

N°F8

POLYHANDICAP : COMMENT CORRIGER UNE DÉNUTRITION ? L'ADAPTATION NUTRITIONNELLE

Mise à jour : Juin 2022

- La dénutrition touche environ 2/3 des personnes polyhandicapées ; elle peut s'associer à une **déshydratation**. Le plus souvent dans sa forme chronique : le marasme. À la faveur d'une augmentation des besoins ou d'une diminution des apports, cette dénutrition peut décompenser sous la forme d'une **dénutrition hypercatabolique qui en fait toute la gravité**. (voir fiches HandiConnect « F6: diagnostic de la dénutrition » et « F7: facteurs favorisant la dénutrition »).
Les conséquences de la dénutrition augmentent les besoins nutritionnels: c'est un cercle vicieux. La dénutrition dans l'enfance **fait le lit de la dénutrition à l'âge adulte**.
- Les soins nutritionnels sont réalisés par une équipe multidisciplinaire : parents et aidants, médecin, infirmier(ère), diététicien(ne), orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien(ne), psychologue.
La voie orale est privilégiée, sauf contre-indication.



**CONTRE INDICATION ABSOLUE À LA POURSUITE DE L'ALIMENTATION ORALE :
FAUSSES ROUTES AVÉRÉES AVEC COMPLICATIONS RESPIRATOIRES.**

AVANT TOUTE MODIFICATION DU RÉGIME ALIMENTAIRE :

CORRIGER LES FACTEURS FAVORISANTS LA DÉNUTRITION (cf fiche HandiConnect F7 « facteurs favorisant la dénutrition ») par :

- L'adaptation de la **texture des aliments et des boissons**, en fonction des capacités de mastication et de déglutition ; et leur(s) gout(s) et température en fonction du profil gustatif de la personne
- La cure d'un mauvais **état dentaire**
- La vérification de l'**installation**, permettant un meilleur geste fonctionnel ou limitant la fatigue lors de la prise alimentaire
- La correction de la **position de la tête** en évitant l'hyperextension du cou (risque de fausses-routes, gêne à la déglutition)
- L'adaptation de la place de l'**aidant** par rapport à la personne
- Le choix de la taille des couverts, des aides techniques et du volume de la cuillerée
- Le dépistage et le traitement d'une éventuelle **douleur**
- La **désobstruction** respiratoire et rhinopharyngée si besoin.

En cas de refus alimentaire, d'hypersélectivité sur les goûts, la texture, la température, en cas de haut-le-cœur, de repas longs et difficiles : **évoquer une dysoralité alimentaire** qui fait partie d'un trouble global de la perception de l'unité corporelle. Orienter vers un spécialiste de l'oralité (orthophoniste, psychomotricien(ne), diététicien(ne), psychologue).

ATTENTION À L'ENVIRONNEMENT ET AU DÉROULEMENT DU REPAS :

- Pièce **calme**, réduction des stimulations extérieures, positionnement dans la pièce
- **Rituels** de début et de fin de repas
- Musique apaisante pour certains
- En cas de fatigabilité, la personne peut débuter seule son repas, l'aidant intervenant dès que le geste est plus lent
- Adaptation du **temps imparti au repas** à chaque individu
- Prendre en compte les particularités sensorielles de la personne en cas de TSA associé.

MODIFICATION DU RÉGIME ALIMENTAIRE :



La mesure la plus simple consiste à **augmenter quantitativement et qualitativement les apports, sans augmenter le volume de l'assiette, sans forcer.**

Le choix de la texture, des aliments et des boissons se fera après une évaluation des capacités de mastication, déglutition, digestion, par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dont les parents et les aidants.

ENRICHIR QUALITATIVEMENT L'ALIMENTATION, sans augmenter le volume de l'assiette :

- Protéines : blanc d'œuf cuit, lait concentré non sucré, lait en poudre, laitages dont fromage à chaque repas.
- Lipides : beurre, huiles variées, crème fraîche, pâte à tartiner...
- Glucides : dextrine maltose, féculents, biscuits, farines pour bouillies, poudre d'amandes...

PRIVILÉGIER LES APPORTS CALORIQUES À L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE, le temps de la correction de la dénutrition :

- Respecter les goûts de la personne. Augmenter la qualité sensorielle des aliments (température, goût, texture, épices)
- Privilégier des aliments de couleurs variées et attrayantes
- Donner des boissons nutritives à base de lait, de préférence hors des repas
- Privilégier les boissons, dont les eaux gélifiées, fraîches

FRACTIONNER LES APPORTS,

afin d'éviter les repas trop longs et/ou trop importants et les jeûnes prolongés, en ajoutant des collations aux trois repas principaux.

