



Article scientifique

Article

2013

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Référentiel de pratiques professionnelles : prescription et utilisation des compléments nutritionnels oraux chez l'adulte en milieu hospitalier

Guex, Emmanuel; Bouteloup, C; Bachmann, P; Caldari, Dominique; Coti-Bertrand, Pauline; Quilliot, Didier; Thibault, Ronan; Zeanandin, Gilbert

How to cite

GUEX, Emmanuel et al. Référentiel de pratiques professionnelles ; prescription et utilisation des compléments nutritionnels oraux chez l'adulte en milieu hospitalier. In: Nutrition clinique et métabolisme, 2013, vol. 27, n° 3, p. 139–147. doi: 10.1016/j.nupar.2013.06.005

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:40773>

Publication DOI: [10.1016/j.nupar.2013.06.005](https://doi.org/10.1016/j.nupar.2013.06.005)

Évaluation des pratiques professionnelles en nutrition clinique

Référentiel de pratiques professionnelles : prescription et utilisation des compléments nutritionnels oraux chez l'adulte en milieu hospitalier

Formative assessment in clinical nutrition: Prescription and utilization of oral nutritional supplements in hospitalised adult

Esther Guex^a, Corinne Bouteloup^{b,*}, Patrick Bachmann^a, Dominique Caldari^a,
Pauline Coti-Bertrand^a, Didier Quilliot^a, Ronan Thibault^a, Gilbert Zeanandin^a

^a Comité éducationnel et de pratique clinique (CEPC) de la SFNEP, France

^b Service de médecine digestive et hépatobiliaire, hôpital Estaing, CHU Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 17 avril 2013 ; accepté le 28 juin 2013

Disponible sur Internet le 7 août 2013

1. Préface

Une dénutrition est présente chez 30 à 50 % des malades hospitalisés [1]. De nombreuses études ont montré que la dénutrition était un facteur prédictif indépendant de morbidité, notamment infectieuse, de mortalité, d'altération de la qualité de vie, d'allongement de la durée d'hospitalisation et en conséquence d'une augmentation des coûts hospitaliers [1]. La dénutrition et le risque de dénutrition doivent être dépistés systématiquement à l'entrée en hospitalisation de façon à pouvoir mettre en place une prise en charge nutritionnelle précoce et adaptée conformément aux exigences de la Haute Autorité de santé (HAS) pour la certification des établissements (critères IPAQSS). Dans la mesure du possible, la prise en charge nutritionnelle orale doit être privilégiée, tout particulièrement chez le sujet âgé [2]. Les compléments nutritionnels oraux (CNO) et les conseils diététiques représentent les deux volets de cette prise en charge orale. L'efficacité des CNO est démontrée dans différentes situations de dénutrition ou à risque [3] et leur prescription est recommandée chez le sujet âgé [2], chez le patient atteint de cancer [4], chez le patient en situation périopératoire [5] et chez le patient avec fracture du col du fémur [3].

Les CNO sont des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS). Ce sont des produits industriels prêts à l'emploi, comportant des protéines, glucides, lipides, vitamines, éléments-traces et minéraux dans un faible

volume et sous une forme facile à consommer. Ils sont le plus souvent hyperénergétiques (300 à 400 kcal par portion de 200 mL pour les plus fréquemment utilisés), normo- ou hyperprotidiques (7 à 20 g pour 200 mL), avec ou sans lactose, avec ou sans fibres et pour la plupart sans gluten. Il existe des formulations plus spécifiquement adaptées aux patients diabétiques. Certains CNO enrichis en pharmanutriments (acides gras oméga 3, arginine, et nucléotides. . .) ont des indications spécifiques. Il existe une grande variété de produits, sucrés, salés ou neutres se présentant sous différentes textures : liquide (potages, jus de fruits, boissons lactées), semi-liquide (yaourts à boire), semi-solide (crèmes, flans, compotes. . .), et solides (biscuits, pâtes, plats déshydratés. . .), avec, pour chaque catégorie, différents arômes et saveurs.

D'une manière générale, les règles de prescription et d'utilisation des CNO sont mal connues. Les prescriptions sont souvent incomplètes, parfois peu adaptées et non expliquées au patient. L'observance des patients vis-à-vis des CNO est généralement médiocre, en raison d'une mauvaise information, d'une absence d'adaptation de la prescription et d'un non-respect des conditions d'utilisation. Dans la pratique, un gaspillage est souvent observé dans les services de soins car les produits distribués mais non consommés sont jetés.

