

Résultats d'une enquête des pratiques alimentation-nutrition dans les établissements de Nouvelle Aquitaine hébergeant des personnes en situation de handicap

Jean Claude Desport^{1,2}, Carole Villemonteix¹, Christelle Mourot Saran¹, Maéva Castier¹, Marie Allain¹, Océane Subregis¹, Lisa Coiraud¹, Clémence Desaint¹, Jean Louis Fraysse^{1,3}, Philippe Fayemendy^{1,2,4}, Pierre Jésus^{1,2,4}

¹*Centre de Ressources en Nutrition (Cérénut), Nouvelle Aquitaine, 16, Rue du Cluzeau, 87190 Isle*

²*Inserm U1094 / IRD U270, Faculté de Médecine, Limoges 2, Rue du docteur Marcland, 87025 Limoges*

³*Botdesign, Toulouse, Portes Sud, 12, Rue Louis Courtois de Viçose, Bâtiment 3, 31100 Toulouse*

⁴*Unité de Nutrition, Centre Spécialisé de l'Obésité et Centre Labellisé de Nutrition Parentérale à Domicile, CHU Dupuytren, 2, Avenue Martin Luther King, 87000 Limoges*

Résumé :

Introduction

L'organisation en nutrition et l'état nutritionnel des résidents en établissements d'hébergement pour personnes handicapées sont très mal connus. L'étude avait pour but de mener une enquête dans ce sens auprès de ces établissements en région Nouvelle Aquitaine.

Méthode

Un questionnaire informatisé élaboré par le Centre de Ressources en Nutrition (Cérénut) de Nouvelle Aquitaine et par l'Agence Régionale de Santé était rempli par les établissements spécialisés. Les données étaient traitées par Cérénut en respectant le cadre légal de protection des données. Les résultats sont donnés en moyenne +/- sd ou pourcentages, et les tests de Student, du Chi2, de Spearman et Kruskal-Wallis étaient utilisés.

Résultats

Les données déclaratives de 90 établissements (83,3% associatifs, 10,0% publics, 6,7% privés) étaient enregistrées durant 3 mois. L'âge des résidents était de 36,3 +/- 15,8 ans, 27,8% des structures accueillaient des résidents jusqu'à 30 ans, 72,2% des résidents à partir de 18 ans. La file active était de 46,2 +/- 26,3 résidents. 47,8% des structures avaient une politique nutritionnelle (positivement liée à un bilan nutritionnel à l'entrée, $p=0,02$ et à la pesée mensuelle, $p<0,05$), 46,7% sensibilisaient leurs professionnels à l'alimentation-nutrition, un bilan nutritionnel à l'entrée était réalisé dans 20,0% des cas, une pesée dans 67,8% des cas, seuls 13,3% des structures avaient un temps diététique (2,4 +/- 2,8 h/semaine), et 65,6% utilisaient des prestataires de restauration extérieurs. La prévalence déclarée de la dénutrition était de 4,2 +/- 6,9%, plus élevée dans les maisons d'accueil spécialisées ($p=0,04$) et les structures privées ($p=0,01$), mais dans 45,1% des cas

l'outil de dépistage était inconnu ou erroné. Les établissements déclaraient prendre en charge la dénutrition dans 60,0% des cas.

La prévalence du surpoids (selon l'IMC) était de 19,2 +/- 18,9%, celle de l'obésité de 9,1 +/- 10,6%. Ces prévalences étaient plus élevées dans les établissements ne recevant que des adultes ($p < 0.05$). Les établissements déclaraient prendre en charge le surpoids dans 82,2% des cas, et l'obésité dans 68,9% des cas. Une alimentation restreinte en calories était utilisée dans 65,0% des cas et une aide psychologique dans 34,8% des cas. L'activité physique adaptée était utilisée dans 85,6% des établissements, ciblée sur l'excès de poids dans 1/3 des cas.

Conclusions

Près de la moitié des structures déclaraient avoir une politique nutritionnelle ou sensibiliser leurs personnels. La pesée mensuelle était faite dans plus de 2/3 des cas, mais le bilan nutritionnel à l'entrée était rare, le temps diététique très rare. La prévalence estimée de la dénutrition était faible, mais le résultat était discutable. La prévalence totale de l'excès de poids (28,3%) était faible, par rapport aux chiffres en population générale. Dans 20 à 40% des cas il n'y avait pas de prise en charge des troubles nutritionnels.

