



Le dépistage des troubles de l'état nutritionnel Comment faire ?

Chez l'adulte

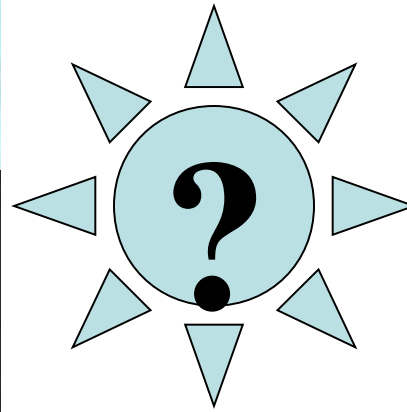
Jean-Fabien ZAZZO

Coordinateur CLAN Central AP-HP

Comité de pilotage du PNNS 2



ÉTAT
NUTRITIONNEL



QUELS
OUTILS ?



dénutrition

Etat au cours duquel une carence en nutriments (calories, protéines, vitamines, minéraux) entraîne des effets indésirables et mesurables sur la composition tissulaire, les fonctions et le pronostic clinique

Reconnaître un *sujet dénutri* (un ou plusieurs des critères suivants) :

- IMC < 18,5
- perte de poids involontaire de plus de 10% en 3-6 mois
- IMC < 20 et perte de poids involontaire de plus de 5% en 3-6 mois

Reconnaître un *sujet à risque de dénutrition* (un ou plusieurs des critères suivants) :

- ingesta nuls ou faibles depuis au moins 5 jours
- capacité de s'alimenter diminuée, état catabolique, pertes de nutriments,
- augmentation des besoins protéino-énergétiques



Peter B. Soeters ^{a,*}, Petronella L.M. Reijven ^b, Marian A.E. van Bokhorst-de van der Schueren ^c, Jos M.G.A. Schols ^{d,e}, Ruud J.G. Halfens ^f, Judith M.M. Meijers ^f, Wim G. van Gemert ^a

Malnutrition

La malnutrition est un état nutritionnel subaigu ou chronique au cours duquel se combinent à des degrés variables une dénutrition ou une surcharge nutritionnelle et un processus inflammatoire qui induisent des modifications de la composition corporelle et une diminution des fonctions

Table 1 Hypothetical method to attribute a number to the severity of malnutrition (undernourished category)

Undernutrition SD below the mean of controls	Muscle mass	Inflammation	Muscle function ^a	Total ^b
Less than 1 SD below the mean	0	0	0	
More than 1 SD below the mean	1	2	2	
More than 2 SD below the mean	2	4	4	
More than 3 SD below the mean	4	6	6	
Result				

Etat nutritionnel et Index de Masse Corporelle (OMS)

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$

Chez l'adulte (avant 70 ans)

< 10	dénutrition grade V
10 à 12,9	dénutrition grade IV
13 à 14,9	dénutrition grade III
15 à 16,9	dénutrition grade II
17 à 18,4	dénutrition grade I
18,5 à 24,9	normal
25 à 29,9	surpoids
30 à 34,9	obésité grade I
35 à 39,9	obésité grade II
> 40	obésité grade III

Etat nutritionnel et Index de Masse Corporelle

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$

Chez l'adulte (après 70 ans)

< 10	dénutrition grade V
10 à 12,9	dénutrition grade IV
13 à 14,9	dénutrition grade III
15 à 16,9	dénutrition grade II
17 à 18,4	dénutrition grade I
Seuil à 20	ANAES 2003
Seuil à 21	DHOS, HAS
25 à 29,9	surpoids
30 à 34,9	obésité grade I
35 à 39,9	obésité grade II
> 40	obésité grade III

Critères ANAES 2003

Tableau 2. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition à partir d'outils diagnostiques « simples ».

	Âge < 70 ans	Âge ≥ 70 ans
Mesures anthropométriques recommandées pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids ≥ 10 % - Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois - IMC ≤ 17 kg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids ≥ 10 % - Perte de poids ≥ 10 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois - IMC ≤ 20 kg/m²
Mesures biochimiques lorsque le dosage est réalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Albuminémie* < 30 g/l - Préalbuminémie* < 110 mg/l 	<ul style="list-style-type: none"> - Albuminémie* < 30 g/l** - Préalbuminémie* < 110 mg/l
Calcul d'index recommandé pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	-	MNA-SF® ≤ 11

* En l'absence de syndrome inflammatoire défini par l'élévation concomitante de 2 des 3 paramètres suivants : VS > âge/2 chez l'homme ou VS > (âge + 10)/2 chez la femme ; CRP > 15mg/l ; haptoglobine > 2,5 g/l ; ** en l'absence d'accord professionnel sur un seuil précis et selon l'avis des experts en gériatrie du groupe de cotation, le seuil proposé chez l'adulte < 70 ans peut être retenu chez l'adulte ≥ 70 ans.

Critères ANAES 2003

Dénutrition sévère

Tableau 3. Critères permettant d'évoquer le diagnostic de dénutrition sévère à partir d'outils diagnostiques « simples ».