Ce document propose des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques (CEAP) issus principalement de documents validés et édités par la SFNEP. Ce programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) comporte deux parties. La première partie, organisationnelle, évalue l'état des moyens mis en place dans un secteur de soins donné. La seconde partie est proposée sous la forme d'un audit,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cbouteloup@chu-clermontferrand.fr (C. Bouteloup).

afin d'évaluer le respect des procédures dans l'ensemble des secteurs de soins concernés par ces procédures, en comparaison des recommandations et différents textes édités notamment par la SFNEP.

2. Promoteurs

Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP).

3. Sources

Les sources sont les suivantes :

- HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007 [2] ;
- SFNEP/CEPC. À qui et comment prescrire des compléments nutritionnels oraux à l'hôpital et à domicile. Nutr Clin Metab 2013 [3] ;
- SFNEP - Traité de nutrition artificielle de l'adulte : nourrir l'homme malade. Troisième édition – 2007. Conseils diététiques et supplémentation nutritive orale [6] ;
- SFNEP/CEPC. Arbre décisionnel du soin nutritionnel [7] ;
- SFNEP/CEPC. Questions de nutrition clinique de l'adulte à l'usage de l'interne et du praticien – Édition 2012. Chapitres 5 et 7 [8,9] ;
- SFNEP/CEPC. Information du patient (et de ses proches) avant recours aux compléments nutritionnels oraux. Nutr Clin Metab 2009 [10].

4. Cibles professionnelles

Tous les médecins, les diététiciens, les infirmiers, les personnels des services de court, moyen ou long séjours impliqués dans la prise en charge nutritionnelle orale des patients adultes à risque de dénutrition ou dénutris.

5. Patients concernés

Tous les patients adultes hospitalisés dans les unités de soins de médecine, de chirurgie, de soins de suite et de réadaptation et les services de long séjour médicalisés et pour lesquels il existe une prescription médicale de CNO ou une délivrance de CNO sans prescription médicale.

6. Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

« L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Il s'agit donc d'analyser sa pratique professionnelle en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

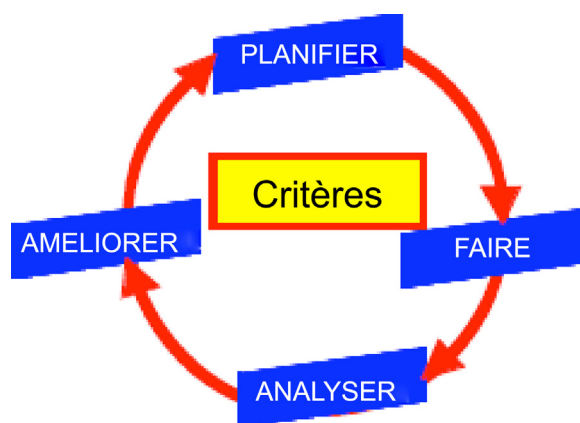


Fig. 1. Les démarches d'amélioration de la qualité – modèle proposé par W.E. Deming.

Les références utilisées peuvent être variées (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires. . .). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le référentiel de pratiques professionnelles.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (qui peuvent être déclinées en référentiel) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.

Des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques peuvent être utilisés pour une démarche d'EPP. Ils constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. En effet, ces critères permettent d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence.

Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité (AQ). D'une manière générale, les démarches AQ s'inscrivent dans le modèle proposé par W.E. Deming. Ce modèle comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : planifier, faire, analyser, améliorer (Fig. 1) ;

- planifier : une démarche AQ et des critères sont choisis ;
- faire : la démarche AQ est mise en œuvre ;
- analyser : les professionnels analysent leur pratique en référence aux critères sélectionnés et selon la démarche AQ adoptée ;
- améliorer : les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.

Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une démarche d'AQ, ils s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques.

Tableau 1

Guide de l'utilisateur « Mode d'emploi formalisé pour le renseignement de la grille EPP ».