1. Introduction et objectif

Il existe peu de données françaises portant sur les pratiques usuelles en alimentation – nutrition dans les établissements d'hébergement pour personnes en situation de handicap [1,2]. Les études retrouvées dans la littérature internationale portent fréquemment sur des résidents en petit nombre, avec des populations très différentes, aussi bien concernant l'âge des résidents que le type de handicap ou le type d'hébergement [3,4]. La région Française de Nouvelle-Aquitaine s'est dotée d'un centre de ressources en nutrition (Cérénut) chargé d'aider les établissements médicosociaux et de santé à développer la thématique alimentation nutrition [5]. A notre connaissance, Cérénut a mené la seule enquête portant sur l'organisation de l'alimentation-nutrition chez les personnes en situation de handicap en région Nouvelle Aquitaine. Cependant, cette étude réalisée en 2023-2024 n'a pu évaluer que 21 établissements, dont seul un petit nombre pouvaient héberger des résidents [1]. Les principaux résultats généraux de l'étude sont notifiés par le tableau 1. A noter que l'enquête ne recherchait pas la prévalence de la dénutrition et de l'excès de poids dans les établissements répondeurs.

	Prévalence enquête 2023- 2024 (%) ; n=21	Prévalence enquête 2024 (%) ; n=90
Existence d'une politique nutritionnelle dans l'établissement	NP	47,8
Notification de l'alimentation nutrition dans le projet d'établissement	75,0	48,8
Actions de sensibilisation des professionnels à l'alimentation nutrition	NP	46,7
Réalisation d'un bilan nutritionnel à l'entrée dans l'établissement	61,0	20,0
Pesée réalisée au moins une fois par mois	87,2	67,8
Présence d'un temps diététique dans l'établissement	37,8	13,3
Recours de l'établissement à un prestataire restauration	NP	65,6
Utilisation des compléments nutritionnels oraux (CNO)	87,8	62,2
Gestion d'au moins une nutrition entérale	13,9	25,6

Tableau 1 : Organisation de l'alimentation nutrition dans les établissements pour personnes en situation de handicap en Nouvelle Aquitaine, hébergeurs ou non-hébergeurs (n = 21) selon l'enquête 2023-2024 du Centre de Ressources en Nutrition (Cérénut) de Nouvelle Aquitaine, et dans les établissements hébergeurs selon l'enquête 2024 (n = 90). NP : non précisé.

Compte tenu en particulier du faible nombre de répondants, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Nouvelle Aquitaine souhaitait recueillir des données plus larges, ciblées sur les établissements d'hébergement pour les personnes en situation de handicap dans cette région, dans le but de mieux orienter la prise en charge nutritionnelle des résidents.

2. Méthodes

Un questionnaire commun était élaboré en collaboration ARS / Cérénut (Tableau II).

1. Quel est le statut de votre établissement (associatif / public / privé) ?
2. Dans quelle catégorie entre votre établissement (IME : Institut Médico-Educatif ; MAS : Maison d'Accueil Spécialisé ; FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ; EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé ; EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé) ?
3. Quelle est la moyenne d'âge des résidents de votre établissement ?
4. Quelle est la tranche d'âge du public que vous accueillez ?
5. Quelle était la file active de votre établissement au 30 juin 2024 ?
6. Avez-vous une politique nutritionnelle au sein de l'établissement ?
Si oui, est-ce que cette politique nutritionnelle est inscrite dans votre projet d'établissement ?
7. Avez-vous mis en place des actions de sensibilisation en matière d'alimentation et nutrition destinées aux professionnels de votre établissement ?
Si oui, quel(s) type(s) d'action(s) avez-vous mis en place ?
8. Les résidents/usagers de votre établissement sont-ils pesés au moins une fois par mois ?
9. Lors de l'admission, est-ce qu'un bilan nutritionnel est réalisé ?
10. Avez-vous du temps diététique dans votre structure ?
Si oui, combien d'heures par semaine ?
11. Faites-vous appel à un prestataire de restauration ?
12. Qui rédige les menus de la structure ?
13. Quel était le nombre de personnes dénutries recensées au 30 juin 2024 ?
14. Quel critère de dénutrition utilisez-vous (critères HAS (Haute Autorité de Santé) / autre critère ? Si autre : lequel ?)
15. Est-ce qu'une prise en charge de la dénutrition est mise en place dans votre structure ?
16. Réalisez-vous de l'enrichissement « maison » ?
17. Avez-vous des résidents qui ont une prescription de compléments nutritionnels oraux ?
Si oui, combien de résidents ?
18. Utilisez-vous de la poudre de protéines ?
19. Avez-vous des résidents en nutrition entérale (alimentation par sonde digestive) ? Si oui, combien ?
20. Concernant la dénutrition, quelles difficultés rencontrez-vous ?
21. Quel était le nombre de personnes en surpoids dans votre établissement au 30 juin 2024 ?
22. Est-ce qu'une prise en charge du surpoids est mise en place dans votre structure ?
23. Concernant le surpoids, quelles difficultés rencontrez-vous ?
24. Quel était le nombre de personnes obèses dans votre établissement au 30 juin 2024 ?
25. Est-ce qu'une prise en charge de l'obésité est mise en place ?
26. Concernant l'obésité, quelles difficultés rencontrez-vous ?