	Âge < 70 ans	Âge ≥ 70 ans
Mesures anthropométriques recommandées pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	- Perte de poids ≥ 15 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois	- Perte de poids ≥ 15 % en 6 mois - Perte de poids ≥ 10 % en 1 mois
Mesures biochimiques - lorsque le dosage est réalisé - recommandées pour l'évaluation de la sévérité de la dénutrition	- Albuminémie* < 20 g/l - Préalbuminémie* < 50 mg/l	- Albuminémie* < 25 g/l - Préalbuminémie* < 50 mg/l
Calcul d'index recommandé pour l'évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée à l'hôpital	-	-

* En l'absence de syndrome inflammatoire défini par l'élévation concomitante de 2 des 3 paramètres suivants : VS > âge/2 chez l'homme ou VS > (âge + 10)/2 chez la femme ; CRP > 15mg/l ; haptoglobine > 2,5 g/l.

Les scores diagnostics

Subjectif Global Assessment

(Detsky, 1987)

Nutrition Risk Index

(NEJM 1991)

MUST

(Malnutrition Advisory Group - BAPEN, 2000)

NRS-2002

(ESPEN guidelines 2002)

Short Nutritional Assessment

Questionnaire - SNAQ

(Kruisenga et al. Clin Nutr 2005)

Les scores diagnostics

Nutrition Risk Index

$1,519 \times \text{albuminémie (g/L)} + [41,7 \times \text{poids actuel/poids habituel}]$

- 100 = pas de risque
- 97,5 à 100 = risque faible
- 83,5 à 97,5 = risque modéré
 - $\leq 83,5$ = risque élevé

Les scores diagnostics

MUST

(Malnutrition Universal Screening Tool for adults)

IMC (kg/m²)

0 \geq 20

1 = 18,5 - 20

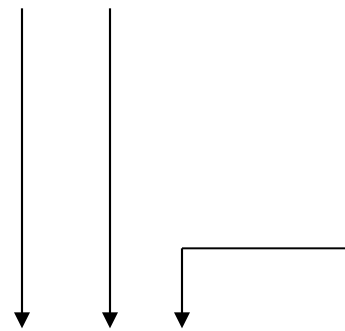
2 \leq 18,5

Perte de poids en 3-6 mois

0 = \leq 5%

1 = 5-10%

2 \geq 10%



Ajouter les points

**Affection aiguë
ajouter 2**

Risque global de dénutrition

0

Faible

Répéter

toutes les semaines

1

Modéré

*Bilan ingesta
sur 3 jours*

2 ou plus

Élevé

*Consultation diététique
Suppléments,
avis médical*

Les scores diagnostics

NRS 2002

Nutritional Risk Screening

recommandations de l'ESPEN

Etape 1

1	Est-ce que l'IMC est < 20,5	oui	non
2	Est-ce que le patient a perdu du poids depuis les 3 derniers mois	oui	non
3	Est-ce que le patient a réduit sa prise alimentaire au cours de la dernière semaine	oui	non
4	Est-ce que le patient est atteint d'une pathologie sévère	oui	non

Oui : si la réponse est oui à l'une des questions, passer au tableau II

Non : si la réponse est non à toutes les questions, le screening est répété toutes les semaines. Si une intervention chirurgicale majeure est programmée, un projet nutritionnel doit être envisagé

NRS 2002

Nutritional Risk Screening

Etape 2

État nutritionnel altéré		Sévérité de la pathologie (augmentation des besoins)	
Absent SCORE 0	État nutritionnel normal	Absent SCORE 0	Besoins nutritionnels normaux
Mineur SCORE 1	Perte de poids > 5% en 3 mois ou ingesta < 50-75% des besoins au cours de la dernière semaine	Mineur SCORE 1	Fracture du col, pathologies chroniques en particulier compliquées (cirrhose, BPCO, hémodialyse chronique, diabète, oncologie)
Modéré SCORE 2	Perte de poids > 5% en 2 mois ou IMC entre 18,5-20,5 ou ingesta < 25-60% des besoins au cours de la dernière semaine	Modéré SCORE 2	Chirurgie abdominale majeure, AVC, pneumopathie sévère, hémopathie maligne
Sévère SCORE 3	Perte de poids > 5% en 1 mois (> 15% en 3 mois) ou IMC < 18,5 ou ingesta entre 0 et 25% des besoins au cours de la dernière semaine	Sévère SCORE 3	Trauma crânien, transplantation médullaire, patients de réanimation (APACHE > 10)

SCORE + **SCORE** = **SCORE TOTAL**

Age Si ≥ 70 ans, ajouter 1 au score total = **SCORE TOTAL AJUSTÉ SUR L'AGE**

SCORE ≥ 3 : le patient est à risque nutritionnel, un projet doit être instauré

SCORE < 3 : refaire l'évaluation toutes les semaines

Si une chirurgie majeure est programmée, une prise en charge nutritionnelle permet de prévenir le risque

Les scores diagnostics

SNAQ

Short Nutritional Assessment Questionnaire

QuickTime[®] et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime[®] et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study

Ursula G. Kyle^a, Michel P. Kossovsky^b, Veronique L. Karsegard^a,
Claude Pichard^{a,*}

Comparaison de la VPP et la VPN des 3 scores de risque nutritionnel par rapport au SGA NRI - MUST - NRS-2002 chez 995 patients évalués à l'admission

