissance aux experts suivants pour leurs connaissances et expertises reçues:



Le docteur Ailsa Brotherton fait partie du groupe de travail QIPP Safe Care (Qualité, Innovation, Productivité et Prévention) du ministère de la Santé du Royaume-Uni. Ce groupe a élaboré un programme d'amélioration national centré sur la nutrition et l'hydratation. Elle est secrétaire honoraire de l'équipe de direction de la BAPEN (l'Association britannique de la nutrition parentérale et entérale), membre du groupe Qualité de la BAPEN et directrice de Clinical Engagement and Leadership (leadership et engagement cliniques) au NHS QUEST, en Angleterre.



Le professeur Koen Joosten est pédiatre - médecin aux soins intensifs à l'hôpital pour enfants Erasmus MC - Sophia, aux Pays-Bas. Il fait partie de plusieurs comités actifs dans le domaine de la nutrition, préside le groupe Alimentation de l'Association pédiatrique néerlandaise, est membre du comité de pilotage néerlandais sur la malnutrition et trésorier de la NESPEN.



Le professeur Alessandro Laviano est professeur extraordinaire en médecine interne au département de médecine clinique de l'université Sapienza, à Rome (Italie), et président du comité de pratiques cliniques et pédagogiques de la Société ESPEN.



Le professeur Jean-Pierre Michel est professeur honoraire de médecine à l'université de Genève, en Suisse. Il est le président actuel de l'EUGMS (2012/2013) et l'expert du programme « Vieillesse et qualité de Vie » de l'OMS. Il a cofondé la European Academy for Medicine of Aging (EAMA), l'académie orientale de médecine sur le vieillissement, la Middle East Academy of Medicine of Ageing (MEAMA) et les IAGG Master Classes sur le vieillissement, en Asie.



Madame Fionna Page a une maîtrise de sciences (avec mention), département de recherche. Elle a compilé et écrit l'ensemble du dossier pour le compte de la MNI. Elle est nutritionniste et compte à son actif plusieurs années d'expérience dans la pratique clinique (en particulier, l'intervention nutritionnelle en hôpital et en milieu familial) et dans l'industrie alimentaire médicale.

RÉFÉRENCES

1. Ljungqvist O, de Man F. *Nutr Hosp* 2009;**24**:368-70.
2. Stratton RJ et al. Wallingford: CABI Publishing, 2003.
3. Meijers JM et al. *Nutrition* 2009;**25**:512-9.
4. Van Nie-Visser NC et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):45 (abstract 99).
5. Russell C, Elia M. Redditch: BAPEN, 2012.
6. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:340-9.
7. Schneider SM et al. *Br J Nutr* 2004;**92**:105-11.
8. Guest JF et al. *Clin Nutr* 2011;**30**:422-9.
9. House of Commons Health Committee. London, The Stationery Office. 2004.
10. Volkert D et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:330-360.
11. Schindler K et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:552-9.
12. Imoberdorf R et al. *Clin Nutr* 2010;**29**:38-41.
13. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-23.
14. Kaiser MJ et al. *J Am Geriatr Soc* 2010;**58**:1734-8.
15. Suominen MH et al. *Eur J Clin Nutr* 2009;**63**:292-6.
16. Lelovics Z et al. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;**49**:190-6.
17. Parsons EL et al. *Proc Nutr Soc* 2010;**69**:E197
18. Joosten KF et al. *Arch Dis Child* 2010;**95**:141-5.
19. Agarwal E et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:41-47.
20. Lim SL et al. *Clin Nutr* 2012;**31**:345-350.
21. Meijers JM et al. *Br J Nutr* 2009;**101**:417-423.
22. Pirlich M et al. *Clin Nutr* 2006;**25**:563-72.
23. Elia M, Russell C. Redditch: BAPEN, 2009.
24. Gibbons T, Fuchs GJ. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;**48**:356-61.
25. Hiesmayr M et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:484-91.
26. Valentini L et al. *Clin Nutr* 2009;**28**:109-16.
27. Norman K et al. *Clin Nutr* 2008;**27**:5-15.
28. Sorensen J et al. *Clin Nutr* 2008;**27**(3):340-349.
29. Elia M et al. Redditch: BAPEN, 2005.
30. Elia M & Stratton RJ. Redditch, BAPEN. 2009.
31. Cepton. Malnutrition in Germany: Munich, 2007.
32. Freijer K et al. *Clin Nutr* 2012; Jul 10 Epub.
33. Rice N, Normand C. *Public Health Nutr* 2012; Feb 8 Epub.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical guideline 32. London: NICE, 2006.
35. Milne AC et al. Cochrane Database Syst Rev 2009;CD003288.
36. Freijer K, Nuijten MJ. *Eur J Clin Nutr* 2010;**64**:1229-34.
37. Arnaud-Battandier F et al. *Clin Nutr* 2004;**23**:1096-103.
38. Nuijten M, Mittendorf T. *Akt Ern Med* 2012;**37**:126-133.
39. Cawood AL et al. *Ageing Res Rev* 2012;**11**:278-296.
40. Cawood AL et al. *Clin Nutr Suppl* 2009;**4**(2):81
41. Duncan DG et al. *Age Ageing* 2006;**35**:148-53.
42. Caro MM et al. *Nutr Hosp* 2008;**23**:458-68.
43. Pepersack T. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;**60**:787-92.

Pour de plus amples informations et la liste complète des références, veuillez vous reporter au dossier « Compléments nutritionnels oraux pour combattre la malnutrition. »

www.medicalnutritionindustry.com



The Medical Nutrition International Industry (MNI)
Rue de l'Association 50, 1000 Bruxelles, Belgique
www.medicalnutritionindustry.com
Contact: secretariat@medicalnutritionindustry.com