27. Faites-vous appel à un psychologue pour la prise en charge des résidents en excès de poids.
28. Est-ce que l'activité physique adaptée est mise en place dans votre établissement ? Si oui, pour quel(s) type(s) de résidents ?
29. Est-ce que les troubles de la déglutition sont dépistés dans votre structure ? Si oui, par qui (plusieurs réponses possibles) ?
30. Combien avez-vous de résidents en texture hachée (% par rapport au nombre total) ?
31. Combien avez-vous de résidents en texture mixée (% par rapport au nombre total) ?
32. Combien avez-vous de résidents qui utilisent la technique du manger mains (% par rapport au nombre total) ?
33. Avez-vous des résidents qui ont des alimentations thérapeutiques (ancienne dénomination : « régimes ») autres que les changements de textures ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Tableau II : Questionnaire proposé aux établissements d'hébergement pour personnes en situation de handicap en région Nouvelle Aquitaine.

Ce questionnaire était envoyé par les services de l'ARS à toutes ses délégations départementales de la région Nouvelle Aquitaine, qui à leur tour le transmettaient, accompagné des modalités de réponse aux responsables des établissements concernés. Ceux-ci remplissaient le questionnaire par Internet de manière sécurisée grâce au logiciel Survio® (Survio SRO, Brno, République Tchèque). Les données étaient enregistrées conformément aux lois « Informatique & Liberté » et au règlement général de protection des données (RGPD). Les résultats sont présentés en moyenne +/- écart-type pour les variables continues et en fréquence pour les variables nominales. Les analyses (test du Chi2, test t, tests de Spearman et de Kruskal-Wallis) étaient réalisées grâce au logiciel StatView® 5.0. (SAS, Cary, NC, USA), une significativité était présente si p était $< 0,05$. Seules les relations significatives sont présentées.

3. Résultats

3.1. Données générales

Les réponses déclaratives étaient enregistrées du 21 octobre au 18 décembre 2024 concernaient 90 établissements pratiquant de l'hébergement.

83,3 % des établissements étaient des structures associatives, 10,0 % publiques et 6,7 % privées.

La répartition selon la catégorisation du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) [6] est donnée par la figure 1. Les catégories sont : FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ; EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé ; FV : Foyer de vie ; FO : Foyer occupationnel ; FH : Foyer pour personne handicapée ; EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé ; IME : Institut Médicoéducatif ; MAS : Maison d'Accueil Spécialisée. Les MAS sont usuellement des structures accueillant des adultes gravement handicapés, les IME des établissements pour enfants et adolescents avec un handicap intellectuel important. Les FAM/EAM accueillent des personnes handicapées mentales et/ou physiques. Les FV/FO/FH/EANM sont des structures intégrant des personnes moins handicapées que pour les autres catégories.

Répartition par type d'établissement

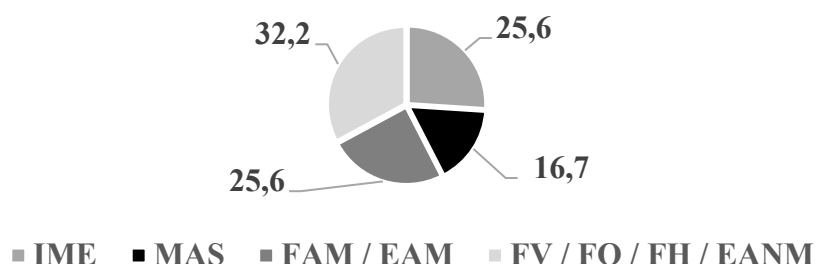


Figure 1 : Répartition selon la catégorisation des établissements pour personnes en situation de handicap. FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ; EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé ; FV : Foyer de vie ; FO : Foyer occupationnel ; FH : Foyer pour personne handicapée ; EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé ; IME : Institut Médicoéducatif ; MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

L'âge moyen des résidents était de 36,3 +/- 15,8 ans, 27,8 % des établissements accueillait des résidents jusqu'à 30 ans (enfants, adolescents et jeunes adultes) et 72,2 % des résidents adultes et âgés, à partir de 18 ans. La file active moyenne au 30 juin 2024 était de 46,2 +/- 26,3 résidents.

3.2. Organisation de l'alimentation nutrition

Les principaux résultats sont présentés par le tableau 1.

La présence d'une politique nutritionnelle était positivement liée à des actions de sensibilisation ($r = 0,26$, $p = 0,02$), et à une pratique de pesée au moins une fois par mois ($r = 0,23$, $p < 0,05$).

Les actions de sensibilisation étaient très disparates, allant de quelques discussions par an de cas cliniques entre paramédicaux et/ou avec un médecin, à quelques heures de temps d'informations diététiques par mois, quelques commissions de menus par an, jusqu'à plusieurs formations spécifiques par an en association avec des actions diététiques et des commissions de menus régulières.