LOS	1–10 days	> 11 days	LOS unknown	P
Age (year)	50.5 ± 21.9	65.4 ± 18.7	44.4 ± 17.0	<0.001 ^{*,†}
M/F (n)	420/384	80/68	25/18	0.91 [‡]
%	42.2/38.6	8.0/6.8	2.5/1.8	
Weight (kg)	67.0 ± 13.8	64.5 ± 14.1	66.6 ± 16.6	0.135
BMI (kg/m ²)	23.9 ± 4.1	23.7 ± 4.5	23.2 ± 5.0	0.532
Weight loss (%)	-1.6 ± 6.3	-3.6 ± -6.7	-1.0 ± -6.1	<0.001 [*]
Albumin (g/l) [§]	41.9 ± 5.7	39.0 ± 6.2		<0.001 [*]
Fat-free mass (kg) [¶]	47.7 ± 10.6	44.8 ± 10.4	47.6 ± 11.1	0.002 [*]
Body fat (%)	28.6 ± 8.9	30.2 ± 8.9	27.7 ± 9.0	0.079
NRI	104.6 ± 9.8	99.6 ± 10.3		<0.001 [*]

ANOVA between patients groups (post hoc Bonferroni test):

*between 1–10 and > 11 days;

[†]between > 11 days and patients with unknown LOS;

[‡] χ^2 , degrees of freedom 2;

[§]n = 653;

[¶]determined by bioelectrical impedance analysis (see method section); and

^{||}between 1–10 days and patient with unknown LOS.

Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study

Ursula G. Kyle^a, Michel P. Kossovsky^b, Veronique L. Karsegard^a, Claude Pichard^{a,*}

	NRI			MUST			NRS-2002		
	Low	Medium/ high	Total	Low	Medium/ high	Total	Low	Medium/ high	Total
<i>SGA</i>									
Well nourished	324	39	363	478	130	608	566	42	608
Moderately/ severely malnourished	165	125	290	150	237	387	147	240	387
Total	489	164	653	628	367	995	713	282	995
	%	95% CI		%	95% CI		%	95% CI	
Sensitivity	43.1	37.3–49.0		61.2	56.2–66.1		62.0	57.0–66.9	
Specificity	89.3	85.6–92.3		78.6	75.1–81.8		93.1	90.8–94.9	
Positive predictive value	76.2	67.0–82.5		64.6	59.5–69.5		85.1	80.4–89.1	
Negative predictive value	66.3	61.9–70.4		76.1	72.6–79.4		79.4	76.2–82.3	
κ		0.24			0.26			0.48	

Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study

Ursula G. Kyle^a, Michel P. Kossovsky^b, Veronique L. Karsegard^a, Claude Pichard^{a,*}

	NRI			MUST			NRS-2002		
	Low	Medium/ high	Total	Low	Medium/ high	Total	Low	Medium/ high	Total
<i>SGA</i>									
Well nourished	324	39	363	478	130	608	566	42	608
Moderately/ severely malnourished	165	125	290	150	237	387	147	240	387
Total	489	164	653	628	367	995	713	282	995
	%	95% CI		%	95% CI		%	95% CI	
Sensitivity	43.1	37.3–49.0		61.2	56.2–66.1		62.0	57.0–66.9	
Specificity	89.3	85.6–92.3		78.6	75.1–81.8		93.1	90.8–94.9	
Positive predictive value	76.2	67.0–82.5		64.6	59.5–69.5		85.1	80.4–89.1	
Negative predictive value	66.3	61.9–70.4		76.1	72.6–79.4		79.4	76.2–82.3	
κ		0.24			0.26			0.48	

Reference values of handgrip dynamometry of healthy adults: A population-based study

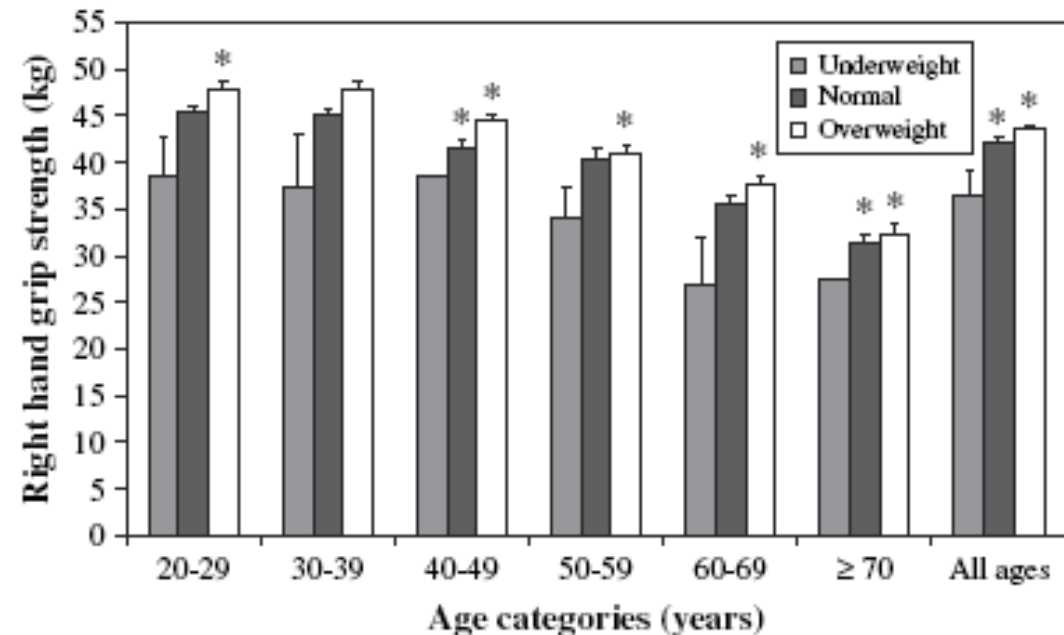
Mesure de la force musculaire par dynamométrie
(handgrip dynamometry)