a. Critères de structure	Mode d'emploi
<i>Critère 1 : Une démarche de prise en charge des patients à risque de dénutrition ou dénutris existe dans le secteur de soin</i>	
a. La démarche est formalisée sous forme d'un document écrit précisant les modalités d'évaluation de l'état nutritionnel et de dépistage de la dénutrition	Répondre OUI s'il existe dans la structure de soin des protocoles consensuels validés par le CLAN ou par le pôle ou par le service Répondre NON si ces procédures ou protocoles n'existent pas ou n'ont pas été validés ou s'il existe plusieurs protocoles différents
b. La démarche est formalisée sous forme d'un document écrit précisant les modalités de prescription médicale ou diététique après évaluation nutritionnelle complète (responsabilité, traçabilité, information donnée au patient sur les bénéfices et modalités de consommation, délai de réévaluation de la prescription)	Répondre OUI s'il existe dans la structure de soin des protocoles consensuels validés par le CLAN ou par le pôle ou par le service Répondre NON si ces procédures ou protocoles n'existent pas ou n'ont pas été validés ou s'il existe plusieurs protocoles différents
c. La démarche est formalisée sous forme d'un document écrit précisant les modalités de prise en compte et de traçabilité des intolérances et aversions du malade vis-à-vis des CNO	Répondre OUI s'il existe dans la structure de soin des protocoles consensuels validés par le CLAN ou par le pôle ou par le service Répondre NON si ces procédures ou protocoles n'existent pas ou n'ont pas été validés ou s'il existe plusieurs protocoles différents
d. Le document écrit est facilement disponible dans le secteur de soin	Répondre OUI si le protocole ou les procédures sont disponibles dans TOUS les lieux concernés, soit sous forme papier, soit sous forme d'un document informatisé facilement accessible Répondre NON si ce n'est pas le cas
<i>Critère 2 : Un protocole de distribution et de surveillance de la consommation des CNO existe dans le secteur de soins</i>	
a. Il existe dans le secteur de soin un protocole précisant les modalités d'information des patients sur la consommation des CNO	Répondre OUI s'il existe dans le secteur de soin ou à proximité un protocole écrit précisant que le patient doit recevoir une information claire sur les modalités de consommation des CNO Répondre NON dans les autres cas
b. Il existe dans le secteur de soin un protocole précisant l'organisation du secteur de soin permettant la distribution des CNO	Répondre OUI s'il existe dans le secteur de soin ou à proximité un protocole écrit précisant les modalités de distribution des CNO dans le respect des bonnes pratiques (responsabilités, horaires de distribution à l'heure de la prise effective et à distance des repas, conservation, température, traçabilité) Répondre NON dans les autres cas
c. Il existe dans le secteur de soin un protocole précisant les modalités de surveillance et de traçabilité de la consommation des CNO par le patient	Répondre OUI s'il existe dans le secteur de soin ou à proximité un protocole écrit précisant que la prescription de CNO doit s'accompagner d'une surveillance quotidienne avec traçabilité dans le dossier permettant d'évaluer la tolérance, et l'observance du patient en précisant les causes éventuelles de non-consommation Répondre NON si ce n'est pas le cas
d. Il existe dans le secteur de soin un protocole précisant la nécessité de rechercher les causes de non-consommation des CNO par le patient et de transmettre l'information au médecin prescripteur ou au diététicien(ne)	Répondre OUI s'il existe dans le secteur de soin ou à proximité un protocole écrit précisant que les causes de non-consommation des CNO par le patient doivent être recherchées et l'information doit être transmise au médecin prescripteur ou au diététicien(ne) Répondre NON si ce n'est pas le cas
b. Critères concernant le dossier patient	Mode d'emploi
<i>Critère 3 : Une évaluation de l'état nutritionnel a été réalisée avant la prescription des CNO</i>	
a. Une évaluation nutritionnelle comportant la mesure du poids actuel, la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et l'estimation de la perte de poids par rapport au poids habituel (ou poids de forme et/ou poids il y a un mois et/ou six mois) a été réalisée dans les 48 premières heures d'hospitalisation et est formalisée dans le dossier	Répondre OUI si l'analyse du dossier du patient retrouve un poids, un IMC, une évaluation de la perte de poids (par rapport au poids habituel ou de forme et/ou il y a un mois et/ou six mois) dans les 48 premières heures d'hospitalisation Répondre PARTIELLE si l'analyse du dossier retrouve au moins un des trois critères (poids, IMC ou perte de poids) Répondre NON si l'analyse du dossier ne retrouve aucun des trois critères
b. Une évaluation des ingesta a été réalisée par une échelle analogique visuelle ou verbale (EVA) ou par le(a) diététicien(ne)	Répondre OUI si l'analyse du dossier retrouve le résultat chiffré de l'EVA ou le résultat de l'enquête diététique Répondre NON dans les autres cas