La prévalence d'un bilan nutritionnel à l'admission était différente selon le type d'établissement (Tableau 3), aucun établissement de type FV/FO/FH/EANM ne déclarait réaliser de bilan.

Lorsqu'un(e) diététicien(e) intervenait dans l'établissement, le temps moyen était de 2,4 +/- 2,8 h/semaine. La présence d'un(e) diététicien(ne) et le temps diététique n'étaient liés à aucun critère.

Les prévalences d'une pesée au moins une fois par mois et celles du recours à un prestataire alimentation étaient différentes selon le type d'établissement (Tableau 3). Moins de la moitié des établissements de type FV/FO/FH/EANM et des IME pesait les résidents au moins une fois par mois, et les MAS utilisaient un prestataire restauration dans plus de 86 % des cas. Lorsque l'établissement utilisait un prestataire, celui-ci était chargé de la rédaction des menus dans 46,1 % des cas. Dans les autres cas, les menus étaient rédigés par un(e) diététicien(e), ou par un personnel administratif ou par un autre type de personnel.

Bilan nutritionnel à l'admission	Pesée au moins une fois/mois	Utilisation d'un prestataire restauration	Prise en charge de la dénutrition	Dépistage des troubles de la déglutition
$p = 0,01$	$p = 0,004$	$p = 0,03$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$

FAM/EAM	26,1 %	82,6 %	65,2 %	87,0 %	100 %
FV/FO/FH /EANM	0 %	41,4 %	72,4 %	41,4 %	58,6 %
IME	30,4 %	47,8 %	43,5 %	34,8 %	56,5 %
MAS	33,3 %	93,3 %	86,7 %	93,3 %	86,7 %

Tableau 3 : Prévalence des actions alimentation nutrition selon la catégorie d'établissement. FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ; EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé ; FV/FO/FH/EANM : FV : Foyer de vie ; FO : Foyer occupationnel ; FH : Foyer pour personne handicapée ; EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé ; IME : Institut Médicoéducatif ; MAS : Maison d'Accueil Spécialisé.

3.3. Etat nutritionnel des résidents et prises en charge

La prévalence déclarée de la dénutrition était de 4,2 +/- 6,9 %. Cependant les critères d'évaluation nutritionnelle n'étaient pas précisés par les établissements dans 22,2 % des cas, et s'ils étaient précisés ils n'étaient pas en cohérence avec les recommandations françaises dans 22,9 % des cas. Il y avait ainsi une non-validité des critères ou un doute dans 45,1 % des cas. La prévalence déclarée de la dénutrition était plus élevée dans les établissements privés versus les établissements publics ou associatifs (respectivement 10,3 +/- 6,0 %, 4,0 +/- 7,2 %, 3,7 +/- 6,7 %, $p = 0,01$), ainsi que dans les MAS (MAS : 8,5 +/- 8,0 %, FAM/EAM : 5,5 +/- 8,9 %, IME : 2,7 +/- 5,5 %, FV/FO/FH/EANM : 2,0 +/- 5,1 %, $p = 0,04$), et dans les établissements qui déclaraient prendre en charge la dénutrition (5,8 +/- 7,0 % versus 1,5 +/- 4,4 %, $p < 0,001$). Aucun autre critère n'était lié à la prévalence de la dénutrition.

Les établissements déclaraient prendre en charge la dénutrition dans 60,0 % des cas. La prévalence de cette prise en charge était différente selon la catégorie d'établissements (Tableau 3), les IME étant les établissements les plus défavorisés avec une prise en charge dans seulement un peu plus d'un tiers des cas. Les enrichissements étaient utilisés dans 37,8 % des établissements, les compléments nutritionnels oraux (CNO) dans 62,2 % des cas, les poudres de protéines dans 20,0 % des cas et 25,6 % des établissements déclaraient avoir au moins un résident en nutrition entérale (Tableau 1).

Concernant les difficultés rencontrées pour la prise en charge de la dénutrition, la non-compréhension ainsi que l'opposition des résidents aux préconisations étaient le plus souvent citées. Les établissements notaient des lacunes dans la formation des personnels concernant les enrichissements et/ou les textures, l'alimentation nutrition en général, ainsi que des difficultés de communication avec les cuisines et enfin, pour les établissements accueillant des enfants ou adolescents, un contrôle parental était jugé insuffisant lorsque les résidents étaient accueillis dans les familles.