Table 2 Handgrip strength (kg) stratified by age in adults from Niterói, Rio de Janeiro, Brazil

Age category (years)		Males			Females		
		n	Mean	SE	n	Mean	SE
20–29	R	295	45.8	0.67	431	27.2	0.46
	L	295	43.8	0.56	431	25.6	0.42
30–39	R	244	46.5	0.47	397	28.0	0.39
	L	244	44.5	0.50	397	26.7	0.37
40–49	R	220	43.2	0.53	403	27.0	0.37
	L	220	41.6	0.50	403	25.7	0.35
50–59	R	166	40.8	0.70	327	24.2	0.45
	L	166	39.2	0.67	327	23.0	0.43
60–69	R	121	36.8	0.76	198	22.1	0.40
	L	121	34.5	0.68	198	21.0	0.41
≥70	R	76	31.8	0.79	172	17.2	0.41
	L	76	29.4	0.75	172	16.4	0.41

R: right; L: left; SE: standard error.





ELSEVIER

Nutrition 26 (2010) 432–440

NUTRITION

www.nutritionjml.com

Basic nutritional investigation

Defining malnutrition: Mission or mission impossible?

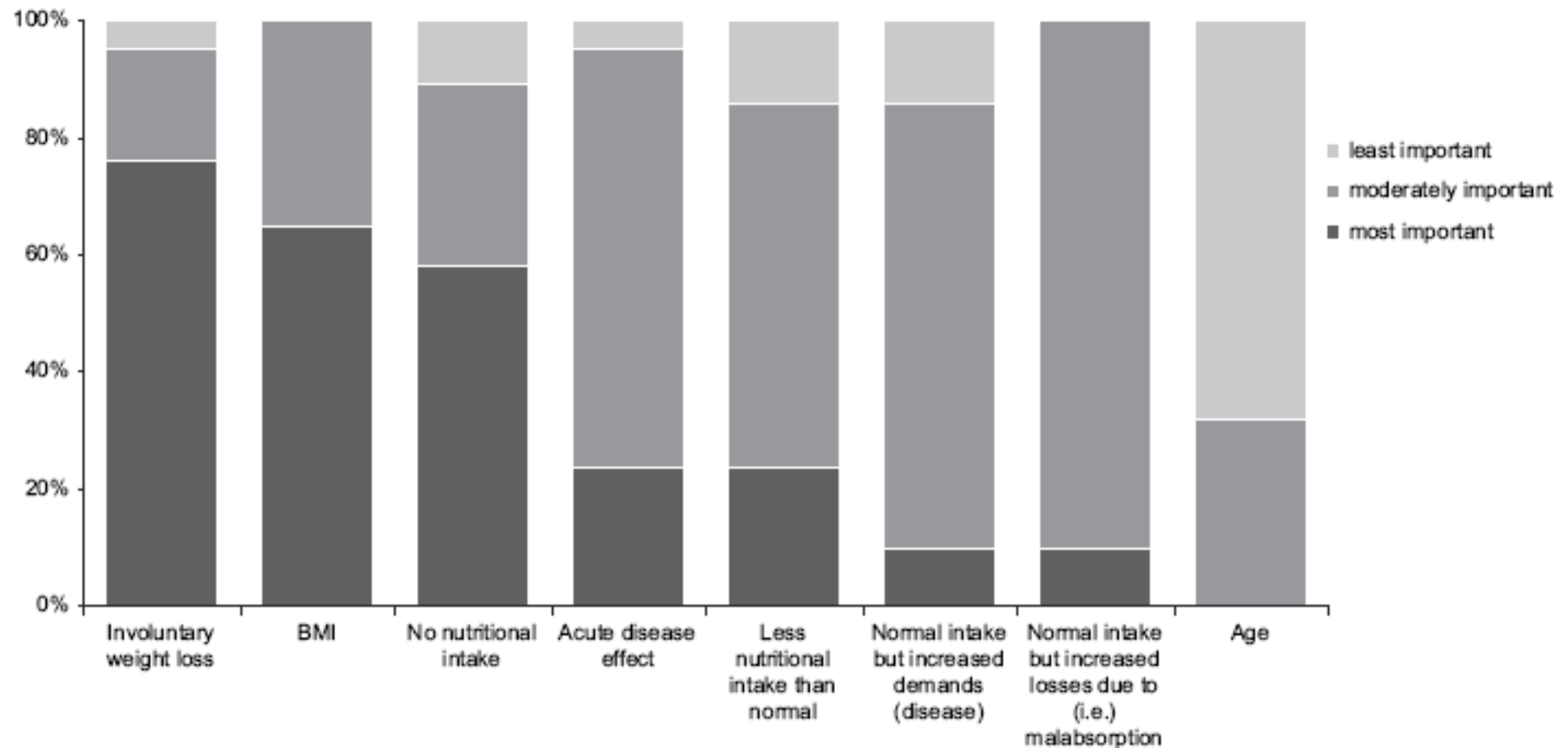
Judith M.M. Meijers, R.N., Ph.D.^{a,*}, Marian A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, R.D., Ph.D.^b,
Jos M.G.A. Schols, M.D., Ph.D.^c, Peter B. Soeters, M.D., Ph.D.^d, and Ruud J.G. Halfens, Ph.D.^a