Tableau 1 (Suite)

b. Critères concernant le dossier patient	Mode d'emploi
<i>Critère 4 : La prescription des CNO respecte les indications et contre-indications</i>	
a. La prescription des CNO est conforme aux indications habituellement retenues	Répondre OUI si le patient est : Non dénutri et ne couvre pas ses besoins nutritionnels (apports ≤ 20 kcal/kg/j ou $\leq 2/3$ besoins ou EVA < 7), depuis 7 à 10 jours Modérément dénutri et ses apports oraux ne sont pas trop diminués ($\geq 2/3$ des besoins ou EVA ≥ 7) Modérément dénutri avec des apports oraux $\leq 2/3$ besoins ou EVA < 7 ou très dénutri et une nutrition entérale a été discutée d'emblée mais reportée pour une raison justifiée Répondre NON dans les autres cas
b. Le malade n'a pas de contre-indication à la prise de CNO	Répondre OUI si le malade n'a pas de fausse route exposant au risque d'inhalation, de trouble de la conscience, de tube digestif non fonctionnel (syndrome occlusif, fistules digestives hautes...), de traitement hautement émétisant Répondre NON dans les autres cas
<i>Critère 5 : Il existe une prescription médicale ou diététique</i>	
	Répondre OUI si l'analyse du dossier permet de retrouver une prescription médicale ou diététique des CNO Répondre NON dans les autres cas
<i>Critère 6 : La prescription est complète et adaptée</i>	
a. La prescription est complète	Répondre OUI si la prescription mentionne le type précis et la texture ou à défaut le nom commercial complet du CNO (en référence à la liste des produits disponibles dans l'établissement), ainsi que le nombre quotidien et les horaires de prises Répondre PARTIELLE si la prescription mentionne au moins un des éléments suivants : le type précis, la texture, le nom commercial complet du CNO (selon la liste des produits disponibles dans l'établissement), le nombre quotidien, les horaires de prises Répondre NON dans les autres cas
b. La prescription est adaptée aux pathologies du patient	Répondre OUI si la prescription tient compte des pathologies associées (diabète, régime sans résidu, intolérance au lactose...) Répondre NON dans les autres cas
c. La prescription est adaptée aux besoins protéino-énergétiques du patient	Répondre OUI si le(s) CNO prescrit(s) associé(s) à l'alimentation orale permet(tent) de couvrir les besoins protéino-énergétiques du patient Répondre NON dans les autres cas
<i>Critère 7 : La distribution des CNO respecte les règles de bonne pratique</i>	
a. La délivrance du CNO au patient est notifiée dans le dossier de soins	Répondre OUI si l'analyse du dossier du patient permet de retrouver la trace écrite de la distribution effective des CNO au patient quotidiennement pendant toute la durée de la prescription Répondre PARTIELLE si la trace écrite de la distribution effective des CNO au patient est retrouvée au moins une fois pendant la durée de la prescription Répondre NON dans les autres cas
b. Le CNO est délivré au patient au moment effectif de sa consommation	Répondre OUI si le ou les horaires de distribution noté(s) dans le dossier correspond(ent) à (aux) l'heure(s) de consommation prescrite(s) par le médecin, tous les jours pendant toute la durée de la prescription Répondre PARTIELLE si le ou les horaires de distribution noté(s) dans le dossier correspond(ent) au moins un jour à (aux) l'heure(s) de consommation prescrite(s) par le médecin Répondre NON dans les autres cas

Tableau 1 (Suite)

b. Critères concernant le dossier patient	Mode d'emploi
<i>Critère 8 : Une surveillance quotidienne de la consommation des CNO existe</i> a. L'observance et la tolérance du patient aux CNO sont transcrites quotidiennement dans le dossier de soins b. Les causes éventuelles de non-consommation sont notifiées dans le dossier de soins	Répondre OUI si l'analyse du dossier du patient permet de retrouver la trace écrite de la consommation effective des CNO par le patient et l'évaluation de la tolérance tous les jours pendant toute la durée de la prescription Répondre PARTIELLE si la trace écrite de la consommation effective des CNO par le patient et l'évaluation de la tolérance n'est retrouvée que temps en temps pendant la durée de la prescription Répondre NON dans les autres cas Répondre OUI si les causes éventuelles de non-consommation ont été recherchées et notifiées dans le dossier chaque fois qu'il a été noté une consommation partielle ou nulle des CNO prescrits, pendant toute la durée de la prescription Répondre NON dans les autres cas
<i>Critère 9 : Une évaluation de l'efficacité des CNO existe</i> Une évaluation de l'efficacité des CNO au minimum hebdomadaire est réalisée : elle est conforme au protocole du service de soins s'il existe ou comporte au minimum un suivi du poids, une évaluation des ingesta et un dosage de la transthyrétinémie	Répondre OUI s'il est retrouvé une évaluation conforme au protocole ou comportant poids, évaluation des ingesta et transthyrétine, au moins une fois par semaine dans le dossier pendant toute la durée de prescription des CNO Répondre PARTIELLE si cette évaluation n'est pas hebdomadaire Répondre NON dans les autres cas
<i>Critère 10 : La prescription est réévaluée et adaptée si besoin</i>	Répondre OUI si, devant un échec de la prescription initiale, une action a été entreprise : modification de la prescription des CNO, pose d'une sonde nasogastrique pour nutrition entérale Répondre NON si, alors qu'un échec de la prescription initiale a été constaté, aucune action n'a été entreprise Répondre NA (non applicable) s'il n'y pas eu d'échec de la prescription initiale