La prévalence du surpoids (selon l'indice de masse corporelle (IMC)) était de 19,2 +/- 18,9 %, et celle de l'obésité (selon l'IMC) de 9,1 +/- 10,6 %. La prévalence totale de l'excès de poids était donc de 28,3 %. La prévalence du surpoids était plus élevée dans les établissements ne recevant que des adultes (22,0 +/- 21,1 % versus 11,9 +/- 7,7 %, $p = 0,008$), ainsi que dans ceux ne réalisant pas de bilan nutritionnel initial, c'est-à-dire les FV/FO/FH/EANM (20,9 +/- 13,4 %, versus 13,1 +/- 15,1 %, $p = 0,03$). La prévalence de l'obésité était plus élevée dans les établissements ne recevant que des adultes (10,7 +/- 11,7 % versus 4,9 +/- 5,3 %, $p = 0,02$). Aucun autre critère n'était lié à la prévalence du surpoids ou de l'obésité.

Les établissements déclaraient prendre en charge le surpoids dans 82,2 % des cas, et l'obésité dans 68,9 % des cas. En cas d'excès de poids, dans 65,0 % des cas une alimentation restreinte en calories était utilisée, et dans 34,8 % des cas une aide psychologique était mise en œuvre. L'activité physique adaptée était utilisée dans 85,6 % des établissements, de manière ciblée dans 19,5 % des cas, les cas d'excès de poids représentaient 31,0 % de ces résidents.

Les difficultés citées pour bien prendre en charge les résidents en excès de poids étaient la non-compréhension des préconisations, l'opposition des résidents, le non-respect par le prestataire de restauration des demandes, les difficultés pour faire de l'activité physique en relation avec le handicap et les difficultés de mobilisation en rapport avec les traitements (dont les neuroleptiques). Le contrôle parental jugé insuffisant et le manque de formation des personnels étaient aussi incriminés, ainsi que des insuffisances en matériels en cas de grandes obésités.

3.4. Troubles de déglutition et textures

Les établissements déclaraient faire un dépistage des troubles de la déglutition dans 75,6 % des cas, réalisé par un orthophoniste dans 52,2 % des cas, mais aussi par de très nombreux types de soignants et secteurs : Médecins Généralistes, Services hospitaliers de Médecine Physique et Réadaptation ou d'ORL, Infirmier(e), Aide-Soignant(e), Ergothérapeute, Psychomotricien(ne), Educateur(trice), Kinésithérapeute. La prévalence de la détection des troubles de la déglutition variait selon la catégorie des établissements (Tableau 3), les établissements les moins concernés étant les IME et les FV/FO/FH/EANM. Des textures hachées étaient utilisées pour 9,7 +/- 12,9 % des résidents, des textures mixées pour 9,2 +/- 13,1 % des résidents et la technique du manger-mains pour 2,2 +/- 10,8 % des résidents. Au total, les établissements déclaraient l'utilisation de textures modifiées pour environ 20 % des résidents.

3.5. Alimentations thérapeutiques

Les établissements déclaraient utiliser au moins une alimentation thérapeutique dans 68,9 % des cas. La classification par type déclaré est présentée par la figure 2.

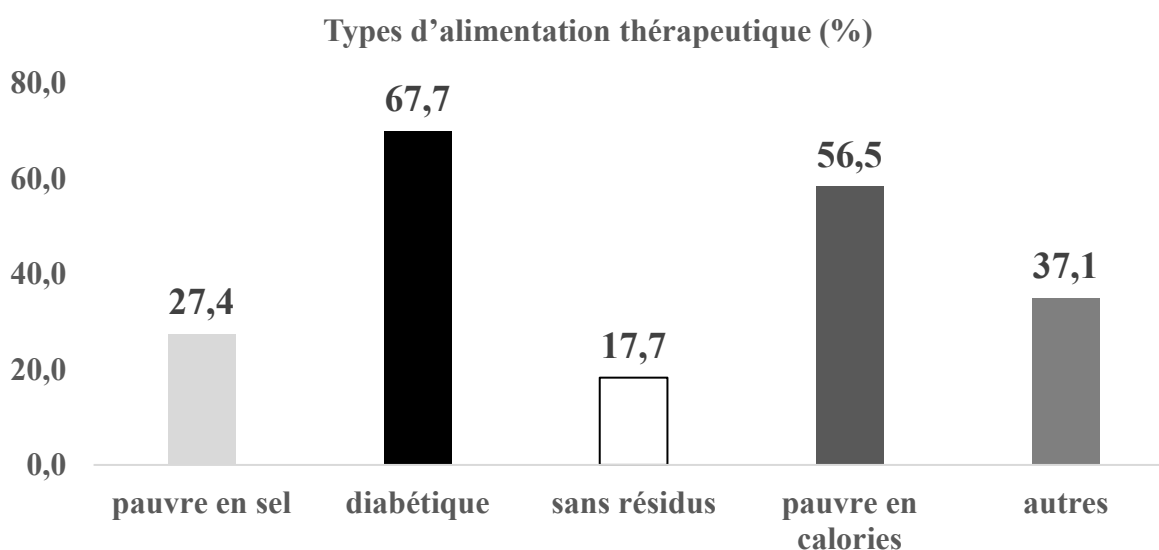


Figure 2 : Types d'alimentations thérapeutiques déclarés par les établissements d'hébergement des personnes en situation de handicap.