Méthodologie DELPHI

Opinion des experts pour la meilleure valeur seuil définissant la perte de poids, le nombre de jours sans alimentation, l'IMC, pour le diagnostic de dénutrition

Elements	Cutoff points
Involuntary weight loss	>10% overall ($n = 2$), >10% in 6 mo ($n = 3$), 5% in 1 mo ($n = 2$), 5% in 3 mo ($n = 1$), 10% loss over 3/12 mo ($n = 1$), 5 kg or 10% in 4 wk ($n = 1$), 3 kg in previous month or 6 kg in 6 mo ($n = 3$), any weight loss ($n = 4$)
No nutritional intake	Time span >2 d ($n = 2$), >5 d ($n = 5$), 1 wk ($n = 2$), 7–10 d ($n = 1$), previous 3 d ($n = 1$), >1 wk ($n = 1$), >10 d ($n = 1$)
Body mass index (kg/m ²)	<18 ($n = 1$), <18.5 ($n = 5$), 20 ($n = 4$), 21 ($n = 3$), ≤23 for elderly >65 or 85 y old ($n = 3$)

Defining malnutrition: Mission or mission impossible?



Classement effectué par 22 experts

codage de la dénutrition

le point de vue de la tutelle

(l'un des 3 critères est suffisant)

	Dénutrition		Dénutrition sévère	
	< 70 ans	≥ 70 ans	< 70 ans	≥ 70 ans
Perte de poids (kg) en 1 mois en 6 mois	≥ 5% -	≥ 5% ≥ 10%	≥ 10% ≥ 15%	≥ 10% ≥ 15%
IMC (P/T2)	< 17	< 21	-	< 18
Albumine (g/L)	< 30	< 35	< 20	< 30

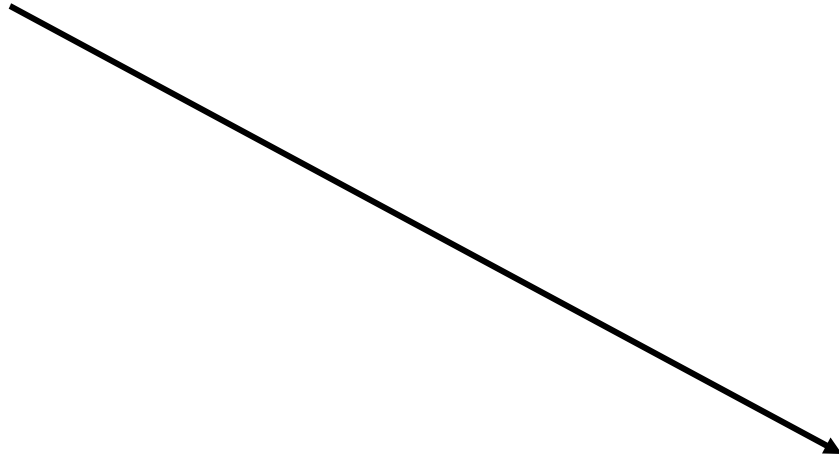
référence : ATIH fascicule spéciale 2010

Code CIM 10

E46

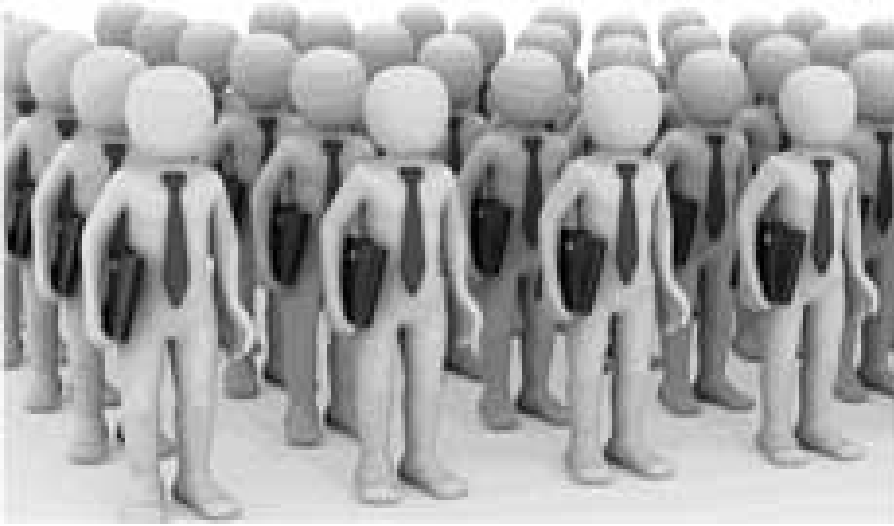
E43

Comment faire ?

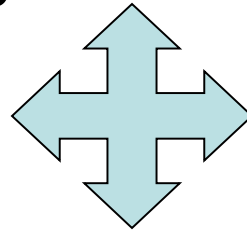


Pour quoi faire ?