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (www.has-sante.fr). Parmi celles-ci, voici quelques exemples permettant de valider une démarche d'EPP :

- critères et audit clinique (cf. documents méthode HAS) : ces critères peuvent être utilisés dans le cadre d'un audit clinique. Ils deviennent alors, après une adaptation éventuelle de leur formulation, des critères d'audit. Une grille d'auto-évaluation peut être élaborée (pour chaque critère on recherche si celui-ci est présent, absent ou non applicable) pour faciliter le recueil des données à partir d'une vingtaine de dossiers analysés rétrospectivement. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé. Un exemple de grille d'audit reprenant ces critères ainsi qu'une aide aux réponses est proposé dans ce document (Tableau 1) ; il est également téléchargeable sur le site de la SFNEP à l'adresse <http://www.sfnep.org/pratiques-cliniques/evaluation-des-pratiques-professionnelles>. Attention ! Un seul tour d'audit sur un thème donné ne suffit pas pour valider un programme continu d'EPP ;
- critères et revue mortalité-morbidité (cf. documents méthode HAS) : à l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide secondaire à une prise en charge nutritionnelle inadaptée, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré ;

- critères et staffs EPP : lors d'une revue de dossiers sur le thème de la prise en charge nutritionnelle au sein d'un établissement, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré. L'anonymat est respecté ;
- critères et programme d'AQ (cf. guide Anaes, et HAS) : une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant la prise en charge nutritionnelle au sein d'un établissement. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera (définition, limites, acteurs) et décrira le processus étudié (description précise, risques), puis le groupe construira un processus répondant aux critères de qualité requis à l'aide des critères proposés (rédaction de procédure ou de protocole propre à l'équipe), enfin un suivi du processus mis en place est assuré.

D'autres méthodes validant cette démarche d'EPP existent ; elles associent toutes l'utilisation de critères à une méthode structurée et explicite d'AQ.

Ces critères peuvent également être utilisés pour construire des outils d'amélioration sous la forme de protocoles, mémos, chemins cliniques, etc.

7. Sélection des items parmi les textes de référence

Les objectifs de cet outil sont d'évaluer :

- la pertinence de l'indication des CNO (respect des indications et des contre-indications) ;
- la qualité de la prescription précisant le type (composition, volume), la quantité (nombre d'unités) et les horaires de prise ;
- le respect des modalités d'administration des CNO définies au sein des services de soins (horaires de distribution, température de consommation. . .) ;
- la traçabilité de la distribution et de la consommation (y compris les causes de non-observance) dans le dossier de soins.

Les items suivants ont été retenus comme les plus pertinents compte tenu des objectifs de qualité de prise en charge du malade par les CNO et ont été sélectionnés à partir des différents textes de référence cités dans le paragraphe 3) :

- la prescription de CNO doit être précédée d'une évaluation de l'état nutritionnel du patient ainsi que d'une évaluation de ses ingesta et de ses besoins protéino-énergétiques [7–9] ;
- les CNO sont indiqués pour tout patient non dénutri lorsque ses apports oraux sont inférieurs ou égaux à 20 kcal/kg par jour ou aux deux tiers des besoins ou lorsque l'échelle visuelle ou verbale alimentaire (EVA) est inférieure à 7, après échec ou plus souvent en association avec les conseils diététiques [2,7–9] ;
- les CNO sont indiqués chez le patient modérément dénutri dont les apports oraux ne sont pas trop diminués ($\geq 2/3$ des besoins ou $EVA \geq 7$) [2,7–9] ;
- les CNO ne sont pas indiqués en première intention en cas d'apports oraux inférieurs ou égaux à deux tiers des besoins (ou $EVA < 7$) chez le patient dénutri, ou chez le patient sévèrement dénutri quels que soient ses ingesta, ces situations devant faire discuter d'emblée la mise en place d'une nutrition entérale [2,7–9] ;
- les CNO sont contre-indiqués en cas de [3,8] :
 - fausse-route exposant au risque d'inhalation (malgré l'adaptation des textures),
 - trouble de la conscience,
 - tube digestif non fonctionnel (syndrome occlusif, fistules digestives hautes. . .),
 - traitement concomitant hautement émétisant (favorise les aversions) ;
- la prescription de CNO est un acte médical. À l'hôpital, ils peuvent être prescrits par délégation par un(e) diététicien(ne) [6,9] ;
- les pathologies associées (diabète, intolérance au lactose. . .) doivent être prises en compte pour la prescription de CNO [7–9] ;
- la qualité de la prescription conditionne l'efficacité des CNO. La prescription doit préciser le nombre de CNO par jour, les horaires de prises, la texture et les caractéristiques nutritionnelles du CNO [9] :
 - normoprotéique (4,5–7 g/100 mL ou mg) ou hyperprotéique (> 7 g/100 mL ou mg),
 - normoénergétique (1 à 1,4 kcal/mL ou mg) ou hyperénergétique ($\geq 1,5$ kcal/mL ou mg),