La catégorie « autres » regroupait de multiples modes d'alimentation thérapeutique, avec des dénominations diverses : alimentation hyperprotéinée, hypolipidique, pour personnes dialysées, riche en fibres, sans lactose, sans gluten, sans protéines, anti-acidité, pour allergies, réduite en sucres simples, pour phénylcétonurie, d'épargne digestive.

4. Discussion

Cette enquête déclarative n'est qu'indicative, non représentative, car il n'a pas été possible de déterminer le nombre total d'établissements ayant effectivement reçu le questionnaire. En l'absence de données actualisées, il n'a pas non plus été possible de déterminer quelle était à la date de l'enquête la répartition selon le type d'établissement pour l'ensemble de la région Nouvelle Aquitaine. Néanmoins, le nombre de réponses était nettement plus élevé que dans l'enquête précédente 2023-2024 (90 réponses versus 21) [1], et les établissements étaient tous des établissements d'hébergement, donc les données étaient à la fois plus robustes et plus homogènes. Les différences manifestes des résultats entre les deux enquêtes (Tableau 1) soulignent l'intérêt d'avoir réalisé la seconde, plus ciblées que la première. Il est possible que l'enquête ait sur-représenté les personnes handicapées âgées de moins de 30 ans (29 % au moins), car leur prévalence en population générale semblait être en 2021 de moins de 20 % [7]. Enfin, la classification du handicap est un critère qui n'est pas homogène d'une étude à l'autre [8].

Au sujet de l'organisation de l'alimentation-nutrition, comme la pratique quotidienne le suggère, les établissements semblaient faiblement concernés par cette thématique, puisque moins de la moitié des structures signalaient qu'elles avaient une politique nutritionnelle, 80 % des structures déclaraient ne pas réaliser d'évaluation nutritionnelle à l'entrée et il n'y avait pas de pesée mensuelle dans près d'un tiers des cas. Un temps diététique n'était présent que dans 13,3 % des établissements, ce qui privait la grande majorité des structures d'une aide précieuse. Le fait que près des deux tiers des structures faisaient appel à un prestataire de restauration extérieur montre que ces prestataires ont un rôle important dans l'alimentation des résidents, et donc qu'une bonne circulation de l'information est souhaitable entre les secteurs de soins et ces structures, passant par des contrats clairs et adaptés, si besoin évolutifs.

Pour des raisons de conformation corporelle, mais aussi de troubles du comportement chez les résidents, il peut être techniquement difficile de détecter la présence d'une dénutrition, comme c'est attesté chez les personnes atteintes de paralysie cérébrale [4]. De plus, les études portant sur des groupes de personnes handicapées utilisent des outils de repérage divers, dont certains ne sont plus d'actualité, les modalités recommandées étant souvent méconnues [3]. Pour des enfants atteints de paralysie cérébrale âgés de 2 à 17 ans et hospitalisés, dans une étude de Reyes et al., la prévalence de la dénutrition entre 2002 et 2015 était en moyenne de 7,8 %, avec cependant un doublement entre 2002 et 2015 (de 6 à 12 % environ) [4]. Dans des populations similaires, mais en population générale, d'autres auteurs retrouvent de 30 à 40 % de personnes dénutries [9,10]. Lors de la paralysie cérébrale, de multiples facteurs peuvent amener à une dénutrition, tels que la constipation, une mauvaise vidange gastrique, un dysfonctionnement oromoteur avec des troubles de la mastication et/ou de la déglutition, une hypersialorrhée, un dysfonctionnement endocrinien [11]. Enfin une enquête menée en 2017 par l'Observatoire Régional de Santé de Bourgogne Franche-Comté auprès des personnes en situation de handicap et accueillies en établissements spécialisés relevait une prévalence de la dénutrition de 6 à 15 % en fonction de l'âge (Tableau 4) [12].

Classes d'âge (n total = 377)	Maigreur / dénutrition (%)	Surpoids (%)	Obésité (%)
Enfants (n = 94)	6		27
Jeunes (n = 20)	15	25	5
Adultes (n = 263)	10	25	20

Tableau 4 : Prévalence des troubles nutritionnels en fonction de l'âge en Bourgogne Franche-Comté chez des personnes en situation de handicap et en établissements spécialisés [12].