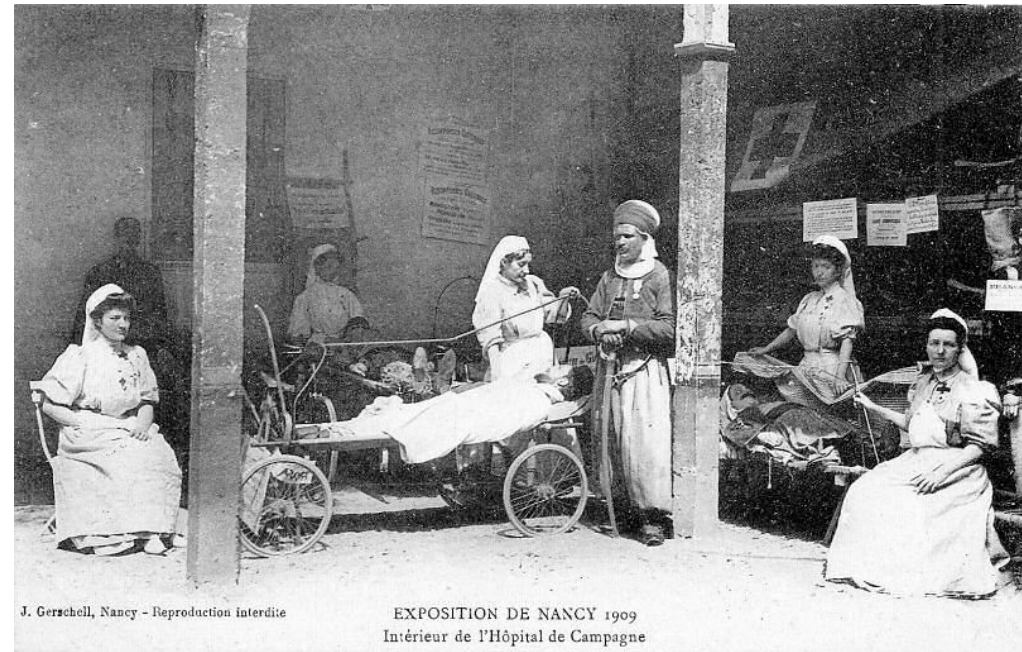
Pour quoi faire ?



Épidémiologie, recherche



Projet thérapeutique



Tarification à l'activité (TAA)

En France, que disent les indicateurs nationaux ?



IPAQSS

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Dépistage des troubles nutritionnels

IPAQSS HAS en MCO et SSR

indicateur à 3 niveaux

1 : poids

2 : poids et [IMC ou variation du poids]

3 : poids et IMC et variation du poids

Dépistage des troubles nutritionnels en MCO

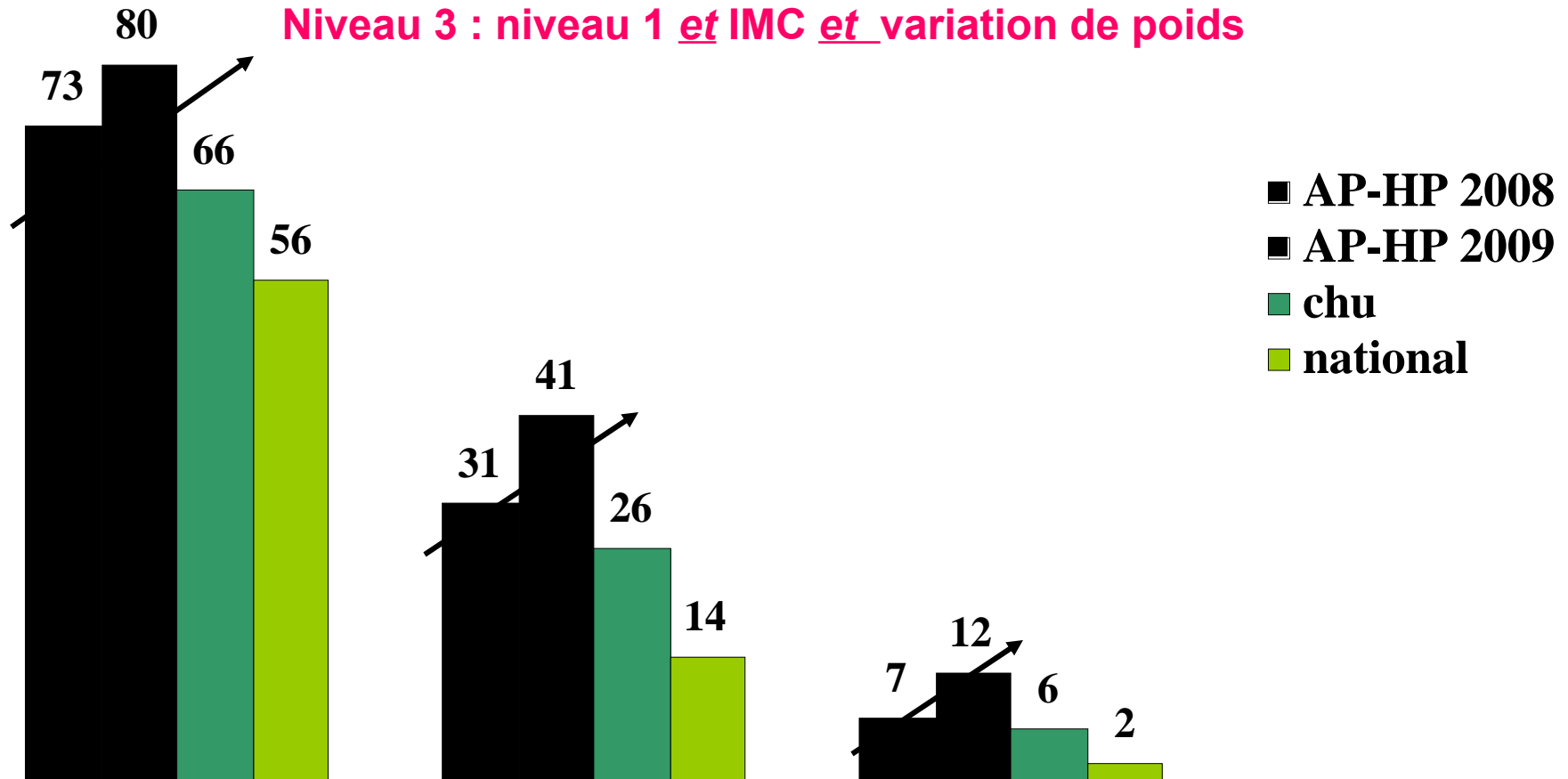
IPAQSS-HAS 2008 - séjours 2007
AP-HP : évolution en 2009 - séjours 2008