- avec ou sans lactose,
- avec ou sans fibres,
- CNO enrichi en pharmanutriments ;
- toute prescription de CNO doit s'accompagner d'une information claire du patient quant à leur intérêt, les modalités de prise et leur intégration dans la prise en charge thérapeutique [3,6,9,10] ;
- toute prescription de CNO nécessite une surveillance quotidienne pour évaluer le respect de la prescription (distribution effective, respect des horaires, causes éventuelles de non-distribution), la tolérance, l'observance en précisant les causes éventuelles de non-consommation [3,9] ;
- l'efficacité doit être évaluée de façon hebdomadaire sur des critères cliniques (ex. : suivi du poids, capacités psychique et fonctionnelle) et/ou biologiques (ex. : transthyrénémie. . .) [9]. Les apports oraux spontanés doivent également être réévalués : les CNO ayant pour but d'augmenter les apports protéino-énergétiques totaux, ils ne doivent donc pas se substituer à l'alimentation orale spontanée [3,9]. Les résultats de cette évaluation hebdomadaire permettent de déterminer si les objectifs sont atteints ou non ;
- l'observance du malade est améliorée si certaines règles sont respectées [3,9,10] :
 - le CNO doit être consommé à la fin ou à distance des repas (90 à 120 minutes avant ou après) pour ne pas couper l'appétit,
 - il doit être consommé frais, c'est-à-dire dans l'heure qui suit sa sortie du réfrigérateur ; cependant, certains patients peuvent les préférer à température ambiante ; de même, certains CNO (arôme chocolat, café, cappuccino) peuvent être consommés tiédés,
 - les moments de la journée propices à la consommation des CNO sont l'après-midi (15h00–16h00) et le début de soirée (20h30–21h30) ; le milieu de matinée (10h00) doit être réservé aux rares cas où un troisième CNO est nécessaire,
 - il faut tenir compte des préférences ou aversions des malades (goût lacté ou sucré, lactose, fibres. . .),
 - il faut varier les arômes et si possible la texture des CNO afin d'éviter la lassitude, responsable de non-observance.

8. Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

À partir des objectifs cités précédemment, des critères ont été déclinés en éléments simples afin d'être intégrés dans la démarche EPP. Une grille d'évaluation a été créée afin de recueillir, pour la structure de soin et pour chaque dossier analysé, la présence ou l'absence de ces critères dans la structure de soin et dans le dossier patient. Cette grille est adossée à un « mode d'emploi » (paragraphe 10 et [Tableau 1](#)).

8.1. Critères portant sur l'organisation du secteur de soins

8.1.1. Critère 1

Une démarche de prise en charge des patients à risque de dénutrition ou dénutris existe dans le secteur de soin.

Cette démarche est formalisée sous forme d'un document précisant :

- la démarche d'évaluation de l'état nutritionnel et de dépistage de la dénutrition ;
- les modalités de prescription médicale ou diététique après évaluation nutritionnelle complète (responsabilité, traçabilité, information donnée au patient sur les bénéfices et modalités de consommation, délai de réévaluation de la prescription) ;
- les modalités de prise en compte et de traçabilité des intolérances et aversions du malade vis-à-vis des CNO.

8.1.2. Critère 2

Un protocole de distribution et de surveillance de la consommation des CNO existe dans le secteur de soins.

Le protocole précise :

- les modalités d'informations aux patients sur la consommation des CNO ;
- l'organisation du secteur de soin permettant la distribution des CNO (responsabilité, conservation, température, horaires de distribution à l'heure de la prise effective et à distance des repas, traçabilité) ;
- les modalités de surveillance et de traçabilité de la consommation des CNO par le patient ;
- la nécessité de rechercher les causes de non-consommation des CNO par le patient et de transmettre l'information au médecin prescripteur ou au diététicien(ne).