Il est probable qu'il y a souvent dans les populations de personnes en situation de handicap un sous-diagnostic de la dénutrition [3]. Dans l'étude présente, compte tenu de l'absence de déclaration de la technique de dépistage utilisée dans près de 22 % des établissements ou de la non-adaptation de ces critères dans près de 23 % des cas, il était donc possible que la prévalence particulièrement basse retrouvée ait été trop optimiste. Ceci mériterait d'être vérifié en utilisant les critères actuels [13,14]. Il serait également utile de lancer auprès des établissements de Nouvelle Aquitaine une campagne d'information concernant ces critères. Même si la prévalence moyenne déclarée de la dénutrition était faible, tous les établissements étaient touchés, à des degrés divers par cette pathologie. Pourtant, dans 40 % des cas, elle n'était pas prise en charge, ce qui suggère que les responsables d'établissement n'avaient pas pris conscience de la gravité potentielle des conséquences d'une dénutrition. Enfin, l'utilisation de CNO était bien plus fréquente que le recours aux enrichissements, alors que ces derniers sont moins coûteux. Là encore, une information serait souhaitable, et ceci est clairement énoncé dans la liste des difficultés rencontrées.

Au sujet de l'excès de poids, les données chez les personnes en situation de handicap sont rares. En 2016, dans une population d'enfants ambulatoires atteints de paralysie cérébrale, la prévalence du surpoids était de 7,3 % et celle de l'obésité de 12,1 % [15]. Une revue de 2018 dans des pays en développement chez des enfants handicapés relevait des prévalences de 8 à 22 % pour le surpoids et de 5 à 12 % pour l'obésité [16]. Une étude irlandaise retrouvait chez des enfants et adolescents atteints de paralysie cérébrale 7,1 % de surpoids et 20 % d'obésité [17]. L'enquête en Bourgogne Franche-Comté en 2017 donnait les résultats présentés dans le tableau 4 [12]. Enfin, une étude de 2024 en Arabie Saoudite notait que surpoids et obésité avaient des prévalences plus élevées chez les enfants handicapés versus les enfants normaux (chiffres non fournis) [18].

Les prévalences de l'étude actuelle (19,2 et 9,1 % respectivement pour surpoids et obésité) situaient donc les populations étudiées dans des valeurs plutôt hautes pour des personnes handicapées, mais basses par rapport aux chiffres français en population générale [19,20]. Au moins trois facteurs de risque d'excès de poids peuvent être soulignés : le fait que beaucoup d'établissements accueillaient des personnes sévèrement handicapées, donc ayant une activité physique modeste, le fait que 72,2 % des établissements hébergeaient des adultes ou des personnes handicapées âgées, et l'utilisation de divers médicaments conduisant à une réduction des possibilités d'activité physique, tels les neuroleptiques. L'excès de poids semblait toucher plus de résidents que la dénutrition, donc être un problème plus marqué. En même temps, les prévalences déclarées de prise en charge étaient plus élevées que pour la dénutrition, peut-être parce que les établissements, de par leur structuration même disposaient aisément d'une aide psychologique et d'un accès à l'activité physique adaptée.

L'importance du dépistage et de la prise en charge des troubles de déglutition a récemment été soulignée par la HAS [21]. Dans notre enquête, leur dépistage semblait très fréquent, avec un accès dans plus d'un cas sur deux à un(e) orthophoniste, donc semble-t-il bien plus souvent que ce que montre la pratique chez les personnes âgées, aussi bien à domicile qu'en établissement médicosocial [22]. Ceci peut être en rapport avec une forte sensibilisation à ces troubles dans les établissements pour personnes en situation de handicap. Cependant les techniques utilisées n'étaient pas précisées, les personnels pratiquant la détection étaient très variés, et la prévalence des troubles dépistés n'était pas connue. Une étude complémentaire serait souhaitable.

Des alimentations thérapeutiques étaient très souvent déclarées et paraissaient quelquefois très discutables. Ainsi la prévalence déclarée d'une alimentation thérapeutique restreinte en calories était de 56,5 %, alors même que la prévalence totale de l'excès de poids n'était que de

28,3 %. Les recommandations Françaises de forte limitation des alimentations thérapeutiques sont donc encore à promouvoir [23].

Points positifs :

- . La pesée au moins une fois par mois était fréquente
- . La dénutrition semblait plus rare qu'en population générale
- . L'excès de poids semblait plus rare qu'en population générale
- . L'APA était le plus souvent possible
- . Le dépistage des troubles de déglutition était fréquent
- . L'accès à un orthophoniste paraissait possible dans environ un cas sur deux

Points négatifs :

- . L'enquête était déclarative et non représentative
- . L'alimentation nutrition était peu présente dans les projets d'établissement
- . Très peu d'établissements disposaient d'un temps diététique
- . Dans près de 80 % des cas il n'y avait pas de bilan nutritionnel à l'entrée
- . Les outils de détection de la dénutrition étaient souvent non adaptés
- . Les prises en charge surtout de la dénutrition et à un moindre degré de l'obésité étaient trop rares
- . Malgré des recommandations françaises récentes, l'utilisation d'alimentations thérapeutiques restait très fréquente

Conclusion

Environ la moitié des établissements répondants n'avaient pas défini de politique nutritionnelle et ne déclaraient pas former leurs professionnels sur ce sujet. Le dépistage des troubles nutritionnels à l'entrée était rare, la présence d'un temps diététique très rare. En revanche les prévalences déclarées de la dénutrition et de l'excès de poids étaient, respectivement, faibles et moins élevées qu'en population générale. Il semble que le respect des bonnes pratiques pourrait être amélioré.