indicateurs

Niveau 1 : poids noté dans les 48 heures

Niveau 2 : niveau 1 et IMC ou variation de poids

Niveau 3 : niveau 1 et IMC et variation de poids



IPAQSS - Indicateurs nationaux HAS - Campagne 2009 - SSR

	niveau 1	niveau 2	niveau 3
BERCK	59	29	25
BROCA / LA ROCHEFOUCAULD	88	44	3
CHARLES FOIX	88	65	11
CHARLES RICHET	24	19	8
BRETONNEAU	90	64	4
CORENTIN CELTON	41	36	19
VAUGIRARD	66	25	1
HENDAYE	41	40	29
HENRI MONDOR	93	84	51
EMILE ROUX	31	28	3
GEORGES CLEMENCEAU	16	16	3
JOFFRE/DUPUYTREN	41	35	25
LARIBOISIERE/F. WIDAL	79	31	3
PAUL DOUMER	53	53	3
PAUL BROUSSE	60	1	0
RENE MURET	15	9	3
ROTHSCHILD	49	44	18
SAN SALVADOUR	73	16	2
STE PERINE LAGACHE	88	19	4
Moyenne CHU	54	31	12
Moyenne IDF	60	32	12

Comparaison † la moyenne nationale	performance meilleure
	dans la moyenne
	performance moins bonne
	effectif <30

Brouillons les cartes!

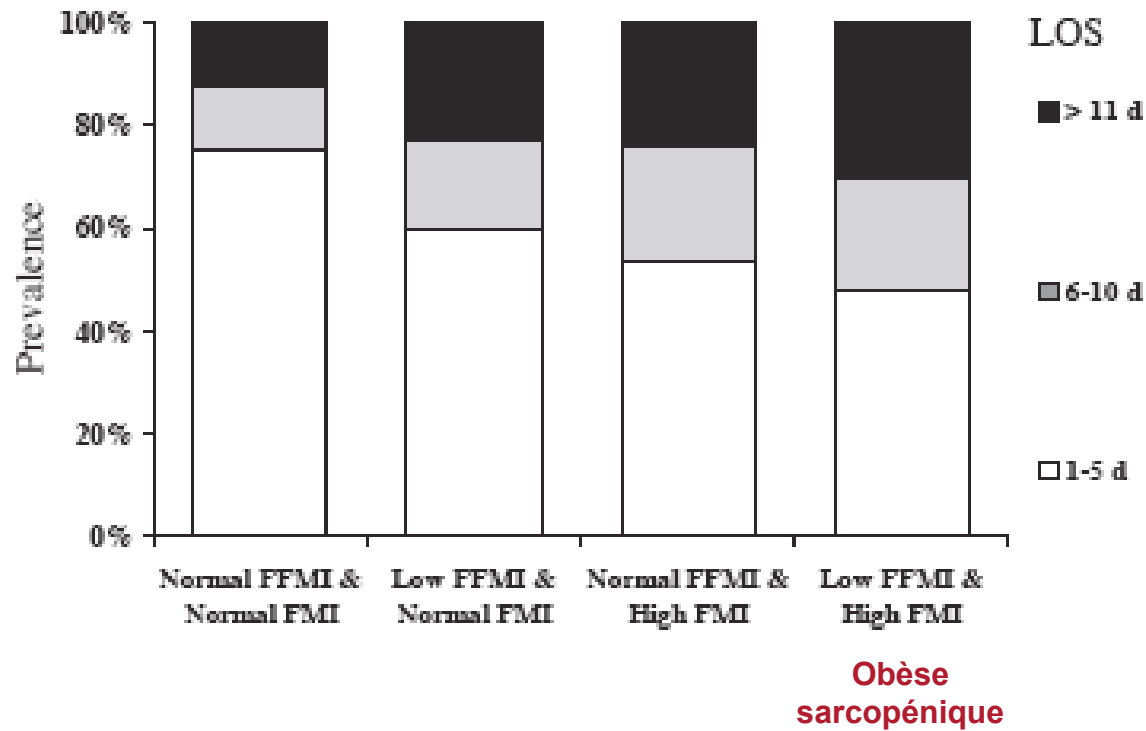


Les joueurs de cartes (Le Caravage, 1594)

Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study

Ursula G. Kyle^a, Matthias Pirlich^b, Herbert Lochs^b, Tatjana Schuetz^b, Claude Pichard^{a,*}

La masse grasse masque la sarcopénie !