Les données concernant les critères suivants (3 à 10) sont à rechercher dans les dossiers des patients des secteurs concernés par l'audit.

8.2. Critères portant sur la pertinence de l'indication de la prescription

8.2.1. Critère 3

Une évaluation de l'état nutritionnel a été réalisée avant la prescription des CNO :

- une évaluation nutritionnelle comportant la mesure du poids actuel, la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et l'estimation de la perte de poids par rapport au poids habituel (ou poids de forme ou poids il y a un mois ou six mois) a été réalisée dans les 48 premières heures d'hospitalisation et est formalisée dans le dossier ;
- une évaluation des ingesta a été réalisée par une échelle analogique visuelle ou verbale (par exemple à l'aide de l'échelle de prise alimentaire EPA®) ou par une grille d'évaluation ou par un(e) diététicien(ne).

8.2.2. Critère 4

La prescription des CNO respecte les indications et contre-indications :

- le patient est :

- non dénutri et ne couvre pas ses besoins nutritionnels (apports inférieurs ou égaux à 20 kcal/kg par jour ou inférieurs ou égaux à deux tiers des besoins ou EVA inférieure à 7) depuis sept à dix jours,
- modérément dénutri et ses apports oraux ne sont pas trop diminués (inférieurs ou égaux à deux tiers des besoins ou EVA supérieure ou égale à 7),
- modérément dénutri avec des apports oraux inférieurs ou égaux à deux tiers des besoins ou EVA inférieure à 7 ou très dénutri et une nutrition entérale a été discutée d'emblée mais reportée pour une raison justifiée ;
- le malade n'a pas de contre-indication à la prise de CNO : absence de fausse route exposant au risque d'inhalation, de trouble de la conscience, de tube digestif non fonctionnel (syndrome occlusif, fistules digestives hautes. . .), traitement hautement émétisant.

8.3. Critères portant sur la qualité de la prescription

8.3.1. Critère 5

Il existe une prescription médicale ou diététique.

8.3.2. Critère 6

La prescription est complète et adaptée :

- la prescription mentionne le type précis et la texture ou à défaut le nom commercial complet du CNO (en référence à la liste des produits disponible dans l'établissement), ainsi que le nombre quotidien et les horaires de prises ;
- la prescription prend en compte les pathologies associées (diabète, régime sans résidu, intolérance au lactose. . .) ;
- le(s) CNO prescrit(s) associé(s) à l'alimentation orale permet(tent) de couvrir les besoins protéino-énergétiques.

8.4. Critères portant sur les modalités de distribution et de suivi

8.4.1. Critère 7

La distribution des CNO respecte les règles de bonne pratique :

- la délivrance du CNO au patient est notifiée dans le dossier de soins ;
- le CNO est délivré au patient au moment effectif de sa consommation.

8.4.2. Critère 8

Une surveillance quotidienne de la consommation des CNO existe :

- l'observance et la tolérance au CNO sont transcrites quotidiennement dans le dossier de soins ;
- les causes éventuelles de non consommation sont notifiées quotidiennement dans le dossier de soins.

8.4.3. Critère 9

Une évaluation de l'efficacité des CNO existe.

Une évaluation de l'efficacité des CNO au minimum hebdomadaire doit être réalisée : elle est conforme au protocole du service de soins s'il existe ou comporte au minimum un suivi du poids, une évaluation des ingesta et un dosage de la transthyrélinémie.

8.4.4. Critère 10

La prescription est réévaluée et adaptée si besoin.

En cas d'échec, une action est entreprise : modification de la prescription des CNO, pose d'une sonde nasogastrique pour nutrition entérale.

Les objectifs sont atteints si les critères précédents sont appliqués et donnent satisfaction.

9. Indicateurs à suivre au sein de l'établissement

Des indicateurs sont proposés ci-dessous, d'autres peuvent être déterminés par l'équipe. Le suivi des indicateurs se fera selon la méthode décrite par la HAS. Il sera régulièrement analysé par un groupe de travail adéquat qui mettra en place des mesures correctrices si besoin :