Références

1. Villemonteix C, Varrier C, Avril MF, Mourot-Saran C, Guérin SM, Auribeau Y, et al. Actions alimentation-nutrition pratiquées dans les établissements médicosociaux et de santé de Nouvelle-Aquitaine, intérêt et utilisation des services proposés par le centre de ressources en nutrition (Cerenut) de cette région. *Nutr Clin Metabol* 2024 ; 38 : 82-7.
2. Observatoire Régional de Santé (ORS) Bourgogne Franche-Comté. État des lieux préparatoire au Programme Nutrition-Handicap. Rapport départemental. 2017, <https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-Nutrition-handicap.pdf>.
3. Aumar M, Gottrand F. Recognizing and documenting undernutrition in hospitalized children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol* 2019 ; 61 : 1357.
4. Reyes F, Reyes I, Salemi JL, Dongarwar D, Magazine CB, Salihu HM. Prevalence, trends, and correlates of malnutrition among hospitalized children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol* 2019 ; 61 : 1432-1438.
5. Site Cérénut (Centre Ressources Nutrition Nouvelle Aquitaine). 2025, <https://cerenut.fr/>
6. Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. 2025, <https://finess.esante.gouv.fr/fininter/jsp/nomenclatures.do>
7. Répartition de la population française en situation de handicap reconnue officiellement selon la tranche d'âge en 2021. 2021, <https://fr.statista.com/statistiques/543229/repartition-handicapes-par-age-france/>

8. DRESS. Les personnes handicapées en France. In : L'aide et l'action sociales en France, 2022 : 128-9. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2019%20-%20Les%20personnes%20handicap%C3%A9es%20en%20France.pdf>
9. Kuperminc MN, Stevenson RD. Growth and nutrition disorders in children with cerebral palsy. *Dev Disabil Res Rev* 2008 ; 14 :137-46.
10. Troughton KE, Hill AE. Relation between objectively measured feeding competence and nutrition in children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol* 2007 ; 43 : 187–90.
11. Guimarães da Silvaa DC, de Sá Barreto da Cunhaa M, de Oliveira Santanaa A, dos Santos Alves AM, Pereira Santos M. Nutritional interventions in children and adolescents with cerebral palsy: systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2024 42 : e2022107.
12. Haute Autorité de Santé (HAS) et Fédération Française de Nutrition (FFN). Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denuitrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
13. Haute Autorité de Santé (HAS) et Fédération Française de Nutrition (FFN). Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denuitrition_cd_2019_11_13_v0.pdf
14. Pascoe J, Thomason P, Graham HK, Reddihough D, Sabin MA. Body mass index in ambulatory children with cerebral palsy: A cohort study. *J Paediatr Child Health* 2016 ; 52 : 417-21.
15. Hume-Nixon M, Kuper H. The association between malnutrition and childhood disability in low- and middle- income countries: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Trop Med Intern Health* 2018 ; 23 :1158–1175.
16. Kiernan D, Nikolopoulou C, Brady, K. Prevalence of overweight and obesity in Irish ambulant children with cerebral palsy. *Ir J Med Sci* 2021 ; 190 : 225–231.
17. Observatoire régional de santé Bourgogne Franche-Comté. État des lieux préparatoire au Programme Nutrition-Handicap. Rapport départemental. 2017 <https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-Nutrition-handicap.pdf>
18. AlFaris NA, Alshwaiyat NM, ALTamimi JZ, Alagal RI, AlSalehi SM, Al Zarah RI, et al. Nutritional status and dietary behaviors of children with intellectual or developmental disabilities in Saudi Arabia: a systematic review. *J Multidisciplinary Healthcare* 2024 ; 17 : 3371–99.
19. Odoxa, Ligue contre l'obésité, Sciences Po, Ob-Epi Roche. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2021 <https://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
20. Odoxa, Ligue contre l'obésité, OFEO 2024. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2024 <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/07/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf>
21. HAS. Flash sécurité patients. « Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin ». https://www.has-sante.fr/jcms/p_3858108/fr/flash-securite-patient-fausses-routes-lorsqu-une-petite-boulette-devient-un-tres-gros-pepin 2026.
22. Michel A, Vérin E. Troubles de la déglutition. In : Gériatrie pour le praticien, Belmin J, Chassagne P, Friocourt P eds, Elsevier Masson, Paris 2023 : 111-20.
23. Vaillant MF, Alligier M, Baellet N, Capelle J, Dousseaux MP, Eyraud E, et al. Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. *Nutr Clin Metabol* 2019, 33 : 235-53.