Quelle place pour les compléments nutritionnels oraux (CNO) ? :

- **Privilégier toujours l'alimentation «faite maison»**, variée, économique, source de plaisirs pour la famille et la personne. Préparer des collations à base de produits laitiers et de féculents.
- Les CNO, au maximum 2 fois/j, sont à donner de préférence au moment des collations ou le soir en dessert. (Pour 100ml : 150 à 200 Kcal, 4 à 10 g de protéines). **Ils ne remplacent pas un repas.**

EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL AU BOUT DE TROIS À SIX MOIS.

EN CAS D'APPORTS INSUFFISANTS, DE REPAS TROP LONGS (>3H/J), D'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT, DE FAUSSES ROUTES AVÉRÉES, UNE ALIMENTATION ENTÉRALE PEUT ÊTRE DISCUTÉE.

L'alimentation par l'intermédiaire **d'une sonde naso-gastrique ne peut être que transitoire (4 mois)**. Elle peut être réalisée en situation d'urgence, face à une déshydratation ou une incapacité à nourrir la personne. L'indication d'une **alimentation entérale par gastrostomie (GEP) résulte** toujours d'une **décision collégiale et consensuelle** associant la personne polyhandicapée, ses parents ou représentant légal, son médecin traitant, les équipes de proximité et les spécialistes concernés. La décision peut être accompagnée par des parents-experts (voir «en savoir plus»).

Elle peut être transitoire et/ou prescrite en complément d'une alimentation orale.

Même quand l'alimentation entérale est exclusive, la bouche de la personne peut bénéficier de stimulations gustatives pour le plaisir. Proposer un atelier de stimulations gustatives à une personne nourrie exclusivement par GEP favorise sa digestion (sauf contre-indications à la prise orale). Les soins d'hygiène bucco-dentaire sont poursuivis (voir fiche HandiConnect S2 - « Suivi et soins bucco-dentaires »).



POUR EN SAVOIR PLUS

RÉFÉRENCES

- **HAS, Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Polyhandicap ;** filière Déficience : [consulter](#)
- **HAS, Recommandations de bonne pratique : Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte.** Fiche outil, Novembre 2019. [consulter](#)

BIBLIOGRAPHIE

- **Aumar M, Nguyen S, Gottrand et al.** Problèmes digestifs et nutritionnels des enfants atteints de handicap d'origine neurologique: résumé du consensus de la société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique (ESPGHAN), perfectionnement en pédiatrie 2018;1:82-88 [consulter](#)
- **Réseau Lucioles :** Troubles de l'alimentation & Handicap mental sévère - Pratiques - Document à destination des professionnels intervenant en établissements et services médico-sociaux et des familles. [consulter](#)
- **N.Peretti, E.Mas, C.Jung :** Fiches de recommandations et d'Informations ; Prise en charge nutritionnelle et gastroentérologique de l'enfant porteur de polyhandicap. GFHGNP. : [consulter](#)
- **Association Ressources Polyhandicap Hauts de France :** Fiches pratiques à destination des acteurs de santé : état nutritionnel d'une personne adulte polyhandicapée : [consulter](#)
- **«La vie par un fil» :** association de parents et de familles de personnes en nutrition artificielle à domicile. [consulter](#)

Handiconnect.fr

- Diagnostic de la dénutrition chez une personne polyhandicapée. [consulter](#)
- Facteurs favorisant la dénutrition chez l'enfant et l'adulte polyhandicapés. [consulter](#)
- Les points de vigilance clinique associés au polyhandicap. [consulter](#)
- Suivi et soins bucco-dentaires: fiche pour le médecin traitant. [consulter](#)

CONTRIBUTEURS

Cette fiche a été co-construite et validée par le groupe de travail HandiConnect «Dénutrition chez la personne polyhandicapée» dont les membres sont : Irène Benigni, diététicienne (APEI Douai, Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations - CREAL hauts-de-France), Dr Thierry Rofidal (Comité d'Études, d'Éducation de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées - CESAP), Pr David Seguy (CHU Lille), Dr Alexandra Tino (APEI Douai), Dr Bénédicte Gendrault (CoActis Santé), Hélène Frenkiel-Lebossé (parent) et Catherine Kajpr (Association «la Vie par un fil»).

MENTIONS LÉGALES

Sa réalisation et sa mise en ligne en accès libre ont été rendues possibles grâce aux soutiens de **l'Assurance Maladie**, de la **CNSA** et des **Agences Régionales de Santé**.

HandiConnect est un projet porté par l'association CoActis Santé et ses partenaires. Tous droits de reproduction, de représentation et de modification réservés sur tout support dans le monde entier. Toute utilisation à des fins autres qu'éducative et informative et toute exploitation commerciale sont interdites. ©CoActis Santé

D'autres fiches ou ressources sont disponibles sur le site
www.handiconnect.fr - contact@handiconnect.fr