- pourcentage de patients ayant eu une évaluation nutritionnelle complète (dépistage, évaluation des apports et des besoins) avant la prescription des CNO : c'est-à-dire le nombre de patients ayant reçu des CNO pour lesquels il est retrouvé dans le dossier une évaluation nutritionnelle complète (dépistage de la dénutrition par mesure du poids, IMC et perte de poids), évaluation des apports oraux et des besoins) sur le nombre total de patients ayant reçu des CNO ;
- pourcentage de patients ayant eu une prescription médicale ou diététique de CNO conforme : c'est-à-dire le nombre de patients ayant reçu des CNO pour lesquels il est retrouvé dans le dossier une prescription médicale ou diététique complète (qualité et quantité des CNO) sur le nombre total de patients ayant reçu des CNO ;
- pourcentage de patients ayant reçu des CNO avec une traçabilité de la distribution des CNO : c'est-à-dire le nombre de patients ayant reçu des CNO pour lesquels il existe dans le dossier une trace écrite de la distribution du CNO par rapport au nombre total de malades ayant reçu des CNO ;
- pourcentage de patients ayant reçu des CNO avec une traçabilité de la consommation et des causes de non-consommation des CNO : c'est-à-dire le nombre de patients pour lesquels il existe une trace écrite dans le dossier de la consommation et des causes de non-consommation des CNO par le patient par rapport au nombre total de patients ayant reçu des CNO ;
- nombre de CNO consommés par an dans l'unité/le service de soins.

10. Grille pour audit clinique cible

10.1. Méthodes proposées

Audit clinique ciblé prospectif portant sur la structure, suivi d'une enquête prospective ou rétrospective sur dossier, dans

l'ensemble des secteurs concernés, par l'analyse d'au moins dix patients par personne participant à l'audit, ou 20 dossiers minimum s'il n'y a qu'un seul médecin/soignant dans la démarche.

10.2. Déroulement de la démarche pour ce programme

Le programme se déroule comme suit :

- information du programme EPP apportée à l'ensemble de l'équipe médicale et soignante ;
- lecture par chacun de ce document ;
- appropriation des critères ;
- planification de l'audit ;
- remplissage de la grille d'évaluation ;
- synthèse de l'audit exposée à l'équipe médicale et soignante ;
- discussion et décisions pour améliorer les pratiques. Les mesures correctrices doivent être clairement identifiées et faire l'objet d'un suivi ;
- nouvel audit ou suivi d'indicateurs.

10.3. Guide de l'utilisateur : « Mode d'emploi formalisé pour le renseignement de la grille EPP »

10.3.1. Critères portant sur la structure

Au minimum, chacun de ces critères doit être évalué sur le secteur de soins, à partir des documents ou du matériel existant au sein du secteur (Tableau 1).

10.3.2. Critères concernant le dossier patient

Ces critères doivent être complétés pour dix à 20 patients selon le cas dans l'ensemble des secteurs concernés (Tableau 1).

Références

- [1] Beau P. Épidémiologie de la dénutrition chez le malade hospitalisé. In: Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselmann M, Leverve X, editors. *Traité de nutrition artificielle de l'adulte : nourrir l'homme malade*. 3^e ed Paris: Springer; 2007. p. 1093–102.
- [2] Haute Autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée; 2007. www.has-sante.fr.
- [3] Pradignac A, Kazma C, Ilic J. À qui et comment prescrire des compléments nutritionnels oraux à l'hôpital et à domicile. *Nutr Clin Metab* 2013;27:43–50.
- [4] Senesse P, Bachmann P, Benssadoun JR, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Recommandations professionnelles – Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : textes courts. *Nutr Clin Metab* 2012;26:151–8.
- [5] Chambrier C, Sztark F. Recommandations de bonnes pratiques sur la nutrition périopératoire. *Nutr Clin Metab* 2010;24:145–56.
- [6] Pichard C, Genton L. Conseils diététiques et supplémentation nutritive orale. In: Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselmann M, Leverve X, editors. *Traité de nutrition artificielle de l'adulte : nourrir l'homme malade*. 3^e ed Paris: Springer; 2007. p. 555–66.
- [7] Bouteloup C. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. *Nutr Clin Metab* 2009;23:3–4. www.sfnep.org.
- [8] Thibault R, Guex E, Pichard C. Comment évaluer l'état et le risque nutritionnels ? Quelle stratégie d'intervention ? In: Comité éducationnel et de pratique clinique de la SFNEP, eds. *Questions de nutrition clinique de l'adulte à l'usage de l'interne et du praticien*. 2^e ed. 2012, pp. 55–72.

- [9] Guex E, Depraz-Cissoko MP, Vasson MP. Comment adapter l'alimentation et prescrire une complémentation nutritionnelle orale. In: Comité éducatif et de pratique clinique de la SFNEP, eds. Questions de nutrition clinique de l'adulte à l'usage de l'interne et du praticien. 2^e ed. 2012, pp. 81–93.
- [10] [Hennequin V, Barnoud D, Bouteloup C, Hasselmann M, Languepin J, Petit A, et al. Information du patient \(et de ses proches\) avant recours aux compléments nutritionnels oraux. Nutr Clin Metab 2009;23: 162–4.](#)