Composition corporelle de 1707 patients hospitalisés pour des durées variable (3 classes)

Les patients hospitalisés plus de 11 jours avaient une MM diminuée et une masse grasse élevée (p<0,001)

Estimation de l'index de masse maigre (FFMI) et de l'index de masse grasse (FMI) par impédancemétrie

Body composition in patients with non-small cell lung cancer: a contemporary view of cancer cachexia with the use of computed tomography image analysis¹⁻⁴

Vickie E Baracos, Tony Reiman, Marina Mourtzakis, Ioannis Gioulbasanis, and Sami Antoun

441 patients (Edmonton, Canada)

Mesure de la surface musculaire par TDM au niveau de L3

La valeur (cm^2/m^2) est corrélée de façon linéaire à la MM du corps entier et à la taille.

La sarcopénie est définie par la valeur seuil corrélée à la mortalité:

Homme = $54,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

Femme = $38,9 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

Body composition in patients with non-small cell lung cancer: a contemporary view of cancer cachexia with the use of computed tomography image analysis¹⁻⁴

Vickie E Baracos, Tony Reiman, Marina Mourtzakis, Ioannis Gioulbasanis, and Sami Antoun

Anthropometric and demographic characteristics of the patients with lung cancer

	Men (n = 229)	Women (n = 212)	P value (sex)
Age (y)	67.0 ± 10.0 ¹	65.0 ± 10.7	0.035
Stage III (%)	51	42	0.24
Stage IV (%)	49	58	
Height (cm)	175 ± 7.1	168 ± 9.8	<0.001
Weight (kg)	77.0 ± 13.7	64.0 ± 16	<0.001
BMI (kg/m ²)	25.2 ± 4.1	24.6 ± 5.9	0.26
BMI <18.5% (%)	2.6	12.3	—
BMI 18.5–24.99% (%)	46.7	43.4	—
BMI 25.0–29.99% (%)	35.8	28.8	—
BMI ≥30 (%)	14.9	15.6	—
Weight loss in preceding 6 mo (%)	−6.39 ± 7.76	−5.58 ± 8.06	0.3
Lumbar skeletal muscle area (cm ²)	154 ± 25.9	109 ± 19.4	<0.001
Lumbar total adipose area (cm ²)	310 ± 162	257 ± 170	<0.001
Lumbar skeletal muscle index (cm ² /m ²)	50.6 ± 8.5	42.1 ± 7.6	<0.001
Lumbar total adipose index (cm ² /m ²)	101 ± 53	99 ± 65	0.67
Sarcopenic (%)	61.1	31.3	<0.001
Estimated fat-free mass (kg)	52.4 ± 7.8	38.8 ± 5.8	<0.001
Estimated fat mass (kg)	24.2 ± 6.8	22.0 ± 7.1	<0.001
Vital status (% deceased)	83.8	78.7	0.16
Median time to death (d)	244	320	0.22

¹ Mean ± SD (all such values).

Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres

M Pressoir¹, S Desné², D Berchery², G Rossignol³, B Poiree³, M Meslier³, S Traversier³, M Vittot³, M Simon³, JP Gekiere³, J Meuric³, F Serot³, MN Falewee³, I Rodrigues³, P Senesse³, MP Vasson³, F Chelle³, B Maget³, S Antoun³ and P Bachmann^{*,3}

¹Department of Anesthesiology, Institut Claudius Regaud, 20–24 rue du Pont Saint-Pierre, Toulouse 31052, France; ²Department of Medico-economics, Institut Claudius Regaud, 20–24 rue du Pont Saint-Pierre, Toulouse 31052, France; ³CLCC Interclan, Unit of Nutrition, Centre Léon Bérard, 28 rue Laennec, Lyon 69008, France

1545 patients évalués, non sélectionnés

Prévalence de la dénutrition ou du risque nutritionnel

Durée moyenne de séjour, mortalité à 2 mois et consommation d'antibiotiques

Table 4 Factors independently associated with malnutrition

		Risk factors	Odds ratio	95% CI	P-value
<i>Malnutrition</i>	1364				
None	69.1%	BMI \geq 30	1.58	1.08–2.31	0.018
Present	30.9%	PS \geq 2	2.71	2.30–6.70	<0.01
Moderate	18.6%	Digestive cancer ^a	3.39	1.89–6.10	<0.01
Severe	12.2%	Head and neck cancer	2.28	1.53–3.41	<0.01

Abbreviations: BMI = body mass index; CI = confidence interval; PS = performance status. ^aOesophagus, stomach and pancreas cancers, liver carcinoma.

On peut suggérer, avec nos collègues hollandais, d'utiliser la méthode DELPHI pour atteindre un consensus sur la définition de la malnutrition dans un but opérationnel et de préciser les meilleures valeurs seuils pour les critères retenus

Cette démarche, conduite *sous le contrôle méthodologique de l'HAS*, devrait permettre d'harmoniser les outils à des fins opérationnelles cliniques, économiques et épidémiologiques

La clinique d'abord!



Identifier le risque nutritionnel

La juste valorisation des troubles nutritionnels



et des Complications et Morbidités Associées (CMA)